

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/51919>

Please be advised that this information was generated on 2019-09-18 and may be subject to change.

Diepe veneuze trombose en longembolie

Nog altijd zijn diepe veneuze trombose (DVT) en longembolie belangrijke oorzaken van morbiditeit en mortaliteit in Nederland. Zowel ogenschijnlijk gezonde individuen als patiënten met chronische aandoeningen kunnen slachtoffer worden van een veneus trombo-embolisch proces. De diagnostiek van deze aandoening is voor de medicus practicus niet altijd eenvoudig. Anamnese, risicoprofiel en lichamelijk onderzoek vormen de hoeksteen van de diagnose, maar belangrijke hulpmiddelen, zoals laboratoriumbepalingen en beeldvormende technieken, kunnen behulpzaam zijn bij het diagnosticeren dan wel uitsluiten van deze aandoening. Daarnaast zijn de behandelingsvormen sterk vereenvoudigd en zijn er ook nieuwe inzichten ontstaan in de langetermijnbescherming van patiënten die een DVT of longembolie hebben doorgemaakt. In dit nummer van *Hart Bulletin* komen twee belangrijke bijdragen op dit terrein aan bod.^{1,2} Beide artikelen vormen een weerslag van onderdelen van de binnenkort te verschijnen CBO-consensus veneuze en arteriële trombo-embolie.³ Dankzij belangrijke onderzoeken wereldwijd, waaronder de bekende Nederlandse CHRISTOPHER-studie, zijn de algoritmen voor het bevestigen dan wel uitsluiten van een longembolie sterk vereenvoudigd en kan bij ongeveer 30% van de patiënten zonder belastende beeldvorming de diagnose longembolie worden verworpen.⁴ Hiermee kan de stralingsbelasting van het computertomografisch onderzoek worden vermeden, evenals het gebruik van contrastmiddelen. Duidelijk is geworden dat de huidige algoritmen, die gebaseerd zijn op Amerikaanse gegevens bij een ziekenhuispopulatie voor verdenking op DVT en longembolie, niet zo goed de aan- of afwezigheid van DVT of longembolie voorspellen bij patiënten die hiervoor in de huisartsenpraktijk in Nederland verdacht worden.⁵ Hieruit blijkt dat 'regels', geformuleerd met behulp van patiënten uit de tweede lijn, niet zonder meer toepasbaar zijn in de eerste lijn. Recent onderzoek in Nederland bij patiënten verdacht voor DVT in de eerste lijn liet zien dat uitsluiten van DVT goed mogelijk is met behulp van een D-dimeertest.⁶ Momenteel wordt deze eerstelijnsregel van Oudega gevalideerd. Daarnaast is ook onderzoek gaande naar de optimale diagnostiek naar longembolie bij patiënten in de huisartsenpraktijk. Omdat een huisarts per jaar maar weinig (4-6) patiënten met verdenking op veneuze trombo-embolie ziet, is het van het grootste belang dat huisarts en specialist op dit gebied samenwerken.

Ook in de therapie zijn belangrijke sprongen voorwaarts gemaakt.¹ Vroeger was bij DVT ziekenhuisopname nodig voor behandeling met intraveneuze heparine gedurende enige dagen totdat orale antistollingstherapie therapeutisch was. Tegenwoordig is laagmoleculairgewichtheparine de standaard geworden voor de behandeling van DVT, al of niet gecompliceerd met

longembolie. Voor DVT is ziekenhuisopname meestal niet meer aangewezen en kan de behandeling thuis worden gestart. Helaas is hier voor longembolie onvoldoende grond voor, omdat goed onderzoek op dit gebied vooralsnog ontbreekt. Ten slotte is de intensiteit en duur van de nabehandeling met orale antistollings-therapie steeds duidelijker geworden. Dit geldt voor patiënten met een eerste diepe veneuze trombose of longembolie, maar ook voor patiënten die een recidief veneuze trombo-embolie hebben gehad.¹ Dat neemt niet weg dat de behandeling met orale antistollingsmiddelen met controle door de trombosediensten nog altijd een belastende en weinig patiëntvriendelijke behandeling is. Daarom is het van het grootste belang dat zo snel mogelijk alternatieven voor coumarinederivaten worden ontwikkeld en uitgetest, zodat ook de langetermijnbehandeling van patiënten die diepe veneuze trombose of longembolie hebben doorgemaakt, sterk vereenvoudigd kan worden. Momenteel zijn vergelijkende onderzoeken gaande met zogenoemde selectieve remmers van bloedstollingseiwitten. Deze nieuwe antitrombotica, die in tegenstelling tot coumarinederivaten geen laboratoriumcontrole behoeven, worden op effectiviteit en veiligheid vergeleken met coumarinen. Het zal echter nog zeker enkele jaren duren voordat deze nieuwe middelen voor behandeling beschikbaar zijn in Nederland. ■

*Prof. dr. F.W.A. Verheugt, cardioloog,
Universitair Medisch Centrum St Radboud, Nijmegen
Dr. M.V. Huisman, internist,
Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden*

Literatuur

- 1 Leebeek FWG, Huisman MV; namens de Werkgroep Behandeling Veneuze Trombo-embolie. Behandeling van diepe veneuze trombose en longembolie: een samenvatting van de nieuwe CBO-consensus. *Hart Bull.* 2007;38:119-25.
- 2 Kamphuisen PW, Oudkerk M. Diagnostiek van diepe veneuze trombose en longembolie. *Hart Bull.* 2007;38:126-31.
- 3 Diagnostiek, preventie en behandeling van veneuze trombo-embolie en secundaire preventie van arteriële trombose. www.cbo.nl.
- 4 Belle A van, Büller HR, Huisman MV, et al. Clinical validity of ruling out pulmonary embolism by a diagnostic algorithm, combining clinical probability, D-dimer testing and computed tomography in patients with clinically suspected pulmonary embolism. *JAMA.* 2006;295:172-9.
- 5 Oudega R, Hoes AW, Moons KG. Wells rule does not adequately rule out deep vein thrombosis in primary care. *Ann Intern Med.* 2005;143:100-7.
- 6 Toll DB, Oudega R, Bulten RJ, et al. Excluding deep vein thrombosis safely in primary care. *J Fam Pract.* 2006;55:613-8.