

Diagnostiek en behandeling van een subarachnoïdale bloeding ten gevolge van een gebarsten cerebraal aneurysma

Richtlijn Subarachnoïdale Bloeding (SAB)

J.M.A. Visser-Meily, G.J.E. Rinkel, M.A. Pols

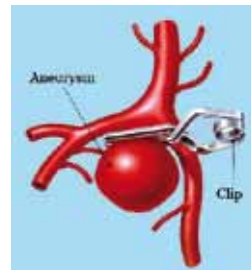
De Nederlandse Vereniging voor Neurologie, de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie en de Nederlandse Vereniging voor Radiologie hebben het initiatief genomen om in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie en de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen een richtlijn te schrijven over de diagnostiek en behandeling van een subarachnoïdale bloeding (SAB) ten gevolge van een gebarsten cerebraal aneurysma. De richtlijnontwikkeling werd gefinancierd uit de Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). De richtlijn is door alle verenigingen geautoriseerd en in november 2013 gepubliceerd.

In dit artikel een korte uiteenzetting over wat specifiek interessant is voor de revalidatiegeneeskunde.

WAT IS EEN SAB

Een subarachnoïdale bloeding (SAB) uit een geruptureerd aneurysma is een ernstige vorm van beroerte, die bij circa 9 per 100.000 patiënten per jaar voorkomt. Voor Nederland betekent dit dat ongeveer 1.500 patiënten per jaar een dergelijke bloeding krijgen. De SAB treedt op relatief jonge leeftijd op (gemiddeld 55 jaar).

Patiënten presenteren zich met een acute, ongekend hevige hoofdpijn en worden tegenwoordig meestal snel in een ziekenhuis opgenomen met mogelijkheden voor vasculaire interventies, waardoor een onderliggend aneurysma tegenwoordig sneller gediagnosticeerd kan worden dan vroeger. Vroeg afsluiten van een aneurysma middels coilen of operatief clippen (figuur 1 en 2) is wenselijk vanwege het risico op een nieuwe bloeding. Indien beide behandelingen mogelijk zijn met niet verhoogd behandelrisico heeft coilen de voorkeur. Na een SAB hebben patiënten intensieve



Figuur 1. Clipping. Het aneurysma wordt operatief behandeld en er wordt een klemmetje op de hals van het aneurysma aangebracht, zodat de bloedaanvoer naar de uitstulping is afgesloten.

zorg en continu toezicht nodig vanwege de grote kans op complicaties (recidiefbloeding, cerebrale ischemie, hydrocephalus, cardiale disfunctie en neurogeen longoedeem).

Een SAB heeft een slechte prognose. Vijfendertig procent van de patiënten overlijdt in de eerste uren tot weken na de bloeding, en van de overlevende patiënten blijft ongeveer een derde afhankelijk van hulp voor basale activiteiten in het dagelijkse leven, zoals wassen en aankleden.

Na coiling van een geruptureerd aneurysma is minimaal één follow-uponderzoek nodig (MRA is het onderzoek van keuze), bij voorkeur na 6 maanden. De kans op een ontwikkeling van nieuwe aneurysma's na doorgemaakte aneurysmatische SAB is klein en rechtvaardigt geen herhaald follow-uponderzoek. Wel is het zinvol om met intervallen van 3-5 jaar, screenend onderzoek te verrichten bij patiënten met familiale belasting of bij mensen die op heel jonge leeftijd een SAB hebben gehad.

COGNITIEVE KLACHTEN EN STOORNISSEN

Ook bij een goed lichamenlijk herstel hebben de patiënten vaak cognitieve klachten (traagheid in denken, geheugen- en aandachtsproblemen en moeite met dubbeltaken) en cognitieve stoornissen

Prof. dr. Anne Visser-Meily, revalidatiearts, Hersencentrum, UMC Utrecht

Prof. dr. Gabriel Rinkel, neuroloog, Hersencentrum, UMC Utrecht

Dr. Margreet Pols, senior adviseur, Kennisinstituut van Medisch Specialisten, Utrecht

(geobjectiveerd met neuropsychologisch onderzoek) in verschillende domeinen (geheugen, executief functioneren en taal).

