

BRAIN STORM



HOOFDZAKEN EN
KOPZORGEN

9 juni 2022

Inhoudsopgave

Programma	3
Verlag	7
Presentaties	17
Workshops	19



Programma

De titel van het jaarlijks symposium van het Netwerk Acute Zorg Limburg 2022, "Brainstorm, hoofdzaken en kopzorgen" was georganiseerd in samenwerking met de de Ambulancezorg Limburg Noord, GGD Zuid Limburg en de GGD Limburg Noord.

Het thema was neurotrauma door de zorgketen heen.

Het is een interessante dag geweest met boeiende sprekers en interessante workshops.

Programma

08:30 - 09:00	Aanmelden	
09:00 - 09:15	Opening	Martijn Poeze
09:15 - 09:30	Impact van hersenletsel	Martijn Poeze
09:30 - 09:55	Presentatie 1	Peer Schetters
09:55 - 10:35	Presentatie 2	Andrew Maas
10:35 - 11:25	Workshop	
11:25 - 11:40	Pauze	

11:40 - 12:30	Workshop	
12:30 - 12:55	Presentatie 3	Wip Bakx
12:55 - 13:40	Lunch	
13:40 - 14:30	Workshop	
14:30 - 15:20	Workshop	
15:20 - 15:35	Pauze	
15:35 - 16:05	Presentatie 4	Joukje van der Naalt
16:05 - 16:30	Presentatie 5	Birgit Levelink en Simone Spaan
16:30 - 16:55	Afsluiting	
16:55 - 17:00	Slotwoord	Martijn Poeze





Workshop - Roel Haeren en Wouter Henneman

Behandeling en prognose van Neurotrauma; "rol van de kliniek en radiologie"

Workshop - Roel Haeren en Wouter Henneman

Neurotrauma en intubatie; "Stand and play or scoop and run?"

Workshop - Marcel Ariës en Wip Bakx

Neurotrauma en revalidatie

Workshop - Nathalie Peters en Charlotte van Laake - Geelen

Dwarslaesie vs. Neurotrauma



Verlag

Martijn Poeze, medisch hoofd NAZL en traumachirurg opent als dagvoorzitter het NAZL symposium. Hersenletsel heeft een hoge impact zowel lichamelijk als psychisch, en is ketenzorg bij uitstek (van MKA tot revalidatie). Ernst van het hersenletsel is gerelateerd aan sterfterisico in de regio Limburg. Patiënten met een AIS > 4 hebben een 27% groter sterfterisico. Er volgen een 5-tal presentaties waarbij het neurotrauma centraal staat.



Peer Schetters neemt ons mee naar de straat: "Je ziet het pas als je het door hebt". Het herkennen van schedelhersenletsel is geen sinecure op straat. En er is een verschil tussen hoofdletsel en hersenletsel. Bij patiënten op straat die niet aanspreekbaar zijn is er hersenletsel aanwezig. Maar veel patiënten zijn gewoon aanspreekbaar dus dan weet je niet precies wat er aan de hand is. Verschil tussen licht en ernstig hersenletsel is moeilijk te bepalen op straat.

Het herkennen van een schedelbasisfractuur, let op blauwe plekken achter oor, of onder de ogen. Observeer of de patiënt zich kan herinneren wat er gebeurt is (amnesie: verwarde toestand, vragen wat is er toch gebeurd).

De ambulance zal altijd vervoeren als een patiënt meer dan 30 minuten buiten bewustzijn is. Verder scoort men een aantal variabelen om te bepalen of er wel of niet vervoerd gaat worden bij een licht hersenletsel (leeftijd, hoofdpijn, braken, intoxicatie (drugs/alcohol). Dus patiënten worden laagdrempelig vervoerd naar SEH, en bij matig hersenletsel wordt de patiënt naar het level 1 ziekenhuis vervoerd.



Andrew Maas: "Prognose neurotrauma : nieuwe behandelstrategieën". Kwalitatief goede ketenzorg is onvoorstelbaar belangrijk bij neurotrauma, van het handelen van de ambulanceverpleegkundigen, tot aan de revalidatie. Glasgow Coma Scale is belangrijk, maar er is een betere classificatie noodzakelijk om uiteindelijk ook betere behandelingen toe te kunnen passen (precision medicine).

