

COMMENTAAR

Herziene richtlijn licht traumatisch hoofd-hersenletsel: vooral voor de tweede lijn

Wim Opstelten en A.N. (Lex) Goudswaard

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A4195

Huisartsen zien regelmatig patiënten met hoofdletsel. Tijdens praktijken, maar vooral daarbuiten op de huisartsenpost, worden zij meestal als eerste geconsulteerd door patiënten die een – gewoonlijk licht – traumatisch hoofdletsel hebben opgelopen. In de eerste lijn bedroegen in 2010 de incidenties van hersenschudding en van ‘ander hoofdletsel’ ieder ongeveer 2 per 1000 personen per jaar; verreweg de meeste daarvan deden zich voor bij jongeren (gegevens Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg 2010, schriftelijke mededeling J.C. Korevaar). Een huisarts met een normpraktijk zal dus jaarlijks ongeveer 10 patiënten met een hoofdletsel zien. Slechts zelden betreft het een ernstig letsel, zoals een contusio cerebri of een epiduraal of subduraal hematoom.

Bij het ontbreken van indicaties voor verwijzing, zoals verminderd bewustzijn, focale neurologische afwijkingen of vermoeden van intracranieel letsel, is observatie essentieel bij de behandeling van een hoofdletsel. Omdat bewustzijnsdaling een gevoelig symptoom is van intracraniele afwijkingen, adviseren huisartsen om de patiënt gedurende de eerste 24 h regelmatig te wekken en te controleren of deze adequaat reageert. Dit zogenoemde wekadvis is verwoord in een gelijknamige NHG-Patiëntenbrief (te vinden op http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_voorlichting/NHGPatientenbrieven/NHGPatientenbrief/PBN1a.htm).

NIEUWE RICHTLIJN

In 2010 werd op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie een herziening van de multidisciplinaire ‘Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel’ gepubliceerd, waarvan een samenvatting te vinden is op de website van dit *Tijdschrift*.¹ In

deze richtlijn wordt iedere vorm van letsel aan het hoofd, uitgezonderd oppervlakkig letsel in het aangezicht, gedefinieerd als traumatisch hoofdletsel, waarbij het begrip ‘herschudding’ (in huisartsenregistraties geregistreerd onder code ICPC N79.0) niet meer gehanteerd wordt.

De richtlijn, die bedoeld is voor gebruik zowel in de eerste lijn als op afdelingen Spoedeisende Hulp, is helder geformuleerd en onderbouwd. Te prijzen valt ook dat de opstellers nadrukkelijk aandacht besteden aan kindermishandeling als mogelijke oorzaak van een traumatisch hoofdletsel. In Amerikaans onderzoek bleek dat bij 37% van de kinderen jonger dan 4 jaar met een fataal hoofdletsel sprake was van kindermishandeling.² Ook in ons land is er toenemend aandacht voor kindermishandeling en een sterk pleidooi voor het gebruik van het zogenoemde SPUTOVAMO-formulier op huisartsenposten (www.huisartsinfo.nl/media/m64.pdf).³

Een belangrijke doelstelling van de richtlijn was het tijdig identificeren van alle patiënten bij wie neurochirurgisch ingrijpen noodzakelijk is. Als gevolg hiervan zijn er ruime indicaties voor verwijzing van patiënten met traumatisch hoofdletsel naar de Spoedeisende Hulp. Zo zijn bijvoorbeeld elk bewustzijnsverlies (ongeacht de duur en het feit of het bewustzijn maximaal hersteld is), aanhoudende hoofdpijn en een leeftijd van 40 jaar of ouder indicaties voor een reguliere verwijzing. Bewustzijnsverlies echter zal in de praktijk soms moeilijk te objectiveren zijn; het is bijvoorbeeld onduidelijk welke waarde moet worden gehecht aan ‘even weggeweest’ als antwoord op de vraag of de patiënt bewusteloos is geweest. Daarnaast is in de richtlijn geen plaats meer voor het geven van een wekadvis aan patiënten vanaf 6 jaar.

RUIME VERWIJSINDICATIES

De indicaties voor verwijzing van patiënten met een licht hoofdletsel zijn grotendeels gebaseerd op een Nederlands prospectief cohortonderzoek.⁴ In dit onderzoek, dat plaatsvond in 4 universitaire centra, werden ruim 3000 patiënten van 16 jaar of ouder geïncludeerd. Alle patiënten hadden een licht hoofdletsel met ófwel een score van 13 of 14 op de glasgowcomaschaal (GCS) ófwel de maximale GCS-score van 15 met minstens 1 risicofactor (zoals bewustzijnsverlies, braken en ernstige hoofdpijn). Bij alle

Nederlands Huisartsen Genootschap,
afd. Richtlijnontwikkeling en Wetenschap,
Utrecht.

Dr. W. Opstelten en dr. A.N. Goudswaard,
huisartsen.

Contactpersoon: dr. W. Opstelten
(w.opstelten@nhg.org).

patiënten werd een CT-scan van de hersenen gemaakt. Dit onderzoek resulteerde in een predictieregel met een vooraf beoogde sensitiviteit van 100% om patiënten te identificeren die een neurochirurgische interventie moesten ondergaan. Dientengevolge was de specificiteit laag, namelijk 30%.

