

Naar de spoed is altijd goed ?

UAntwerpen Update voor huisartsen
Zaterdag 17/6/2023





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Verkoudheid
óf
moeite met
ademhalen?



Schaafwond
óf
diepe snijwond
die blijft bloeden?



Alleen verhoging
óf
ook suf en niet
wakker te krijgen?





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Programma



9.00 Welkom en Inleiding (Anne Marieke Wiggers)

9.10 Triage op de spoed met toewijzing van patiënten aan de huisarts

Karen Scheers (voorzitter HAKAO/HWAO)

Stefan Morreel (UAntwerpen en WGC 't Spoor)

10.00 Een suïcidale patiënt tijdens de wachtdienst

Hilke Van De Putte (WGC 't Spoor)

Robin Baeten (ZNA EPSI)

PAUZE

11.10 Patiënt met pijn op de borst

Jasna Peeters (Huisartsenpraktijk Hof Van Rieth)

Prof. Steven Haine (UAntwerpen/UZA)

12.00 Patiënt met collaps: vagaal of iets gevaarlijks?

Prof. Koen Monsieus (UAntwerpen/UZA)

12.50 Besluit



Triage op de spoed

Triage op de spoed met toewijzing van patiënten aan de huisarts

*Karen Scheers, huisarts
en voorzitter HAKAO/HWAO*

Samenwerking HAWP Antwerpen Oost met Spoedgevallen AZ Monica

Casus : Abdel, 66j

31/5/23 : 19:33u presentatie op spoed bij triage-VPK

Anamnese :

- *sinds 1 week pijn in re been*
- *atraumatisch*
- *zwelling re knie*
- *in li knie reeds punctie gehad, nu re zelfde klachten*

Casus : Abdel, 66j

31/5/23 : 19:33u presentatie op spoed bij triage-VPK

Anamnese :

- *sinds 1 week pijn in re been*
- *atraumatisch*
- *zwelling re knie*
- *in li knie reeds punctie gehad, nu re zelfde klachten*

• Parameters

- *BD : 159/99*
- *HF : 112*
- *saturatie 95*
- *temp : 37,1*

• Triagekaart :

Extremitetenprobleem : zwelling ->
HAWP zo open

Vragen aan de expert :

- Op welke criteria wordt een doorverwijzing naar Wachtpost gebaseerd ?
- Op welk tijdsinterval dient deze patiënt gezien te worden ?
- Wat zijn inclusie en exclusiecriteria ?

TRIAGE trial

Stefan Morreel

Uantwerpen/WGC 't Spoor

Inhoud

- Inleiding
- Methodologie
- Resultaten
- De toekomst



Inhoud

- **Inleiding**
- Methodologie
- Resultaten
- De toekomst

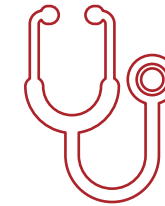


Casus

Abdel 66j, kniepijn op woensdagavond

Waar moet ik heen?

Ervaringen, wachttijd, toegankelijkheid, band met eigen HA, ...



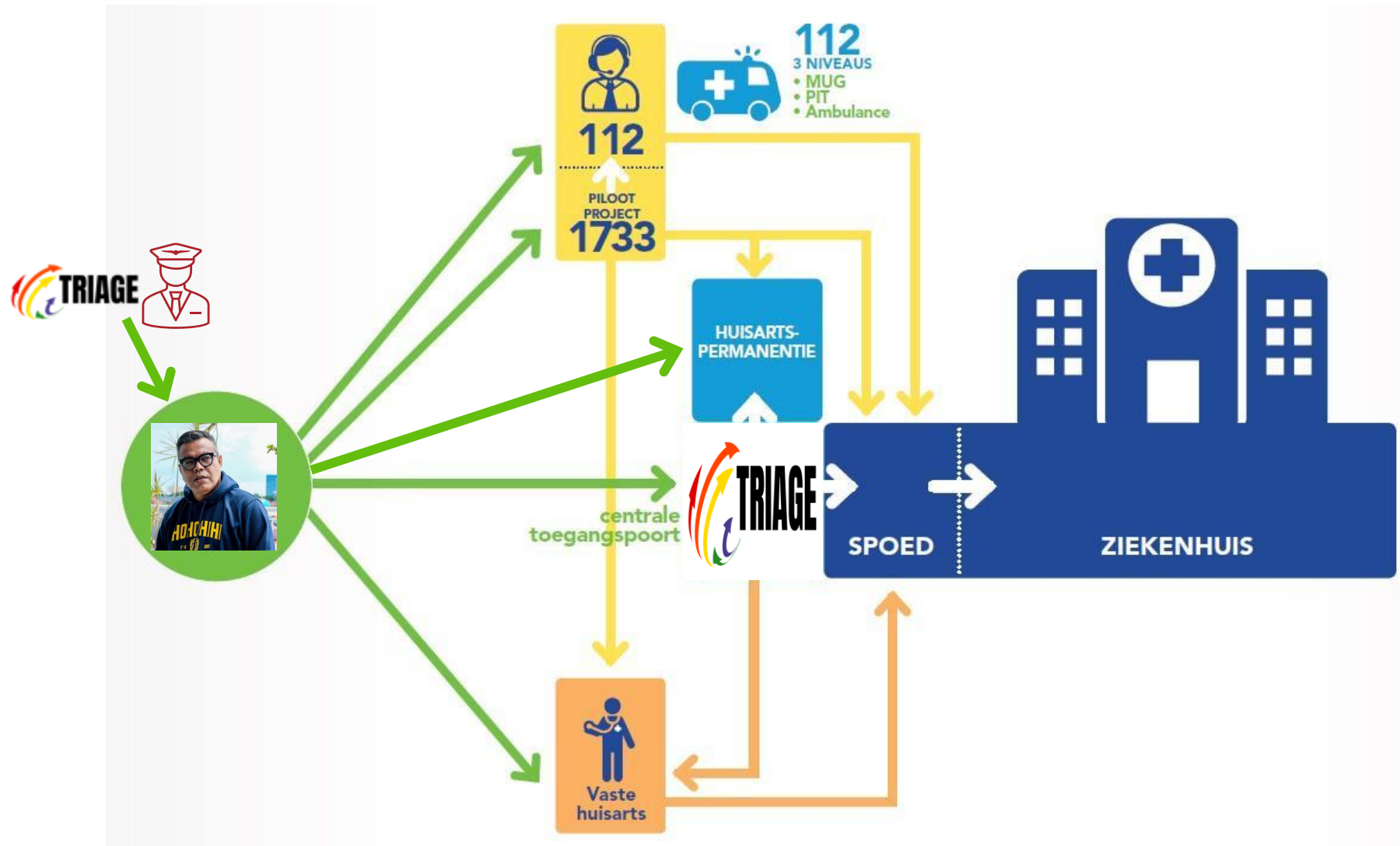
Uitstel van zorg/Zelfzorg

Dienst voor spoedgevallen (Spoed)

HuisArtsenwachtPost (HAP)

20-40%

KCE voorstel voor zorg buiten de kantooruren in België



Van den Heede K, Quentin W, Dubois C, Devriese S, Van de Voorde C. The 2016 proposal for the reorganisation of urgent care provision in Belgium: A political struggle to co-locate primary care providers and emergency departments. Health policy (Amsterdam, Netherlands). 2017;121(4):339-45. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.02.006.

Triage als mogelijke oplossing

- Triage is sorteren en classificeren van patiënten
- Doel:
 - Urgentiebepaling
 - Manchester Triage systeem, CTAS en ESI
 - Bepaling van de plaats van zorg
 - Binnen een spoeddienst
 - Binnen het volledige zorgaanbod
- Methode:
 - Zelf-triage: tool of informatiecampagne
 - Op afstand: telefoon/video triage
 - Ter plekke: fysieke triage



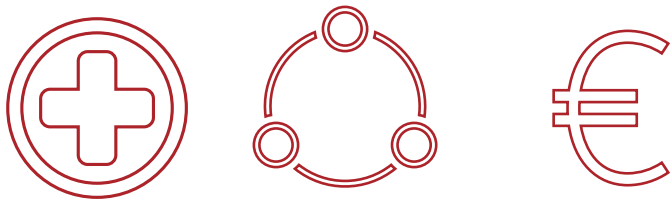
Inhoud

- Inleiding
- **Methodologie**
- Resultaten
- De toekomst



TRIAGE trial

- 3 geplande deelonderzoeken



- 2 ongeplande analyses



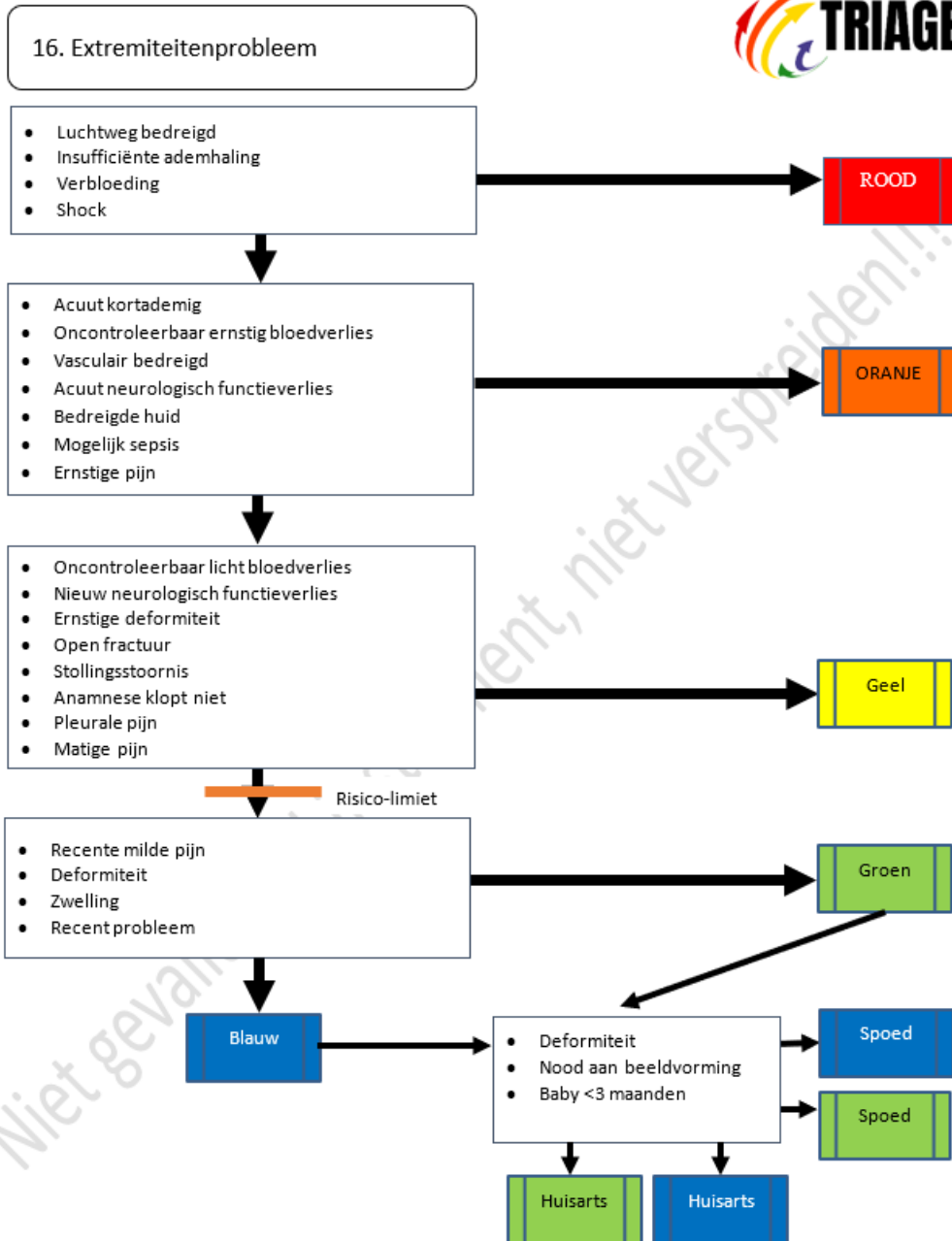
Universiteit Antwerpen
Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen



TRIAGE trial Interventie: eMTS



- eMTS
 - 53 Stroomdiagrammen
 - Online bevraging + consensusvergadering
 - eMTS $\neq$ vaardighedenlijst HA
 - Lokale afspraken
 - Urgentie = spoed
 - Veiligheid prioritair
 - Terugverwijspercentage $\leq 5\%$
 - 20-30% HA?
- Alleen voor ervaren spoedverpleegkundigen
 - 12 uur opleiding
- Gebruik buikgevoel toegestaan
- Interventie: duidelijk advies
- Controle : advies niet gegeven



Urgentie: **Groen**
Zorg: HA binnen de 2 uur

TRIAGE trial: onderzoeksdesign



- Niet geblindeerd
 - Niet gecommuniceerd
- Opleiding verpleegkundigen: (e)MTS + communicatie (12 uur)
- Opt-out
- Convenience sample
- Gestratificeerde randomisatie met ratio 1:3
- Bivariate analyse: logistische regressie
- Multivariate analyse: CHAID en GLM



Het verslag van uw consultatie bij de verpleegkundige en arts zal worden verwerkt voor wetenschappelijk onderzoek zonder vermelding van uw naam of andere persoonlijke gegevens. U bent dus onherkenbaar. Indien u meer informatie wenst of niet wil deelnemen dan kan u dit melden aan uw verpleegkundige of via hilde.philips@uantwerpen.be

Data verzameling/monitoring



Triage

Groep: Buikpijn bij kinderen

Luchtweg bedreigd? Inadequate ademhaling?
Shock?

Ernstige pijn (7-8-9-10) ?
Acuut bloedbraken
Acuut verlies van vers of oud bloed (rectaal)?

Matige pijn (4-5-6) ?
Niet te troosten door de ouders ?
Anamnese klopt niet?
Zichtbaar dikke buik ?
Zwarte/donkerrode ontlasting
Aanhoudend braken?



bV/cZr3ovcLkuBX5z6CA2g==;MIAGCSqGSIb3DQEHA
VRDjmqybBqPxUkS6q8uQc1XtL9zjkZS1qAVSMWgYy+
qMcGGA1UECwVU5JVKVSU01UQ1S1FpJRUTFTkhVSI
g1EpR1XX9WpN8it72rs2jOMIWLnzKhCbnXq92D/jXk
3DQEBAAUAA4ICdWAwggIKAoICAQCLreZBeNFtaB7gD:
gLqAshipodHRwOi8vY3JsLnF1b3ZlZG1zZ2xvYmFsLr
BBwEwHAYJKoZIhvcNAQkFMQ8XDTE2MTEeNDE0MTM1M:
ddz6x1U8pBFnhJnRAw91it7rdLtpCO4MSS5a6tJ6gt
4fC3iaL/9Np8Bu53oVJNn/1+rOF4I+A7Bie1zaQTRtE
PWE81wPwBjZt/DDmzap9n0QXw+oDNDj0gCMWuyudr2I
KR6dNCSMwPcliydVIu/0MxBRE4dNQIS52NUUiiE7jT9:
KhXp/zioNxdixnL0kOxtB616q1VmVdCGT58XiZcUMI1
9/1YguvqAEaELzoE6nV6ReLrqgXEMmwKoID1I1SVl
RGQDjET1pHLHcNJfTv0T/913BtcM3e+FGXTBDrmVZ:
Nvemh6XutR89aWeeRaMqdNDB1GbZPq5PQJFJ00o6ZI
GEwJCRTebMBkGA1UECgwSRmVhZ3JhbCBhb3Zlcm5tZi
rBgEFBQcDDBDANBgkqhkiG9w0BAQsFAAOCAGAGAGZP+q
KExBRdW9WYnRvcyBMa1pdGVkMSQwIgdYDQDEExtRdl
hZzIuY3J0MAA4A1UdDwEB/wQEAwIBBjAFBgNVHSMEGl
gSUNBIEczAhR4VZrNmB1vE/NrK78AaxscObn7YzANBj
ousfyvcsISfcsYa2MA0GCSqGSIb3DQEBAQUABIIBADB-
zzS5h+AiMsmnZh80eyMVTUgmUyacArDgqYI58Egc6I
fySYpzeN/j7Pcc3bvi2ud008Qszzxq6avC+5+eayhrj!
FJkeP11/JINSH0dd0mv3ka+gRZfnfPKWjrYPyjLW0Z'
P5zGv9dr3MIAPT3MI234HuKa3KH10CwB9fKt0pSypC
B+Uk2sx35QsAT4EiR0B1+f+90FT5EQDcEdeYD1dDeo-
mkKwMH475fXd710sdqI9WZ47kDy08R09Nn+yvpHQjy!
1Pd3KvtU1++v9J2RQTexhm1q1RMnX1W11cjur50Qdu!
1b1ZhZG1zIE5vIFJ1bG1hbmN1IE1DQSBHmzAeFw0xN;
1b3ZhZG1zZ2xvYmFsLnVbS9xdm5pY2FnM5jcmwDj
...



TRIAGE

Algemeen Data

Bepaal periode voor data van triageconsulten:

- selecteer begindatum:



UpdateShortFormat with modifications - JMP Pro

SQL: SELECT t1.Tr_IDContact, t1.Tr_IDVerpl, t1.Tr_IDVerplNum

	Tr_IDContact	Tr_IDVerpl	Tr_IDVerplNum
1	77qdbt1puzYm...	zgwSa19NMrbV3...	25
2	oalC0leTO4AnA...	PxhXkn7jhZ0ckK...	16
3	qGt6TX3hs4UdJb...	YL8guyLrthgU2...	23
4	s2k03mwMlqCCT...	+WkwWcRfBJWt...	1
5	STNBK5Z1Y5XBly...	GUy6dITqdaKml...	7
6	plFgvIQ6yhy6wY...	KvuZv4yuDslusV...	12
7	yuPGpQ9+Hzu...	6E1jh9K2YOPem...	3
8	9EAyXAc01XVM...	YcPBwT+VLSww...	21
9	a159KaoZLtvOK...	SOC381gqYWPt...	19
10	1D4s2gOGqdm9...	9WaHmc0rLKLN...	4
11	FT3/...	PxhXkn7jhZ0ckK...	16
12	4K5QUV68TVf5q...	GUy6dITqdaKml...	7
13	HqsQ2y+h0wQx...	GUy6dITqdaKml...	7
14	AmR8n9eCv4r4A...	VrGeh3hTKf61DR...	20



OnderOverTriageFinal	Column %	N
Correct	94%	2075
Ondertriage	1%	23
Overtriage	5%	120

Deelstudies

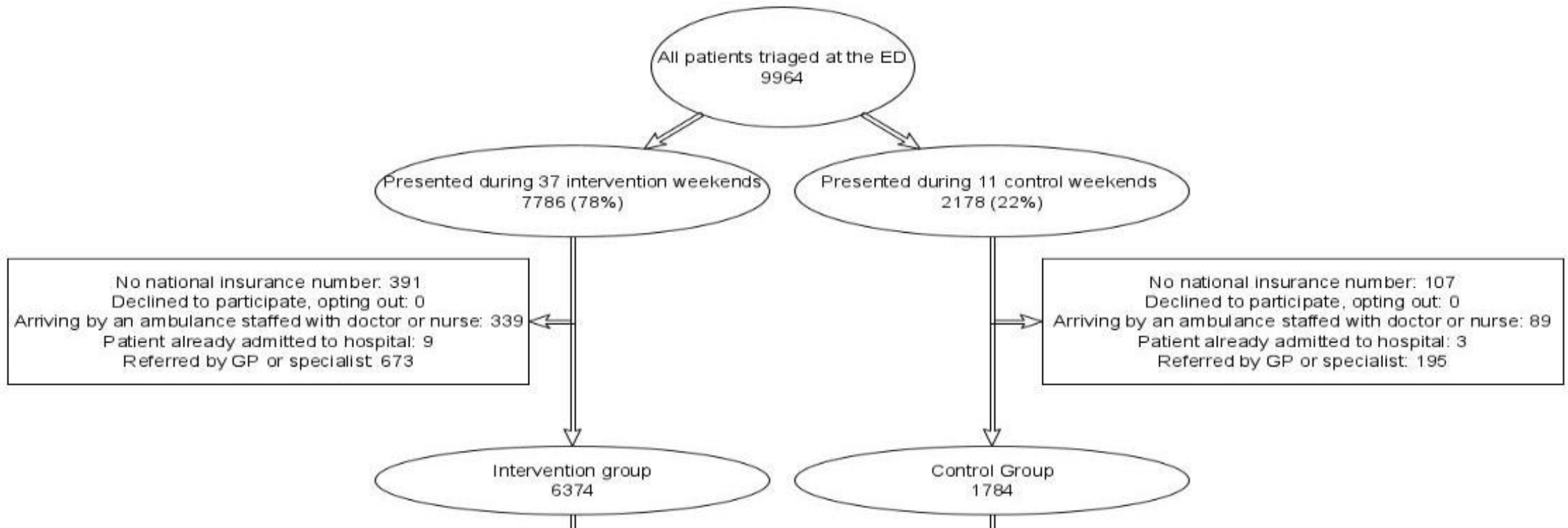
-  **Medisch:** proportie aan de HA toegewezen patiënten + door de HA behandelde patiënten + determinanten
-  **Proces:** facilitatoren en barrières volgens gezondheidsmedewerkers
-  **Financieel:** totale kosten, kost voor overheid/patiënt + inkomsten HAP/spoed
-  **Studie instrument:** verschil in gebruik eMTS tussen interventie en controle weekends
-  **Weigeraars:** Wie zijn ze? Zitten zij veiliger? Wat mag dat kosten?