Er is inmiddels veel onderzoekgedaan naar TBI (traumatic brain injury). Uit deze onderzoeken komt naar voren dat licht hersenletsel de grootste patiëntencategorie is, zelfs van degenen die op de IC terechtkomen. Licht hersenletsel is wellicht niet de goede benaming aangezien er ook veel lange termijneffecten nog zichtbaar zijn bij deze categorie patiënten. Bij 60% van de patiëntencategorie met mild hersenletsel zien we nog significante stoornissen na 6 maanden. Vrouwen hebben significant meer stoornissen en lagere kwaliteit van leven bij matig hersenletsel vergeleken met mannen met hersenletsel. Risico op overlijden na hersenletsel ligt 3x hoger bij oudere patiënten (co-morbiditeiten en medicatie). Ketenzorg is dermate belangrijk dat elke patiënt met hersenletsel in aanmerking zou moeten komen voor revalidatie, en al in een vroeg stadium betrekken (bv terwijl de patiënt nog op de IC ligt).

Nieuwe ontwikkeling is het eventueel gebruik maken van biomarkers. Biomarkers kunnen rol spelen bij wel of niet inzetten van diagnostische scans (wel/geen MRI bijvoorbeeld).

Conclusie :

Mortality is licht gedaald, maar gaat ten koste van meer patiënten met een ernstige handicap. Uitkomst is niet veel verbeterd, de laatste 25 jaar.



Wip Bakx: lange termijn gevolgen: inzicht in niet-zichtbare gevolgen.

Traumatisch hersenletsel (THL) kan tot niet zichtbare gevolgen leiden waardoor het functioneren van patiënten toch ernstig beperkt/verstoord wordt. De lange termijn prognose van patiënten met THL bestaat uit een verhoogde mortaliteit in de eerste 5 jaar na het trauma en de levensverwachting neemt af met 3 tot 15 jaar. Revalidatie is essentieel om te leren omgaan met de beperkingen waarbij de focus moet liggen op hetgeen de patiënt wel kan. Bij de revalidatie kunnen nieuwe vaardigheden aangeleerd worden (levende zenuwcellen kunnen nieuwe verbindingen maken). Dit hangt nauw samen met motivatie en aanleg.

