

Noor Karthaus

arts-onderzoeker, afdeling Heelkunde, Leids Universitair Medisch Centrum, en Dutch Institute for Clinical Auditing, Leiden

Armelle Meershoek

arts-onderzoeker, afdeling Vaatchirurgie, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Jaap Kappelle

neuroloog, Universitair Medisch Centrum Utrecht

Gert Jan de Borst

vaatchirurg, Universitair Medisch Centrum Utrecht

'TIJD TOT OPERATIE' NIET STAR AANHOUDEN

Kwaliteitsindicator carotis-chirurgie benadeelt patiënt

De kwaliteitsindicator voor de timing van carotisendarteriëctomie bij patiënten met een symptomatische carotisstenose is: binnen veertien dagen na het eerste consult. Dit blijkt voor artsen een stimulans om zorgpaden efficiënt in te richten, maar heeft als bijeffect dat patiënten de behandeling ná deze termijn mogelijk niet meer krijgen. Terwijl die een herseninfarct kan voorkomen.

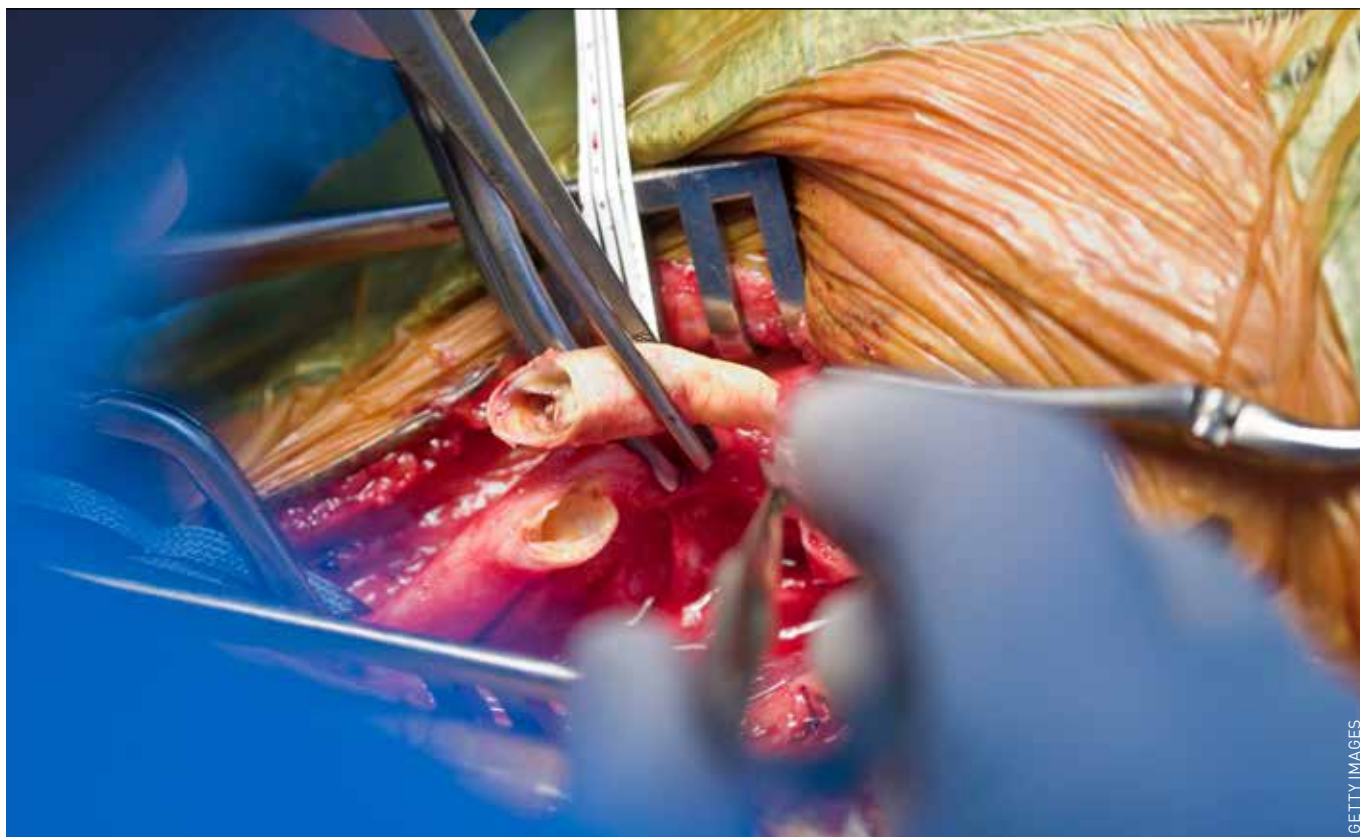
Bij patiënten met een recente *transient ischaemic attack* (TIA) of een niet-invalidiserend herseninfarct, veroorzaakt door een hooggradige stenose in de ipsilaterale arteria carotis, kan chirurgische verwijdering van deze stenose – door middel van een carotisendarteriëctomie (CEA) – het risico op een recidief herseninfarct verlagen. Deze aanbeveling is gebaseerd op twee gerandomiseerde studies, uitgevoerd in de periode 1981-1996.^{1,2} De combinatie van doorgemaakte neurologische symptomen en de ernst van de stenose waren destijds de belangrijkste factoren om een CEA te laten verrichten.

