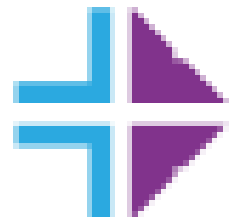


Aanpassing richtlijn Licht traumatisch hoofd hersenletsel (LTH)



Acute Zorgregio Oost

H.P.Bienfait, neuroloog Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

- Lid van de commissie “addendum van de richtlijn LTH” 2016-2017, namens de NVN
- Acute neurologie
- Bestuur en instructeur MedicALS
- Aanleiding voor addendum

Addendum van de richtlijn LTH

- Richtlijn LTH van kracht in 2010
- Toen al veel reacties op (mogelijke) uitwerking implementatie (evidence, impact, kosten, druk op ambulance, SEH, huisartsen)
- Commissie: NVN en Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie, Nederlands Huisartsen Genootschap, Nederlandse Vereniging van Spoedeisende hulpartsen, Vereniging van Medisch Managers Ambulancezorg, Hersenletsel.nl
- Goed nieuws en slecht nieuws

Wat feiten en opmerkingen t.a.v. LTH

- 85.000 mensen per jaar op de SEH i.v.m. met LTH
- Veel verwarring wie wel verwezen en wel of niet CT dient te krijgen
- Nieuwe inzichten n.a.v. literatuur?
- Chip studie
- Biomarkers (S100b in Scandinavië, GFAP en UCHL1)

Oorzaak en doel van de aanpassing richtlijn LTH

- Het idee dat teveel mensen naar de SEH werden verwezen, en dat teveel mensen op de SEH een CT hersenen kregen
- Opdracht van de NVN:
- Identificatie van minimaal of triviaal trauma waarbij geen CT-scan noodzakelijk is.
- Het opnemen van NOAC's en (combinaties van) trombocytenuitremmers in de richtlijn

