

Vaker spoedverwijzing in de acute fase van een herseninfarct in herziene NHG-Standaard Beroerte

Arianne Verburg, Maureen van den Donk, Tjerk Wiersma

In de herziene NHG-Standaard Beroerte is het verwijfsbeleid in de acute fase aangepast, omdat intraveneuze trombolysse en endovasculaire behandeling bij een klein deel van de patiënten ook na de termijn van 4,5 respectievelijk 6 uur nog effect kunnen hebben. Daarnaast krijgen de differentiaaldiagnose bij aanwijzingen voor een beroerte in het vertebrobasilaire stroomgebied en neuropsychologische functiestoornissen na een TIA meer aandacht. Verder zijn er kleine aanpassingen gedaan in de medicamenteuze secundaire preventie.

Door nieuwe ontwikkelingen op het gebied van intraveneuze trombolysse en endovasculaire behandeling wordt de termijn waarbinnen deze behandelingen kunnen worden toegepast bij een herseninfarct steeds verder verruimd. Het aantal patiënten dat intraveneuze trombolysse en/of endovasculaire behandeling kan ondergaan, neemt echter af met het verstrijken van de tijd. Ook neemt de effectiviteit van de behandelingen af, naarmate de uitvalsverschijnselen langer bestaan.

De verwijfsurgentie bij uitvalsverschijnselen, waarbij de huisarts een beroerte vermoedt, wordt mede bepaald door de kans dat acute behandeling (intraveneuze trombolysse, endovasculaire behandeling, couperen antistolling) mogelijk is.

Dit heeft geleid tot de volgende verwijfscriteria in de acute fase, die zijn vastgesteld in een landelijke afspraak met betrokken partijen (Nederlandse Vereniging voor Neurologie en Ambulancezorg NL) [figuur]:

- U1-urgentie: bel met spoed een ambulance (A1-indicatie) bij patiënten met uitvalsverschijnselen die < 12 uur geleden zijn ontstaan. Overweeg na het inschakelen van de ambulance een spoedvisite af te leggen.
- U2-urgentie: leg bij patiënten met uitvalsverschijnselen die ≥ 12 uur bestaan direct een visite af en verwijfs vervolgens bij vermoeden van een beroerte naar de neuroloog. Overleg met de neuroloog over de urgentie van de verwijfsing (A1- of A2-indicatie), mede afhankelijk van de ernst en duur van de uitvalsverschijnselen.
- U3-urgentie: beoordeel patiënten bij wie de uitvalsverschijnselen volledig verdwenen zijn binnen een paar uur. Verwijfs patiënten bij wie u vervolgens de werkdiagnose 'TIA' stelt bij voorkeur binnen 24 uur naar de neuroloog.

DIAGNOSTIEK BIJ ACUTE DUIZELIGHEID EN DUBBELZIEN

In de praktijk blijkt het vaak lastig om klachten zoals acute duizeligheid en dubbelzien te duiden, zeker als deze inmiddels weer zijn verdwenen. Het onderscheid met bijvoorbeeld een



Het verwijfsbeleid in de acute fase is aangepast in de NHG-Standaard Beroerte

Foto: Shutterstock

perifeer vestibulair syndroom kan lastig zijn. Daarom is de beschrijving van kenmerken die een beroerte meer of minder waarschijnlijk maken uitgebreid en zijn bij acute duizeligheid en dubbelzien specifieke overwegingen toegevoegd.

Bij geïsoleerde acute aanhoudende duizeligheid zonder bijkomende (nieuwe) neurologische verschijnselen, is de kans op een beroerte klein (< 5%). Houd bij de interpretatie rekening met kenmerken zoals leeftijd en risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

