

# Risicopatiënten voor veneuze tromboembolie in de eerste lijn

Iris Wichers

## Inleiding

Het risico op een veneuze tromboembolie (VTE) is voor geselecteerde groepen in het ziekenhuis uitgebreid onderzocht en het gebruik van profylactische antistolling staat beschreven in de CBO-richtlijn.<sup>1</sup> Onduidelijk is of dezelfde richtlijnen gelden voor patiënten die thuis behandeld worden. Uit een Engels onderzoek bleek dat 74% van alle VTE plaatsvindt in de eerste lijn, waarbij de helft van deze groep in de 3 maanden voorafgaand aan de diagnose een ziekenhuisopname of operatie had gehad.<sup>2</sup> Het doel van dit onderzoek was het risico op VTE van verschillende patiënten thuis zonder recente ziekenhuisopname of operatie in kaart te brengen.

## Onderzoek

**Design** Het betrof een retrospectief casecontrolonderzoek op basis van informatie uit medische dossiers van 600.000 patiënten van 400 deelnemende huisartsen in Italië. De gegevens dateerden van 2001 tot 2004.<sup>3</sup> Patiënten ouder dan 40 jaar met een VTE werden beschouwd als casus mits zij in de daarop volgende 3 maanden met antistolling waren behandeld, niet recent in het ziekenhuis waren opgenomen, geen VTE hadden doorgemaakt in de 2 jaar voorafgaand aan inclusie, en geen antistolling hadden gebruikt in het jaar voor inclusie. Voor iedere casus werden 10 controles gezocht.

**Uitkomstmaten** De onderzoekers noteerden van alle deelnemers leeftijd, geslacht, medicijngebruik en een voorgeschiedenis van een neurologische aandoening, hartfalen, COPD, inflammatoire darmlijden, oppervlakkige veneuze trombose, reumatische aandoening, cerebrovasculair accident, voorbijgaande of permanente verlamming, kanker en acute infectie.

**Analyses** De onderzoekers gebruikten de chikwadrattest en Fisher's test om baseline verschillen te berekenen. Risico's op een VTE berekenden zij door middel van een multivariate logistische regressieanalyse.

**Resultaten** Van de 1624 VTE-patiënten waren er 122 jonger dan 40 jaar, 174 hadden een recente ziekenhuisopname gehad, 415 gebruikten antistolling en 282 hadden geen antistolling gekregen na de VTE. Uiteindelijk waren er 774 casussen en 7740 gekoppelde controles. Na correctie voor medicijngebruik, comorbiditeit en eerdere ziekenhuisopname (> 3 maanden voor inclusie) bleef een ziekenhuisopname geassocieerd met een verhoogd risico op VTE (OR 5,02; 95%-BI 4,01-6,29), een voorbijgaande of blijvende

verlamming (OR 1,39; 95%-BI 1,10-1,76), hartfalen (OR 1,78; 95%-BI 1,13-2,81), kanker (OR 2,20; 95%-BI 1,74-2,78), een neurologische aandoening (OR 2,20; 95%-BI 1,27-3,79) en een infectieziekte (OR 1,86; 95%-BI 1,16-2,97). Van alle medicatie gaven gebruik van corticosteroiden (OR 4,40; 95%-BI 2,92-6,63), NSAID's ( huidig gebruik: OR 1,50; 95%-BI 1,12-2,01), antihypertensiva (OR 1,36; 95%-BI 1,09-1,69) en antistolling (gebruik in verleden: OR 3,50; 95%-BI 2,56-4,79) een verhoogd risico op VTE.

**Conclusie** Het risico op een VTE in de thuissituatie is verhoogd bij voorbijgaande of blijvende verlamming, chronisch hartfalen, kanker, infectieziekten, neurologische aandoeningen en ziekenhuisopname.

## Interpretatie

Voor zover bekend is dit het eerste onderzoek onder een grote populatie, waarbij onderzoekers patiëntendossiers van huisartsen bekeken om erachter te komen bij welke medische aandoeningen patiënten risico lopen op VTE. Een kanttekening bij dit onderzoek is dat de onderzoekers de diagnose VTE als zeker beschouwden als antistolling werd gestart in de drie maanden na de diagnose<sup>5</sup> en geen voorgeschiedenis van een eerder VTE bekend was. Dit terwijl een eerder VTE de grootste risicofactor is voor het krijgen van een nieuwe.

De aandoeningen met een verhoogd risico op VTE, zoals kanker, chronisch hartfalen, verlamming en infectieziekten, zijn in dit onderzoek consistent met gegevens uit de literatuur. In een ander onderzoek bleken corticosteroiden en NSAID's ook risicofactoren voor VTE.<sup>5</sup> NSAID's werden echter vaak gebruikt voor de prodromale verschijnselen gerelateerd aan de VTE. De volgende stap zal zijn te evalueren of preventieve maatregelen in deze risicogroepen (kosten-)effectief zijn bij patiënten in de eerste lijn.

## Literatuur

- 1 CBO richtlijn Diagnostiek, behandeling en preventie van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose. Utrecht: CBO, 2009. [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl).
- 2 Spencer FA, Lessard D, Emery C, Reed G, Goldberg RJ. Venous thromboembolism in the outpatient setting. *Arch Intern Med* 2007;167:1471-5.
- 3 Cimminiello C. Venous thromboembolism in medical patients treated in the setting of primary care: A nationwide case-control study in Italy. *Thromb Res* 2010;126:367-72.
- 4 Huerta C, Johansson S, Wallander MA, Garcia Rodriguez LA. Risk factors and shortterm mortality of venous thromboembolism diagnosed in the primary care setting in the United Kingdom. *Arch Intern Med* 2007;167:935-43.
- 5 Lawrenson R, Todd JC, Leydon GM, Williams TJ, Farmer RD. Validation of the diagnosis of venous thromboembolism in general practice database studies. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49:591-596.

## Auteursgegevens

Wilhelminastraat 170hs, 1054 WS Amsterdam; dr. I.M. Wichers, huisarts.  
Correspondentie: [iris@wichers.nu](mailto:iris@wichers.nu)