Inhoud

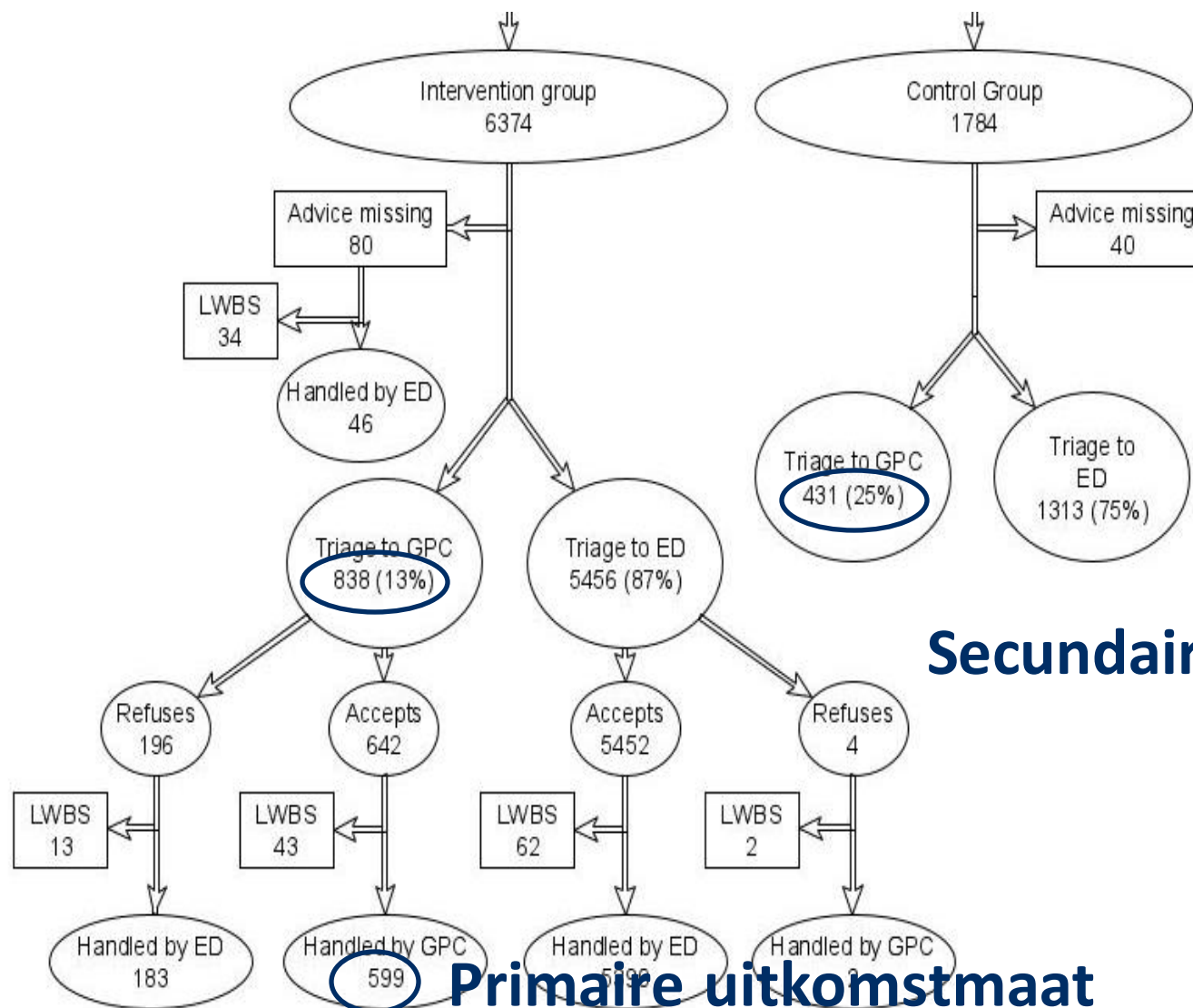
- Inleiding
- Methodologie
- **Resultaten**
- De toekomst



TRIAGE-trial: wie deed er mee?



TRIAGE-trial: patiëntenflow binnen het onderzoek



Secundaire uitkomstmaat

Primaire uitkomstmaat

TRIAGE trial: met de efficiëntie zijn we klaar



■ Controle

- 25% (95% BI 23-27%) advies HA
- Vaker advies HA*
 - Typische HA klacht
 - Jong
 - Wandelt zelf binnen
 - Sommige verpleegkundigen
 - 's Nachts
 - Blauwe patiënten

*: gevonden via CHAID, bevestigd in GLM

■ Interventie

- 13% (95% BI 13-14) advies HA
- Zelfde groepen krijgen vaker advies HA
- 23% (95%BI: 21 to 26) Weigert (X)
- 10% (95% BI 9-10%) Gaat naar de HA
- Periode 12/05-16/06: 167/1614 (10% werkbelasting)



Advies: HA



TRIAGE-trial: veiligheid blijft een ?



- Kleine sample!
- Mening HA: 24 verwijzingen (4%) → PPV: 0.96 (95% BI 0.94-0.97)
 - 3 opnames
- 1 incident: aspecifieke lage rugpijn blijkt abdominaal aorta aneurysma
- Buikpijn = risico op terug verwijzing “appendicitis?”
- Beter dan gelijkaardige studies

TRIAGE-trial resultaten: Procesanalyse



- **Verpleegkundigen:**
 - Groot enthousiasme
 - Erkenning expertise
 - eMTS = eenvoudig + duidelijk
 - Triage werd arbeidsintensiever
 - Buikgevoel belangrijk
- **HA: toewijzingen correct maar soms banaal**
- **Spiedarts: liever niet als het rustig is (€)**

“Ofwel is het dringend en is het voor spoed. En oftewel kan het wachten. Want wat is dringende huisartsenpathologie? Daar heb ik vragen bij. Daar heb ik grote vragen bij. Wat is dringend als huisarts?”

HA, 30 jaar ervaring



“Ja. De gemeenschappelijke ingang wordt actueler en actueler. Ja dat is positief he. Dat brengt wel wat vragen met zich mee he... Ge moet financiering vinden. Bijvoorbeeld, nu maar een heel domme vraag: uw onthaalbediende... Voor wie zijn rekening is dat? Dat zijn van die vragen waar dat nog veel over gediscussieerd gaat worden.”

Verpleegkundige, 17 jaar ervaring

TRIAGE-trial resultaten: Procesanalyse, patiënt



- **Niet publiceerbare studie**
- **Tevredenheid na triage:**
 - 93% serieus genomen
 - 71% grondig getrieerd
 - 66% kende het doel van triage
 - 55% kende toewijzing
 - 17% kende de wachttijden
 - 5% kende eigen urgentiegraad



	Patiënt uit TRIAGE trial gezien door HA	Spoed populatie
Spreekt geen NI	53%	21%
Niet-Belg	63%	29%
Verwacht eigen aandeel	€16 (SD €15)	€25 (SD €17)

TRIAGE-trial resultaten: €€€



- **Wat we al wisten:**
 - HA = duurder 's nachts
 - Weinig technische prestaties door HA
- **Nieuw in de interventiegroep:**
 - ↑ Totale kost (€3,3 = 3%)*
 - ↓ Patiënt (€2,2 = 8%)
 - ↑ Overheid (€5,5=6%)
 - ↑ Patiënten met alleen een consultatie
 - ↑ Inkomsten voor HAP (+13%) <-> Geen verschil voor spoed
 - Verschillen vooral bepaald door honoraria
- **Conclusie: Bezint eer gij begint!**



*: niet significant volgens T-test, wel volgens GLM met nurse als random effect

TRIAGE-trial resultaten: poker kan je niet spelen voor chips alleen



- **Interventieweekends:**

- ↔ Selectie van andere flowcharts
- ↑ Urgente patiënten (3%)
- ↑ Discriminatoren die leiden tot spoed (16%)
- ↔ Overrulen van protocol

- **Motivaties om te kiezen voor spoed:**

- Medisch
- Radiologie/hechtingen
- Argumenten die niet in de flowcharts staan
- Organisatorisch
 - Taal- of begripsprobleem
 - Op te lossen tijdens triage
 - De spoedarts was niet meer te houden
 - Familielid aanwezig op spoed
 - Personeel ziekenhuis
- Psychosociaal

- **Groep toegewezen aan de HA tijdens interventieweekends**

- ↓Opnames (-0,6%)
- ↓Kosten (-€23)

“Ik zeg: ge moet dat vergelijken, dat is gelijk met poker voor fiches. En op het moment dat de echte periode er is, is het poker voor geld. En dan gaat ge toch anders denken. Want hoe dat ge het ook draait of keert: een verpleegkundige heeft ook een eergevoel, denk ik... en die wilt eigenlijk dat ge elke patiënt die dat ge naar de huisarts stuurt, dat ge die niet terugziet.”

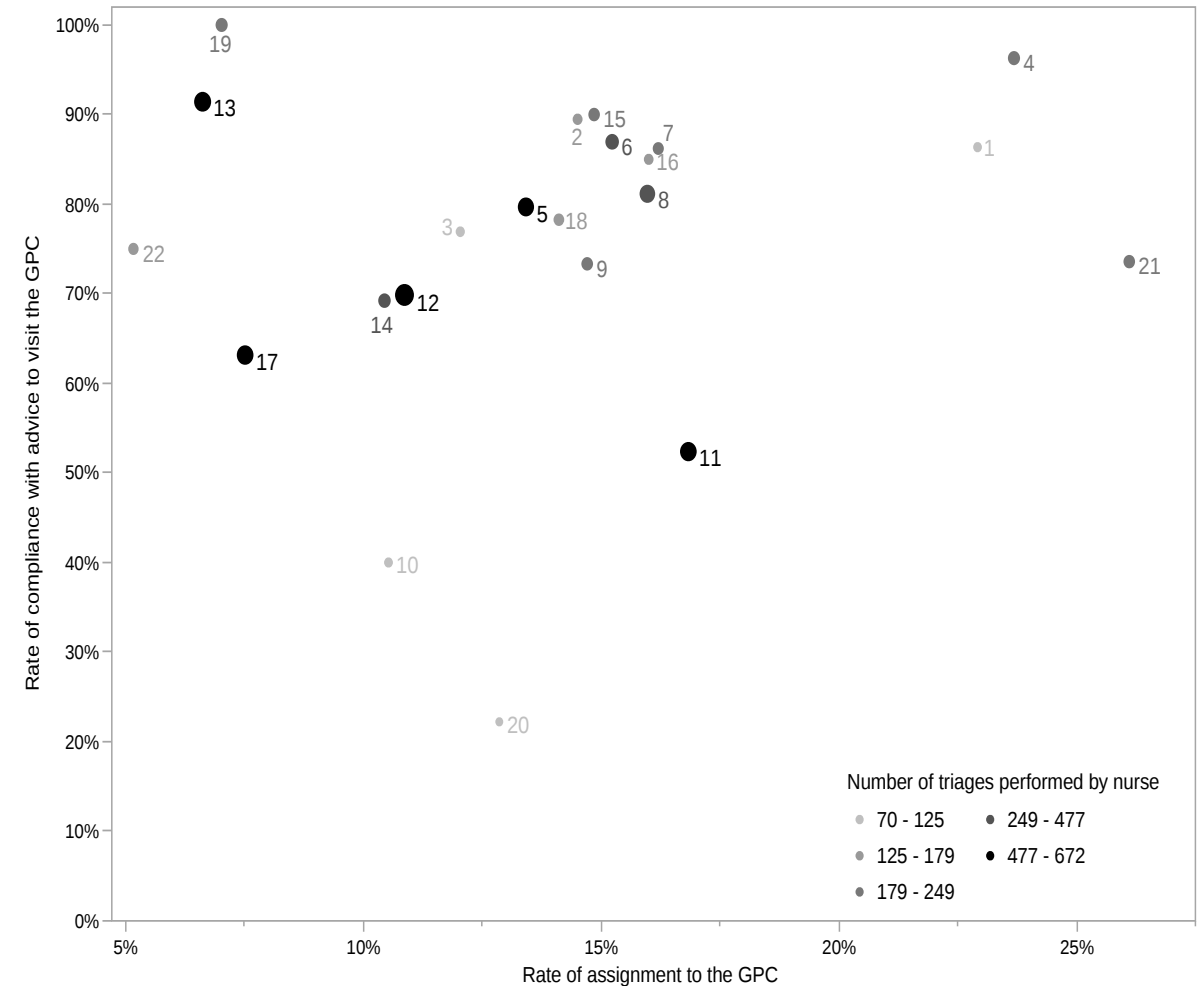
Verpleegkundige, 35 jaar ervaring



TRIAGE-trial resultaten: weigeraars



- **197 (24%) patiënten weigeren HA**
- **3 opnames waarvan 1 sociale opname**
- **Bepaald door:**
 - ↑ Verhoogde tegemoetkoming
 - ↑ Man
 - ↑ Verderaf wonen
 - ↑ 's Avonds
 - ↓ Rustig
 - ↑ ↓ Verpleegkundige
- **Weigeren kost geld**
 - +€27 (95%BI 18-36) totale kost
 - +€15 (95% BI 14-16) voor de patiënt



Inhoud

- Inleiding
- Wetenschappelijke strategie
- Eén project, zes deelstudies
- **De toekomst**



De toekomst

1. Alleen buiten de kantooruren (met aandacht voor de diepe nacht)
2. Zelf-triage
3. HA rechtstreeks toegankelijk
4. Alleen telefonische triage kan verwijzen naar eigen HA
5. Fysieke triage door verpleegkundige
6. Telefonische triagisten: opleiding + gevalideerde protocollen
7. Integrale financiering

Later: uitstel van zorg/zelfzorg?



Casus : Abdel, 66j

Klachten :

hydrops (K07 - Gezwollen enkels/enkeloedeem) kniepijn, reeds 1 week, nu meer opgezwollen, reeds punctie andere zijde gehad

Klinische waarnemingen :

hydrops , geen roodheid

Diagnose :

hydrops (K07 - Gezwollen enkels/enkeloedeem) vorige week punctie helder vocht andere knie, verder op punt te stellen nu rechter knie

Medicatie :

*Aceclofenac EG filmomh. tabl. 20x 100mg
2 x per dag*

Arbeidsongeschiktheid :

Er werd geen arbeidsongeschiktheid voorgeschreven



Aan

[Redacted]

Betreft

ABDEL
Geboren: 30/06/1957

Wij zagen tijdens de wachtdienst hogervermelde patiënt, hij vertoont:

Klachten

hydrops (K07 - Gezwollen enkels/enkeloedeem)
kniepijn, reeds 1 week, nu meer opgezwollen, reeds punctie andere zijde gehad

Klinische waarnemingen

hydrops, geen roodheid,

Diagnose

hydrops (K07 - Gezwollen enkels/enkeloedeem)
vorige week punctie helder vocht andere knie, verder op punt te stellen, nu hydrops rechter knie

Medicatie

Aceclofenac EG filmomh. tabl. 20x 100mg
2 x per dag

Arbeidsongeschiktheid

Er werd geen ongeschiktheid voorgeschreven.

Urgentie evaluatie

Niet urgent

Met hoog...

Raadpleging 31/0



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Vraag & Antwoord





Vrijdagavond 19.02u op wachtpost..

Aanvraag huisbezoek in kader van suïcidaliteit.

Dr. Hilke Van De Putte, huisarts

Lucas, 17 jaar

Gisteren reeds op spoed geweest ikv suïcidepoging : polsen overgesneden. Toen teveel angst voor opname. Vraag voor HB voor bespreking opties. MCTA al gecontacteerd, gingen volgende week pas langskomen. Ongerustheid van pleegmoeder (tante) naar recidief suïcidepoging deze nacht.

VG : borderline persoonlijkheidsstoornis, als kind verlaten door ouders, tante heeft zorg op zich genomen, net relatiebreuk met vriendin.

Mijn beleid op dat moment :



- Contactname met MCTA : morgenvroeg bellen met familie voor vervroegen HB of indien niet mogelijk vrije raadpleging St. Erasmus voor psychiatrisch consult.
- Overleg met spoed opname deze nacht op vraag van familie owv hoog risico recidief suïcidepoging.

Mijn vragen..

- Wanneer drempel tot opname?
- Zijn garanties van pt voldoende om af te wachten?
Voorspellende factoren voor suïcide versus geruststellende factoren?
- Toegankelijkheid EPSI/ spoed (toen ook reden waarom dag ervoor geen opname omdat er geen plaats was)
- Opname vraag van familie, niet noodzakelijk van patiënt zelf : hoe ermee omgaan?
- Welke info nodig voor overdracht?



Zelfdoding, suïcide of zelfmoord

Richtlijn, continuïteit en contact

Robin Baeten, psychiater-psychotherapeut
Werkzaam bij ZNA 'Acuut traject'
PAAZ, Mobiel crisisteam Antwerpen en vrije raadpleging

Literatuur

- “The **thought** of suicide is a great consolation by means of it one gets through many a dark night”
-*Friedrich Nietzsche*
- Darkness Visible
geschreven door *William Styron*

Cijfers

- Psychische problemen
 - ♀ > ♂
 - 15-34 > ouder
- Poging tot zelfdoding (intentie!)
 - 19.000/jaar (10-11/overlijden door-)
 - ♀ > ♂
 - Jonger > ouder
 - ⇒ vaker fataal bij **oudere mannen**
 - Risicogroepen: laagopgeleid, economisch inactief, ongehuwd (gehuwd > gescheiden)
 - Klachten: psychiatrische symptomen (60%), relationele problemen (50%), eenzaamheid, hopeloosheid, problemen in sociale relaties, gezondheid en financiën.
 - Nazorg
 - 6% niets
 - 94% iets: 25% ambulant, 75% minstens één nacht residentieel

Van cijfers naar praktijk

- Cijfers: bevolkingsniveau => politiek beleid en zorgorganisatie
 - Continuïteit
 - Heldere communicatie en voorspelbaarheid: 'valse beloften' vermijden
- Praktijk: individueel niveau... dus?
 - Richtlijnen
 - Ervaringen
 - Emoties

LOES-richtlijn

- Doel: goed contact
 - Isolement doorbreken => risico op nieuwe poging verlagen
 - Ernst inschatten => passende zorg
- Middel
 - Risicoformulering
 - Huidige suïcidale intentie
 - Risicofactoren
 - Voorspelbare verandering
 - Hulpbronnen

LOES-richtlijn – toetsing aan praktijk en beleving

- Vervanging van IPEO (instrument psychosociale evaluatie opvang van suïcidepogers /KIPEO (...-voor kinderen)
- Registratie – sociodemografie
- Poging
 - Motieven (triggers)? Voorafgaande problemen (risicofactoren, onderhoudend)?
 - Middelen?
 - Onderbroken door derden?
 - Letsel?
 - Huidige emotie?
 - Aanwezigheid zelfmoordgedachten? Verloop in tijd?
 - Aanwezigheid plannen? Concretiseer!

