

Voorstel tot tussentijdse aanpassing van de richtlijn "Opvang van patiënten met licht traumatisch hersenletsel"

Editorial bij de bijdrage van R.A. van der Kruijk, K. Jellema, G. Hageman en H.P. Bienfait, getiteld 'Richtlijn "Opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel": voorstel tot tussentijdse aanpassing'

dr. J. van der Naalt¹

(*Tijdschr Neurol Neurochir* 2015;116(3):152-153)

In 2010 is de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN-richtlijn) "Opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel (LTH)" geïntroduceerd.¹ Deze richtlijn beschrijft de indicaties voor het verrichten van een CT-scan van de hersenen na een LTH, op basis van (minor en major) risicofactoren. De publicatie van deze richtlijn gaf aanleiding tot veel reacties waarbij de discussie zich toespitste op de vraag of deze richtlijn niet zou leiden tot onnodig veel CT-diagnostiek en mogelijk ook tot meer doorverwijzingen van de huisarts. Inmiddels is uit een recente publicatie gebleken dat de nieuwe richtlijn inderdaad heeft geleid tot meer CT-scans en opnames en is dit jaar de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG-standaard) "Hoofdtrauma" verschenen die een andere wegging van risicofactoren voor verwijzing naar het ziekenhuis hanteert dan de NVN-richtlijn doet.²

Een richtlijn is gebaseerd op informatie van studies die tot maximaal één jaar voor publicatie van de richtlijn zijn verschenen. Bij een revisiecyclus van vijf jaar (of meer) kunnen daardoor recente ontwikkelingen niet worden meegenomen. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer nieuwe medicamenten op de markt komen. Het gebruik van direct werkende orale anticoagulantia (DOACs) en trombocytenaggratieremmers is niet in de richtlijn meegenomen. DOACs worden steeds meer voorgeschreven aan patiënten met cardiologische problemen. Inmiddels zijn er al studies verschenen die een verhoogd risico op traumatische intracranieële bloedingen rapporteren bij gebruik van DOACs.

In hun bijdrage aan het TNN stellen Van der Kruijk et al voor het gebruik van DOACs, maar ook het gebruik van therapeutische heparines, clopidogrel en combinaties van trombocytenaggratieremmers net als

vitamine-K antagonisten te beschouwen als een major criterium voor het verrichten van een CT-scan.³ Daarnaast suggereren zij dat een aantal minor criteria mogelijk verantwoordelijk is voor CT-overdiagnostiek zoals: val van enige hoogte, uitwendig letsel aan het hoofd en de leeftijdsgrens van 40 jaar. Hun voorstel is om bij een laag-energetisch/triviaal trauma, aanwezige minor criteria minder zwaar te laten wegen als risicofactor voor het verrichten van een CT-scan.

De belangrijkste uitkomstmaten in studies over de indicaties voor een CT-scan na een LTH zijn eventueel neurochirurgisch ingrijpen en het optreden van intracranieële afwijkingen. Deze twee begrippen hoeven niet direct aan elkaar gerelateerd te zijn aangezien veel CT-afwijkingen niet leiden tot neurochirurgisch ingrijpen (maar mogelijk wel invloed hebben op de uitkomst). Het cumulatieve effect van verschillende risicofactoren is bekend uit diverse landmark-studies.^{4,5} Voor de klinische praktijk zou het wenselijk zijn om het effect van individuele risicofactoren te weten en of bepaalde risicofactoren vaker gecombineerd voorkomen. Dit sluit aan bij het pleidooi van Van der Kruijk et al om risicofactoren te wegen bij een triviaal trauma. Een probleem bij het introduceren van een nieuw begrip zoals triviaal/laag-energetisch trauma is het vooralsnog ontbreken van een duidelijke definitie.

De adviezen van de huidige NVN-richtlijn zijn grotendeels gebaseerd op de Nederlandse CHIP-studie. In deze studie is een leeftijd van 40-60 jaar een minor criterium voor een CT-scan. Eerdere studies hanteren echter een leeftijdsgrens van 60 of 65 jaar als een major criterium. Ook het introduceren van risicofactoren zoals een EMV-score van <15 naast een onderverdeling van de posttraumatische amnesie (PTA) -duur in 2-4 uur

¹neuroloog, afdeling Neurologie, Universitair Medisch Centrum Groningen, postbus 30.001, 9700 RB Groningen, tel.: 050 - 3612430, e-mail-adres: j.van.der.naalt@umcg.nl.

en <4 uur maken de criteria voor het verrichten van een CT-scanodeloos ingewikkeld.

Een ander discussiepunt is of de NVN-richtlijn niet moet aansluiten bij de NHG-standaard voor huisartsen. De vraag is of huisartsen hun verwijsbeleid moeten aanpassen wanneer de indicatie voor het verrichten van een CT-scan na een trauma verandert. Studies over risicofactoren bij LTH betreffen patiënten die zijn verwezen naar een ziekenhuis. Huisartsen zien echter een andere selectie van patiënten: ongeveer één op de zes patiënten met een LTH wordt in het ziekenhuis gezien. De recent geïntroduceerde NHG Standaard "Hoofdtrauma" wijkt daarom op een aantal punten af van de NVN-richtlijn. Het absolute risico op een intracranieële afwijking is afhankelijk van de vooraf kans en deze wordt in de huisartsenpraktijk lager geschat dan in de tweede lijn. In de NHG-standaard is het gebruik van DOACs een major criterium voor het insturen van patiënten. Daarnaast worden patiënten ingestuurd bij drie of meer risicofactoren waaronder een leeftijdsgrens van 60 jaar valt. Bij aanwezigheid van één of twee risicofactoren geldt een wekadvis.

Het voorstel van Van der Kruijk et al laat zien dat het kritisch volgen van ontwikkelingen in de zorg en het evalueren van toepasbaarheid van richtlijnen in de praktijk zeer belangrijk is. Hun voorstel om bij gebruik van DOACs voor een meer defensieve strategie te kiezen is begrijpelijk gezien de risico's van te late herkenning

van posttraumatische complicaties. Een voorstel om risicofactoren te herzien, zou gebaseerd moeten zijn op een prospectieve studie aangezien alleen van een richtlijn kan worden afgeweken wanneer gevalideerde gegevens hiertoe aanleiding geven. Onduidelijkheid bij een vastgestelde richtlijn kan echter leiden tot lokale protocollen, wat niet wenselijk is. Het pleidooi van Van der Kruijk et al voor een prospectieve observationele studie om bepaalde risicofactoren beter te onderscheiden is een interessant initiatief en biedt ook mogelijkheden om de CHIP-studie extern te valideren.

Inmiddels is onder auspiciën van de NVN een werkgroep gevormd om een advies te formuleren over een tussentijdse aanpassing van de NVN-richtlijn zowel wat betreft het gebruik van DOACs als over andere criteria voor het verrichten van een CT-scan na een LTH.

Referenties

1. Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofdherenletsel. NVN 2010.
2. Van de Brand CL et al. Richtlijn licht traumatisch hoofdherenletsel in de praktijk. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:1-8.
3. Van der Kruijk et al, Tijdschrift voor Neurologie en Neurochirurgie 2015; 153-1574. Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, et al. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. N Engl J Med 2000;343(2): 100-5.
5. Stiel IG, Wells GA, Vandemheen K, et al. The Canadian CT head rule for patients with minor head injury. Lancet 2001;357(9266):1391-6.