



# Incidentie hoofdtrauma: hoger dan gedacht

Volgens de vigerende richtlijn van de neurologen is hoofdletsel gedefinieerd als elke vorm van letsel aan het hoofd, uitgezonderd oppervlakkig letsel in het aangezicht.<sup>1</sup> Ook de binnenkort te verschijnen NHG-Standaard over dit thema hanteert deze definitie. De grote uitdaging bij hoofdletsel is om zo goed mogelijk in te schatten of er kans is op intracerebraal letsel. Dan moet immers nadere diagnostiek volgen, meestal in de vorm van een CT-scan. Omdat de precieze kansen op intracerebraal letsel in de eerste lijn onbekend zijn, worden de aanbevelingen voor verwijzing en het doen van aanvullend onderzoek vooral gebaseerd op risicoschattingen. En die schattingen bepalen vervolgens de inhoud van de richtlijn. Vooral daarom zijn accurate incidentiecijfers uitermate belangrijk. Hiermee kan de validiteit van de beslisschema's in de standaard worden verbeterd. Op basis van LINH-cijfers is eerder becijferd dat de incidentie van het hoofdletsel in de huisartsenpraktijk ongeveer 4 per 1000 per jaar bedraagt.<sup>2</sup> Hierbij is men uitgegaan van de ICPC-codes N79 (hersenschudding) en N80 (ander hoofdletsel). Wij meenden dat de werkelijke incidentie van hoofdletsel wel eens hoger kan liggen omdat de huisarts het hoofdletsel mogelijk onder andere codes registreert.<sup>3</sup>

## STEELPROEF INCIDENTIE

Wij verrichtten daarom een steekproef in een universitaire registratiepraktijk met 7032 ingeschreven patiënten [kader]. Er werkten in de beschreven periode 7 verschillende huisartsen. In deze praktijk worden alle aangeboden contacten, alsmede de episodes die volgen uit correspondentie (bijvoorbeeld afschrift spoedeisende hulp) systematisch geregistreerd. Wij selecteerden in totaal 18 ICPC-codes, waarvan wij vermoedden dat die kunnen worden gegeven bij hoofdtrauma: A06, A80, A81, F79, H05, H78, H79, L01, L76, L79, N79, N80, R88, S16, S17, S18, S19 en Z25. Vervolgens extraheerden wij alle nieuwe episodes met deze codes van oktober 2013 tot en met januari 2014 (4 hele kalendermaanden) en doorliepen handmatig de dossiers inclusief correspondentie (onder andere met specialist, huisartsenpost) om te zien of de casus voldeed aan het criterium voor hoofdletsel.

Het bleek dat bij 355 keer één van deze ICPC-codes was toegekend, waarbij 57 patiënten voldeden aan de criteria van hoofdletsel [tabel 1]. Hierin zijn de zelfverwijzers en 112-meldingen met ambulancevervoer meegerekend; de incidentie was dus 24,3 per 1000 per jaar. Als we alleen kijken naar de

patiënten die zich meldden bij de huisarts (n = 52) dan was de incidentie in deze praktijk 22,3 per 1000 per jaar. Een grote meerderheid van de patiënten met hoofdletsels presenteerde zich dus (eerst) in de eerste lijn. Van de patiënten gezien na een hoofdtrauma was 56% jonger dan 6 jaar en 8% ouder dan 65 jaar [tabel 2]. Ruim de helft van de contacten werd gezien door de eigen huisarts en slechts een kwart van de contacten werd gecodeerd als N79 of N80. Uiteindelijk werd bij drie patiënten een CT-scan verricht. Bij één patiënt werd een bloeding gezien die conservatief behandeld werd.

## CONCLUSIE

Wij vonden in dit kleine onderzoek een incidentie van hoofdletsel van 22,3 per 1000 patiënten per jaar: meer dan vijfmaal vaker dan op basis van LINH-cijfers werd aangenomen. Dit komt doordat voor de meeste gevallen van hoofdletsel de huisartsen niet de 'zware' ICPC-code N79 of N80 (voorheen: commotio of contusio) gebruikten, maar andere ('lichtere') ICPC-codes. Dit wordt meteen duidelijk als wij in onze steekproef de incidentie berekenen met alleen de codes N79 of N80, dan daalt de incidentie naar 5 per 1000.