LOES-richtlijn – toetsing aan praktijk en beleving (2)

- Voorgeschiedenis (para-)suïcidaal gedrag?
Behandelgeschiedenis?
- Sociaal netwerk
- Hopeloosheid
- Bereidheid tot verdere begeleiding
- Risicoformulering
- ‘Safety plan’

Van richtlijn naar praktijk (1)

- Aleatoir vs. epistemisch
 - Slechts kleine meerwaarde van ‘voorspellende factoren’ over toeval!
 - ‘Meer weten helpt weinig’ => Erken dit fundamenteel probleem en de gevoelens van onmacht die erbij horen
 - Voorzichtigheid gedwongen maatregelen hoog-risicopatiënt: geen goede preventie
 - Belang ingaan op vrijwillige appel laag-risicopatiënten

Van richtlijn naar praktijk (2)

- **Continuïteit** – houvast – contact behouden
 - Breuken en verplaatsing van vertrouwen zijn bepalend
 - Overgangsmomenten zijn risicomomenten
- Laat je niet ‘bij het snuitje nemen’ vs. laat je niet ‘bang maken’
 - De aangepaste, geruststellende patiënt
 - De onaangepaste, agerende patiënt
 - Mét kennis van het handelen van ‘de GGZ’
 - Zonder kennis van het handelen van ‘de GGZ’
- **Afgestemd** aanbod is cruciaal
- Eigen verantwoordelijkheid aanspreken > netwerk > professionele zorg > controle/beveiliging

Van praktijk naar beleving

- Zit hier een betrokken, bezorgde mens voor mij? Of een angstige of boze hulpverlener?
- Wil deze hulpverlener (én mens) mij helpen, of zijn eigen angst controleren?

Verwijzen

- Betrokken hulpverleners (!)
- Toewerken naar psychologische begeleiding
 - Kruispuntwerkingen, crisisaanbod CGG's
- Geen opnamevraag en/of bereidheid – wel zorgbereidheid
 - Mobiel crisisteam (2A team)
 - ZNA
 - Multiversum
 - Emergo
- 2^e inschatting: vrije raadpleging psychiatrie
 - Dagelijks 9-15u
- Spoeddiensten (laatste redmiddel)



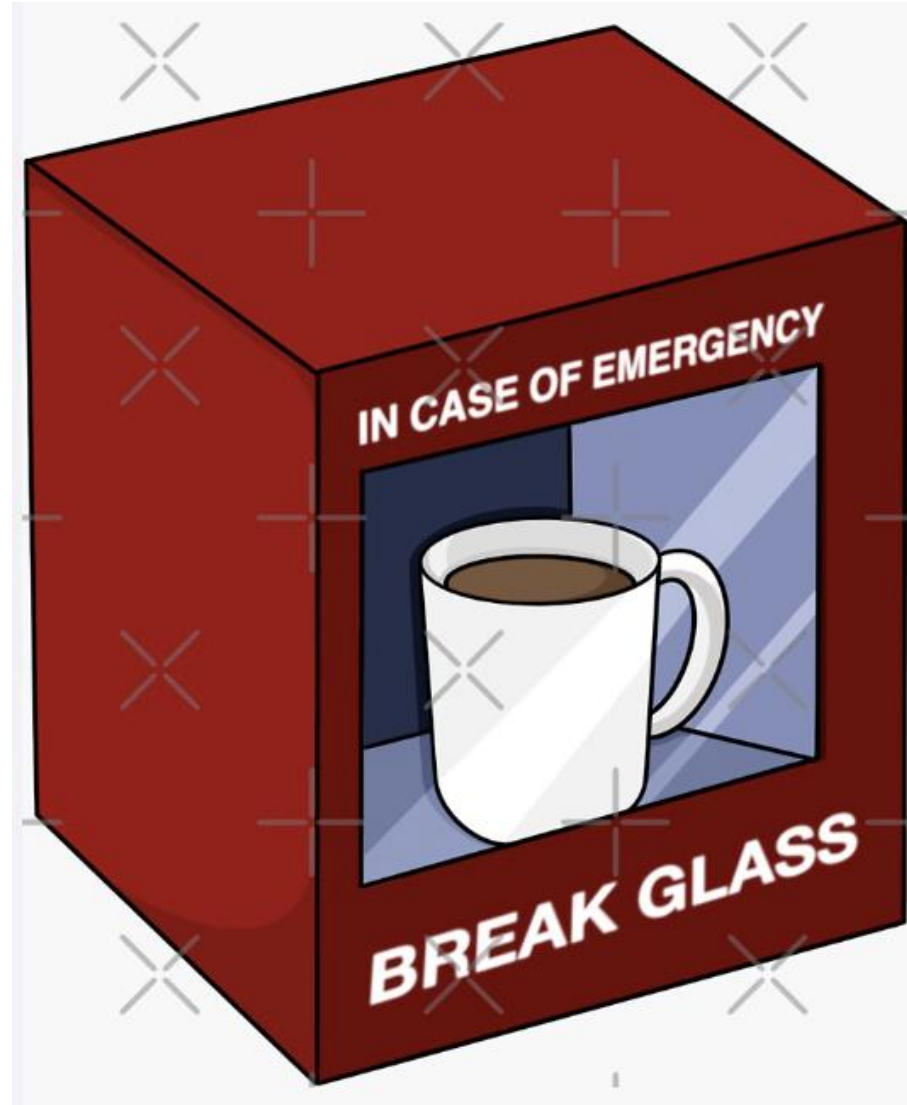
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Vraag & Antwoord



Pauze

10u50 – 11u10

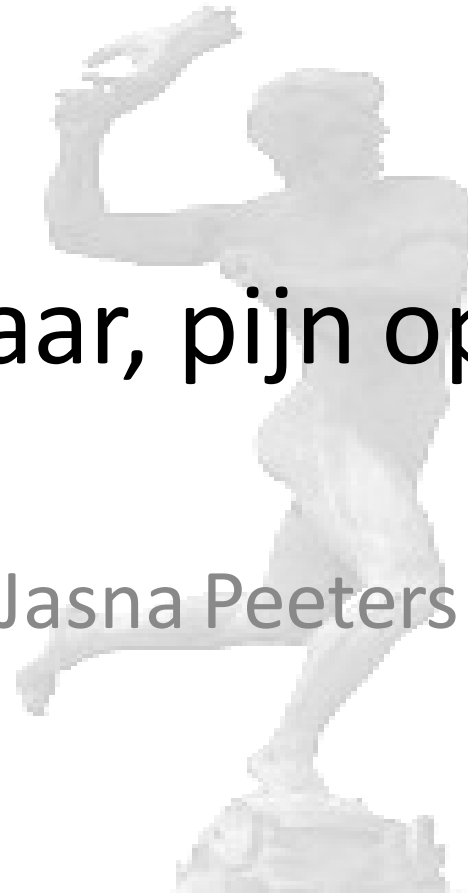




Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Man, 61 jaar, pijn op de borst

Jasna Peeters



Casus (inleiding)

- Man, 61 jaar, pijn op de borst



Casus (inleiding)

- Achtergrond
 - Voorgeschiedenis
 - Lage rugpijn
 - Medicatie
 - (geen chronische medicatie)

Casus (anamnese)

– Aanmeldingsklacht : ‘last van zijn hart’

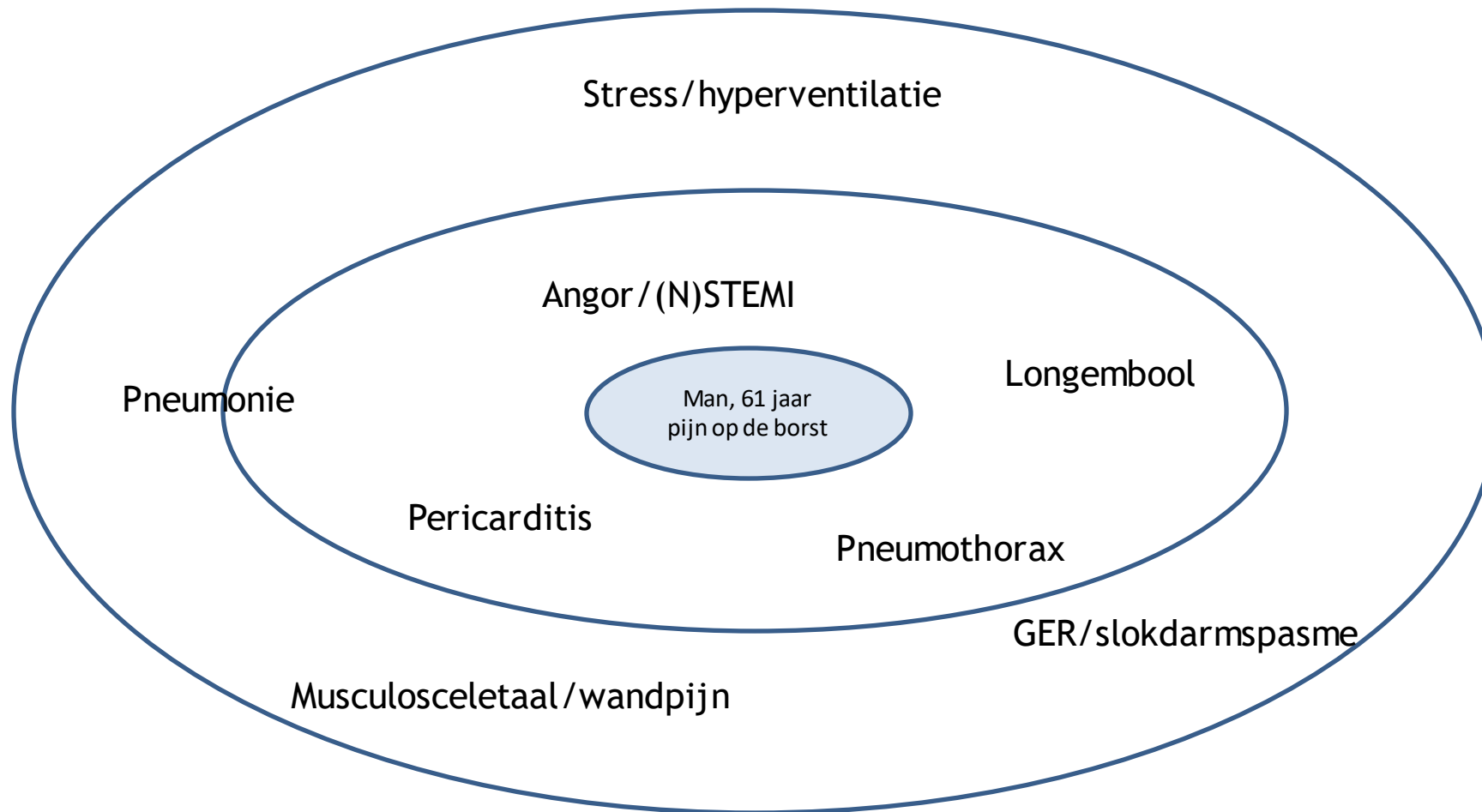
- Pijn/druk retrosternaal
 - Nachtelijk (wordt er wakker van)
 - Tijdens inspanning (beter in rust)
- Progressief
 - 2/3 weken bezig
 - Elke dag frequenter en pijnlijker
- Gisteren ook benauwd gevoel thv hals



– Systeemanamnese

- Cardiaal
 - Risicofactoren : geen DM/cholesterol/hypertensie/nicotine + ook geen familiale of persoonlijke antecedenten
 - Zeer sportief
 - Vorig jaar nog normaal jaarlijks, preventief cardiaal nazicht
- Stress ++
- Verder geen andere klachten

Casus (differentiaal diagnose)



Casus (klinisch onderzoek)

- Algemene indruk : goed
- BD : 130/80mmHg, HR 71 bpm, Sat 98%
- Normale cortonen
- Normale longauscultatie
- Geen oedemen

Casus (beleid)

- Typisch angorverhaal
MAAR : patiënt met weinig CV risicofactoren (buiten leeftijd en geslacht)
+ nog recent normaal cardiaal nazicht
- Spoed? Cardioloog?
- Zelf onderzoek?

Casus (beleid)

- Patiënt was zelf NIET ongerust
vond een doorverwijzing naar spoed overshooting
- Tel contact cardioloog : controle raadpleging die
namiddag
 - ECG : normaal
 - Echocor : normaal
 - Inspanningsproef : geen ischemietypische
repolarisatiestoornissen of aritmieën geregistreerd.
Wel minder inspanningscapaciteit
 - Coronarografie (dag later) : 80% letsel mid-LAD waarvoor
PCI mid-LAD met DES

Vragen (casus)

- 'Correct' beleid?
 - Verwijzing naar cardioloog? Beter naar spoed?
 - ⇒ Cardioloog vond nazicht met fietsproef beter dan controle via spoed (met enkel bloedname en ECG)
 - Verantwoord? Verhaal van (onstabiele) angor en patiënt is zelf nog naar cardioloog gegaan (risico op progressie naar (N)STEMI?)

Vragen (algemeen)

- Belangrijke differentiaal diagnoses?
 - Wat wordt er soms gemist?
- Hoe als huisarts binnencirkel uitsluiten?
 - Nut van bloedname?
 - D-dimeren (enkel goede uitsluiter)
 - CRP/sed
 - Troponines
 - Plaats in huisartspraktijk (want controle na 4-6 uur praktisch niet mogelijk? Wel als klachten al langer aanwezig zijn?)
 - Betrouwbare parameters? (vb saturatie?)
 - Mogelijke andere onderzoeken binnen HA praktijk?
- Wanneer doorverwijzen naar spoed?
 - Wat wordt er net wel/net niet snel genoeg doorverwezen?



Vragen (algemeen)

- Bij angor/STEMI verhaal
 - Spoed? Cardioloog?
 - Wat kan huisarts ondertussen doen bij acute situatie?
 - Nitroglycerine?
 - Asaflow?
 - (of beter niets?)





Thoracale pijn

Symposium “Spoed altijd goed?”



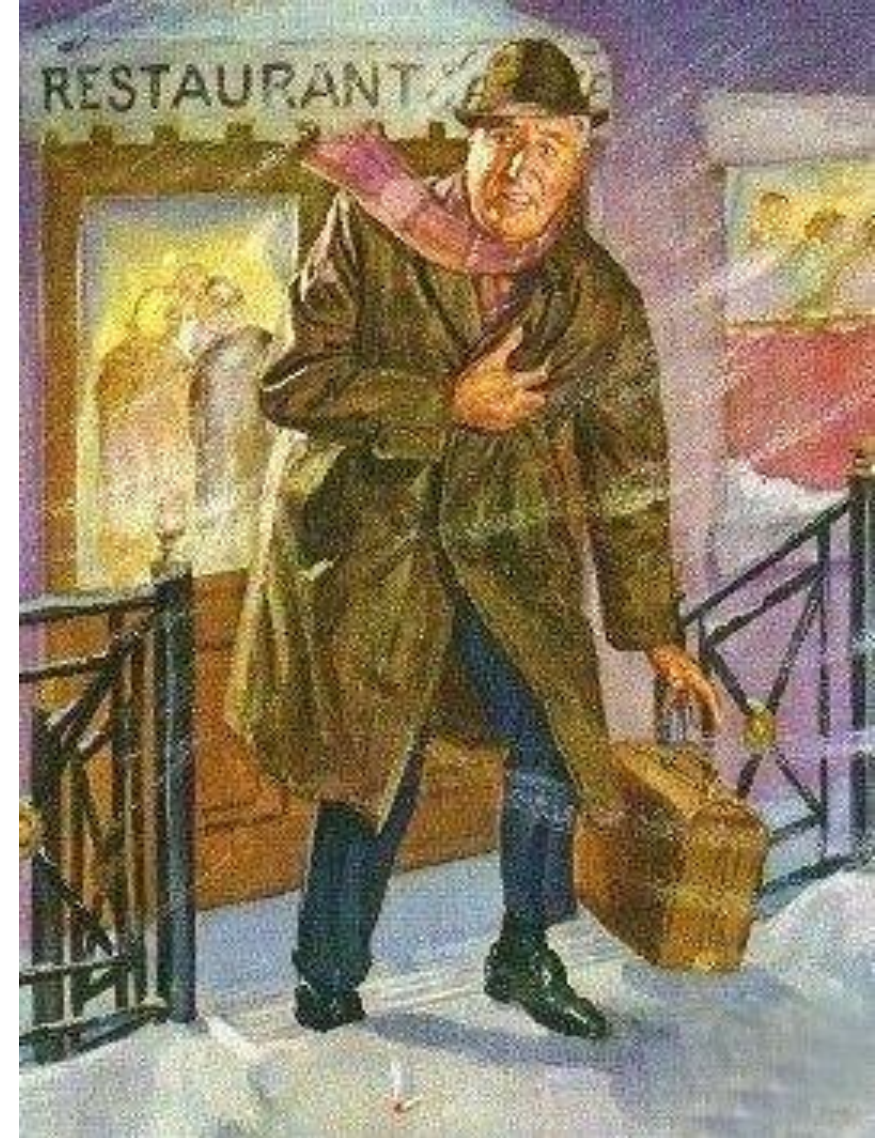
Atherosclerose en thrombose





Angina

- Retrosternale pijn
- Drukkend, toesnoerend, knagend
- Uitlokbaar door inspanning, emoties, koude, maaltijd
- Uitstraling naar linker borsthelft, schouder, arm, maagstreek, rug, hals, kaak
- Duurt 1 – 15'
- Over met rust of nitraten (Cedocard)





Angina

Common
descriptions
of pain



Viselike



Constricting



Crushing weight and/or pressure

Other
manifestations
of myocardial
ischemia

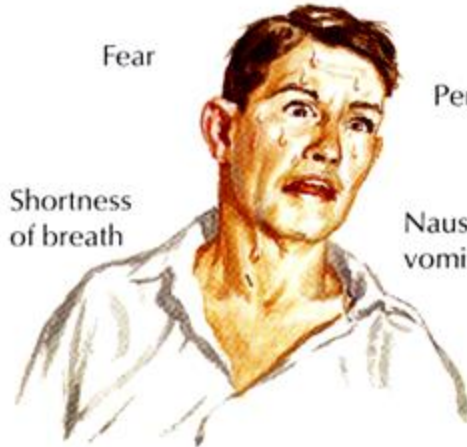
Fear

Perspiration

Shortness
of breath

Nausea,
vomiting

Weakness, collapse, coma





Thoracale pijn

Diagnosis,	Criteria,
Typical,angina,, (definite), 	Meets, three ,of,the,following,characteris4cs, - Substernal,chest,discomfort,of,characteris4c,quality,and,dura4on, - Provoked,by,exer4on,or,emo4onal,stress, - Relieved,by,rest,and/or,GTN,within,minutes,
Atypical,angina, ,(probable),	Meets, two ,of,these,characteris4cs,
Non4anginal,, chest,pain,	Meets, one ,or, none ,of,the,characteris4cs,



