

J. HOFMEIJER



NEUROVASCULAIRE REVOLUTIE

Als je in mijn studententijd werd getroffen door een herseninfarct, kon je rustig richting ziekenhuis gaan. Er was geen haast, want er waren geen behandelopties. De neuroloog stelde de diagnose en je werd opgenomen op de verpleegafdeling neurologie. Als je geluk had, herstelde je, anders niet.

Dat veranderde in de jaren negentig, toen twee trials toonden dat behandeling met intraveneuze trombolysen leidt tot een grotere kans op goed herstel. We leerden de 4%-regel kennen: voor elk kwartier snellere intraveneuze trombolysen hebben patiënten 4% meer kans om lopend het

ziekenhuis te verlaten, 4% minder kans op overlijden, en 4% minder kans op een bloedingscomplicatie.¹ Onder het motto 'time is brain' werd rond 2005 de deur-tot-naald-tijd geïntroduceerd. In 2015 toonde het Nederlandse CONTRAST-consortium dat mechanische trombectomie leidt tot beter herstel bij infarcten van de voorste circulatie op basis van occlusie van een grote slagader. In 2021 werd dit ook duidelijk voor sommige patiënten met een basilaris-occlusie. Sinds 2018 kunnen we met behulp van CT en MRI patiënten aanwijzen die tot 24 uur na het ontstaan van de symptomen baat kunnen hebben van zo'n behandeling. Deze ontwikkelingen hebben een revolutie teweeggebracht in de behandeling van patiënten met een herseninfarct. Daarmee was er ook een revolutie in het werk van de neuroloog: we staan tegenwoordig vooraan op de Spoedeisende Hulp.

In dit nummer van TNN bespreken De Jonge en collega's de nieuwste aanbevelingen ten aanzien van endovasculaire trombectomie van de anterieure circulatie in het late tijdsvenster. De aanbeveling luidt nu "behandel tussen 6 en 24 uur, tenzij...", waarmee wél behandelen de norm is geworden, ook in het late tijdsvenster. Wim van Zwam bespreekt de beeldvorming bij een acuut herseninfarct. De huidige aanbevelingen impliceren dat alle ziekenhuizen die patiënten met een herseninfarct opvangen ervaring moeten hebben met CT-angiografie en CT-perfusie. Hoewel de meeste aanbevelingen uitbreiding van het behandelarsenaal betreffen, leggen Zonneveld en collega's uit dat we terughoudend moeten zijn met bloeddrukverlagers bij patiënten met een acuut herseninfarct.

Intraveneuze trombolysen en endovasculaire trombectomie hebben de prognose van patiënten met een herseninfarct enorm verbeterd. Helaas komt slechts ongeveer een derde van alle patiënten in aanmerking voor intraveneuze trombolysen en zo'n 10% voor endovasculaire behandeling. Bovendien blijft de helft van de patiënten met een occlusie van een grote slagader afhankelijk van anderen, zelfs bij volledige rekanalisatie. We kunnen bijdragen aan verdere verbetering van de prognose door patiënten te includeren in nieuw lopend onderzoek naar nog betere patiëntselectie, betere methoden om bloedstolsels uit de hersenvaten te halen, en aanvullende behandelingen om het hersenherstel te bevorderen.

Maar nu eerst veel leesplezier!

Prof. dr. Jeannette Hofmeijer, neuroloog
Voorzitter hoofdredactieraad

Mede namens dr. Maarten Titulaer, vicevoorzitter hoofdredactieraad

REFERENTIE

1. Saver JL, et al. JAMA 2013;309:2480-8.