ACETYLSALICYLZUUR EERSTE KEUS IN ACUTE FASE TIA

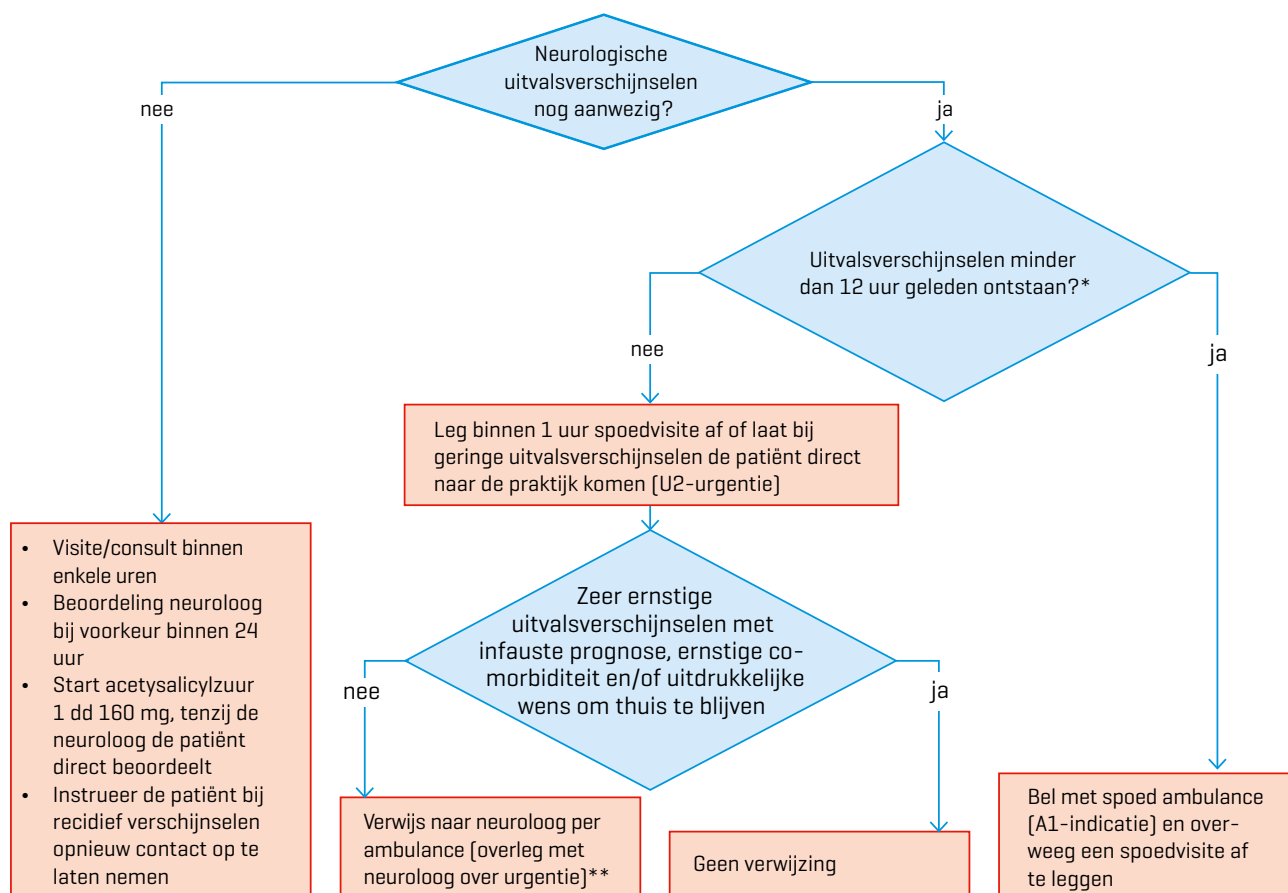
De trombocytenuitremmer van eerste keus in de acute fase van een TIA blijft acetylsalicylzuur. Dit middel is bewezen effectief in de acute fase van een TIA. Neurologen adviseren soms clopidogrel in oplaaddosering, maar de effectiviteit daarvan in de acute fase van een TIA is niet onderzocht. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat clopidogrel bij sommige patiënten niet of minder werkzaam is – de plaatsbepaling van farmacogenetisch onderzoek voor het starten met clopidogrel is nog onduidelijk. Daarom blijft acetylsalicylzuur het middel van eerste keus in de acute fase. De werkgroep adviseert om na het stellen van de werkdiagnose 'TIA' te starten met acetylsalicylzuur 1 dd 160 mg, tenzij de patiënt direct door de neuroloog wordt onderzocht.

DUALE BEHANDELING MET TROMBOCYTENAGGREGATIE-REMMERS

De neuroloog kan bij een TIA of *minor stroke* (klein herseninfarct met geringe uitvalsverschijnselen) starten met de combinatie clopidogrel en acetylsalicylzuur gedurende 3 weken. Deze behandeling, mits gestart binnen 24 uur na het ontstaan van

Figuur

Beleid in de acute fase bij vermoeden van een beroerte



* Ook bij een onbekend aanvangstijdstip van de klachten, indien de patiënt minder dan 12 uur geleden voor het laatst zonder uitvalsverschijnselen is gezien.

** Urgentie is afhankelijk van ernst en aard van uitvalsverschijnselen; in uitzonderingsgevallen komen patiënten tot 24 uur na het ontstaan van uitvalsverschijnselen in aanmerking voor endovasculaire behandeling.

de uitvalsverschijnselen, verlaagt de kans op een (recidief) herseninfarct. Deze mogelijkheid, in combinatie met de voordelen van snelle diagnostiek en secundaire preventie, is de grondslag voor de aanbeveling om patiënten met de werkdiagnose TIA bij voorkeur binnen 24 uur naar de neuroloog te verwijzen.

VERMOEIDHEID EN COGNITIEVE PROBLEMEN NA EEN TIA OF MINOR STROKE

Een herseninfarct of intracerebrale bloeding kan leiden tot (ernstige) lichamelijke en psychische restverschijnselen. Ook na een TIA of minor stroke kunnen neuropsychologische klachten voorkomen, bijvoorbeeld depressie, angst, cognitieve stoornissen en vermoeidheid. Wees daarom ook bij patiënten met een TIA of minor stroke alert op deze klachten, ook na de acute fase. In de standaard worden de beleidsopties bij neuropsychologische klachten besproken, zoals cognitieve revalidatie. Ook de ergotherapeut kan een rol spelen bij het leren omgaan met cognitieve problemen of vermoeidheid. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Beroerte op <https://richtlijnen.nhg.org>.

Verburg AFE, Van den Donk M, Wiersma Tj. Vaker spoedverwijzing in de acute fase van een herseninfarct in herziene NHG-Standaard Beroerte. Huisarts Wet 2022;65:DOI:10.1007/s12445-022-1518-7. Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: A.F.E. Verburg, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker, kenniscentrum@nhg.org; dr. M. van den Donk, epidemioloog en senior wetenschappelijk medewerker; dr. Tj. Wiersma, senior wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep die de herziene NHG-Standaard Beroerte heeft geschreven bestond uit [op alfabetische volgorde]: L.S. Dolmans, L.F. Hegeman, M.R.S. Tjon-A-Tsien, M. van den Donk, H.G.C. Noortwijk-Bonga, A.F.E. Verburg-Dorhuizen, T.J. Wiersma.