Factor tijd

In de afgelopen jaren is daar de factor tijd aan toegevoegd, waarbij tijd bij voorkeur gedefinieerd is als het tijdsverloop tussen de eerste neurologische symptomen (het zogenaamde indexevent) en revascularisatie. De conclusie van een post-hoc-meta-analyse van bovenstaande trials was dat revascularisatie binnen veertien dagen na het indexevent effectiever is, wat betreft preventie van nieuwe herseninfarcten, dan een latere ingreep.^{3,4} Het aantal patiënten dat geopereerd moet worden om één herseninfarct in de komende vijf jaar te voorkomen (NNT) is 5 voor patiënten die binnen veertien dagen gerandomiseerd werden en 125 voor patiënten die na twaalf weken gerandomiseerd werden, wat betekent dat de operatie na twaalf weken niet meer zinvol is. Dit komt door een zeer hoog natuurlijk risico op een recidief hersen-

infarct in de eerste dagen na het indexevent, terwijl dit risico in de weken daarna geleidelijk afneemt en een plateau bereikt. Op basis van de post-hoc-meta-analyse was het advies om revascularisatie bij voorkeur binnen twee weken na het indexevent uit te voeren.⁵ Men moet zich hierbij realiseren dat dit geen geplande primaire analyse was en dat het getal van veertien dagen geen uitkomst van een vooraf vastgestelde calculatie was, maar destijds als willekeurige afkapwaarde is vastgesteld. Om het in perspectief te plaatsen: had men destijds met tijdsblokken van tien of twintig dagen gewerkt, dan spraken wij nu over een afkapwaarde van respectievelijk tien of twintig dagen. In 'real time' betreft het een glijdende schaal waarbinnen snelle interventie effectiever is. De afkapwaarde van veertien dagen is hierbij dus geen scheidslijn voor goede of slechte kwaliteit van zorg.

De afkapwaarde van veertien dagen is willekeurig vastgesteld



GETTY IMAGES

Chirurgische verwijdering van carotisstenose door middel van een carotisendarteriëctomie (CEA).

Semispoedoperatie

De adviezen zijn inmiddels verwerkt in internationale richtlijnen met de aanbeveling om patiënten binnen de termijn van veertien dagen na de eerste neurologische symptomen te opereren. Dat betekent dat de ingreep als een semispoedoperatie moet worden beschouwd.

Een kanttekening bij de grenswaarde van veertien dagen is de manier waarop deze tot stand is gekomen. De tijd tot interventie werd in de genoemde trials gemeten vanaf randomisatie tot aan de interventie, in plaats van vanaf het indexevent tot aan interventie. Deze nuance is belangrijk, aangezien de patiënt het hoogste risico op een recidief infarct heeft gedurende de dagen direct volgend op het indexevent. Daarnaast hanteerden andere trials verschillende definities van timing. Het indexevent werd gedefinieerd als het eerste moment van symptomen, maar ook als het moment van de meest recente symptomen. Deze verschillen in definities hebben natuurlijk grote invloed op de daadwerkelijke duur tot revascularisatie.

Eigen leven

Het gevaar van het vaststellen van een grenswaarde is dat deze een eigen leven gaat leiden en een absolute afkapwaarde gaat vormen waarbinnen interventie zinvol is en waarbuiten deze niet

meer zinvol zou zijn. De winst van interventie wordt echter altijd bepaald door de verhouding tussen het operatierisico en het risico op een recidief herseninfarct. Binnen de eerdergenoemde studies was het operatierisico (risico op een beroerte en/of overlijden binnen dertig dagen) rond de 6 procent. Maar in de afgelopen decennia is dit risico in Nederland gedaald naar tot onder de 4 procent. Bovendien weten we tegenwoordig dat ook andere factoren het risico op een recidief herseninfarct verhogen: het mannelijk geslacht, een hogere leeftijd, een irregulair aspect van de plaque en een presentatie met corticale symptomen. Juist bij deze groep patiënten kan een interventie waarschijnlijk ook in de periode na veertien dagen nog winst opleveren in het voorkómen van een nieuw ernstiger herseninfarct, mits het operatierisico acceptabel is.

Uiteraard geldt: hoe sneller de interventie, hoe beter. Het is echter niet wenselijk om een interventie buiten kantooruren te verrichten. Ook achten wij het niet zinvol om drie maanden na het indexevent nog een interventie te verrichten.