Hoewel deze predictieregel toepasbaar is op een grotere variëteit aan patiënten met traumatisch hoofdletsel dan eerder geformuleerde regels,⁵⁻⁷ is een bezwaar dat deze ontwikkeld is in een derdelijns setting. Weliswaar werden patiënten die uit andere ziekenhuizen waren verwezen geëxcludeerd, maar de geïncludeerde patiënten zullen doorgaans een ernstiger letsel hebben gehad dan patiënten met licht hoofdletsel die in eerste instantie de huisarts consulteren en niet worden verwezen. Het is dan ook waarschijnlijk dat met toepassing van de aanbevolen verwijscriteria in de eerste lijn de positief voorspellende waarde van de predictieregel voor een ernstig hersenletsel verder zal dalen en nog meer patiënten, naar achteraf zal blijken, nodeloos verwezen zullen worden. Een ander bezwaar is dat deze predictieregel nog niet extern is gevalideerd.

WEKADVIES

Bij toepassing van de indicaties voor verwijzing en CT-onderzoek zien de opstellers van de richtlijn geen reden meer voor het geven van een wekadvis aan patiënten vanaf 6 jaar. Zij baseren zich daarbij onder andere op een Zweeds prospectief gerandomiseerd onderzoek onder ruim 2600 patiënten van 6 jaar of ouder met een licht hersenletsel.⁸ Hieruit bleek dat direct ontslag na niet-afwijkend CT-onderzoek tot vergelijkbare uitkomsten leidt als klinische observatie. Dit wil echter niet zeggen dat bij een minder ruime indicatiestelling voor CT-

onderzoek, zoals thans in de eerste lijn gangbaar lijkt, een wekadvis niet van waarde is voor patiënten die niet verwezen worden voor aanvullende diagnostiek.

Daarnaast zou de eerder vastgestelde slechte therapietrouw bij de uitvoering van dit wekadvis inmiddels sterk verbeterd kunnen zijn,⁹ nu de meeste huisartsen een wekadvis schriftelijk verstrekken in de vorm van de genoemde NHG-Patiëntenbrief.

CONCLUSIE

De multidisciplinaire 'Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel' biedt heldere adviezen voor de opvang en diagnostiek van patiënten met een licht traumatisch hoofdletsel. Hoewel in de richtlijn – ten onrechte – medewerking van het Nederlands Huisartsen Genootschap vermeld wordt, waren geen huisartsen bij de totstandkoming van de richtlijn of in de commentaarfase van het concept daarvan betrokken. Wellicht is daardoor de doelmatigheid van een adequate diagnostiek en behandeling van traumatische hoofdletsels door de huisarts (inclusief de huisartsenpost) onderbelicht gebleven. Dit heeft ons inziens gereult in adviezen die vooral gelden voor de tweede lijn, maar waarvan de waarde in de eerste lijn nog moet worden aangetoond.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 21 december 2011

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4474

 [Meer op www.ntvg.nl/opinie](http://www.ntvg.nl/opinie)

LITERATUUR

- 1 De Kruijk JR, Nederkoorn PJ, Reijnders EPJ, Hageman G. Samenvatting van de herziene richtlijn Licht traumatisch hoofd/hersenletsel. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4195.
- 2 Arbogast KB, Margulies SS, Christian CW. Initial neurologic presentation in young children sustaining inflicted and unintentional fatal head injuries. Pediatrics. 2005;116:180-4.
- 3 Nadort E, Stam B, Teeuw AH. Het signaleren en aanpakken van kindermishandeling. Ned Tijdschr Geneesk. 2010;154:A1450.
- 4 Smits M, Dippel DW, Steyerberg EW, de Haan GG, Dekker HM, Vos PE, et al. Predicting intracranial traumatic findings on computed tomography in patients with minor head injury: the CHIP prediction rule. Ann Intern Med. 2007;146:397-405.
- 5 Haydel MJ, Preston CA, Mills TJ, Luber S, Blaudeau E, DeBlieux PM. Indications for computed tomography in patients with minor head injury. N Engl J Med. 2000;343:100-5.
- 6 Stiell IG, Wells GA, Vandemheen K, Clement C, Lesiuk H, Laupacis A, et al. The Canadian CT Head Rule for patients with minor head injury. Lancet. 2001;357:1391-6.
- 7 Mower WR, Hoffman JR, Herbert M, Wolfson AB, Pollack CV, Jr., Zucker MI. Developing a decision instrument to guide computed tomographic imaging of blunt head injury patients. J Trauma. 2005;59:954-9.
- 8 af Geijerstam JL, Oredsson S, Britton M. Medical outcome after immediate computed tomography or admission for observation in patients with mild head injury: randomised controlled trial. BMJ. 2006;333:465.
- 9 De Louw A, Twijnstra A, Leffers P. Weinig uniformiteit en slechte therapietrouw bij het wekadvis na trauma capitis. Ned Tijdschr Geneesk. 1994;138:2197-9.