

Hoofdtrauma: verschil tussen eerste en tweede lijn

Enkele jaren geleden werd de multidisciplinaire Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel gepubliceerd, die huisartsen echter voor hun praktijk onbruikbaar vonden. Toepassing van deze richtlijn zou namelijk leiden tot onnodige verwijzingen, ook omdat de adviezen uitgaan van hoge voorafkansen op ernstig letsel. De grootte van het absolute risico op een complicatie wordt immers bepaald door de combinatie van voorafkansen en risicofactor (zoals leeftijd of braken). Dezelfde risicofactor zal bij toepassing in een tweedelijnssetting met hoge voorafkansen leiden tot een groter absoluut risico op intracranieel letsel en dus eerder een indicatie zijn voor nader onderzoek (CT-scan) of klinische observatie dan in een eerstelijnssetting met een lage voorafkans. De NHG-Standaard Hoofdtrauma (pagina 82-88) gaat uit van een lagere voorafkans en lijkt daarmee beter aan te sluiten bij de huisartsenpraktijk. We gaan hier in op de incidentieverschillen tussen eerste en tweede lijn.

EERSTE LIJN

In 2012 bedroeg de incidentie van 'hersenschudding' (ICPC-code N79) in de huisartsendagpraktijk 2,9 per 1000 patiënten. De diagnose werd vooral gesteld bij kinderen tot 18 jaar. 'Ander letsel hoofd' (ICPC-code N80) kwam voor bij 3,2 per 1000 patiënten, met pieken in de leeftijdscategorieën 0-4 jaar en ≥ 85 jaar.

Op de huisartsenpost hadden in totaal 0,7 per 1000 personen in 2012 contact vanwege de diagnose 'hersenschudding'. De diagnose 'ander letsel hoofd' had dezelfde incidentie. Ook hier betrof het vooral kinderen tot 18 jaar en ouderen (≥ 85 jaar).

Op basis van de genoemde ICPC-codes is de totale incidentie van hoofdtrauma ongeveer 7,5 per 1000 patiënten per jaar. Met andere woorden: bij 125.000 patiënten registreren huisartsen jaarlijks de diagnose 'hersenschudding' of 'ander letsel hoofd'. Het werkelijke aantal patiënten met een hoofdtrauma zal hoger zijn omdat een aanzienlijk deel van de patiënten met hoofdtrauma waarschijnlijk onder andere ICPC-codes wordt geregistreerd, zoals ongeval/letsel (A80), flauwvallen/syncope (A06), hoofdpijn (N01), wond (S17,S18,S19) en buil/kneuzing intacte huid (S16).

TWEDE LIJN

Op de SEH's komen jaarlijks 85.000 patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel.¹ Dat betreft een gevarieerde populatie: per ambulance binnengebrachte ongevalspatiënten, door huisartsen verwezen patiënten, maar ook zelfverwijzers. Uit recent onderzoek bleek in die setting het risico op intracranieel letsel ongeveer 2,3%.² In Nederland lopen dus jaarlijks ongeveer 2000 patiënten intracranieel letsel op, aangezien vrijwel alle patiënten met intracerebraal letsel (uiteindelijk) bij SEH's worden aangemeld.

CONSEQUENTIES VOOR BELEID

Waar de multidisciplinaire richtlijn zich vooral baseert op het CHIP-onderzoek van Smits et al.³ dat een voorafkans op intracranieel letsel van 7,5% hanteert (overigens veel hoger dan de eerdergenoemde 2,3%), gaat de NHG-Standaard uit van een voorafkans in de eerste lijn van 1,5%. Omdat de noodzaak voor verwijzing wordt bepaald door het absolute risico op intracranieel letsel, worden risicofactoren bij een lagere voorafkans anders gewogen dan bij een hoge voorafkans. Sommige risicofactoren (zoals een verminderd EMV, neurologische uitval, gebruik van anticoagulantia) zijn, evenals in de tweede lijn, een evidente indicatie voor nader onderzoek of observatie. Andere risicofactoren (zoals leeftijd, braken en hoofdpijn) krijgen in de eerste lijn minder gewicht dan in de tweede lijn en zijn alleen met bijkomende risicofactoren een indicatie voor verwijzing. De voorafkans van 1,5% (ongeveer 2000/125.000) lijkt overigens nog aan de hoge kant, omdat – zoals eerder vermeld – het werkelijke aantal patiënten met hoofdtrauma in de eerste lijn hoger zal zijn dan de geregistreerde 125.000 (zie [tabel] op www.henw.org).

CONCLUSIE

Huisartsen zien hoofdtrauma's vooral bij jonge kinderen en ouderen. De geregistreerde incidenties zijn waarschijnlijk een onderschatting. De gehanteerde voorafkansen en het beleid van de NHG-Standaard lijken beter te passen bij de huisartsenzorg dan de multidisciplinaire richtlijn. ■

LITERATUUR

- 1 CBO/NVN. Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel (2010).
- 2 Van den Brand CL, Rambach AHJH, Postma R, Van de Craats VL, Lengers F, Benit CP, et al. Richtlijn 'Licht traumatisch hoofd-hersenletsel' in de praktijk. Ned Tijdschr Geneesk 2014;158:A6973.
- 3 Smits M, Dippel DWJ, Steyerberg EW, De Haan F, 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.

Deze cijfers zijn gebaseerd op geanonimiseerde gegevens van 219 huisartsenpraktijken en 17 huisartsenindienstructuren (organisaties van huisartsenposten) die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl/zorgregistraties). Wij gebruikten alleen gegevens van huisartsenpraktijken en huisartsenposten die bij minstens 70% van de contacten een betekenisvolle ICPC-code registreerden. De huisartsenpraktijken in dit onderzoek hebben gezamenlijk 867.140 ingeschreven patiënten en de huisartsenposten hebben een gezamenlijk verzorgingsgebied van 6,1 miljoen inwoners. Beide groepen zijn qua leeftijd en geslacht representatief voor de Nederlandse bevolking.