Angina pectoris: ernst

- Silentieus
- Stabiel : “Voorspelbaar” (>3 maanden)
 - Ernst in functie van inspanningsniveau (NYHA-klasse)
 - Klasse I geen beperking dagelijkse activiteit
(enkel bij zware, langdurige inspanning)
 - Klasse II lichte beperking van dagelijkse activiteit
(bij >1 verdieping stijgen)
 - Klasse III ernstige beperking van dagelijkse activiteit
(bij 1 verdieping stijgen)
 - Klasse IV geen activiteit mogelijk zonder angina pectoris
(bij minste inspanning)
- Onstabiel (Braunwald klasse)
 - Klasse I nieuw ontstane of progressieve angina, geen rustangina
 - Klasse II rustangina <1 maand, doch niet afgelopen 48h
 - Klasse III rustangina afgelopen 48h
- Acuut myocard infarct
 - Langer dan 15 minuten, aanhoudend in rust, niet over met nitraten



Angina pectoris: ernst

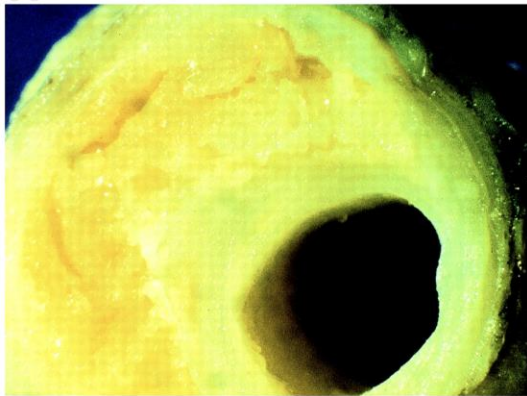
- Silentieus
- Stabiel : “Voorspelbaar” (>3 maanden)
 - Ernst in functie van inspanningsniveau (NYHA-klasse)
 - Klasse I geen beperking dagelijkse activiteit
(enkel bij zware, langdurige inspanning)
 - Klasse II lichte beperking van dagelijkse activiteit
(bij >1 verdieping stijgen)
 - Klasse III ernstige beperking van dagelijkse activiteit
(bij 1 verdieping stijgen)
 - Klasse IV geen activiteit mogelijk zonder angina pectoris
(bij minste inspanning)
- Onstabiel (Braunwald klasse)
 - Klasse I nieuw ontstane of progressieve angina, geen rustangina
 - Klasse II rustangina <1 maand, doch niet afgelopen 48h
 - Klasse III rustangina afgelopen 48h
- Acuut myocard infarct
 - Langer dan 15 minuten, aanhoudend in rust, niet over met nitraten



Angina

Anamnese, APD en risico

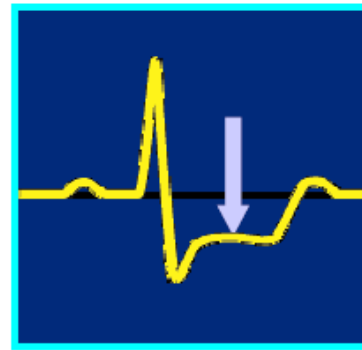
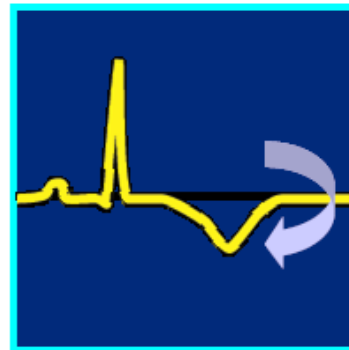
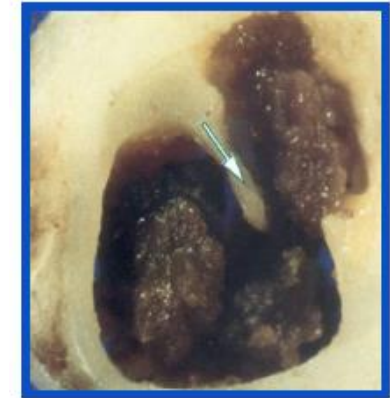
Stabiele angina



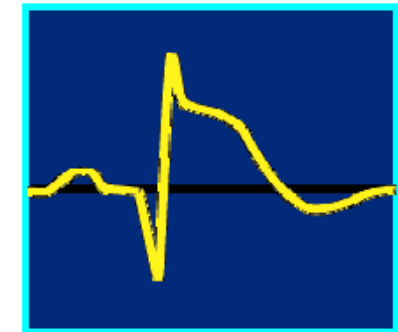
ACS zonder aanhoudende
ST-segment elevatie



ACS met aanhoudende
ST-segment elevatie



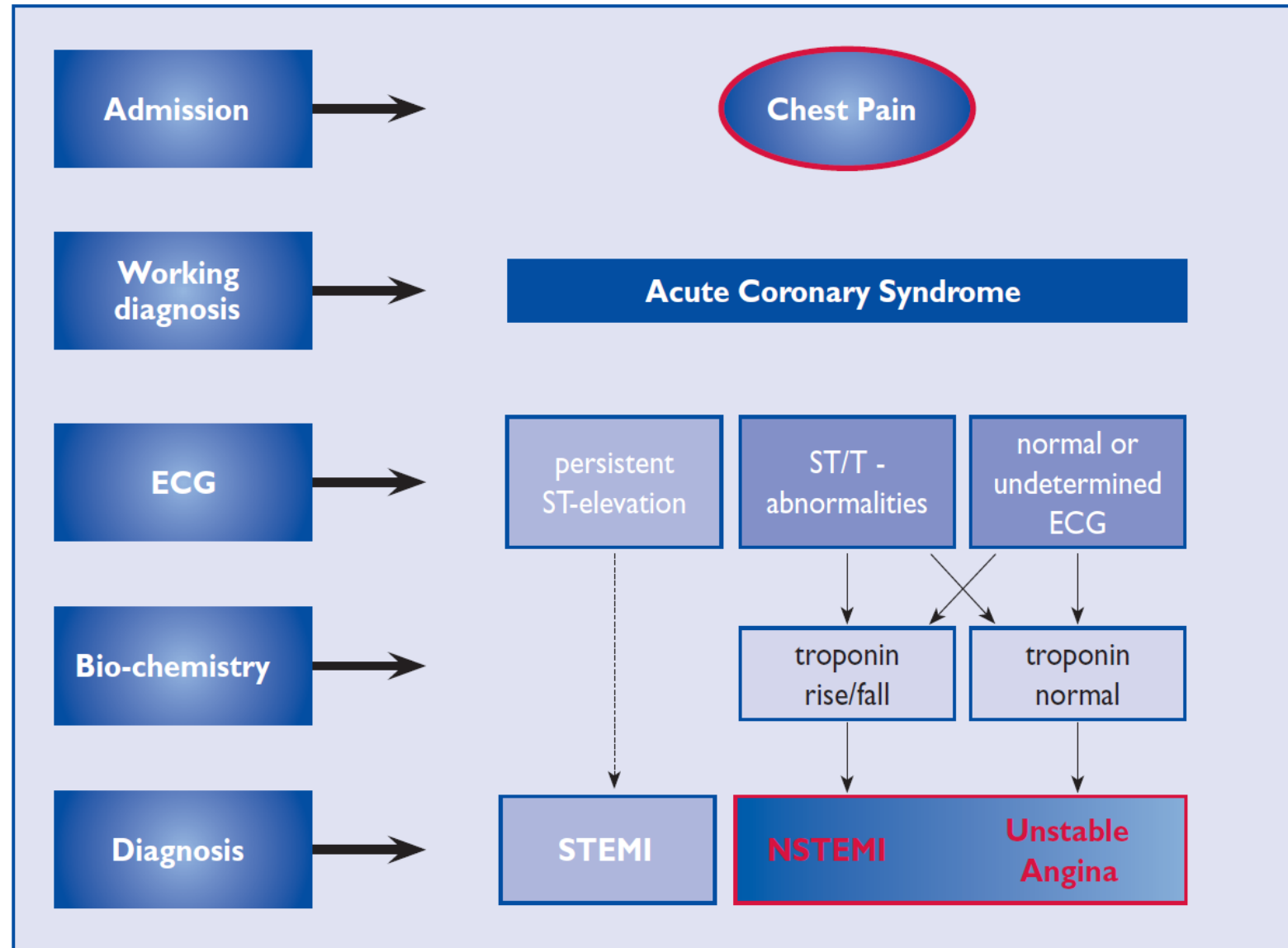
Normale (OA) of gestegen
(NSTEMI) troponines



Gestegen
troponines



Onstabiele angina pectoris





Prehospitaal ECG reduceert mortaliteit bij (N)STEMI

Het belang van ECG
voor u als huisarts

Diagnose
(Initiële) behandeling

Scenario 1 : klachten gehad

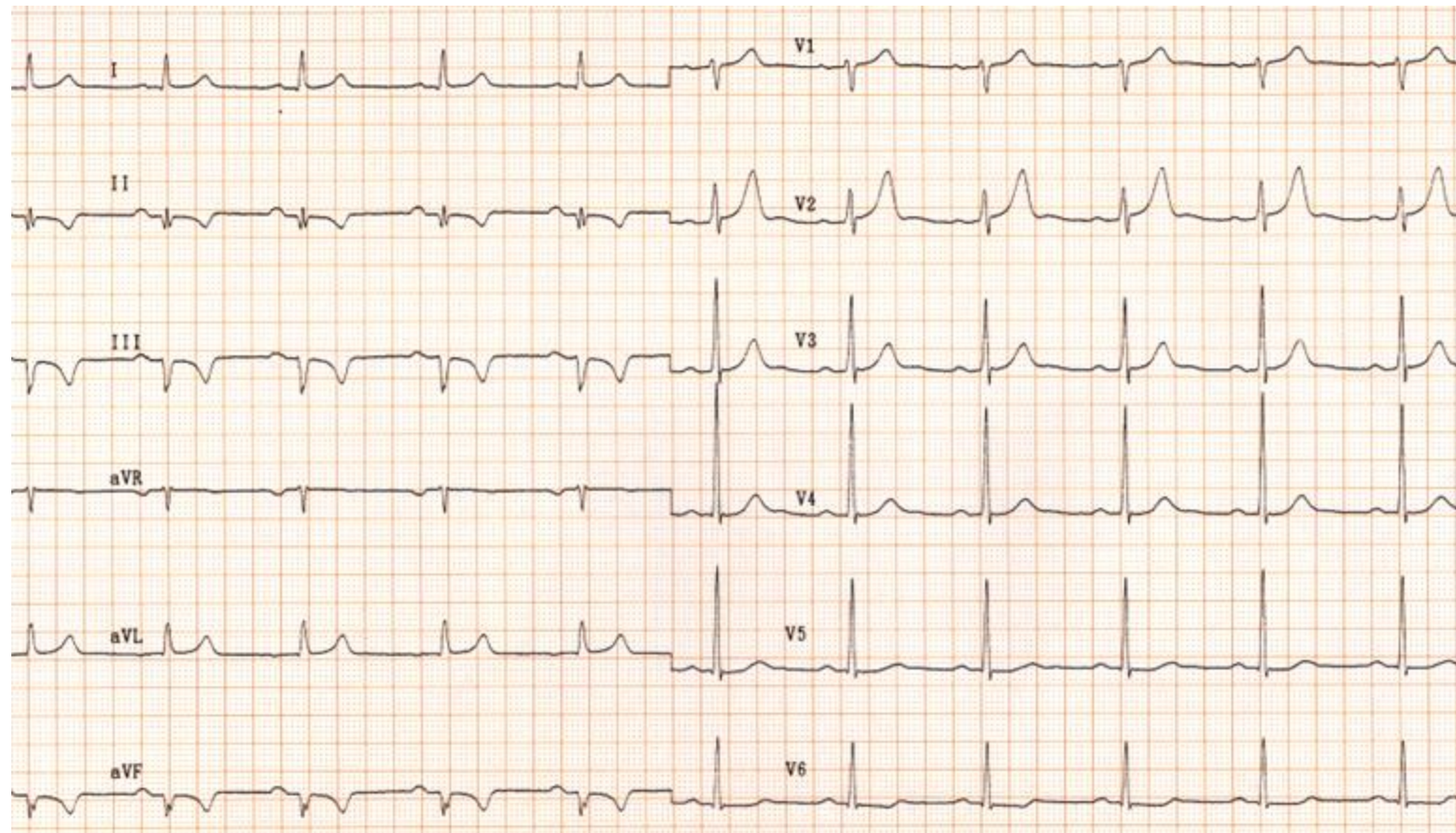


Epigastralgie

Nacht Vr-Za “maagpijn”

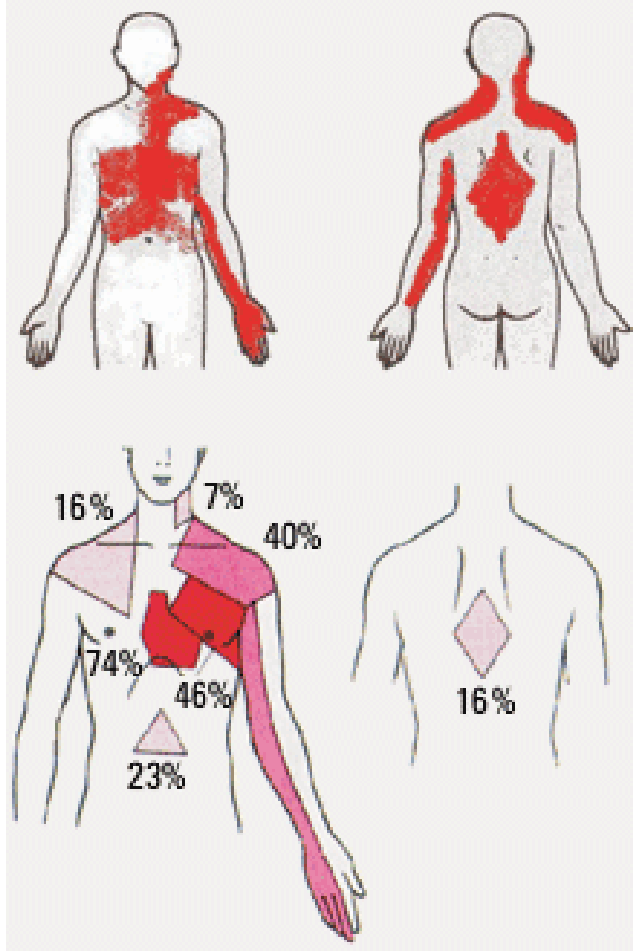
Wachtarts : normale BD en pols, soepel abdomen R/PPI

Ma nog altijd wat onwel, doch maaglast stilaan over

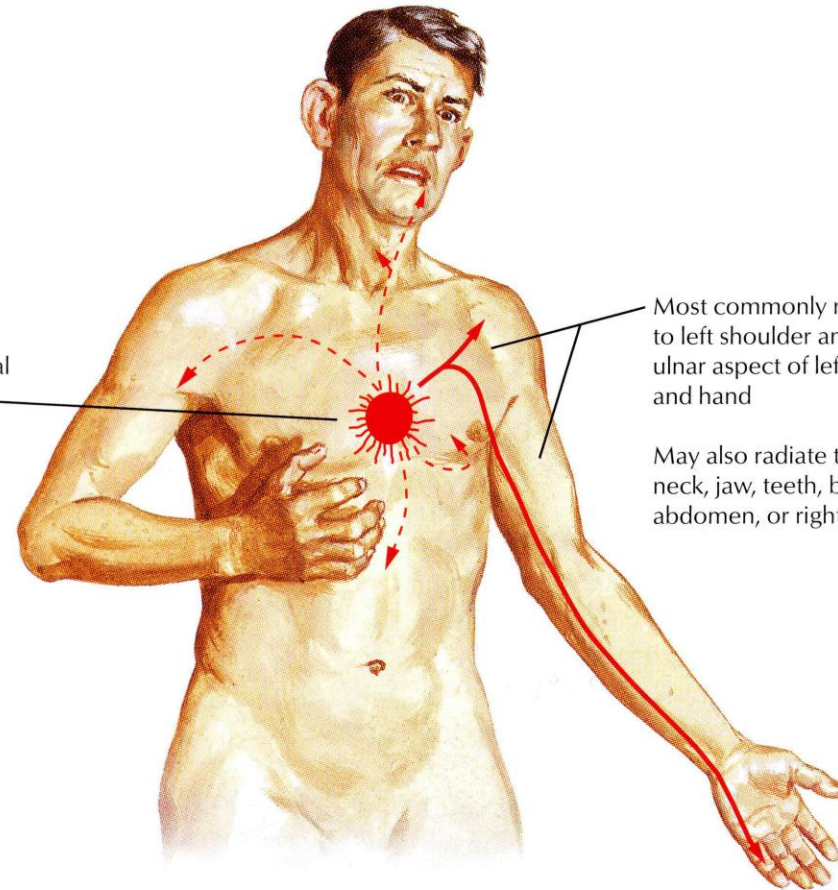




Angina



Chiefly retrosternal and intense

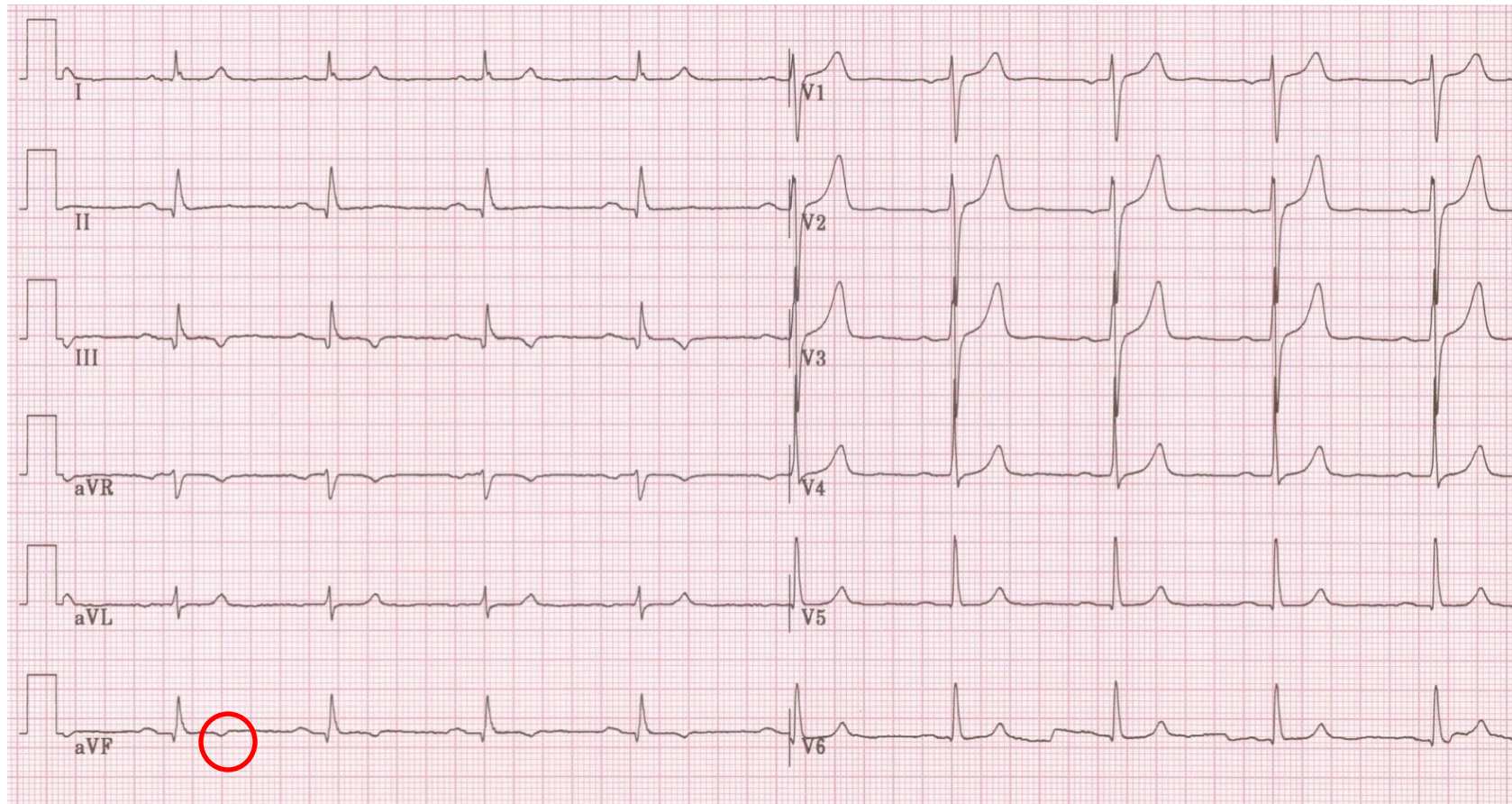


Most commonly radiates to left shoulder and/or ulnar aspect of left arm and hand

May also radiate to neck, jaw, teeth, back, abdomen, or right arm

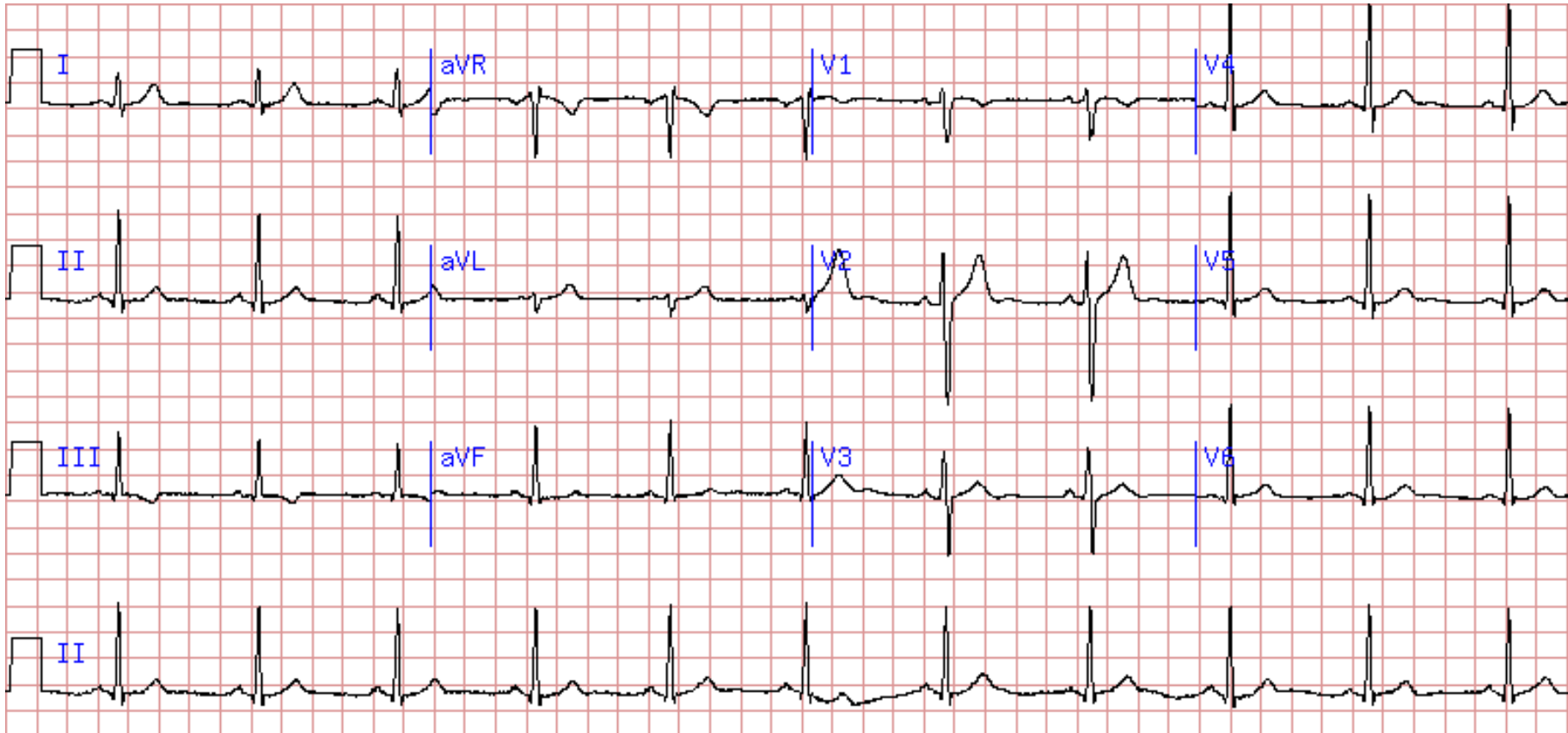


Doorsturen of niet?





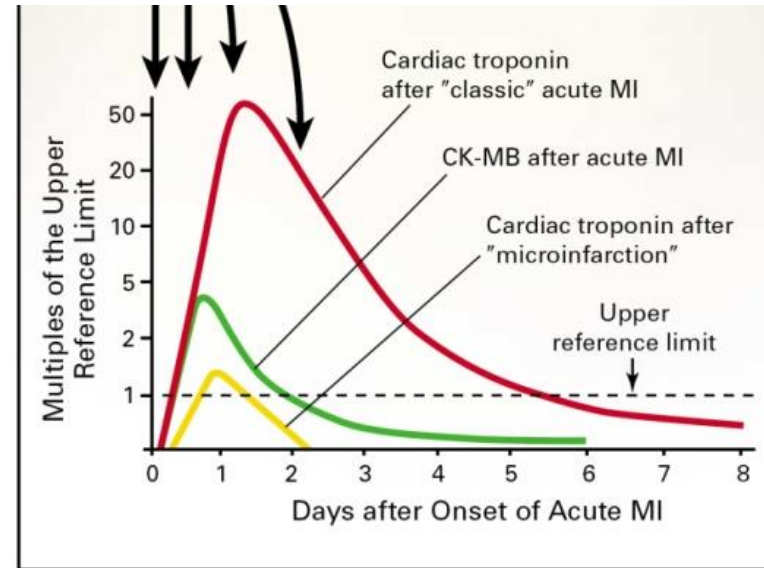
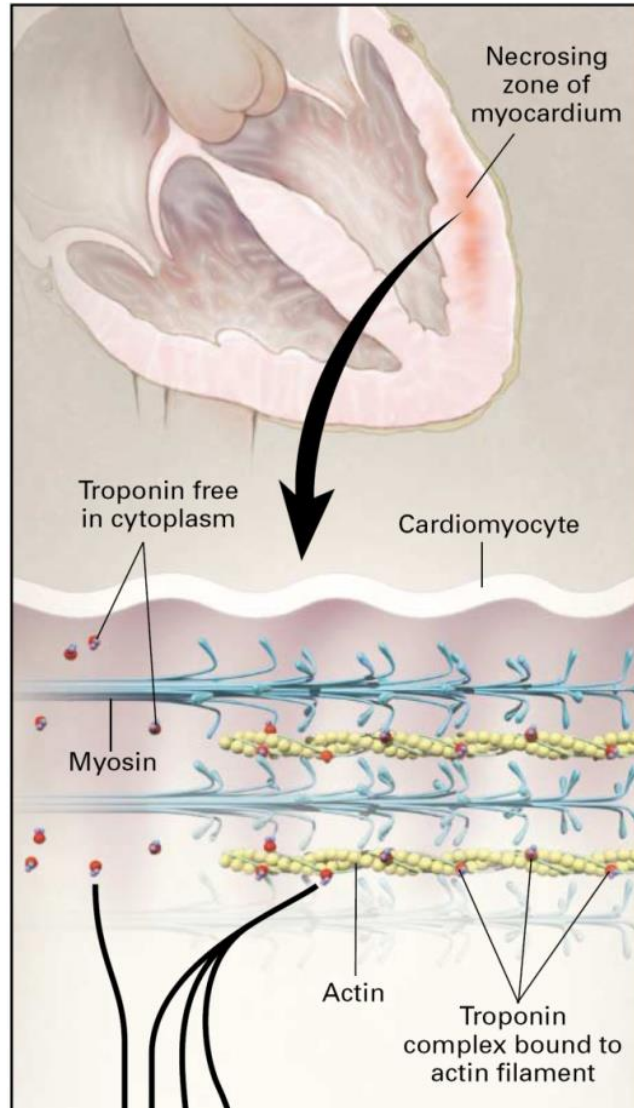
Doorsturen of niet?



RustECG normaal bij 40-50% op klachtenvrij moment
Herhalen bij heroptreden pijn!



Troponine zinvol in HA praktijk



Scenario: klachten gehad, ECG normaal

+ = NSTEMI = opname

- = mogelijk onstabiele AP
of uitsluiting CIHL ~ anamnese/RF



Prehospitaal ECG reduceert mortaliteit bij (N)STEMI

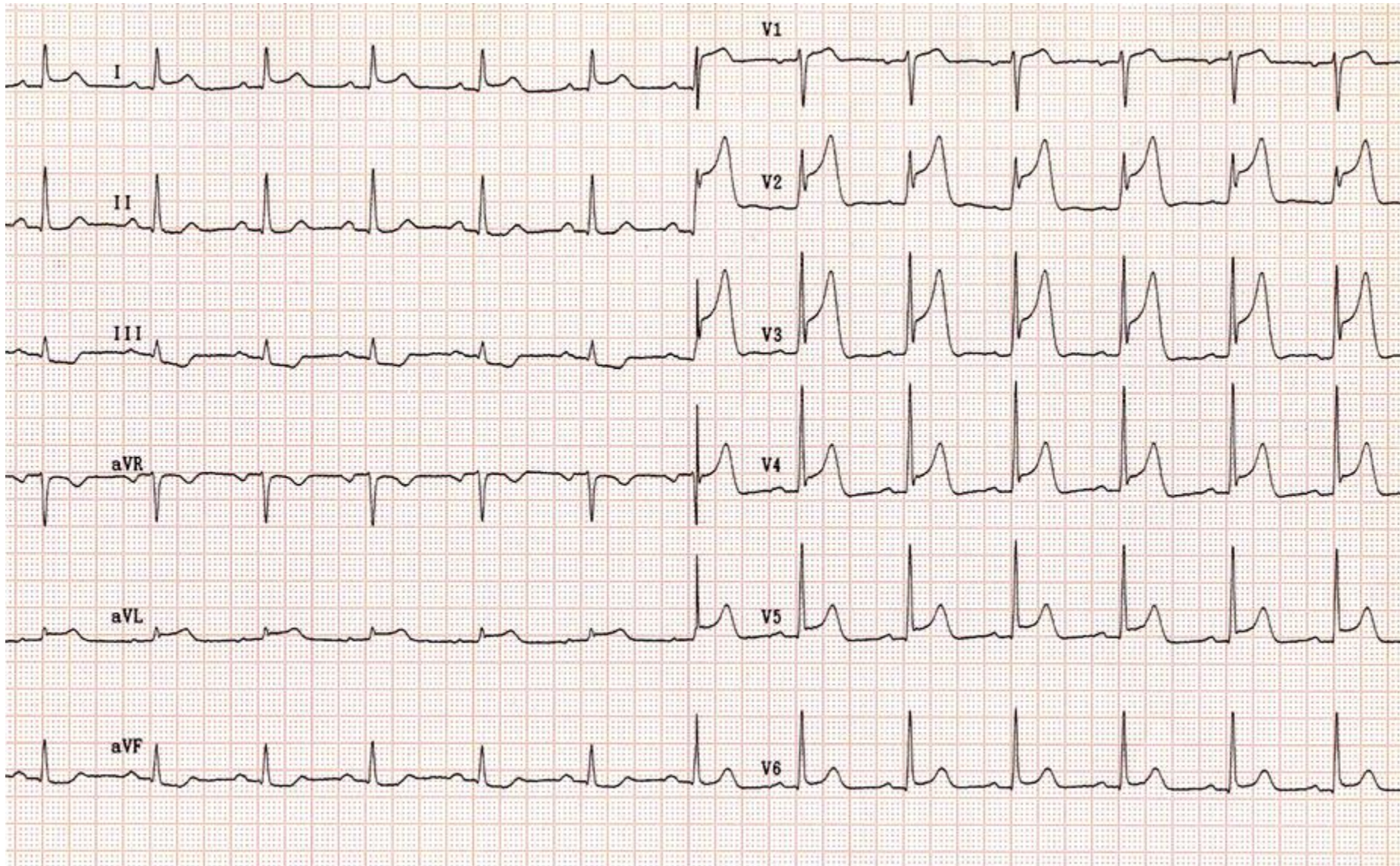
Het belang van ECG
voor u als huisarts

Diagnose
(Initiële) behandeling

Scenario 2 : nu klachten

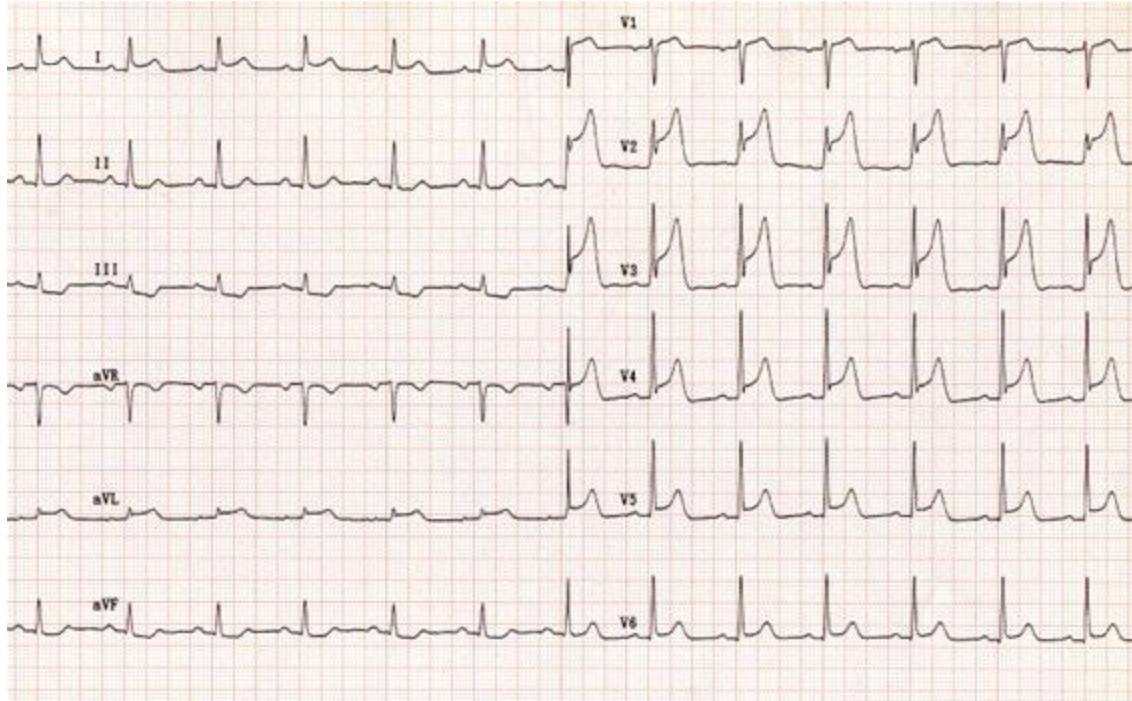


Doorsturen of niet?





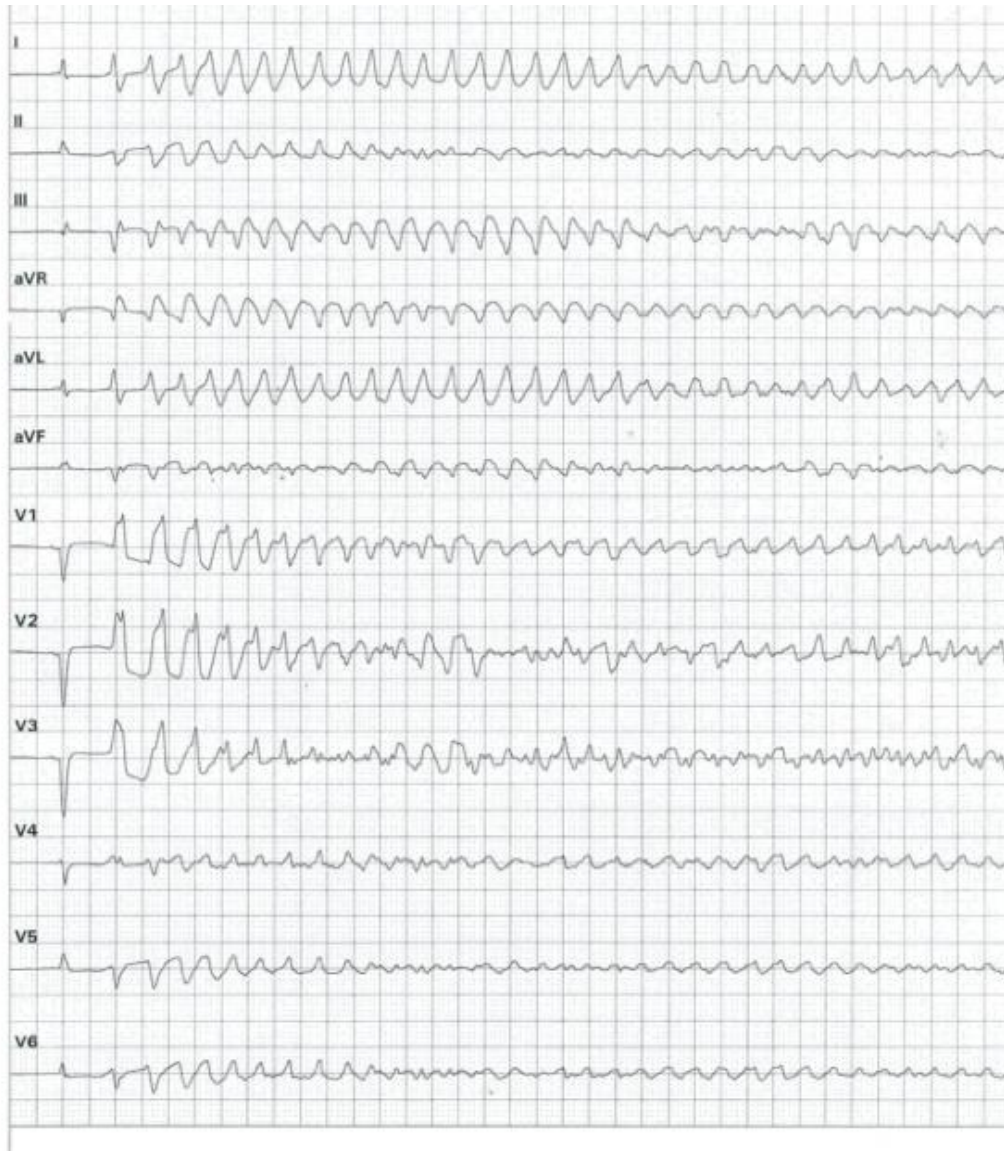
Uw aanpak als huisarts ...