EMOTIONELE KLACHTEN (SOMBERHEID, ANGST, POSTTRAUMATISCHE STRESSSTOORNIS (PTSS))

Somberheid komt veel voor na SAB (tot 50%) en het percentage lijkt niet af te nemen op langere termijn. Samenhang met de ernst van de SAB en met de cognitieve stoornissen wordt niet in alle studies gevonden. Angst is een andere veelvoorkomende emotionele stoornis na SAB met frequenties tussen 27 en 54%. Ook de prevalentie van angst lijkt niet af te nemen in de tijd. Ook hier lijken vooral persoonlijkheidsfactoren een rol te spelen in het onderhouden van de klachten. De angstklachten voldoen in een aantal gevallen aan de criteria voor Post Traumatisch Stress Syndroom (PTSS).

VERMOEIDHEID/SLAAPPROBLEMEN

Vermoeidheid wordt zeer vaak gerapporteerd, 3 van de 4 patiënten melden deze klacht. Vermoeidheid heeft invloed op alle dagelijkse bezigheden en beïnvloedt de kwaliteit van leven negatief. Veel patiënten noemen ook slaapproblemen. Zowel de slaapproblemen als de vermoeidheid verbeteren maar beperkt in de tijd. Waarom zoveel patiënten vermoeid zijn na een SAB is nog onderwerp van studie; diffuse neuronale schade, neuro-endocriene disfunctie, PTSS, geheugenproblemen en veranderingen in de persoonlijkheid zouden een rol spelen

KWALITEIT VAN LEVEN EN ONVOLLEDIGE TERUGKEER NAAR WERK

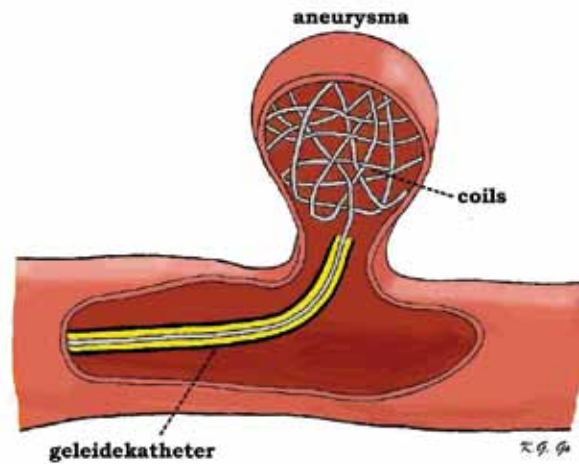
Kwaliteit van leven bevat verschillende domeinen en vooral het psychosociaal functioneren wordt negatief beïnvloed door de SAB. Van de patiënten met een betaalde baan voor de SAB stopt 1 op de 3 à 4 patiënten met werken en 1 op de 4 gaat korter werken of krijgt een ander takenpakket, met minder verantwoordelijkheden.

PARTNERS/SEKSUALITEIT

Ook partners ervaren een verminderde kwaliteit van leven na de SAB. Ook heeft een SAB consequenties voor seksueel functioneren. Coïtus is de 'oorzaak' in 4-15% van de bloedingen. Angst voor een nieuwe bloeding bij seksuele activiteit wordt frequent genoemd als reden voor verminderd seksueel functioneren ondanks dat bij een behandeld aneurysma deze angst ongegrond is.

SCREENEN VAN GEZIN OP ANEURYSMA'S

Screenen van kinderen, broers en zussen kan geruststelling geven, echter een positieve bevinding (aangetoond aneurysma) heeft ook nadelen. Een



Figuur 2. Coiling. Hierbij wordt een vaatkatheter in de liesslagader ingebracht en naar de monding van het aneurysma gedirigeerd. Via deze geleidekatheter worden dan spiraaltjes van platina in het aneurysma gebracht, die daarin oprullen en de holte van het aneurysma geheel opvullen waardoor deze afgesloten is van de bloedaanvoer en niet meer opnieuw kan gaan bloeden.

positieve bevinding kan leiden tot het verminderen van het aantal arbeidsuren en kan negatieve veranderingen geven in het emotioneel en sociaal functioneren. Uit modelmatige studies is gebleken dat screenen bij slechts één aangedaan familielid geen gezondheidswinst oplevert en niet efficiënt is. Als er twee of meer aangedane eerstegraads familieleden zijn levert screenen wél gezondheidswinst, en is ook kosteneffectief.