Kwaliteitsregistratie

Sinds juni 2013 registreren de ziekenhuizen in Nederland alle patiënten die een carotisinterventie ondergaan in een nationale kwaliteitsregistratie, de Dutch Audit for Carotid Interventions

Het mag niet zo zijn dat patiënten geen adequate zorg krijgen omdat behandelaars een 'slechte' score dreigen te behalen

(DACI). Deze registratie brengt proces en uitkomsten van carotis-chirurgie landelijk, maar ook per individueel ziekenhuis, in kaart. Vanuit verschillende belanghebbende partijen is daarbij veel aandacht voor de kwaliteitsindicator 'tijd tot interventie'. Deze indicator geeft per ziekenhuis het percentage patiënten met een symptomatische carotisstenose weer die binnen de termijn van veertien dagen geopereerd zijn, gemeten vanaf het eerste consult in het ziekenhuis. Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 2200 patiënten met een symptomatische carotisstenose geopereerd. De norm is dat 90 procent van de patiënten binnen veertien dagen behandeld moet zijn. In de jaren 2014 tot en met 2016 varieerde dit percentage tussen de 70 en 79 procent. Op dit moment valt dus één op de vijf patiënten buiten de gestelde norm, waarbij benadrukt moet worden dat de tijd pas wordt gemeten vanaf het eerste consult in het ziekenhuis. Deze kwaliteitsindicator zal de komende jaren worden aangepast naar medische relevantie en uitgaan van de tijd tussen de eerste neurologisch symptomen en de uiteindelijke interventie. De tijd tussen de eerste symptomen en het eerste ziekenhuisconsult bedroeg de afgelopen jaren gemiddeld zeven dagen. Met deze extra vertraging zal het percentage patiënten dat buiten de tweewekenperiode wordt behandeld naar verwachting rond de 50 procent uitkomen en bij handhaven van bestaande logistiek binnen en buiten het ziekenhuis zal één op de twee patiënten derhalve niet volgens de geldende richtlijnen behandeld worden.

Starre focus

De focus op het percentage patiënten dat binnen veertien dagen na het eerste consult in het ziekenhuis een CEA ondergaat, stimuleert artsen om de multidisciplinaire samenwerking te verbeteren en hun zorgpaden efficiënt in te richten. Dat is een uitstekende stimulans en gunstig voor het totale cohort aan symptomatische patiënten die een CEA moeten ondergaan om een maximaal aantal herseninfarcten te voorkómen.

Het beoordelen van ziekenhuizen op een percentage van interventies binnen de termijn van veertien dagen heeft echter ook nadelen. Een starre focus op deze termijn zou ervoor kunnen zorgen dat bij patiënten met een indicatie voor interventie, bij wie de ingreep buiten de grens van veertien dagen dreigt te vallen, wordt afgezien van CEA. In onze optiek mag het nooit zo

PRAKTIJKPERIKEL

EEN SIMPEL GRIEPJE

30 december, de zaterdag voor oud en nieuw. Ik doe als waarnemer een dagdienst op de huisartsenpost. Aan het eind van de ochtend loopt de drukte op. Ik zie een oudere vrouw met een CVA, twee motorcrossers die ten val zijn gekomen, een man met rugpijn. Maar ik zie vooral veel mensen met koorts, hoesten, keelpijn, spierpijn, hoofdpijn. Er heerst namelijk griep in Nederland. Ik geef duiding (het is griep), stel mensen gerust en geef uitleg over het beloop. Veel mensen verlaten de spreekkamer met een hartelijke groet en wensen ons als huisartsenpost succes met alle zieken tijdens de jaarwisseling.

Eén gesprekje tijdens de afronding van het consult blijft me bij: de vader van een 10-jarig meisje met koorts, hoofdpijn en keelpijn zei: 'Ja ik dacht, ik bel vandaag maar, want morgen zal het wel zo druk zijn dat je er met een simpel griepje niet tussen komt.'

Ik was dit consult bezig geweest met het duiden van dochters klachten als 'griep', maar nu bleek: vader had de diagnose al lang en breed zelf gesteld. Terwijl ik naar huis rijd vraag ik me af: wat was dan hun hulpvraag eigenlijk?

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

zijn dat patiënten geen adequate zorg krijgen omdat ziekenhuizen en behandelaars een 'slechte' score dreigen te behalen op een kwaliteitsindicator. Hoewel deze kwaliteitsindicator de interne processen in het ziekenhuis kan verbeteren, biedt hij de individuele patiënt dus niet altijd de optimale zorg. Het is wenselijk om patiënten met een symptomatische hooggradige carotisstenose zo snel mogelijk en bij voorkeur binnen veertien dagen na de eerste symptomen te behandelen. Echter, op basis van patiëntkarakteristieken en een aantoonbaar laag operatierisico is CEA ook na de termijn van veertien dagen effectief in het voorkomen van een herseninfarct. ■

contact

g.j.deborst-2@umcutrecht.nl

cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.