-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

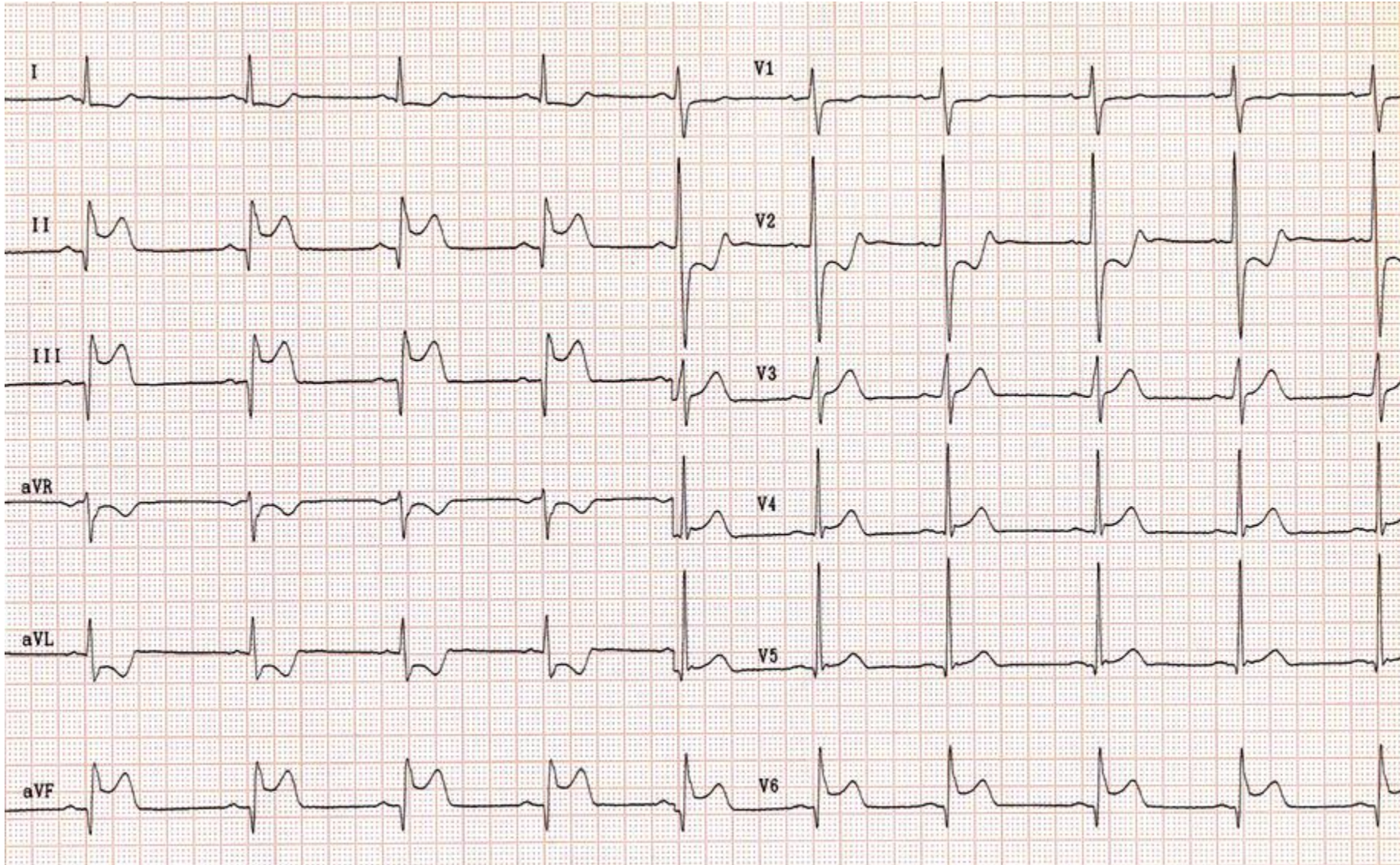


Grootste acute gevaar ...



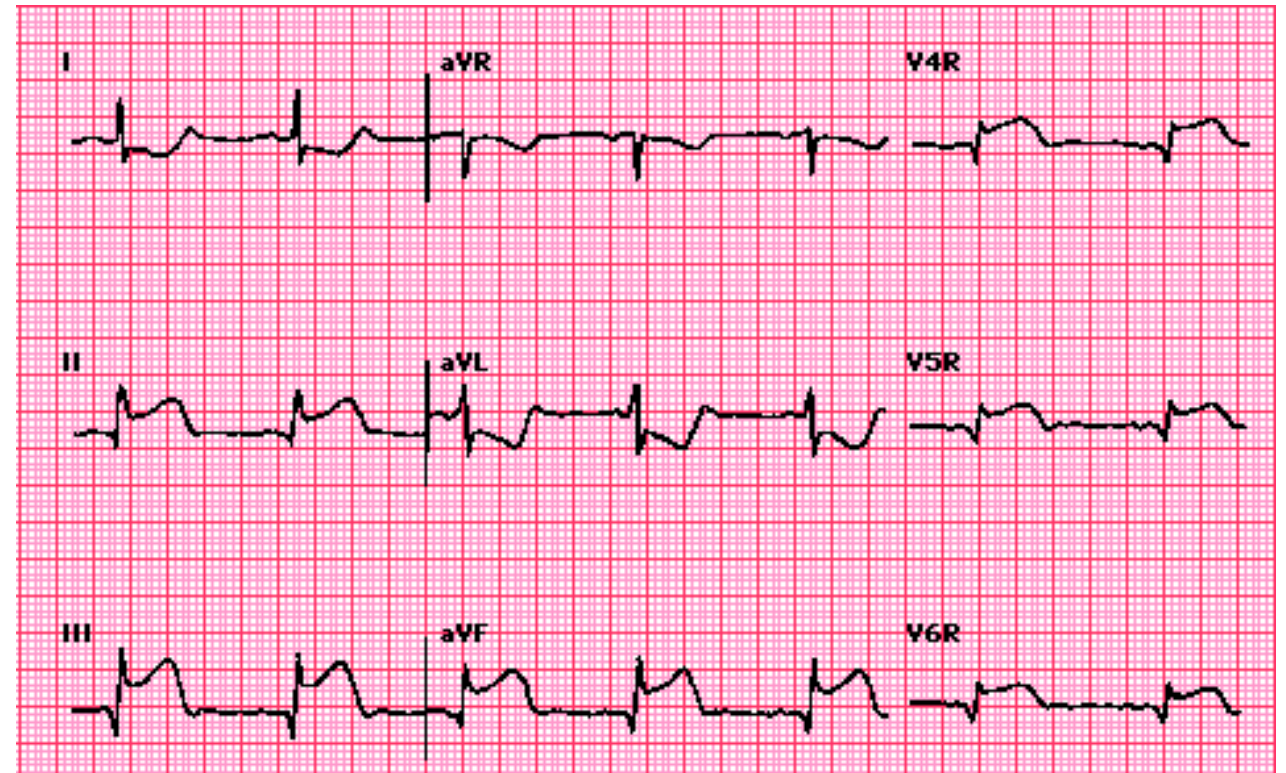
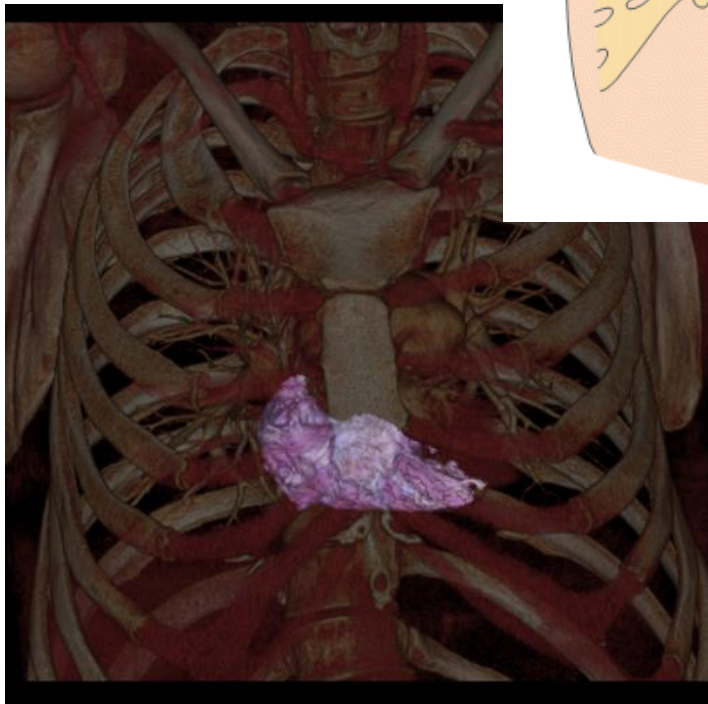
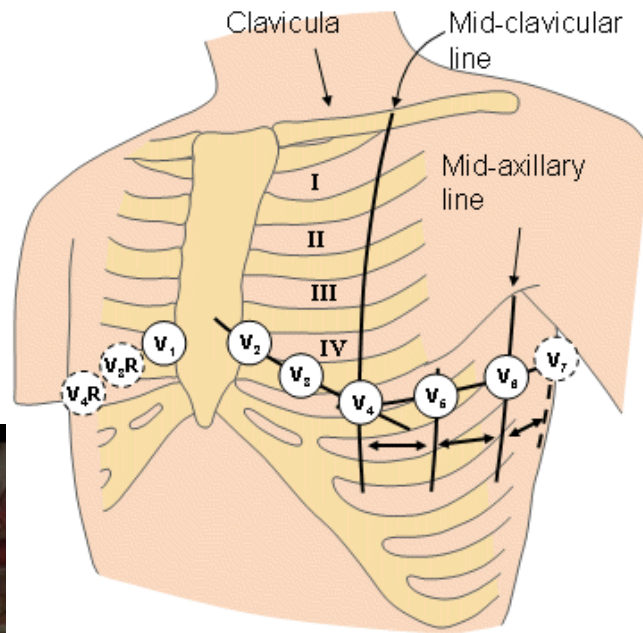


Wat doet u (misschien) anders in dit scenario?



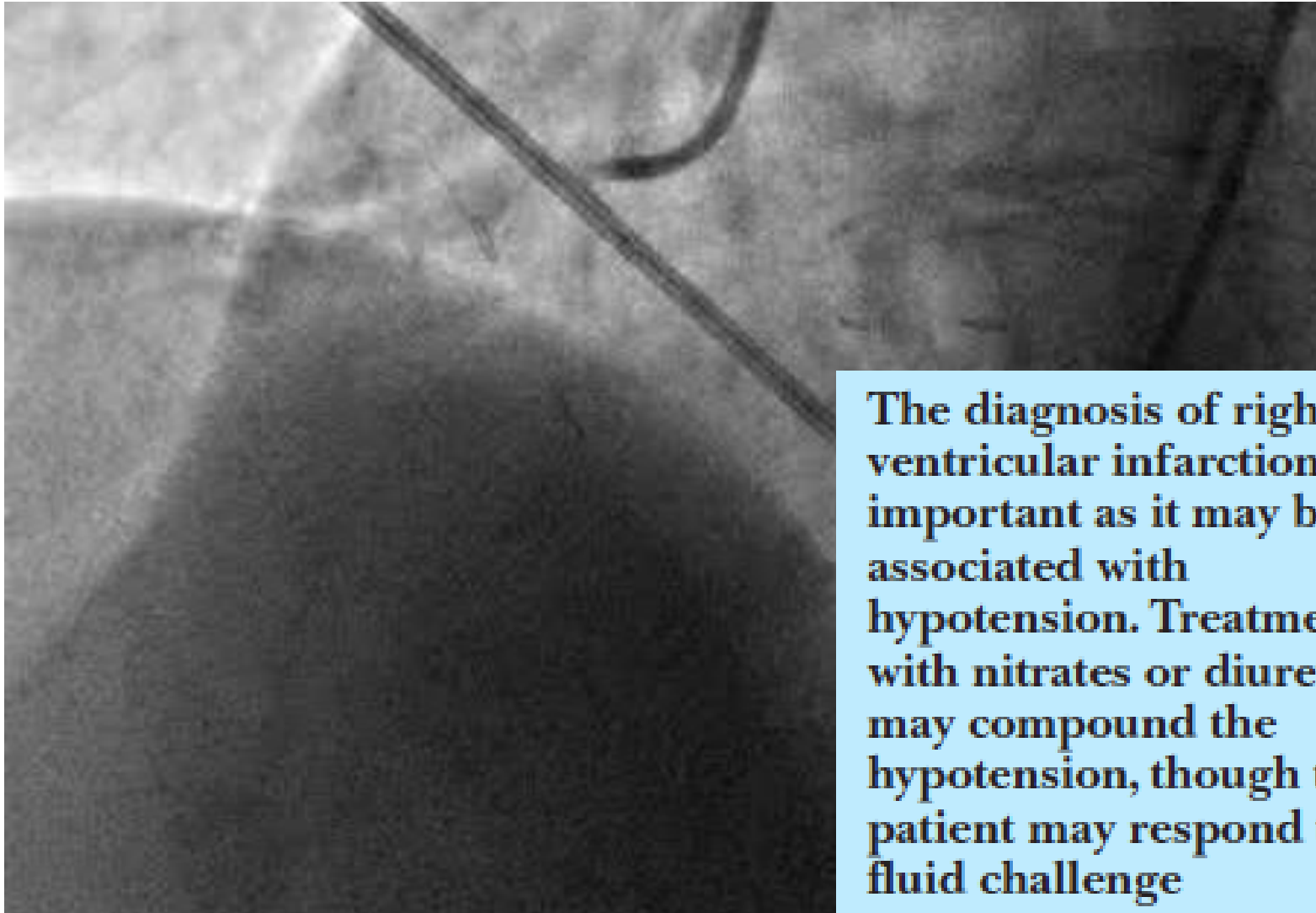


Rechter ventrikel





Rechter ventrikel

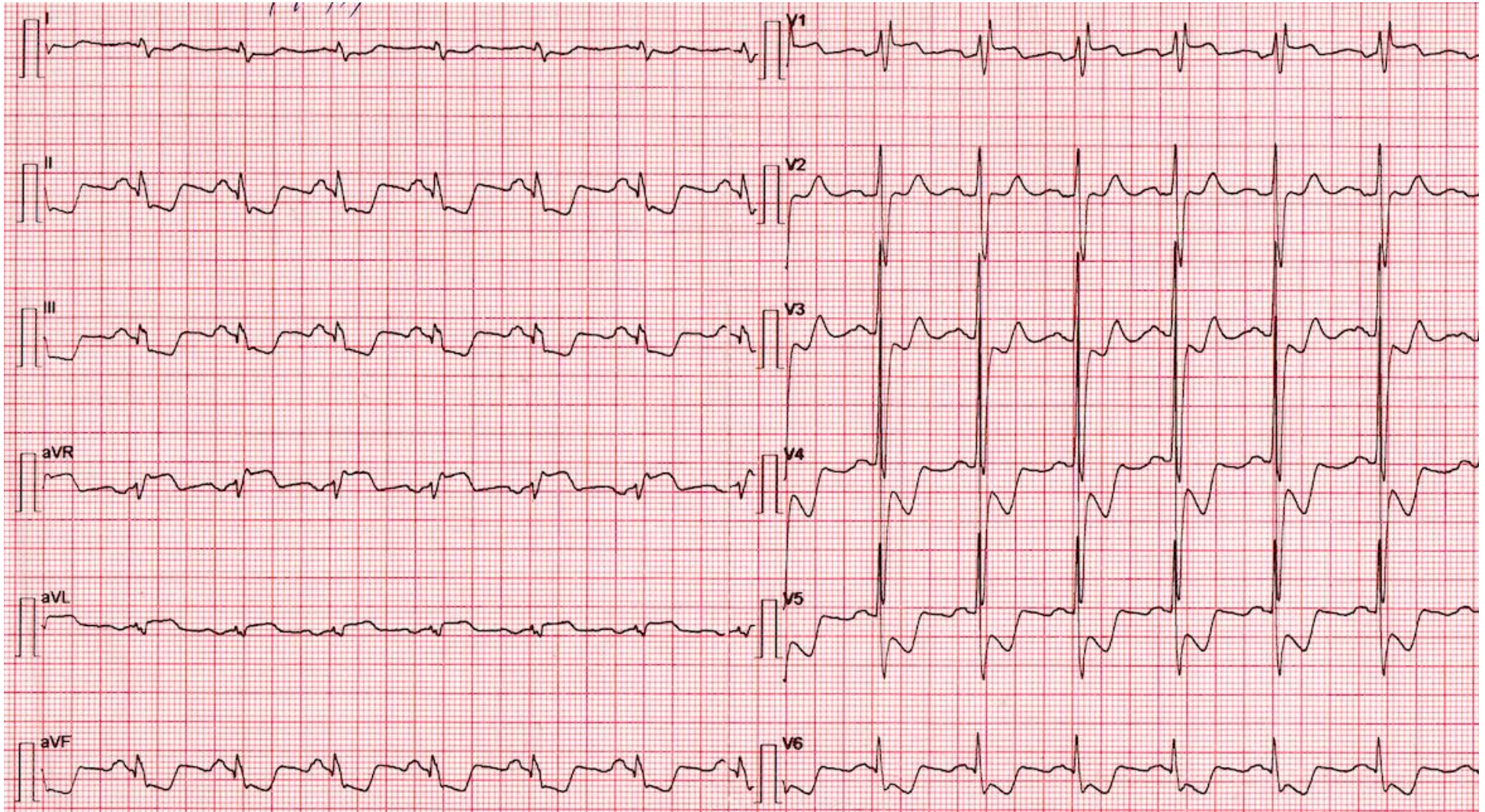


The diagnosis of right ventricular infarction is important as it may be associated with hypotension. Treatment with nitrates or diuretics may compound the hypotension, though the patient may respond to a fluid challenge



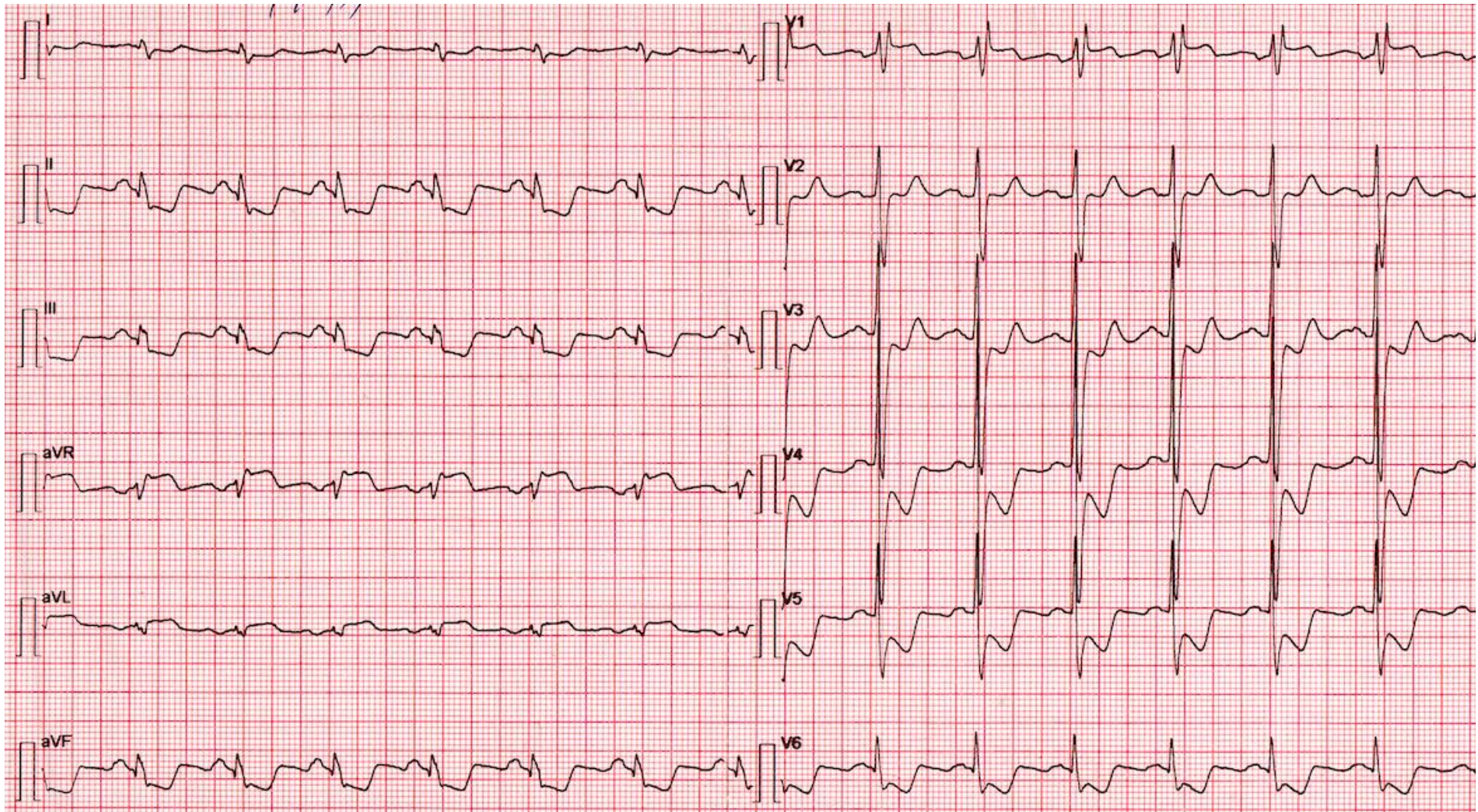


Wat zou u anders doen in dit scenario?