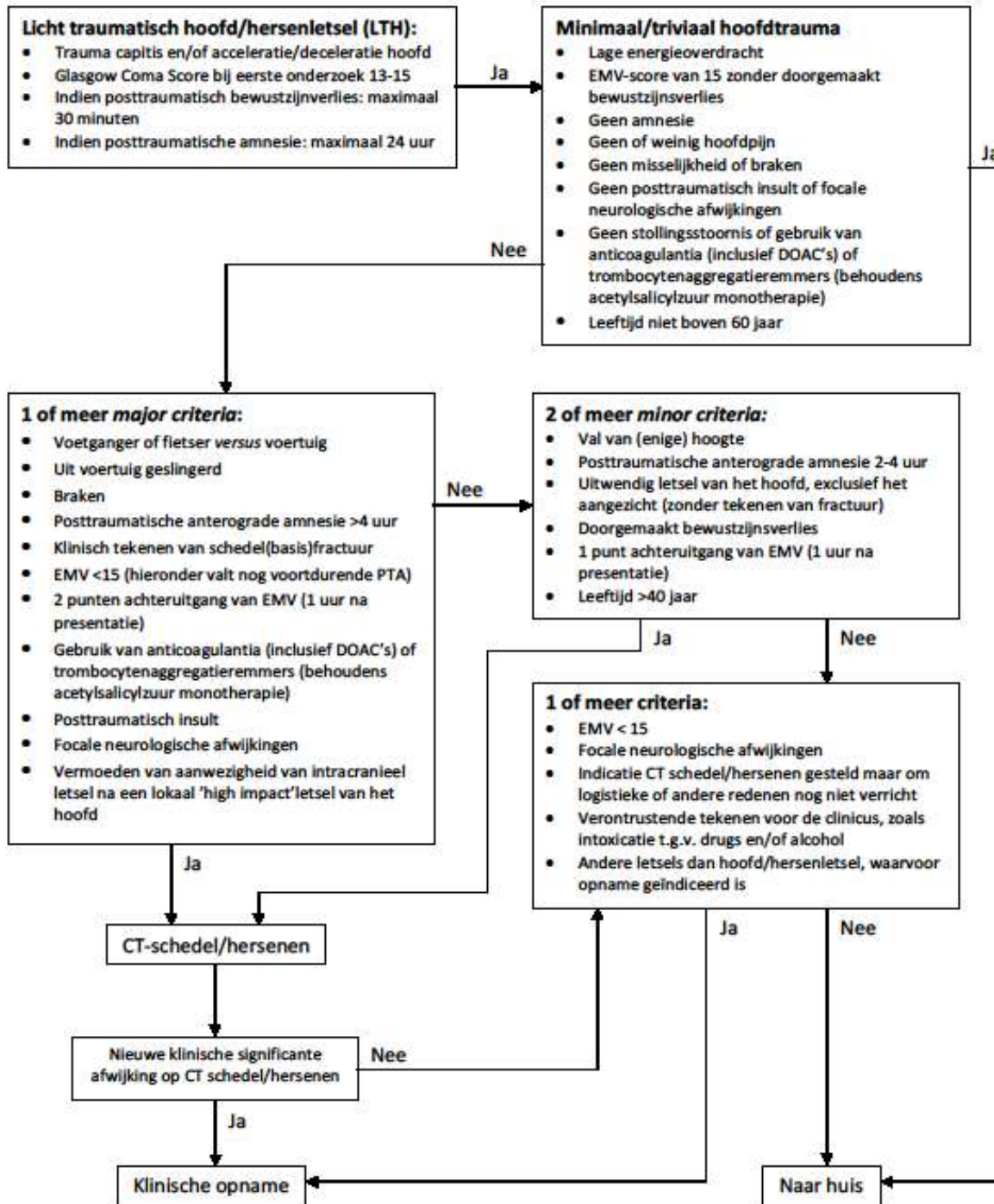


Onderscheid tussen:



Twee veranderingen

- Triviaal trauma (In afwezigheid van hoog risicofactoren)
- NOAC's, combinaties van trombocyten aggregatie remmers en....Clopidogrel (EBM)



Licht traumatisch hoofd/hersenletsel (LTH):

- Trauma capitis en/of acceleratie/deceleratie hoofd
- Glasgow Coma Score bij eerste onderzoek 13-15
- Indien posttraumatisch bewustzijnsverlies: maximaal 30 minuten
- Indien posttraumatische amnesie: maximaal 24 uur

Minimaal/triviaal hoofdtrauma

- Lage energieoverdracht
- EMV-score van 15 zonder doorgemaakt bewustzijnsverlies
- Geen amnesie
- Geen of weinig hoofdpijn
- Geen misselijkheid of braken
- Geen posttraumatisch insult of focale neurologische afwijkingen
- Geen stollingsstoornis of gebruik van anticoagulantia (inclusief DOAC's) of trombocytenaggregatieremmers (behoudens acetylsalicylzuur monotherapie)
- Leeftijd niet boven 60 jaar

1 of meer major criteria:

- Voetganger of fietser versus voertuig
- Uit voertuig geslingerd
- Braken
- Posttraumatische anterograde amnesie >4 uur
- Klinisch tekenen van schedel(basis)fractuur
- EMV <15 (hieronder valt nog voortdurende PTA)
- 2 punten achteruitgang van EMV (1 uur na presentatie)
- Gebruik van anticoagulantia (inclusief DOAC's) of trombocytenaggregatieremmers (behoudens acetylsalicylzuur monotherapie)
- Posttraumatisch insult
- Focale neurologische afwijkingen
- Vermoeden van aanwezigheid van intracranieel letsel na een lokaal 'high impact' letsel van het hoofd

2 of meer minor criteria:

- Val van (enige) hoogte
- Posttraumatische anterograde amnesie 2-4 uur
- Uitzwendig letsel van het hoofd, exclusief het aangezicht (zonder tekenen van fractuur)
- Doorgemaakt bewustzijnsverlies
- 1 punt achteruitgang van EMV (1 uur na presentatie)
- Leeftijd >40 jaar

1 of meer criteria:

- EMV < 15
- Focale neurologische afwijkingen
- Indicatie CT schedel/hersenen gesteld maar om logistieke of andere redenen nog niet verricht
- Verontrustende tekenen voor de clinicus, zoals intoxicatie t.g.v. drugs en/of alcohol
- Andere letsels dan hoofd/hersenletsel, waarvoor opname geïndiceerd is

CT-schedel/hersenen

Nieuwe klinische significante afwijking op CT schedel/hersenen

Klinische opname

Naar huis

Addendum LTH richtlijn

- Binnenkort online
- Binnenkort toelichting in NTVG (online)
- Niet geadresseerd: leeftijd, biomarkers, eerste lijns advies (nog steeds een verschil met huisartsen standaard)
- In afwachting van grotere studies: herziening gehele richtlijn, 2019-2020??



Take home message: “goede en slechte” nieuws

- Minder CT scans bij triviaal trauma
- Helaas Clopidogrel, NOAC's, combinaties van trombocytten aggregatie remmers
- Vragen c.q. discussie?



Acute Zorgregio Oost

Samenstelling van de werkgroep

- Dr. K. Jellema, neuroloog, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag, NVN, (voorzitter);
 - Dr. H.P. Bienfait, neuroloog, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn, NVN;
 - Dr. G. Hageman, neuroloog, MST Enschede, NVN;
 - Dr. R.A. van der Kruijk, neuroloog, Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem, NVN;
 - Dr. J. van der Naalt, neuroloog, UMCG, Groningen, NVN;
 - Drs. C.L. van den Brand, SEH-arts, Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag, NVSHA;
 - Drs. I. Haitsma, Neurochirurg, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, NVvN;
 - Drs. L.W. Draijer, huisarts en wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, NHG;
 - Drs. R. De Vos, Anesthesioloog, UMCG, Groningen, NVMMA;
 - Drs. P. Hoenderdaal, patiëntvertegenwoordiger, Hersenletsel
-
- Met ondersteuning van:
 - Drs. S.B. Muller-Ploeger, Adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten