Urgentieschema's voor huisartsen: dyspneu bij kinderen

Haio: DE VOOGHT Julie , KUL
Promotor: VERBAKEL Jan , KUL
Praktijkopleider: DE MEY Inge , GIES Inge , VANDENBUSSCHE Bea , Vanderoost Sofie

Context: Acute dyspneu is een frequente aanmeldingsklacht bij de huisarts en één van de meest voorkomende pediatrische urgenties. Potentieel levensbedreigende situaties vereisen een snelle identificatie in de eerstelijnszorg en een onmiddellijke doorverwijzing. Niet potentieel levensbedreigende situaties vergen een correcte diagnosestelling en een gepaste urgente behandeling in de huisartsenpraktijk. Het doel van deze masterproef is om een leidraad en kapstok te voorzien die huisartsen helpen bij het maken van beslissingen bij acute dyspneu bij kinderen in hun dagelijkse praktijk.

Onderzoeksvraag: Bij levensbedreigende situaties en ernstige dyspneu werd volgende onderzoeksvraag gesteld: ‘Welke behandeling kan toegediend worden aan een kind met epiglottitis, pneumothorax of aspiratie van een vreemd voorwerp in acute setting in de huisartsenpraktijk in afwachting van een interventieteam of aankomst in het ziekenhuis.’ Bij niet levensbedreigende situaties zien we een kind met matige dyspneu dat niet meteen hospitalisatie vereist. De onderzoeksvraag die hier werd gesteld is ‘welke behandeling kan de huisarts starten in ambulante setting bij kinderen met dyspneu door laryngitis stridulosa, bronchiolitis, astma exacerbatie of pneumonie.

Methode: Eerst werd een bestBET (Best Evidence Topic) uitgevoerd. Hierbij werd op een gestructureerde manier een update van de literatuur uitgevoerd. De gebruikte richtlijnen, systematic reviews en randomized control trials werden onderworpen aan een kwaliteitscontrole en werden in een tabel gebundeld. Vervolgens werd de literatuur geschematiseerd en voorgesteld in de eerste -en tweedelijnszorg. De initiële schema’s werden voorgesteld aan 2 groepspraktijken met huisartsen, 2 seminariegroepen met huisartsen-in-opleiding, 1 onderwijsmoment met arts-specialisten-in-opleiding pediatrie en 2 overlegmomenten met kinderpneumologen in de ziekenhuissetting. De inhoud, de helderheid en de toepasbaarheid van de urgentieschema’s voor de huisartsengeneeskunde werden hierbij nagegaan. Nadien werden de urgentieschema’s finaal aangepast op basis van de feedback.

Resultaten: De 7 uitgevoerde literatuurstudies hebben geleid naar 6 urgentieschema’s. Deze schematiseren de acute behandeling van epiglottitis, pneumothorax, aspiratie van een vreemd voorwerp, laryngitis stridulosa, bronchiolitis en acute astma exacerbatie bij kinderen in de huisartsenpraktijk. De schema’s werden zorgvuldig vergeleken met de behandelprotocollen in de ziekenhuissetting en met de behandelmogelijkheden in de huisartsensetting. Deze masterproef kan worden herwerkt naar het overeenkomstige hoofdstuk in de nieuwe druk van het handboek ‘urgentieschema’s voor huisartsen’.

Conclusie: Deze masterproef levert 6 urgentieschema’s af die een hulpmiddel zijn voor de huisarts wanneer kinderen presenteren met acute dyspneu. Deze schema’s zijn toepasbaar in de Belgische huisartsensetting en liggen in lijn met de verwachtingen van de eerstelijns- en tweedelijnszorg zodat de transmurale zorg optimaal kan verlopen.