

Ketenkans

Onderzoek naar sneller herkennen van de (mogelijke) symptomatologie van het instabiele aneurysma in de keten.

(A)AAA behoort tot een van de zes diagnoses die het meest gemist wordt. De diagnose is moeilijk en de symptomatologie kan atypisch zijn. Het totale sterftepercentage onder patiënten met een rAAA bedraagt ongeveer 80 – 90 %. Als de patiënt het vaatcentrum op tijd bereikt is de mortaliteit ongeveer 25%. Om de overlevingskansen te vergroten is het van belang dat de voortekenen van een dreigende vaatruptuur, als de vaatwand instabiel is maar nog niet is geruptureerd, tijdig herkend worden in de keten. Deze voortekenen zijn nu op basis van de resultaten uit calamiteitenonderzoek beschreven in een **transmurale werkafspraken** door de regio Nijmegen (z.o.z.).

In het actieonderzoek '**Ketenkans**' worden met steun van ZonMw in 3 regio's (Nijmegen, Groningen en Rotterdam) met alle zorgverleners in de keten interventies bedacht en getoetst om kennis over het dreigend AAA te delen. Deze worden, aangevuld met bevindingen uit de literatuur en het bestuderen van casussen. De huisartsen, ambulanceverpleegkundigen, triagisten, SEH-artsen, vaatchirurgen en de patiënt zelf stellen met elkaar **verbetermaatregelen** op. Voorbeelden zijn: onderwijs in de vorm van podcasts en het uitvoeren van een echo op de SEH. Hieruit kunnen nieuwe verbetermaatregelen volgen, maar ook aanpassingen aan de al ontwikkelde verbetermaatregel of implementatiemethode.

Eind 2023 zal vanuit het onderzoek een advies voor landelijke implementatie worden gegeven met een **toolbox** met de werkafspraken en praktische hulpmiddelen om de herkenning van de voortekenen van een rAAA ook daadwerkelijk te kunnen verbeteren en daarmee patiënten tijdig te kunnen opereren.

Voor vragen of meer informatie (sonjaoomkens@veiligerzorg.nl) of a.visser@amsterdamumc.nl)



Transmurale Werkafpraak verdenking (A)AAA

Coöperatie Integrale Huisartsenzorg Nijmegen

Symptomen

De klassieke symptomen van een AAA zijn acuut hevige scheurende buik- of rugpijn met vegetatieve verschijnselen, ABCDE-instabiliteit waarbij er bij palpatie een pulserende massa palpabel is. In deze situatie is het aneurysma geruptureerd en is er sprake van een zeer acute situatie met hoge mortaliteit.

Vóór deze fase kan het aneurysma symptomen geven die heel specifiek kunnen zijn en die intermitterend kunnen optreden. De vaatwand is instabiel maar (nog) niet geruptureerd. Dit kan klachten geven die kunnen worden getriggerd door bijvoorbeeld fysieke inspanning. De volgende symptomen en kenmerken kunnen wijzen op een instabiel aneurysma:

- Acuut ontstane buik- en/of rugpijn al dan niet uitstralend naar een of beide benen, die continue zeurend aanwezig is
- Niet logischerwijs te verklaren door een andere oorzaak zoals uitvoerige voorgeschiedenis rugklachten, bekende buikproblematiek etc.
- Ouder dan 65 jaar
- Vegetatieve verschijnselen
- Golvend beloop
- Bij palpatie van de buik: buikpijn of naar de rug uitstralende pijn die opwekbaar is bij druk ter plaatse van het aneurysma al dan niet met palpabele (pulserende) massa. Overigens sluiten normale ABCDE-waarden en een niet afwijkend buikonderzoek een instabiel AAA niet uit.

Risicofactoren

- Mannen. Overigens kunnen vrouwen natuurlijk ook een (A)AAA krijgen maar hebben minder vaak een symptomatische instabiele voorfase
- Leeftijd: vrijwel alle patiënten met een (A)AAA zijn 65 jaar of ouder
- Eerdere cardiovasculaire events, m.n. eerdere hartinfarcten of uitingen van perifeer vaatlijden
- Cardiovasculaire risicofactoren: m.n. roken en hypertensie
- Belaste familieanamnese
- Reeds bekend met aneurysma: het optreden van een collaps bij een bekend aneurysma wijst op een instabiel AAA tot het tegendeel bewezen is

Beleid

De combinatie acute buik- en/of rugpijn en vegetatieve verschijnselen geeft als triage uitkomst U1-ambu. Zeker bij een klassiek AAA is dit het enige juiste beleid.

Indien de ambulanceverpleegkundige een patiënt treft met een van de hierboven genoemde risicofactoren dan dient deze patiënt beoordeeld te worden door een arts. Tenzij er een duidelijke andere verklaring voor de klachten bestaat.

De ambulanceverpleegkundige maakt zelf de inschatting of deze patiënt beoordeeld moet worden door een huisarts of gepresenteerd wordt op de SEH.

NB: er kan overleg plaatsvinden met een huisarts/HAP en verwezen worden naar deze werkafpraak. Indien de huisarts na overleg met de ambulanceverpleegkundige inschat dat de patiënt naar de SEH vervoerd moet worden, dan is dat de route.