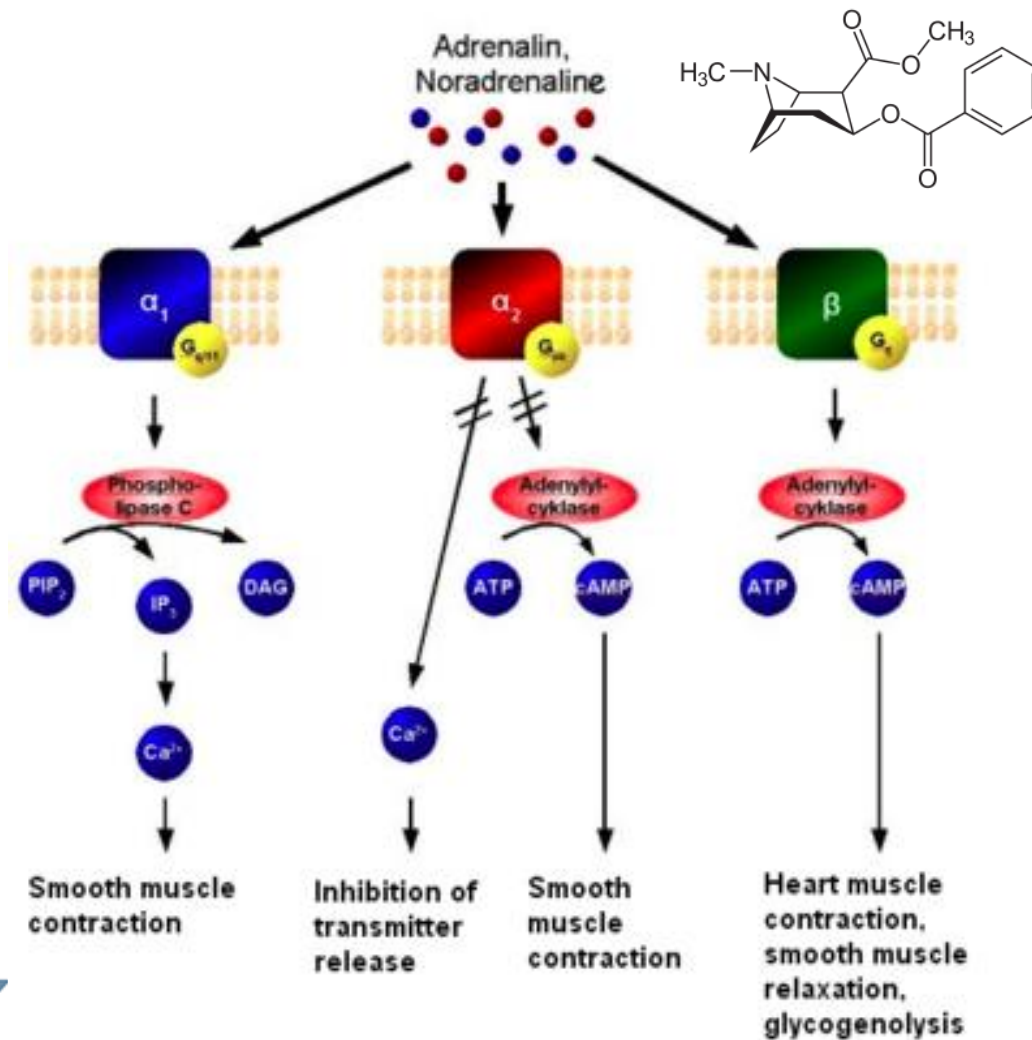


Zelfde ECG, patiënt is 27j Wat doet u nu anders?





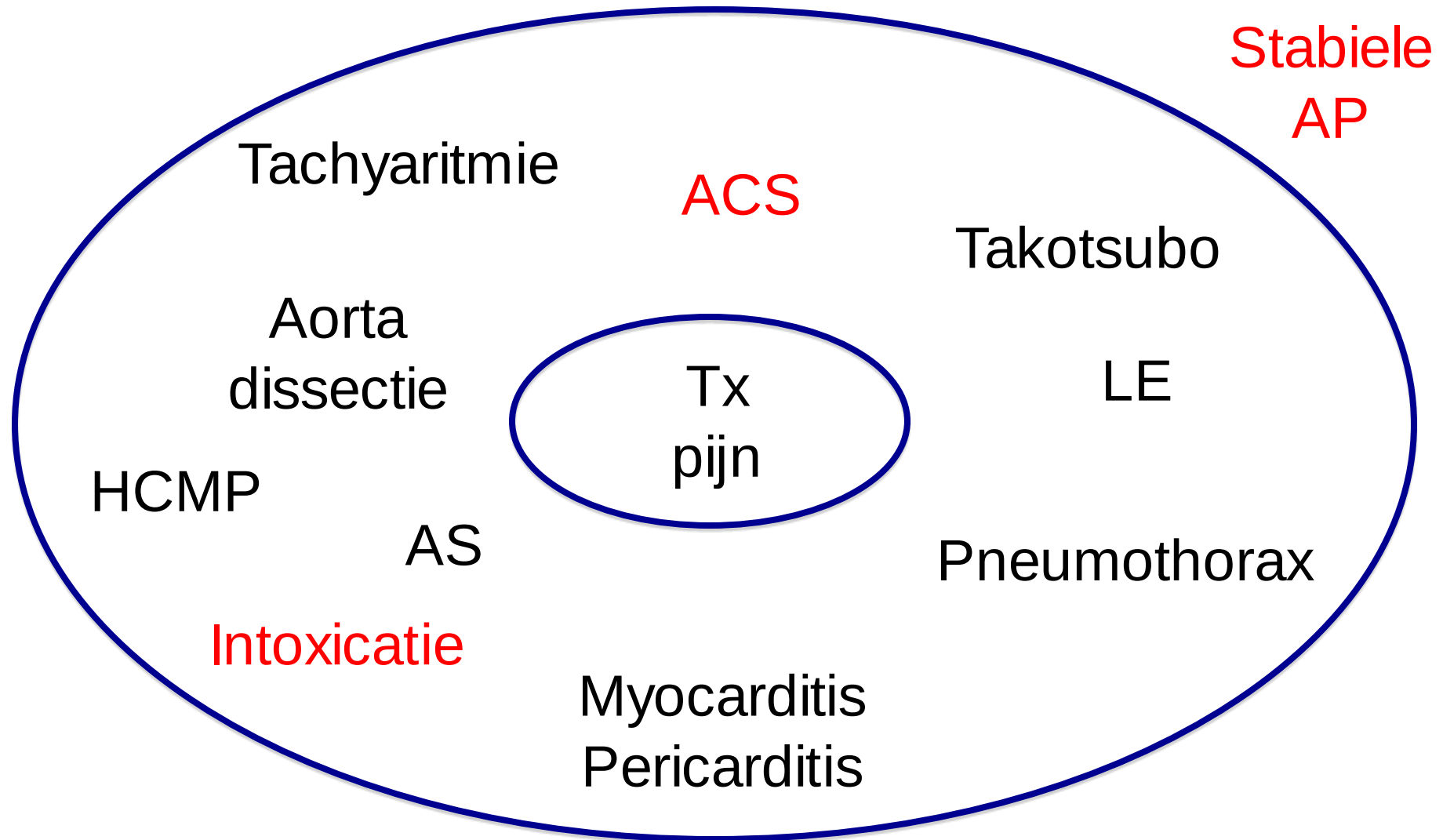
Alfa, beta en drugs ...



R/ Nitraten, benzo
GEEN BETABLOKKER!
(zolang geen alfablokker)



Thoracale pijn





Hoe sluit ik als HA een ... uit? En waarom is dat belangrijk?

- Aortaklepstenose
- Hypertrofe cardiomyopathie
- Myocarditis
- Aortadissectie

Er dreigen (medicolegale) fouten ...

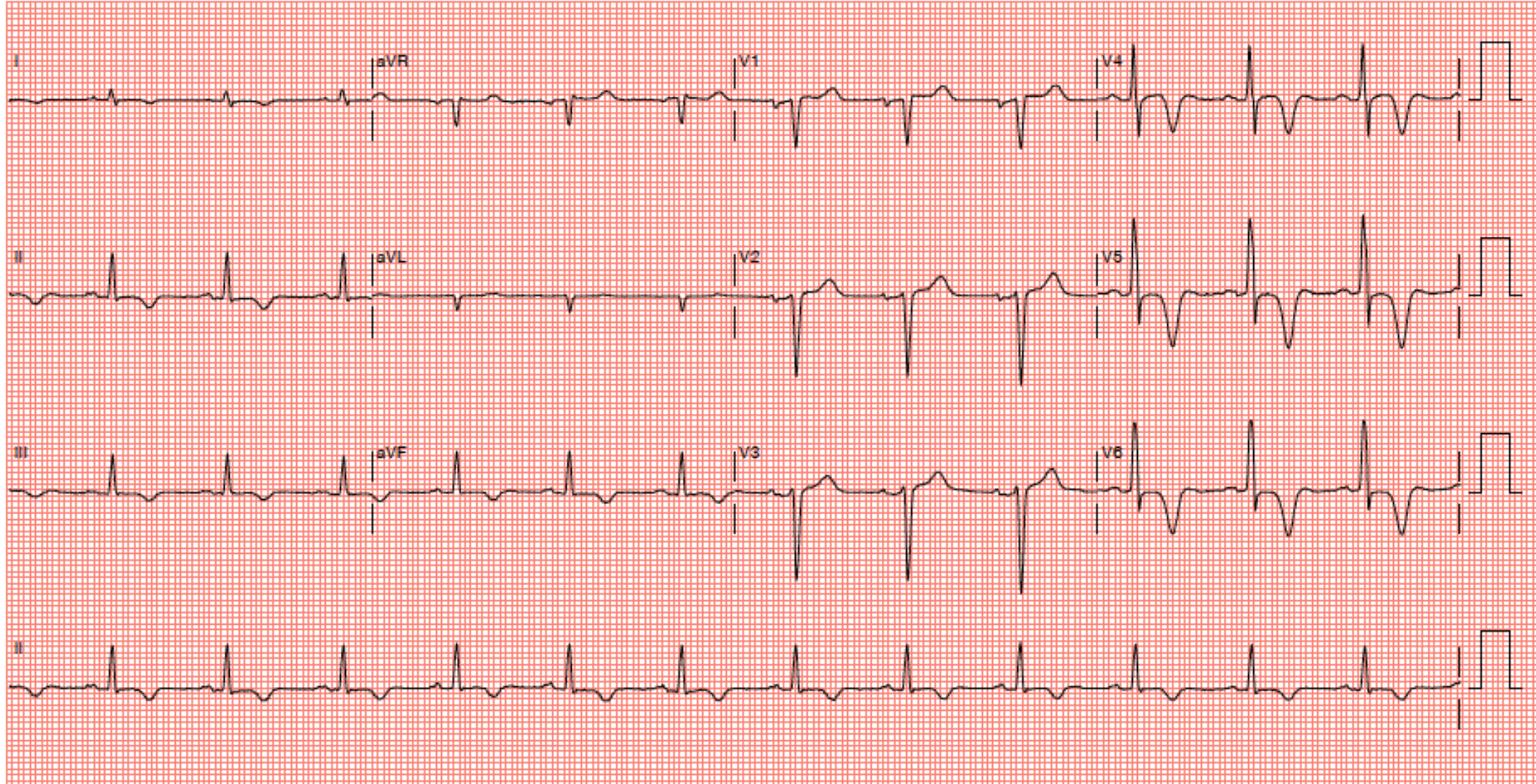


Hypertrofe cardiomyopathie

- 1/500, dus >1000 Antwerpenaren
- Vaak asymptomatisch tot plotse dood
(en dan nog diagnose vaak gemist ...
tot plotse dood van nog een 2de familielid en dan nog ...)
- Inspanningsangina/dyspnoe/syncope
- KO vaak normaal, tenzij bij HOCMP
- Zelden normaal ECG

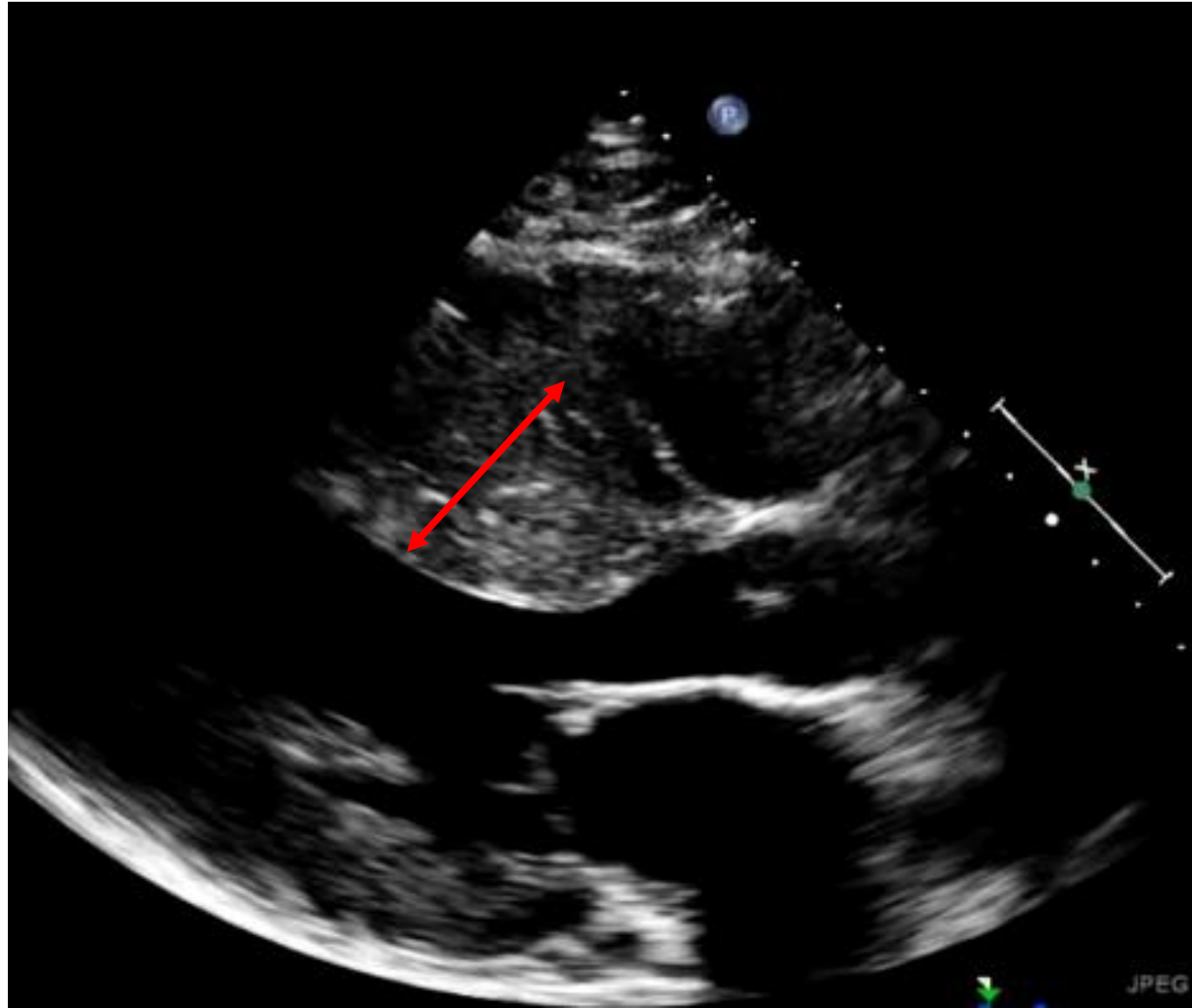


Hypertrofe cardiomyopathie





Hypertrofe cardiomyopathie





Aortadissectie

- Plotse pijn, zeer hevig, scheurend, stekend, scherp
- Thoracaal (80%) en/of interscapulair (40%)
- Voornaamste complicaties
 - Ruptuur van het vals lumen: verbloeding
 - Occlusie/embolen zijtakken
 - Coronairen : infarct (10%)
 - Carotiden : TIA/CVA (15-40%)
 - Intercostaal arteriën : paraparese
 - Mesenteriale bloedvaten : darmischemie
 - Renale arteriën : acute nierinsufficiëntie
 - Aortaklepinsufficiëntie (40-75% bij type A)
 - Tamponade (10% bij type A)

