Urgentieschema's voor huisartsen: bewustzijnsverlies en coma

Haio: JANSE Paulien , KUL
Promotor: VERBAKEL Jan , KUL
Praktijkopleider: Brigou Evelien , DECLERCK Kristof , Huybrechts Nicky , SCHMITZ Gertjan , VAN RIET Veerle

Context: Deze masterproef is geschreven in kader van de derde herwerkte uitgave van het boek ‘Urgentieschema's voor huisartsen’, meer bepaald het hoofdstuk ‘Bewustzijnsverlies en coma’. Momenteel maken de meeste huisartsen bij een patiënt met (transiënt) bewustzijnsverlies geen gebruik van een gestandaardiseerd protocol of richtlijn, of gebruiken ze de verouderde uitgave van het boekje.

Onderzoeksvraag: Volgende onderzoeksvragen waren het uitgangspunt van deze masterproef: (A) ‘Hoe maak je in acute setting in de eerste lijn een onderscheid tussen verschillende oorzaken van bewustzijnsverlies/coma?’ en (B) ‘Welke therapeutische handelingen kan een huisarts in acute setting in de eerste lijn verrichten bij een patiënt met bewustzijnsdaling/coma om de outcome te verbeteren?’

Methode: Op basis van een grondige literatuurstudie werd (via een Best Evidence Topic report) een voorstel voor een urgentieschema ontwikkeld dat antwoord gaf op de bovenvermelde onderzoeksvragen. Om dat voorstel aan de praktijk te toetsen werd het in verschillende vergaderingen voorgelegd aan huisartsen en via vragenlijsten aan urgentieartsen. Rekening houdend met terugkerende opmerkingen, werd het finale urgentieschema opgesteld.

Resultaten: Het literatuuronderzoek leverde 3180 zoekresultaten op voor onderzoeksvraag A en 5038 voor onderzoeksvraag B. Voor het Best Evidence Topic report werden na screening van titel en abstract en volledige tekst twaalf artikels voor onderzoeksvraag A en tien artikels voor onderzoeksvraag B weerhouden. In totaal gaven vijftig huisartsen en vier urgentieartsen feedback op het schema gebaseerd op dat literatuuronderzoek. De grootste discussiepunten waren ECG-meting, bloeddruk liggend en staand, palpatio per anum, glycemiemeting, naloxon, intraveneuze toediening en verwijzing naar de tweede lijn. Uiteindelijk maakten we twee finale schema’s: een schema voor de aanpak bij patiënten met aanhoudend bewustzijnsverlies en een schema voor de aanpak bij patiënten met herwonnen bewustzijn, zonder voorafgaand trauma. In beide schema’s kregen ECG en glycemiemeting een plaats. Er werd nadruk gelegd op alarmtekens. Een dringende verwijzing is nodig bij een patiënt met aanhoudend bewustzijnsverlies of bij aanwezigheid van een van de volgende alarmtekens bij een syncope: syncope tijdens inspanning of in liggende houding; met voorafgaande palpitaties; met tegelijk ontstaan van thoracaal discomfort, dyspnee, abdominale pijn of hoofdpijn; bij een ernstige voorgeschiedenis van cardiaal lijden; bij een systolische bloeddruk < 90 mmHg; bij een persisterende bradycardie van < 40 slagen/minuut; bij een nieuw systolisch geruis en bij bepaalde ECG-afwijkingen (geleidingsstoornis, kort of lang QT-interval, ST-segment of T-golf afwijking).

Conclusie: Het eindproduct van onze masterproef is een urgentieschema dat in een oogopslag bruikbaar is voor huisartsen die geconfronteerd worden met een patiënt met (transiënt) bewustzijnsverlies zonder voorafgaand trauma. Het is volgens ons onderzoek belangrijk dat huisartsen in die setting telkens een ECG afnemen en een glycemiemeting doen. Ook hebben we in het schema nadruk gelegd op alarmtekens waarbij een huisarts dringend moet verwijzen.