

De huisarts, trombose en de trombosedienst

DOOR DR H. MULLER, TE LEIDEN

Trombose is zowel voor de arts als voor de patiënt steeds een afschrikwekkend begrip geweest. Iedere leek kent het gevaar van de „embolie”, gezwezen nog van de ellende, die vijf of tien jaar na een uitgebreide trombose van de beenvenae kan optreden. Vele vrouwen lijden nog onder de gevolgen zoals *ulcera cruris* en ernstig oedeem. Het is dan ook geen wonder, dat toen eenmaal was gebleken dat met de coumarine-derivaten een goed werkzaam oraal toe te passen middel was gevonden om een trombotisch proces tot stilstand te brengen of zelfs te voorkomen, deze middelen alom werden toegepast. De angst voor trombose na een operatieve ingreep is praktisch verdwenen wanneer de patiënt verneemt, dat hij zal worden behandeld met „tabletten om het bloed te verdunnen”.

In het begin was de toepassing van coumarine-derivaten voor de huisarts wel interessant, maar niet van direct praktisch belang. Immers, deze behandeling geschiedde alleen in het ziekenhuis en de patiënt werd pas ontslagen nadat de behandeling was gestaakt. Hiervoor bestonden twee redenen. Ten eerste was het vinden van de juiste dosering een zaak van ervaring. Allerlei factoren bepalen de reactie van de „stolbaarheid” van het bloed op het gegeven middel. De andere reden was de moeilijkheid een juiste graadmeter te vinden, die de verminderde stolbaarheid goed weergeeft. Hierop komen wij later nog terug.

In de laatste jaren zijn in verschillende steden „trombosediensten” ontstaan, waar patiënten, ook op verzoek van de huisarts, kunnen worden gecontroleerd. In verschillende centra bestaat ook de mogelijkheid, dat een analiste van deze trombosedienst de bedlegerige patiënten aan huis bezoekt.

Door deze organisatievorm is de huisarts direct betrokken bij de behandeling. Natuurlijk is dit een groot winstpunt. In vele gevallen zal opname in een ziekenhuis onnodig worden, terwijl bovendien sommige patiënten vele weken eerder uit het ziekenhuis kunnen worden ontslagen. Hiertegenover staat, dat de betrokken huisarts een grotere verantwoordelijkheid draagt. Wanneer de huisarts de patiënt naar de trombosedienst heeft verwezen, draagt hij en niet de trombosedienst de verantwoordelijkheid voor de behandeling, ook al geschiedt de dosering van de anticoagulantia door de arts van de trombosedienst.

De huisarts dient dus op de hoogte te zijn van de indicaties en de gevaren van de behandeling met anticoagulantia. Hij moet het antidotum kennen en weten, welke van zijn patiënten met anticoagulantia worden behandeld. Bij kortdurende behandelin-

gen is dit niet zo'n probleem, maar tegenwoordig worden vooral lijders aan arteriële vaatstoornissen jarenlang met anticoagulantia behandeld. In een dergelijk geval kan het voorkomen, dat een patiënt met een grote bloeding uit de *tractus digestivus* „*e causa ignota*” in een ziekenhuis wordt opgenomen, omdat iedereen is vergeten, dat de patiënt regelmatig anticoagulantia inneemt.

De huisarts moet weten welke geneesmiddelen verboden zijn tijdens de behandeling met anticoagulantia en tenslotte is enig inzicht in de waarde van de laboratoriummethoden, waarmee de „graad van onstolbaarheid” van het bloed wordt gemeten, ook zeker gewenst.

Welke patiënten komen in aanmerking om met anticoagulantia door de huisarts te worden behandeld? De nadruk ligt hier op het woord huisarts. Immers, bij aandoeningen, waarbij een specialist in consult wordt geroepen, bijvoorbeeld een hartinfarct, zal, ook al wordt de patiënt thuis verpleegd, de indicatie tot behandeling met anticoagulantia in overleg met de specialist worden gesteld.

