Traumata (urgentieschema's voor huisartsen: traumata).

Haio: CAMPANA Lindsey , KUL
Promotor: AERTGEERTS Bert , KUL
Praktijkopleider: BUSSCHOTS Marc , DE MUYTER WILLY , JORISSEN Mark , NIJS Stefaan

Context: In de huisartspraktijk presenteren patiënten zich dagelijks met traumata. Als huisarts is het belangrijk te differentiëren tussen een urgentie, met onmiddellijke verwijzing naar spoedgevallen en een niet-urgentie, die zelf te diagnosticeren en behandelen valt. Als we spreken over traumata, denken we typisch aan musculoskeletale problemen zoals fracturen. Maar het spectrum is veel uitgebreider dan enkel musculoskeletale traumata; namelijk schedeltrauma, tandtrauma, oogtrauma, thorax- en abdominaal trauma met eventueel inwendige letsels tot gevolg. Het doel van deze thesis, van het boek “Urgentieschema’s voor huisartsen”, is een hulpmiddel te creëren voor de huisarts die in dergelijke situaties terechtkomt. Dat hulpmiddel zal bestaan uit schema’s of flowcharts die gebaseerd zijn op richtlijnen uit de literatuur, maar waar ook specialisten hun praktijkervaringen gedeeld hebben.

Onderzoeksvraag: 1. Kan je patiënten met een schedeltrauma evalueren op basis van klinische bevindingen? In welke situaties is een CT-scan of observatie noodzakelijk? 2. Moet een geavulseerde melktand teruggeplaatst worden? Hoe behandel je een geavulseerde definitieve tand tot deze teruggeplaatst kan worden door de tandarts/stomatoloog? 3. Wanneer verwijs je iemand met een vreemd voorwerp in het oog? Kan een huisarts dit behandelen? Hoe behandel je een etsing van het oog? Is dit mogelijk in eerste lijn? Hoe behandel je een stomp oogtrauma (contusie)? Is dit mogelijk in eerste lijn? 4. Welke klinische symptomen kunnen wijzen op een lever- of miltletsel? Wanneer moeten we als huisarts hier op bedacht zijn bij een stomp abdominaal trauma? 5. Wanneer moet je patiënten na een stomp thorax trauma doorverwijzen naar tweede lijn? Bij welke symptomen kan je op eerste lijn beahndelen? 6. Hoe kan je een groenhoutfractuur bij kinderen herkennen? Kan je dit zelf behandelen? Kan je klinisch een onderscheid maken tussen een heup- en bekkenfractuur? Moet je een patiënt waarbij je een heup- of bekkenfractuur vermoed, steeds doorverwijzen (bv rusthuis patiënt)? Wanneer moet je als huisarts bedacht zijn op een wervelfractuur? Hoe diagnosticeer je een subluxatie van de proximale radiuskop? Moet je bedacht zijn op een fractuur? Zo ja, hoe kan je klinisch dit onderscheid maken? Wat is het beste analgetica beleid bij fracturen/luxaties?

Methode: Een BestBET (Best Evidence Topic) werd samengesteld voor elk trauma. Hiervoor werden artikels gezocht op PubMed, Cochrane Library, EBPracticeNet en CDLH. De focus lag voornamelijk op artikels uit de laatste 5 jaar. Bij sommige traumata zijn we vertrokken vanaf een goede klinische richtlijn. Enkel artikels die nadien nog gepubliceerd zijn, werden geïncludeerd. We kozen voornamelijk voor systematic reviews en clinical guidelines. Deze artikels mochten in Nederlands en Engels geschreven zijn. In- en exclusiecriteria werden per onderwerp apart afgesproken. De artikels werden eerst gescreend op basis van titel/abstract, dubbele artikels werden verwijderd. De volledige tekst werd gescreend op in- en exclusiecriteria. Nadien werden alle artikels onderworpen aan een kwaliteitsbeoordeling. Vanuit de geselecteerde artikels werden schema’s opgesteld die later gepresenteerd werden aan experten uit eerste en tweede lijn. De feedback vanuit eerste en tweede lijn werd gebruikt om de schema’s te finaliseren.

Resultaten: Deze 10 literatuurstudies werden herleid tot 12 urgentieschema’s. Na de feedback uit eerste en tweede lijn werd 1 schema geschrapt, namelijk groenhoutfractuur. Het “urgente” gegeven was hier niet terug te vinden en de behandeling van dergelijke fractuur wordt in de praktijk zelden

door de huisarts uitgevoerd. De andere schema’s vormen een leidraad bij het voorkomen van schedeltrauma, tand avulsie, vreemd voorwerp in het oog, stomp oogtrauma, chemisch oogletsel, stomp abdominaal trauma, stomp thorax trauma, heup- en bekkenfractuur, wervelfractuur, subluxatie van proximale radiuskop en als laatste een hulpmiddel bij het analgetica gebruik bij fracturen of luxaties. Deze schema’s kunnen gebruikt worden voor het overeenkomstige hoofdstuk in de nieuwe druk van het handboek “urgentieschema’s voor huisartsen”.

Conclusie: De kwaliteit van sommige gebruikte artikels kan ter discussie gebracht worden. Het zijn niet allemaal even kwaliteitsvolle studies. Desondanks stemt de gebruikte informatie overeen met de huidige praktijk. Dit werd bevestigd door zowel experten op eerste als op tweede lijn. Sommige verdere studies zijn noodzakelijk om evidence op niveau van eerstelijnszorg te verhogen. Op heden kunnen deze schema’s echter gebruikt worden gezien zij afgestemd zijn op huidige literatuur en op huidige protocollen in eerste en tweede lijn.