Uiteraard is deze steekproef slechts de weerspiegeling van één praktijk en van een beperkte tijdsduur. Toch is het verschil in incidentie dusdanig groot dat we mogen stellen dat de inci-

### Registratiepraktijk

FaMe registratiepraktijk Thermion te Lent (voorheen CMR); populatie 7032; Netwerk Academische Huisartsenpraktijken Radboudumc. In de registratiepraktijken worden alle zorgcontacten zowel ICPC- als ICD10-geregistreerd. De patiëntcontacten en overige correspondentie zijn gekoppeld binnen een episode. Zodoende kan op zowel reden voor komst als eerste diagnose, dan wel laatste diagnose binnen een episode gezocht worden.

Tabel 1 Gebruikte ICPC-codes bij hoofdtrauma\* (n = 57)

A80 Trauma/letsel	6	10%
H79 Ander letsel oor	1	2%
L76 Andere fractuur (zygoma)	1	2%
N79 commotio cerebri	6	10%
N80 Ander letsel hoofd	8	14%
S16 Buil/Kneuzing	12	21%
S17 Schaafwond/schram	1	2%
S18 Scheurwond/snijwond	21	37%
S19 Ander huidletsel	1	2%
Totaal	57	100%

\* Elke vorm van trauma of letsel van het hoofd, zowel direct als indirect, zoals stoten van het hoofd, een val op het hoofd, een acceleratie-deceleratietrauma of een hard voorwerp (met grote kracht) tegen het hoofd (bijvoorbeeld tijdens sporten). Alleen oppervlakkig letsel van het aangezicht zonder bovengenoemde situaties wordt niet aangemerkt als hoofdtrauma.

Geert Groote Huisartsengroepspraktijk, Radewijnsstraat 2, 8022 BG Zwolle; H. Gerritsen, huisarts. Huisartsenpraktijk Thermion Lent en Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Nijmegen; dr. H. J. Schers, huisarts; dr. F. A. van de Laar, huisarts • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: H. Gerritsen is ook lid van de NHG-werkgroep die verantwoordelijk was voor de totstandkoming van de NHG-Standaard Hoofdtrauma. H.J. Schers is ook lid van de AC-commissie die verantwoordelijk was voor de autorisatie van de NHG-Standaard Hoofdtrauma.



Foto: Sabine Joosten/Hollandse Hoogte

**Tabel 2** Demografie

Man/Vrouw	35/22	
Leeftijd		
0 jaar	9	16%
1-5	23	40%
6-15	10	18%
16-25	2	4%
26-65	9	16%
65+	4	8%

dentie van 4 per 1000 per jaar een forse onderschatting is. Dit is problematisch omdat de beslisregels uit de richtlijnen zijn gebaseerd op het te lage incidentiecijfer. De kans op ernstig letsel wordt dus bij toepassing van de definitie van hoofdletsel flink overschat omdat in de berekening alleen de ernstige gevallen (N79, N80) worden meegenomen. Toepassing van de richtlijn leidt dan tot defensief en medicaliserend handelen door de huisarts.

Overigens heeft de huidige CBO-richtlijn bij gebruik in de tweede lijn mogelijk ook last van defensief verwijzen. Een recent retrospectief voor-na onderzoek (vóór en na invoering

van de richtlijn) laat zien dat het aantal ziekenhuisopnames en CT-scans significant zijn toegenomen, maar deze toename leidde niet tot meer detectie van intracranieel letsel.<sup>4</sup>

Hoofdletsel is dus een zeer frequent optredend klinisch beeld en verdient een richtlijn als leidraad voor het handelen van de huisarts. Maar voor een goed onderbouwde richtlijn is er gedegen onderzoek nodig naar optreden en beloop van hoofdletsel in de eerste lijn. Hierbij moet het hele spectrum van hoofdletsel als uitgangspunt worden genomen. Tot die tijd is er geen reden voor een agressief beleid bij patiënten met hoofdletsel zonder klinische tekenen van neurologische schade. ■

## LITERATUUR

- 1 Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn opvang van patiënten met licht traumatisch hoofd/hersenletsel. NVvN: Utrecht, 2010.
- 2 Opstelten W, Goudswaard AN. Herziene richtlijn licht traumatisch hoofd-hersenletsel: vooral voor de tweede lijn. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A4474.
- 3 Laar van de F. Richtlijn hersenletsel onbruikbaar voor huisarts. Huisarts Wet 2013;56:568-69.
- 4 Van den Brand CL, Rambach AHJH, Postma R, Van de Craats VL, Lengers F, Benit CP, et al. Richtlijn 'Licht traumatisch hoofd-hersenletsel' in de praktijk. Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A6973.