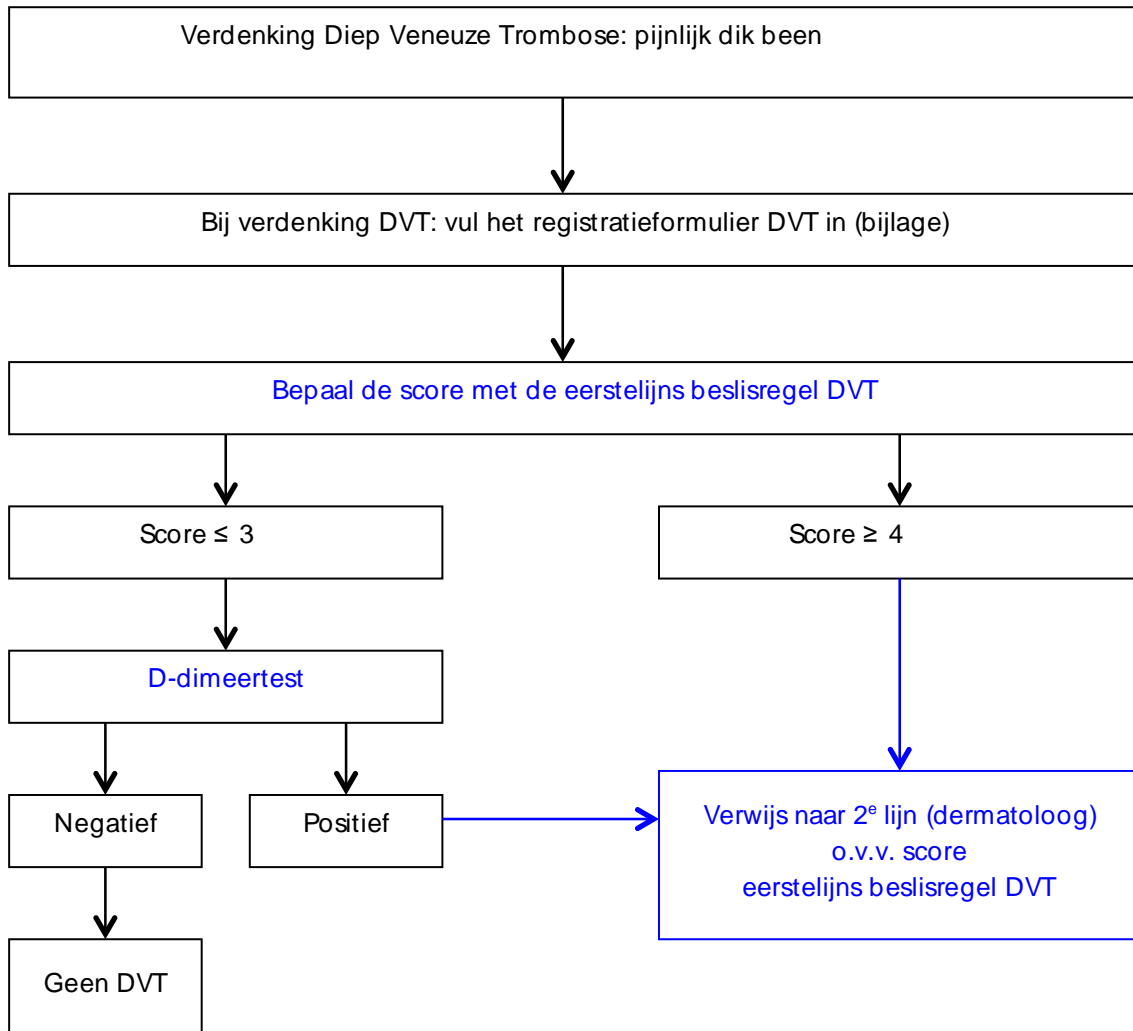


DIAGNOSTIEK BIJ LONGEMBOLIE EN DIEP VENEUZE TROMBOSE IN 1^E LIJN

Deelprotocol: Uitsluiten diep veneuze trombose m.b.v. eerstelijns beslisregel en D-dimeertest

Versie 05-03-2015



Wells score voor diep veneuze trombose		score
1	Mannelijk geslacht	1
2	Gebruik systemische oestrogenen (bv. anticonceptiepil, hormoonring/pleister) of prikpil	1
3	Aanwezigheid maligniteit	1
4	Operatie ondergaan in de laatste maand	1
5	Afwezigheid van trauma dat zwelling in kuit verklaard	1
6	Uitgezette venen van het been	1
7	Verschil maximale kuitomvang ≥ 3 cm	2

Doel

Bij 50% van de verdenkingen van een diep veneuze trombose (DVT) kan de huisarts in het diagnostisch proces, met ondersteuning van de eerstelijns beslisregel in combinatie met de D-dimeertest, een DVT uitsluiten. Hiermee wordt een verwijzing naar de tweede lijn voorkomen.