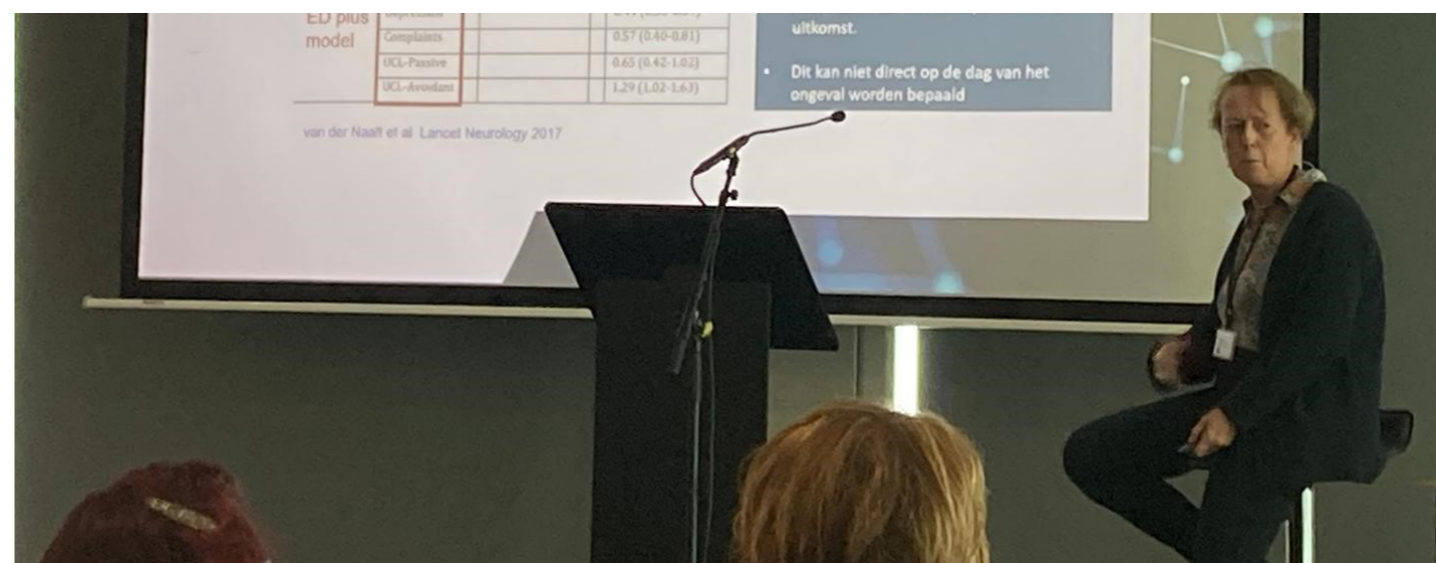


Lichamelijke gevolgen zijn vaak zichtbaar voor patiënt en omgeving, denk hierbij aan verlamming (kan ook gering zijn) bv coördinatie, automatismen, vermoeidheid, motorisch tempo, reactievermogen en reukverlies. Maar veelal onzichtbare gevolgen op het gebied van communicatie, cognitie, vermoeidheid en gedrag (gevoel van sociale verhoudingen). Revalidatie richten op sterktes (wat kan iemand wel, waar is de patiënt voor gemotiveerd), sociale netwerk, neem de tijd, en bekijk duurzame inzetbaarheid in relatie tot werk.

Joukje van der Naalt: " Licht schedelhersensletsel: een wolf in schaapskleren"

In Nederland komen er per jaar ongeveer 85.000 patiënten met licht schedelhersensletsel voor waarvan 80% hersteld maar dus 1 op de 5 patiënten ondervindt blijvend letsel. Restklachten bestaan uit fysieke ongemakken en cognitie-verlies maar ook gevolgen op het gebied van werkhervatting, verkeersdeelname, en sociale relaties. Ongeveer 30% van deze patiënten heeft het werk of studie nog niet hervat na 1 jaar. De ongevalsituatie, patiëntkarakteristieken en beperkingen bepalen uiteindelijk de uitkomst!

Factoren die een belangrijke rol spelen in de uitkomst zijn amnesie (post TA) en psychologische factoren. Factoren gemeten direct na ongeval op de SEH : geslacht, opleiding, alcohol, nekpijn en factoren die na 2 weken aan de patiënt gevraagd worden (angst, depressieve klachten): copingstijl (hoe ga je om met je klachten). Het Handboek traumatisch hersenletsel geeft een mooi overzicht van al deze besproken aspecten.



Birgit Levelink : Neurotrauma zonder verklaring??

Kinderarts Birgit Levelink neemt ons mee door de meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld. Jaarlijks zijn er 200.000 meldingen van huiselijk geweld, en 120.000 meldingen van kindermishandeling. Verder overlijden er circa 50 kinderen per jaar agv kindermishandeling. Voor de centralist van de meldkamer en de ambulance/SEH verpleegkundigen zijn er veelal korte contactmomenten in een acute situatie. Een huisarts, of JGZ specialist heeft meestal meer tijd om zaken uit te zoeken.

Stap 1 in de meldcode is signalering, kindcheck, (angstig kind, alcoholgebruik, chaotisch huis), situatie kan schade berokkenen aan het kind. Veilig Thuis kan altijd laagdrempelig om advies worden gevraagd, anoniem, voordat je daadwerkelijk meldt. Door te melden doorbreek je wel je beroepsgeheim. Vanuit ziekenhuis wordt er nooit een melding bij de politie gedaan maar loopt dit altijd via Veilig Thuis, via de meldcode kindermishandeling. Veilig Thuis schakelt de politie in en/of raad van de kinderbescherming. Bij acuut gevaar mag je wel de politie meteen inschakelen (veelal op straat/thuis), naast melding doen bij Veilig Thuis.



Conclusie;

- verplichte meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld
- Meldrecht, geen meldplicht
- Andere wijze hanteren meldcode voor ambulance-SEH-politie en overige professionals gezondheidszorg
- Anoniem overleg mogelijk met Veilig Thuis

Er waren tevens een 4-tal workshops waarbij er voor alle beroepsgroepen zeer relevante info en casuïstieken besproken werden rondom het thema neurotrauma.

Neurotrauma en intubatie: “Stay and play or Scoop and run?”

Vanuit prehospital setting: welke vitale parameters van belang om te bepalen of je kiest voor stay or scoop? (Bloeddruk, Hypotensie behandelen? Stop bloeding, crista-bolus
Voorkeurshouding vervoer; heads-up 30 graden, Pupilbewegingen?

Neurotrauma en revalidatie

Casuïstiekbespreking, Wat leeft zal adapteren, levende zenuwcellen kunnen nieuwe verbindingen maken. Herstel=leren, aanleg en motivatie bepalen het revalidatieproces Prognose, mortaliteit en gevolgen op lange termijn : hoe bepaal je dit nu?