Allereerst zijn dit de vrouwen, die na de bevalling een trombose krijgen en waar aan huis controle door een trombosedienst kan geschieden. Het geven van anticoagulantia zonder controle is beslist onjuist! Verder is het zeker aan te raden na de bevalling anticoagulantia te geven wanneer uit de anamnese blijkt, dat patiënte reeds eerder een ernstige trombose heeft doorgemaakt. Het is ook ernstig te overwegen profylactisch anticoagulantia te geven bij die vrouwen, waarbij postpartum een sterk verhoogde kans op trombose bestaat. Als voorbeeld moge gelden een vrouw met een uitgebreide varicosis van de benen, die na de bevalling om een of andere reden lang bedlegerig blijft.

Het staat wel vast, dat de coumarinepreparaten met de melk in het kind overgaan; waarschijnlijk echter alleen in de eerste dagen dat het middel hoog wordt gedoseerd (stootdosis). Om het kind te beschermen geve men één druppel van een vitamine K₁-preparaat per week (bij verschillende trombosediensten wordt dit automatisch door de zuster geregeld).

Moeilijker wordt het probleem, wanneer een patiënt geen „trombose”, maar een oppervlakkige „thrombophlebitis” krijgt. In feite is deze onderscheiding geen theoretische, maar een praktische. Pathofysiologisch gezien is het in beide gevallen een trombotisch proces in een ader. Bij de diepe trombose zijn de ontstekingsachtige reacties alleen niet voor het oog waarneembaar en spreekt men wel van een flebo-trombose, terwijl de harde streng met rode huid er overheen thrombophlebitis wordt genoemd.

In de praktijk is er echter wel degelijk een verschil. Meestal treedt de zogenaamde thrombophlebitis op in een variceuze ader van het onderbeen bij patiënten met een uitgebreide varicosis uitgaande van een insufficiëntie van de vena saphena magna en parva. Hoewel theoretisch ook hieruit een embolie kan optreden, is deze kans in de praktijk te verwaarlozen wanneer we met een patiënt met alleen maar varices te maken hebben. Het is mijns inziens dan ook beslist onjuist een dergelijke patiënt bedrust voor te schrijven en anticoagulantia te geven via de trombosedienst. De bedrust wordt door vele patiënten (huisvrouwen) veranderd in zitten in een stoel. Door de stasis van het bloed in het min of meer afhangelende been wordt de kans op uitbreiding van de trombose juist vergroot. Het inschakelen van de trombosedienst is alleen een nutteloze verzware van het werk van de huisbezoekende trombosezuster. Bovendien wordt de patiënt op deze wijze soms vele weken aan zijn of haar werk onttrokken.

De juiste behandeling in deze gevallen bestaat uit het geven van een elastische zwachtel, aangelegd vanaf de tenen tot ruim boven de thrombophlebitis en mobilisatie van de patiënt, waardoor stasis van het bloed in de uitgezette venae wordt voorkomen. Is de thrombophlebitis erg uitgebreid, dan kan een lopende behandeling met anticoagulantia zijn geïndiceerd. De meest doeltreffende therapie is echter de chirurgische verwijdering van de insufficiënte venae, hetgeen zelfs in de actieve fase kan geschieden, daar de te verwijderen venae meestal juist niet zijn aangetast.

Men versta mij echter goed. Dit bovenstaande geldt natuurlijk niet voor de patiënt, die zonder varices thrombophlebitiden krijgt. Een dergelijke patiënt dient echter ook niet naar de trombosedienst te worden verwezen, maar naar een internist voor nader onderzoek. Een chronisch ontstekingsproces in de buik of een carcinoom kan zich immers uiten door een thrombophlebitis aan het been.

Ook de contraïndicaties en relatieve contraïndicaties kunnen problemen scheppen. Als absolute contraïndicatie geldt de hemorragische diathese. Het spreekt ook vanzelf dat een actief ulcus ventriculi aut duodeni een tegenaanwijzing vormt. Men bedenke echter, dat ook een zogenaamd „oud” ulcus de bron van een heftige bloeding kan zijn. Ook een sterk verhoogde bloeddruk is een bezwaar. Hierover bestaat echter nog geen eenstemmigheid bij de verschillende tromboseartsen. Wel kan worden gezegd, dat een diastolische bloeddruk boven de 100 mm Hg een indicatie is om in overleg te treden met de trombosearts. Hetzelfde geldt voor patiënten met leveraandoeningen.