Nulmeting

Als de huisarts DVT uitsluit bij verdenking, zal het aantal Point of care testen (POCT) en lab D-dimeer testen toenemen en zal waarschijnlijk het aantal verwijzingen naar de dermatoloog afnemen.

Met de vakgroep dermatologie wordt afgesproken dat zij het aantal verwijzingen met de verdenking DVT zullen registreren. Deze gegevens zullen worden vergeleken met de landelijke data van de ADVICE studie.

Aantal verdenkingen diep veneuze trombose in Friesland
Declaratiecode	
DBC zorgproductcode	

Achtergrondinformatie

De incidentie van DVT in de huisartsenpraktijk is 0,5 tot 1,5 per 1.000 patiënten en is bij vrouwen hoger dan bij mannen. De kans om de diagnose DVT (en ook longembolie) te missen is reëel voor de huisarts vanwege de vaak geringe en aspecifieke klachten (pijnlijk dik been voor DVT en onverklaarde kortademigheid met pijnlijke ademhaling voor longembolie). Het dilemma voor de huisarts is om alle patiënten te verwijzen met bovengenoemde klachten. Dat is een voor de patiënt, het ziekenhuis en het gezondheidszorgbudget belastende werkwijze. Slechts 10-15% van de verwezen patiënten blijkt bij echografie de aandoening te hebben [1].

De NHG Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie (M86, 2015) is ontwikkeld om de onzekerheid voor huisartsen te beperken door richtlijnen te geven voor diagnostiek DVT en in de herziene versie, ook voor Longembolie.

Onderzoek in de huisartsenpraktijk heeft laten zien dat de huisarts door gebruik van een beslisregel en een (Point-of-Care) D-dimeer test de helft van de patiënten met verdenking DVT of Longembolie, niet hoeft te verwijzen [2,3].

Nieuwe inzichten, zelfs als deze opgenomen zijn in richtlijnen, resulteren niet vanzelfsprekend in nieuwe gezondheidszorg [4,5]. Uit gegevens van een door het Julius Centrum van het UMC Utrecht gehouden enquête bleek dat 40% van de huisartsen bekend is met richtlijn voor verdenking DVT en 2% voor verdenking Longembolie.

Bij algemeen gebruik van de beslisregels (bij meer dan 80% van de daarvoor in aanmerking komende patiënten) is een substantiële kostenreductie voor de gezondheidszorg mogelijk [6]. Toepassing van de POC D-dimeertest en beslisregels kan € 150,00 besparen bij verdenking DVT en € 1.200,00 besparen bij verdenking longembolie (prijspeil 2010).

Vanaf 2014 passen een aantal huisartsen uit het adherentiegebied van de ziekenhuizen in Leeuwarden, Sneek en Drachten op gestructureerde wijze beslisregels en D-dimeer testen toe in het kader van een onderzoek naar de implementatie van de NHG Richtlijn DVT (Advice). Dit onderzoek wordt begeleid/uitgevoerd door het Julius Centrum, en kan heel effectief voortgezet worden binnen het project Substitutie. Door deze voortzetting kunnen alle huisartsen in Friesland de werkwijze overnemen en kan er een substantiële kostenreductie op dit gebied gerealiseerd worden. Door data aan te leveren voor de ADVICE studie kunnen kennislacunes onderzocht worden en kan de werkwijze eventueel bijgesteld worden.

Indicaties

Verdenking diep veneus trombose been, dat wil zeggen patiënten met een plotseling ontstaan pijnlijk, gezwollen been waarvoor geen andere verklaring aannemelijk is.

Contra-indicaties

Contra-indicaties voor het gebruik van de beslisregels zijn: zwangerschap, puerperium, klachten > 30 dagen, gelijktijdig anticoagulantia gebruik of bij spoedeisende bevindingen.

Richtlijnen diagnostiek en beleid

Inspecteer beide benen en let op links-rechts verschillen: kleurverschil van huid en oedeem, uitgezette niet variceuze venen bij liggende patient. Paperpeer het aangedane been, meet temperatuur en beiderzijds de maximale kuitomvang in centimeters.

Bepaal de risicoscore met de eerstelijns beslisregel en doe een D-dimeertest bij een score ≤ 3 . Bij een lage score en een negatieve D-dimeer test is een DVT onwaarschijnlijk. Verwijs bij een score ≥ 4 of bij een positieve D-dimeer.

Zie ook NHG standaard Diepe veneuze trombose en longembolie (M86, 2015), inclusief beslisregel.