Musculaire arterie: + hartenzymen, + D-dimeren

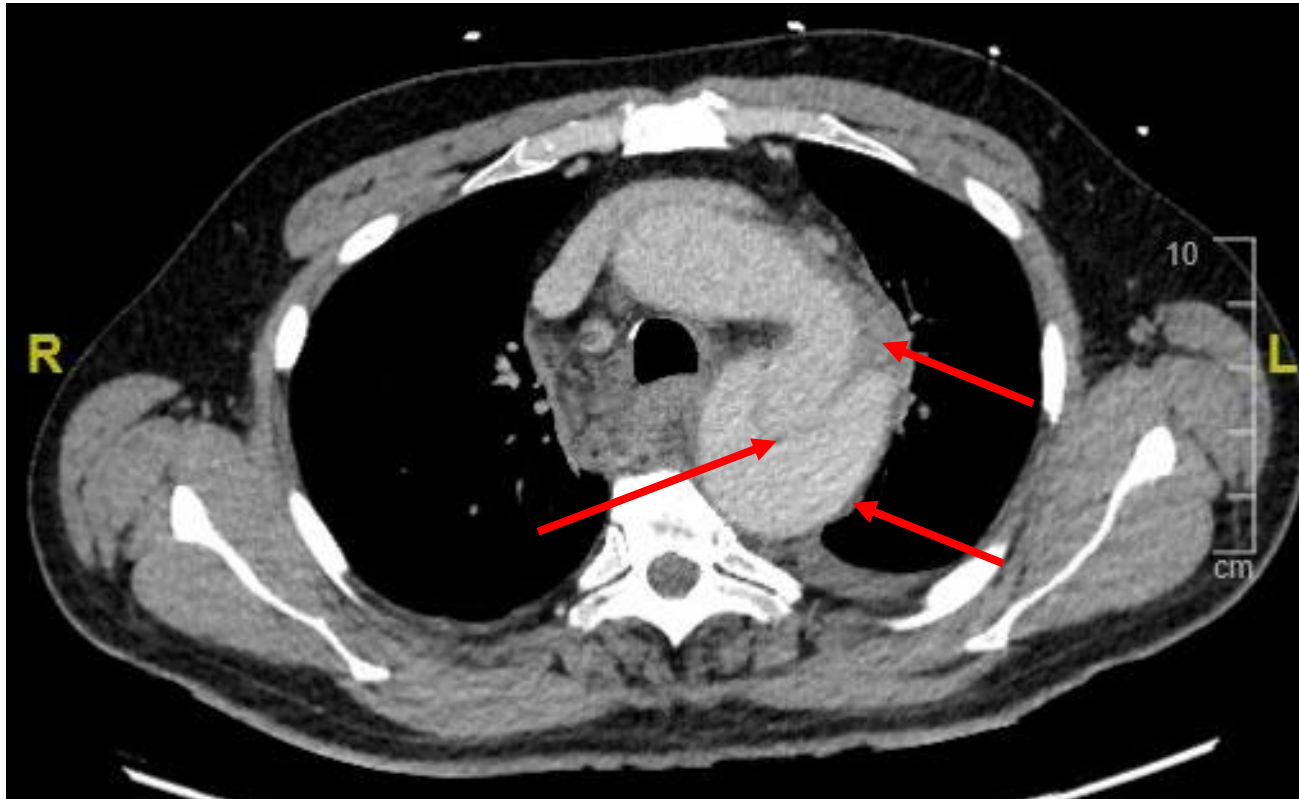


Type A Aortadissectie





Aortadissectie





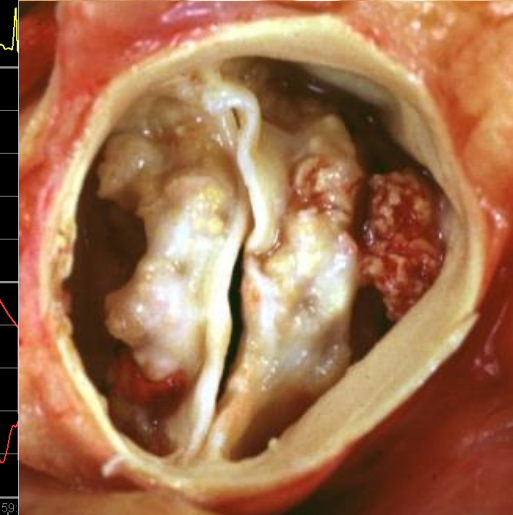
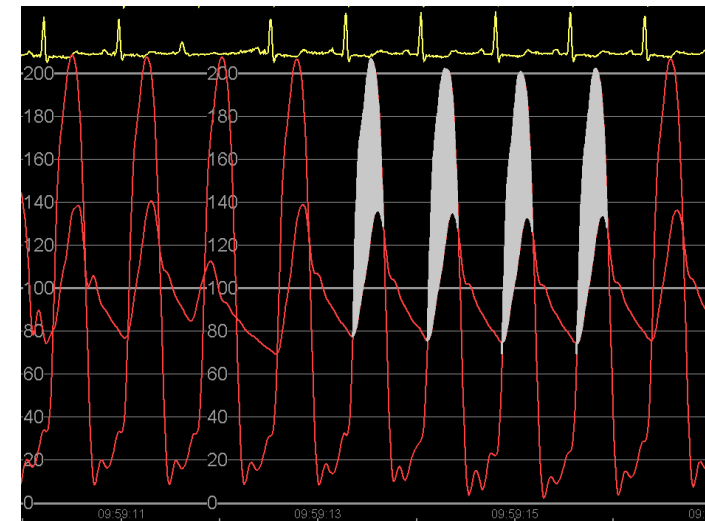
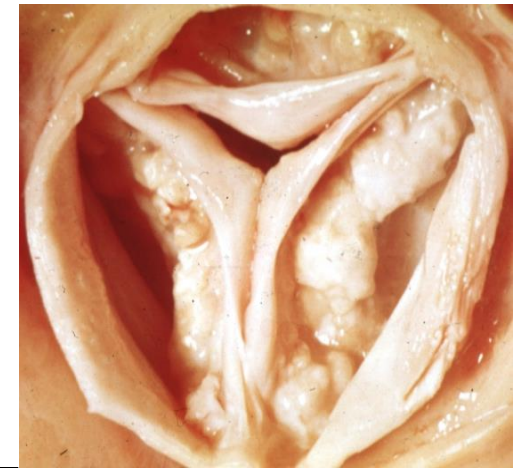
Belang voor de prehospitaal behandeling

- Geen ASA, heparine
- En al helemaal geen brilique/effient!!!!
- Geen betablokker zo AI



Aortaklepstenose

- Progressieve inspanningsgebonden dyspnoe/angina
- Syncope tijdens inspanning
- Hartfalen met longoedeem
- Systolisch crescendo-decrescendo geruis uitstralend over carotiden
- Nitraten niet zonder risico!!!





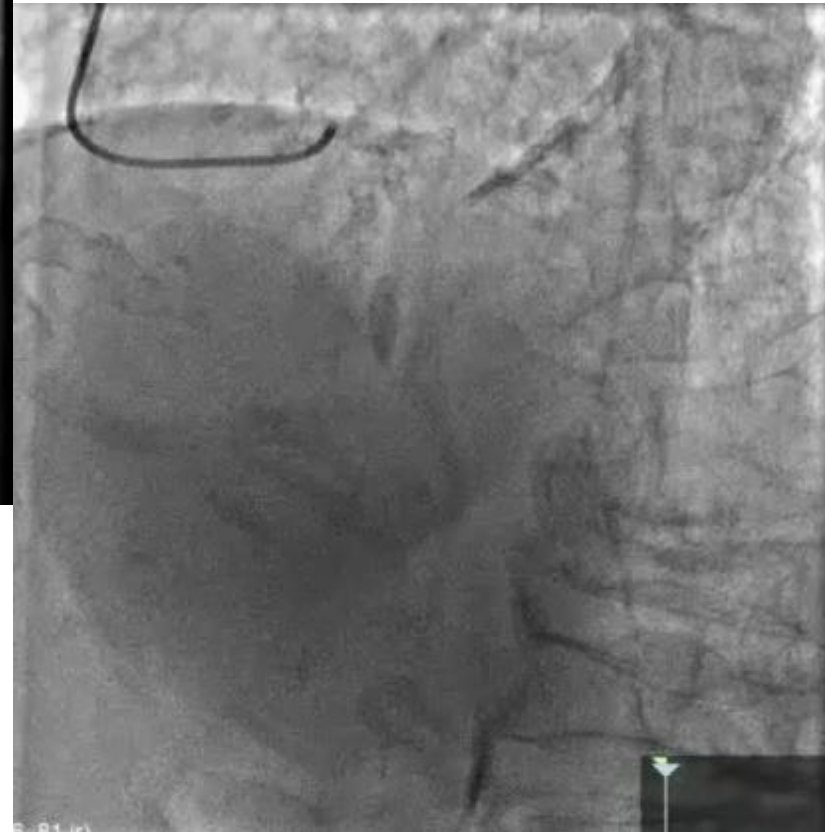
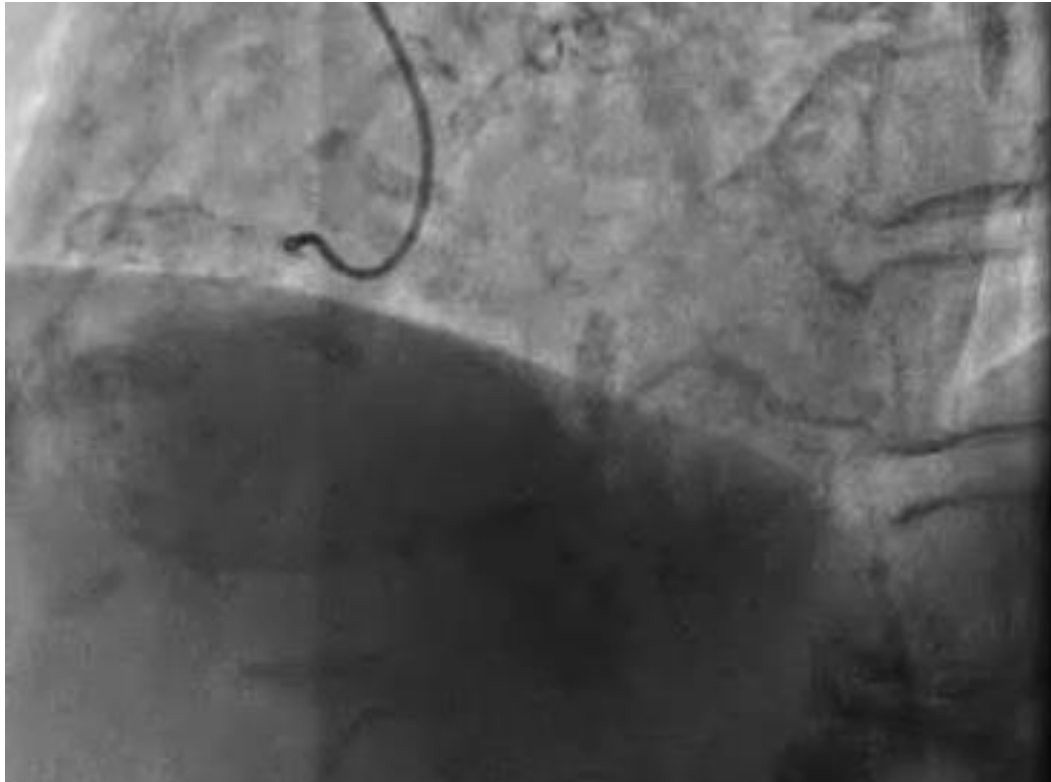
Niet alle coronair lijden is atherosclerose...

En dus hebben niet alle patiënten klassieke RF...

- Spasme / Prinzmetal angina
- SCAD
- Kawasaki
- Aberrant verloop



13 j, typische angina bij mountainbiken





Take home voor HA-praktijk

- Thoracale pijn = urgentie,
potentieel levensbedreigend
- Rol van anamnese
- Belang van ECG
- Troponines in specifieke senario's
- Aanpak ... en contra-indicaties
- Alternatieve binnencirkeldiagnoses





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Vraag & Antwoord





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Flauwte

Maarten Vandeplas

Man, 20 jaar

met vrienden op stap, tapas aan het eten op terras

werd licht in het hoofd, zag wazig en raakte vervolgens weg

maakte enkele schokken, zag lijkleek

zijn ogen waren geopend en draaiden naar boven

aanval zou zo'n 5-tal minuten geduurd hebben

eerste wat hij zich kon herinneren is de aankomst van de ambulance

na afloop is hij misselijk en vermoeid

geen verwardheid, tongbeet noch urineverlies

Vrouw, 23 jaar

wordt gezien op wachtpost nadat ze in de straat bewustzijn was verloren

reageert trager maar is goed georiënteerd

kan niet navertellen wat er gebeurd is

geen prodromale symptomen

geen urineverlies

bij navraag nu wel hoofdpijn en spierpijn

geen focale neurologische uitvalssymptomen, wel klein wondje op de tongrand

Man, 71 jaar

bruuske syncope toen hij zich moest haasten naar de bus.

kort bewustzijnsverlies in termen van 1-2 minuten.

gevonden zittend op de stoep nabij de bushalte.

tijdens deze episode ook urineverlies.

omstaanders hebben 112 gebeld: wordt met ziekenwagen + MUG afgevoerd.

onderweg naar spoed 2x gebraakt.

op spoed: trifasciculair block vastgesteld en snelle verwijzing cardiologie, waarna pacemakerimplantatie

Vragen

- Wat zijn indicaties voor spoedverwijzing in geval van een wegraking/flauwte?
- Wanneer vraag ik hierbij de MUG / PIT of gewone ziekenwagen? Of laat ik de patiënt gewoon door diens partner vervoeren?
- Hoe maak ik met grotere zekerheid het onderscheid tussen epilepsie – syncope:
 - hoe kan ik dit anamnesticus verder uitdiepen?
 - welke (klinische) kenmerken kunnen helpen en wat is hun waarde?
 - welke vervolgonderzoeken kan ik (als huisarts) uitvoeren en wat is hun toegevoegde waarde?
- Met wie overleg ik best bij twijfel? Spoedarts of neuroloog/cardioloog?



Universiteit Antwerpen
| Faculteit Geneeskunde en
Gezondheidswetenschappen

Syncope

Prof. Dr. Koen Monsieurs
Diensthooft Spoedgevallen
UZ Antwerpen

17/6/2023

Youtube filmpje

- <https://www.facebook.com/reel/246018141143217>

Definitie syncope

- Kortdurend tijdelijk bewustzijnsverlies met verlies van posturale controle en met spontaan herstel
- Globale gedaalde hersenperfusie
- **Prodromen**
 - ijlhoofdigheid
 - Misselijkheid
 - Zweten
 - Troebel zicht
- Geen prodromen: cardiogene syncope!!
- “Presyncope”: prodromen maar (nog) geen bewustzijnverlies

3 soorten syncope

- Reflex syncope
- Orthostatisch syncope
- **Cardiogene syncope**

De ongevaarlijke syncopes

- **Reflex syncope (vasodilatatie en/of bradycardie)**

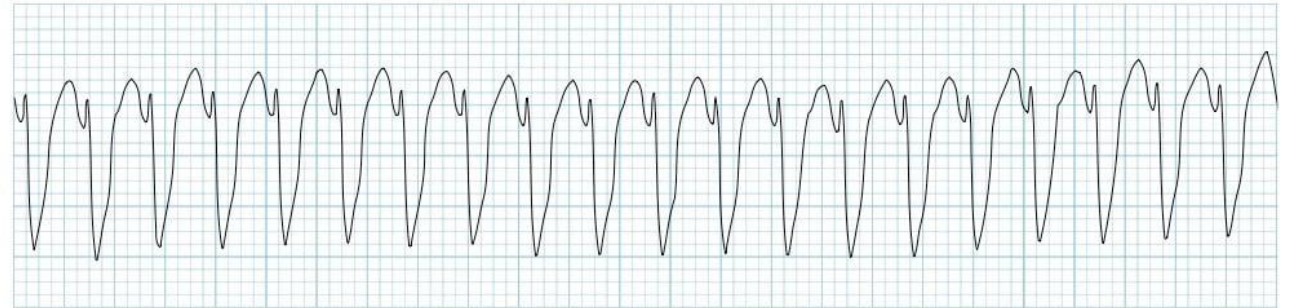
- Vasovagaal: angst, prikken bloed,...
- Situationeel: hoesten, mictie, defecatie
- Carotis hypersensitiviteit

- **Orthostatische syncope**

- Daling SBP >20 mm Hg, DBP >10 mm Hg (bij positiewijziging)
- Positiewijziging van zittend/liggend naar staan.
- Autonome dysfunctie: parkinson, diabetes, ethylisme
- Volumedepletie (deshydratatie, diuretica)
- Medicatie: antihypertensiva, antidepressiva, antipsychotica

Cardiogene syncope

- **Bradyaritmie:** AV blok, sinusarrest, sinusbradycardie (oudere ptn, drugs,...)
- **Tachyaritmie:** ventrikeltachycardie (acuut coronair syndroom,...)
- **Minder:** snelle VKF, reëentry-tachycardie
- **Structurele hartafwijkingen:** aortaklepstenose, hypertrofe cardiomyopathie
- **Zeldzaam:** massief longembol





Mimics

- **Epilepsie**

tongbeet

Wegdraaien hoofd

spierpijn

duur >5 minuten

blauw zien

Postictale verwardheid

- **Vertebrobasilaire insufficiëntie**

- **Subclavian steal syndrome**

- **Alcohol syncope**

- **Oversedatie**

- **Psychogene pseudosyncope**

Diagnose

■ Anamnese!

- Wat was je aan het doen?
- Prodromen?
- Vallen - gekwetst
- Duur
- Getuige?

Is syncope de meest waarschijnlijke diagnose?

1. Duur > 5 minuten? >>> Andere diagnose! (hypoglycemie, intracraniele bloeding,...)
2. Convulsies? Incontinentie? Duur meer dan 5 minuten? > Mogelijk epilepsie

Reflex, **cardiogen**, orthostatisch?

	Reflex Syncope (relatively benign)	Cardiogenic Syncope (relatively dangerous)	Orthostatic Syncope (relatively benign)
Precipitant	Usually precipitated by clearly identifiable trigger	Usually no precipitant, or precipitated by exertion	Precipitated by moving from lying/sitting to standing position
Prodrome	Present	Present or absent	Present
Injury during fall	Uncommon	Common	Uncommon
Age of onset	Typically younger	Typically older	Typically older
Notable risk factors	None	Heart failure, CAD, family history of early sudden cardiac death	Parkinson's disease, diabetes, alcoholism, new prescriptions
Relevant exam findings	None	Pathologic murmur consistent with mechanical etiologies	Orthostatic hypotension
ECG findings	None	Either current arrhythmia, evidence of ischemia or occult CAD, or evidence of a proarrhythmia syndrome (e.g. long QT, delta waves, etc...)	None
Diagnostic next steps:	↓	↓	↓
	If vasovagal or situational, additional testing usually unnecessary, but ambulatory ECG monitor can be considered Carotid hypersensitivity can be confirmed by carotid sinus massage	Complete cardiovascular exam Echocardiogram Ambulatory ECG monitor	Diagnostic trial of IV fluids to correct possible dehydration Stop possibly causative meds, if feasible

Wat kan de huisarts doen?

- **Benen in hoogstand?**
- **Diagnose orthostatische hypotensie:**
 - NHG: “meet na 5 minuten liggen de bloeddruk staand, iedere minuut. Stop als de bloeddruk systolisch > 20 mmHg of diastolisch > 10 mmHg is gedaald of gedurende 3 minuten niet meer daalt.”
- **Labo? Enkel op indicatie**
- **NC112: naar ziekenhuis bij vermoeden cardiogene syncope**
- **Eigen vervoer, ambulance, MUG?**
- **Eerst telefonisch overleg met ziekenhuis?**

Take home messages

- Kortdurend tijdelijk bewustzijnsverlies met verlies van posturale controle en met spontaal herstel
- Reflex, orthostatisch, **cardiogeen**
- Differentieer van “mimics” zoals epilepsie
- Vasovagale syncope komt het meeste voor
- Cardiogene syncope is de meest gevaarlijke, denk er aan
 - indien geen prodromen
 - indien tijdens inspanning
 - bij positieve voorgeschiedenis
 - bij afwijkend EKG

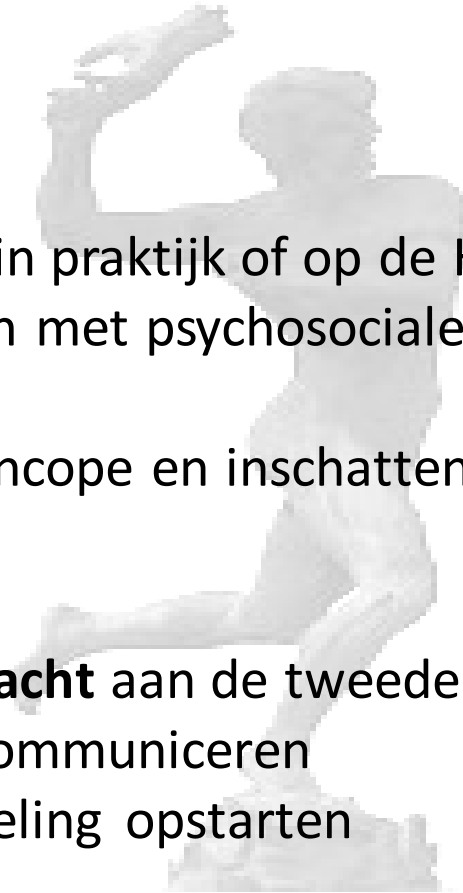


Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Vraag & Antwoord



Besluit

- 
1. Naar de spoed is **niet** altijd goed!
 2. Huisarts kan veel **zelf opvangen** (in praktijk of op de HWP)
 - Aanspreekpunt voor mensen met psychosociale problemen
 - Eerste inschatting bij POB
 - Onderscheid van soorten syncope en inschatten van de ernst
 - Preventieve zorg
 3. Huisarts zorgt voor **goede overdracht** aan de tweede lijn
 - Informatie verzamelen en communiceren
 - Eventueel al (spoed)behandeling opstarten
 4. **Samenwerking** tussen 1e en 2e/3e lijn is hierbij van (levens)belang

Bedankt!

- Slides komen op de website
- Aanwezigheid wordt doorgegeven voor accreditering
- Vragen/opmerkingen? Updates@uantwerpen.be
- Tot na de zomer!



Heb je nog
5 minuten...

Oproep!

Zeldzame Ziekten in de huisartspraktijk

- Huisartsensymposium
najaar 2023
- Mogelijke topics:
 - Rode vlaggen?
 - Naar wie doorverwijzen?
 - Hoe opvolgen?
- Geef je mening!



www.uantwerpen.be/nl/onderzoeksgroep/handicapstudies