Behandeling en prognose van neurotrauma: rol van kliniek en radiologie

Rol van beeldvorming in het behandelbeleid van patiënten met een neurotrauma. Soms moeilijke afwegingen, ook doordat CT beelden soms verontrustend zijn in vergelijking met klinische beeld (goede EMV score). Natuurlijk beloop wordt soms afgewacht, continue monitoring ook door drukmeting in de hersenen.

Dwarslaesie vs Neurotrauma

85% van de dwarslaesie patiënten die de eerste dag overleven, leven 10 jaar later nog steeds. Protocollen beschikbaar van acute opvang en ziekenhuisprotocol. Bij acute behandeling:

- Herkennen belangrijk
- Bij verdenking wervelletsel presentatie level 1 centrum
- Laagdrempelige inzet MMT
- Immobilisatie
- Stabilisatie
- Decompressie

Ziekenhuisprotocol dwarslaesie, recent aangepast: belangrijk is de multidisciplinaire samenwerking rondom de dwarslaesie patiënt (revalidatie arts, fysiotherapeut, intensivist, etc) zo snel mogelijk opgestart wordt. En zo spoedig mogelijk revalidatie opstarten!



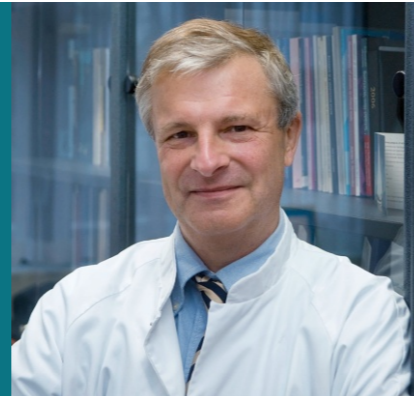
Presentaties

Klik op onderstaande vlakken om de presentaties van de desbetreffende persoon te bekijken.

Andrew Maas

Emeritus hoogleraar neurochirurgie
Universitair Ziekenhuis Antwerpen

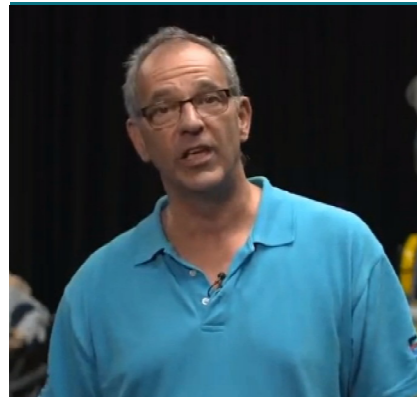
"Je ziet het pas, als je het door hebt"



Peer Schetters

Verpleegkundig specialist Acute Zorg

"Prognose neurotrauma, nieuwe behandelstrategie"



Wip Bakx

Revalidatiearts
Adelante Zorggroep

"Lange termijn gevolgen; inzicht in niet zichtbare gevolgen."



Joukje van der Naalt

Hoogleraar Neurologie
UMC Groningen

"Licht schedelhersenletsel; wolf in schaapskleren;"



Birgit Levelink

Kinderarts sociale pediatrie
Maastricht UMC+

"Neurotrauma zonder verklaring: Eerste hulp bij het gebruik van de meldcode kindermishandeling"



Workshops

Klik op onderstaande vlakken om de presentaties van de desbetreffende persoon te bekijken.

Roel Haeren



Neurochirurg
Maastricht UMC+

"Behandeling en prognose van neurotrauma, rol van kliniek en neurotrauma"

Wouter Henneman



Radioloog
Maastricht UMC+

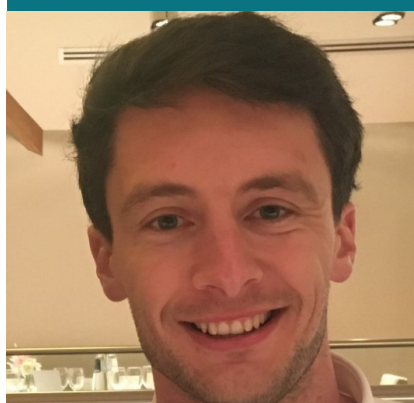
Wip Bakx

Revalidatiearts
Adelante Zorggroep

"Neurochirurgie en revalidatie"



Willem Declercq



Urgentie arts
Maastricht UMC+

*Neurotrauma en intubatie
"Stay and play or scoop and run"*

Bart Jeurissen



Ambulance vpk
GGD Zuid Limburg

Nathalie Peters



SEH-arts
VieCuri Medisch Centrum

"Dwarslaesie vs neurotrauma"

Charlotte van Laake



Revalidatiearts
Maastricht UMC+