Voorwaarden voor implementatie

- De praktijk heeft de beschikking over een D-dimeersneltest¹ of kan binnen een dagdeel beschikken over de uitslag van een D-dimeer bepaling in een eerstelijns laboratorium².
- De huisarts is bekend met de richtlijnen betreffende DVT (NHG standaard Diepe veneuze trombose en longembolie, M86, 2015), inclusief de beslisregels;
- De huisarts is bereid om de gegevens te delen met de ADVICE-studie;
- De huisartsenpraktijk is geschoold (huisarts en assistentes);
- Duidelijke verwijsafspraken in Zorgdomein;
- Er zijn samenwerkingsafspraken tussen de eerste en tweede lijn:
 - De tweede lijn is op de hoogte van de expertise in de eerste lijn
 - De tweede lijn is op de hoogte van de onderlinge verwijsafspraken
 - Evaluatie door een vertegenwoordiger van de huisartsen en één van de dermatologen over de werkafpraak, de deskundigheid en het verwijs- en terugverwijsbeleid
 - Er is patiënteninformatie (via Zorgdomein) waardoor de patiënt op de hoogte is van de samenwerkingsafspraken.

Verwijzing/terugverwijzing

- Verwijzing naar specialist
Bij een patiënt met verdenking DVT hanteert de huisarts de eerstelijns beslisregel en bepaalt bij een score ≤ 3 de D-dimeer waarde. Bij een score ≥ 4 of bij een positieve D-dimeer wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijn (dermatoloog).
- Terugverwijzing:
De dermatoloog geeft initiële behandeling met LMWH en meldt de patient aan bij de Trombosedienst, waarna de patient weer terugverwezen wordt naar de eerste lijn.

¹ D-dimeer test

Validatie van de D-dimeer sneltest in de 1^e lijn is onderwerp geweest van (het AMUSE-1) onderzoek. In de huisartsenpraktijk kan (kwalitatieve) D-dimeer bepaling geschieden met behulp van de Clearview Simplify D-dimeer strip-test.

² Hiervoor wordt op het aanvraagformulier onder het kopje trombose (VTE) een D-dimeer aangekruist. Gebruikt wordt dan de Tinaquant test (kwantitatieve bepaling). Als grenswaarde wordt 0,5 mg/L gehanteerd. Alléén afwijkende waarden worden doorgebeld conform "Berichtgeving afwijkende labwaarden".

Evaluatiecriteria

- Aantal verdenkingen DVT (registratieformulier ADVICE),
- Aantal geregistreerde POC D-dimeertesten en lab D-dimeer testen door de huisarts (DVT en LE);
- Zorgdomein:
 - Verwijzing naar de dermatoloog voor diagnostiek bij een score ≥ 4 of bij een lage score plus een positieve D-dimeertest;
- Meting patiëntveiligheid/patiënttevredenheid.

Richtlijnen en bronnen

1. Baaten GGG, Van Bakel HHC, Geersing GJ, De Jong J, Lucassen WAM, Van Noortwijk HGC, Sival PPE, Wiersma Tj. NHG werkgroep Diepe veneuze trombose en longembolie. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie (eerste herziening). Huisarts Wet 2015;5(1):26-35.
2. Buller HR, Ten Cate-Hoek AJ, Hoes AW, Joore MA, Moons KG, Oudega R, et al. Safely ruling out deep venous thrombosis in primary care. Ann Intern Med. 2009;150(4):229-35.
3. Geersing GJ, Erkens PM, Lucassen WA, Büller HR, Cate HT, Hoes AW, Moons KG, Prins MH, Oudega R, van Weert HC, Stoffers HE. Safe exclusion of pulmonary embolism using the Wells rule and qualitative D-dimer testing in primary care: prospective cohort study. BMJ. 2012 Oct 4;345:e6564. doi: 10.1136/bmj.e6564.
4. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. Med Care. 2001;39(8 Suppl 2):112-45.
5. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. Lancet. 2003;362(9391):1225-30.
6. Hendriksen JM, Geersing GJ, van Voorthuizen SC, Oudega R, Ten Cate-Hoek AJ, Joore MA, Moons KG, Koffijberg H. The cost-effectiveness of point-of-care D-dimer tests compared with a laboratory test to rule out deep venous thrombosis in primary care. Expert Rev Mol Diagn. 2015 Jan;15(1):125-36.

Samenstelling werkgroep

- *Marieke de Boer, huisarts*
- *Dré Bartels, huisarts*
- *Romke Hoekstra, longarts*
- *Willeke Ferket-Franken, klinisch chemicus*
- *Marian de Groot, dermatoloog*
- *Theo Bakker, huisarts/transmuraal coördinator*
- *Catrien Schuurmans, projectbureau substitutie*

Met ondersteuning van:

- *Ruud Oudega, huisarts-onderzoeker bij het Julius Centrum*
- *Eveline Nieuwland, projectleider substitutie*