CONTROLE AFSpraak/NAZORGPOLI

Omdat in de eerste weken na een SAB het fysieke herstel op de voorgrond staat, is het van belang dat na ontslag van een patiënt met een SAB naar huis aandacht wordt besteed aan de veel voorkomende neuropsychologische problemen. Er dient altijd een controleafspraak te worden aangeboden voor zowel de patiënt als de partner. Hierbij dienen standaard cognitieve klachten en stoornissen en emotionele problemen (sombere stemming, angst en PTSS) systematisch onderzocht te worden. Indien er bij screening aanwijzingen zijn voor problemen is het aan te bevelen om een neuropsychologisch onderzoek te laten plaatsvinden en een (revalidatie) behandeling aan te bieden.

Het verdient aanbeveling om hiervoor een multidisciplinaire nazorgpoli te organiseren in een samenwerkingsverband tussen neurologie, neurochirurgie en revalidatiegeneeskunde. Ook op langere termijn zullen er vragen zijn over terugkeer naar arbeid en kans op recidief. Omdat er niet alleen een kleine kans is op een nieuwe SAB, maar ook een duidelijk verhoogde kans op andere cardiovasculaire aandoeningen in

het leven na een SAB is begeleiding bij stoppen met roken en bloeddrukverlaging van wezenlijk belang. Er dient een centraal aanspreekpunt te zijn voor de SAB-patiënten en hun naasten in de thuissituatie. Per behandelsetting wordt afgesproken wie dit centrale aanspreekpunt is. In het eerste jaar na ontslag naar huis zou deze functie vervuld kunnen worden door een verpleegkundige vanuit het ziekenhuis.

NEUROPSYCHOLOGISCHE REVALIDATIE

Er zijn geen aanwijzingen dat cognitieve en emotionele problemen na een SAB zich onderscheiden van cognitieve en emotionele problemen na ander niet-aangeboren hersenletsel.

Voor de behandeling van neuropsychologische gevolgen en participatieproblemen na een SAB wordt daarom verwezen naar relevante richtlijnen over patiënten met NAH.* In 2009 verscheen er een update van de richtlijn angststoornissen, met daarbij een hoofdstuk over PTSS. PTSS verdient extra aandacht om dat het meer op de voorgrond staat dan na een beroerte. Het is niet aannemelijk dat PTSS na een SAB een andere behandeling behoeft dan PTSS-klachten na ander ingrijpend letsel of trauma.

Tot slot: de revalidatie van patiënten met een SAB 'lijkt' op de revalidatie van patiënten met een CVA. Er zijn echter verschillen die aandacht behoeven.

- Patiënten met een SAB zijn over het algemeen jonger waardoor terugkeer naar werk een belangrijk doel is in de revalidatie.
- Patiënten met een SAB hebben vaak nog langere tijd hoofdpijn en zijn angstig om te bewegen. Goede medische uitleg over de hoofdpijn en gedoseerd oppakken van activiteiten helpt patiënten om te herstellen.

- Bijkomende complicaties zoals ischemie, intracerebrale bloeding en hydrocephalus kunnen leiden tot bijkomende hersenschade, waardoor er bijvoorbeeld sprake is van een SAB én herseninfarct. Goede uitleg over de diagnose en het te verwachten herstel is stap 1 in het revalidatieproces.
- Het moment van de bloeding zelf maar veelal de hele periode in het ziekenhuis wordt als zeer traumatisch ervaren door patiënt en naasten. Uitleg, lotgenotencontact en ervaringsverhalen helpen bij de verwerking.
- Patiënten hebben veel cognitieve klachten passend bij diffuse breinschade. Het neuropsychologisch onderzoek moet zich dan ook *niet* richten op focale schade.
- Een hoog percentage van de patiënten heeft angstklachten. Gerichtte screening is dan ook nodig en vaak is psychologische begeleiding nodig.
- Het is van belang patiënten te begeleiden bij stoppen met roken en hypertensie op te sporen en te behandelen.

* *Diagnostiek, behandeling en zorg voor patiënten met een beroerte (CBO 2008), Neuropsychiatrische gevolgen van niet-aangeboren hersenletsel (CBO 2007), Cognitieve revalidatie na niet-aangeboren hersenletsel (Consortium Cognitieve Revalidatie 2007) en Angststoornissen (CBO, eerste revisie, 2009).*

De richtlijn is te downloaden via www.kwaliteitskoepel.nl.

Correspondentie

J.M.A.Visser-Meily@umcutrecht.nl