

# Volledige herziening NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie

Judith Poldervaart, Iris Wichers, namens de werkgroep

De belangrijkste wijziging in de NHG-Standaard betreft de aanbeveling om bij een vermoeden van longembolie de YEARS-criteria en D-dimeerbepaling te gebruiken in plaats van de Wells-regel. Deze aanbeveling sluit aan bij de tweede lijn, waar het YEARS-algoritme al langer wordt gebruikt. Dit algoritme blijkt ook veilig en efficiënt in de eerste lijn. Een andere wijziging is de voorkeur voor een DOAC bij de behandeling van een DVT. Verder luidt het advies om steunkousen voor te schrijven bij veel zwelling, maar niet om het posttrombotisch syndroom te voorkomen.

In de vorige versie van de standaard werd de Wells-beslisregel geadviseerd bij het vermoeden van een longembolie. De risico-inschatting met deze beslisregel was echter niet optimaal: er werden scoringsfouten gemaakt tot wel 28% van de gevallen.<sup>1</sup> Zo werd de verkeerde score gebruikt, werd er onjuist gehandeld op basis van de score of op de daaropvolgende D-dimeeruitslag.

## NIEUWE BESLISREGEL LONGEMBOLIE

Bij het YEARS-algoritme wordt met 3 items de afkapwaarde van de D-dimeer (500 of 1000 ng/ml) bepaald. Nieuw onderzoek laat zien dat het gebruik van het YEARS-algoritme in de eerste lijn voldoende veilig is. Ook is het YEARS-algoritme erg efficiënt: ruim de helft van de patiënten bij wie men een longembolie vermoedt, hoeft niet voor nadere diagnostiek te worden verwezen. Het feit dat steeds meer ziekenhuizen gebruikmaken van het YEARS-algoritme speelde mee in de overwegingen om de aanbeveling aan te passen. Een ander voordeel is dat het YEARS-algoritme bestaat uit slechts 3 criteria, waardoor de werkgroep verwacht dat het toepassen van de regel gemakkelijker is dan bij de Wells-beslisregel. Het YEARS-algoritme bevat minder klinische gegevens dan de Wells-beslisregel. Sommigen ervaren dit als nadeel, omdat de klinische criteria zoals hartfrequentie meer gevoel van houvast geven. Een beslisregel is echter niet bedoeld om het klinisch redeneren te vervangen, maar als hulpmiddel om bij vermoeden van een bepaalde aandoening deze beter te kunnen aantonen of uitsluiten (op basis van een a-priorikans). Een algemeen nadeel van beslisregels kan zijn dat het onduidelijk is wanneer je deze moet gebruiken. De werkgroep beveelt aan de beslisregel te gebruiken als de huisarts denkt: kan dit een longembolie zijn? Als een patiënt ABCDE-instabiel is of als er andere klinische redenen zijn om direct te verwijzen of overleg te hebben met de tweede lijn, kan de huisarts van het algoritme afwijken.



De NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie is volledig herzien met onder meer een nieuwe beslisregel bij het vermoeden van een longembolie.

Foto: Shutterstock

## VOORKEUR VOOR DOAC

Bij de behandeling van een DVT is er een lichte voorkeur voor een DOAC. DOAC's en VKA's worden als gelijkwaardig beschouwd wat betreft effectiviteit, maar het gebruiksgemak van DOAC's is groter en er is een lager risico op bloedingen. Hierop zijn enkele uitzonderingen, zoals patiënten na bariatrische chirurgie of met een kleprothese.

## ZWACHTELEN EN STEUNKOUSEN NIET MEER STANDAARD

Al decennialang wordt geadviseerd om bij iedere patiënt met een DVT de benen compressief te zwachtelen en daarna steunkousen aan te meten. Op basis van een herbeoordeling van de beschikbare literatuur lijkt het zinvol om steunkousen te gebruiken om zwelling tegen te gaan, maar er is onvoldoende bewijs dat dit een posttrombotisch syndroom of recidief-DVT voorkomt. Ook internationaal gelden al langer vergelijkbare adviezen. De Britse NICE-richtlijnen, en ook de Amerikaanse ACCP-richtlijnen, raden het gebruik van steunkousen niet langer aan of raden het zelfs af. De multidisciplinaire richtlijn Antitrombotisch beleid wijkt enigszins af van de aanbeveling in de NHG-Standaard en adviseert een steunkous te dragen voor ten minste 6 maanden na een DVT. Ondanks dit verschil onderschrijven beide richtlijncommissies het belang van adequate en snelle compressietherapie om klachten te verminderen en herstel te bevorderen. Er blijft discussie over het belang van compressietherapie in het voorkomen van posttrombotische klachten, maar niet over het

nut bij het behandelen ervan. Als wordt gekozen voor compressie kunnen de steunkousen na 3 tot 6 maanden uitblijven als de patiënt klachtenvrij blijft; dit is een klinische beoordeling. Het zwachtelen en dragen van steunkousen voor patiënten kan belastend zijn, maar verder zitten er weinig nadelen aan. Daarom is het altijd mogelijk dat de huisarts met een patiënt toch voor steunkousen kiest.

### **OPPERVLAKKIGE TROMBOFLEBITIS**

De diagnose oppervlakkige tromboflebitis is doorgaans klinisch te stellen en als behandeling is pijnstilling vaak voldoende. Het risico op een DVT bij een klinisch vermoeden van een oppervlakkige tromboflebitis is in de eerste lijn waarschijnlijk klein, maar de risicoschattingen hierover lopen erg uiteen. Het bewijs voor actief opsporen van een DVT bij een klinisch oppervlakkige tromboflebitis blijkt tegen te vallen; in de eerdere versie van de standaard zijn de genoemde criteria hiervoor onvoldoende onderbouwd. De werkgroep heeft daarom besloten deze criteria niet mee te nemen in de lijst met mogelijke redenen om een echo aan te vragen of om te behandelen. Behandel patiënten met tromboflebitis bij wie is besloten tot behandeling met antistolling met fondaparinux (middel van eerste keuze). ■

### **LITERATUUR**

1. Van Maanen R, Kingma AEC, Oudega R, Rutten FH, Moons K, Geersing GJ. Real-life impact of clinical prediction rules for venous thromboembolism in primary care: a cross-sectional cohort study. *BMJ Open* 2020 28;10:e039913.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie op [richtlijnen.nhg.org](https://richtlijnen.nhg.org).

Poldervaart J, Wichers I. Volledige herziening NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie. *Huisarts Wet* 2023;66:DOI:10.1007/s12445-023-2391-8.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. J. Poldervaart, wetenschappelijk medewerker en huisarts, kenniscentrum@nhg.org; dr. I. Wichers, senior wetenschappelijk medewerker en epidemioloog.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-Werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Geersing GJ, Kessel LS, Poldervaart JM, Sival PPE, Smits PLM, Thissen LGP, Van den Donk M, Van Nieuwenhuijze FM, Van Osselen ECM, Wichers IM.