Bij „bloedige” ingrepen moet natuurlijk altijd overleg worden gepleegd met de desbetreffende specialist en de trombosedienst. Dat dit ook geldt voor kiesextracties wordt nogal eens vergeten! Verder zij men op zijn hoede bij intercurrente infecties. Koortsende ziekten, zelfs een banale steenpuist, kunnen een sterke verlaging van de stolbaarheid veroorzaken met ernstige bloedingen als gevolg. Vervroeg-

de controle door de trombosedienst is dus ook in deze gevallen noodzakelijk. Tenslotte zij er op gewezen, dat de bloedingsneiging toeneemt met de leeftijd. Bij patiënten boven de zestig jaar is deze ongeveer tweemaal zo groot als van personen van twintig jaar.

Dat salicylpreparaten zijn verboden, is de artsen genoegzaam bekend, maar ook de patiënt dient dit te weten. Men stelle hem daarvan dus op de hoogte en geve een voorschrift, welk middel patiënt bij een eventuele hoofdpijn of kiespijn wel mag innemen.

Oraal toegediende antibiotica kunnen via hun invloed op de darmbacteriën een verlaging van de vitamine K-produktie veroorzaken en daardoor verminderde tolerantie voor coumarines. De trombosearts dient dus op de hoogte te worden gesteld van een eventuele behandeling met antibiotica. Dit laatste geldt ook voor geneesmiddelen als chloorpromazine, PAS en corticosteroïden.

Treedt een bloeding op, dan is een vitamine K₁-preparaat het juiste antidotum, waarbij natuurlijk overleg dient te worden gepleegd met de trombosearts. Een dergelijk middel moet dus steeds onmiddellijk beschikbaar zijn. Enkele druppels per os (3-5) zijn meestal voldoende; maar de indicatie is vrij zeldzaam, daar tijdelijk staken van de anticoagulantia bijna steeds voldoende is. Bovendien ontstaat het gevaar van een hypercoagulabiliteit van het bloed met hernieuwde trombosen. Bij een zeer ernstige bloeding kan een vitamine K₁-preparaat intraveneus worden toegediend.

Tenslotte nog een enkel woord over het mechanisme van de bloedstolling. Dit is een ingewikkeld proces, waarbij onder andere verschillende eiwitten uit de levercellen (stollingsfactoren) een rol spelen. Deze factoren kunnen slechts worden gemaakt wanneer voldoende vitamine K₁ aanwezig is. Het vitamine K₁ wordt nu als het ware uit de levercel verdrongen door de coumarinederivaten. Hierdoor worden de stollingsfactoren niet meer aangemaakt en het bloed wordt onstolbaar. De werking van de coumarinederivaten is reversibel. Voert men van buiten af vitamine K₁ toe, dan wordt het coumarinederivaat weer verdrongen.

Met de bepaling van de protrombinetijd (PTT) wordt alleen één bepaalde stollingsfactor gecontroleerd, hetgeen geen volledige maatstaf is voor de intravasale stolbaarheid van het bloed. De uitslag van de bepaling is in hoge mate afhankelijk van de werkwijze in het laboratorium. Men mag dus aan de uitslag geen absolute waarde toekennen en uitslagen van verschillende laboratoria beslist niet zonder meer met elkaar vergelijken.

Meer betrouwbaar als maat voor de intravasale stolbaarheid is de tromboëlastografie. Dit onderzoek kan helaas niet in alle laboratoria geschieden en moet onmiddellijk na afneming van het bloed worden verricht. In de praktijk is deze methode belangrijk als incidentele controle bij patiënten, die zeer lang anticoagulantia gebruiken (arteriële vaatprocessen), daar de PTT op de lange duur een minder goede maatstaf kan zijn.