

Op woensdag 16 december vond onder de deskundige leiding van Marieke Visser, neuroloog VUmc, de thema-avond Acute Neurologie (Stroke) plaats georganiseerd door Netwerk acute zorg Noordwest, TraumaNet AMC en StrokeNet. 'Beroertezorg' staat in de belangstelling en de behandelingsmogelijkheden breiden zich uit. Mocht een intraveneuze trombolysen niet het gewenste effect hebben, dan is er sinds een half jaar de mogelijkheid van een endovasculaire behandeling; het stolsel in de hersenen wordt niet opgelost, maar met een stent 'weggepakt en verwijderd'. Een revolutie in de beroertezorg, waar in ieder geval Arjan Fransen baat bij heeft gehad. Het verhaal van de heer Fransen, 51 jaar, getrouwd en vader van drie kinderen, begon op 29 september 2015. Een gezonde man, die op zijn werk in elkaar zakke, nadat hij in de keuken een glas water haalde om een hoestbui te verlichten. Zijn collega belde 112, de melding kwam om 13.28 uur binnen.

De heer Fransen zat in de zaal en sprak over de gebeurtenis met Yvo Roos, neuroloog AMC. Sprekers gebruikten de originele geluidsfragmenten, medisch kladblok van het GMS, MRI's, scans en overdracht formulieren, waardoor de deelnemers meegezogen werden in de behandeling van de CVA van Arjan Fransen. Een indrukwekkende en perfecte illustratie van CVA-ketenzorg.

Collega: 'Arjan zakke in elkaar in de keuken. Hij sprak met dubbele tong en zijn linkerarm deed het niet goed. Zijn ademhaling werd zwaarder en hij zakke langzaam weg. Ik belde direct 112'.

Bij beroertes telt elke minuut. Behandeling binnen 6 uur (<4,5 uur trombolysenbehandeling en <6 uur endovasculaire behandeling) na het ontstaan van de klachten vergroot de kans op herstel van hersenletsel, dus je moet er snel bij zijn. 'In geval van een vermoeden van een beroerte, passeer dan de huisarts en bel direct 112', aldus Jorien van Baal, (kader)huisarts Almere. 'Uit onderzoek blijkt dat het 238 minuten duurt voordat een patiënt via de huisarts op de SEH komt. Wanneer direct 112 gebeld wordt, is de tijdsduur van melding tot aankomst 54 minuten. Een snellere herkenning en triage is nodig, waardoor een patiënt met verdenking CVA sneller bij de juiste zorgverlener terecht komt. Dit is de doelstelling van het verbeterproject van de ROAZ werkgroep Herkenning & Triage.' Naast de FAST die vrijwel iedereen hanteert als triage-instrument voor CVA, pleit Van Baal voor aandacht voor de atypische symptomen, 'Suddens' genoemd; het **plotseling** optreden van symptomen zoals tintelingen, uitval of zwakte, verwardheid, zichtuitval, verlies van coördinatie of hoofdpijn. 'Wanneer je bij triage naast de FAST ook de Suddens betreft, zullen patiënten eerder ingestuurd worden en proberen we ook de 10-30% te krijgen die we nu nog missen.'

Ambulanceverpleegkundige Jacqueline en chauffeur Giuseppe bemanden de ambulance die de heer Fransen ophaalde. 'Meneer zat in een stoel. Op zich reageerde hij wel alert, maar hij sprak onduidelijk en reageerde aan een kant niet. ABCDE gedaan. Meneer had twee keer explosief gebrakt en Giuseppe sloot hem aan op een infuus. Met de gedachte van een trombolysenbehandeling belden we het VUmc.'

Ook Pieter van Exter, medisch manager ambulancezorg (MMA), Ambulance Amsterdam benadrukt het belang van de 'Suddens': 'Eerst aandacht voor de Suddens, dan de FAST-test. En naar het ziekenhuis. Is het een A2-melding of moeten zwaailicht en sirene aan?' Van Exter: we werken volgens het Protocol StrokeNet, een nieuwe bewezen behandeling van een acuut herseninfarct, dat in de ROAZ-regio's AMC en VUmc van kracht is. 'In 38 minuten was de heer Fransen bij de SEH van het VUmc. In zijn geval was 'vervoer en overplaatsing' van groot belang.

Hij moest vanaf zijn werk naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor een intraveneuze trombolysen en daarna, toen bleek dat deze behandeling niet afdoende was, met spoed naar het AMC voor een endovasculaire behandeling. Vervolgens moest hij de volgende dag vervoerd worden naar het Amstellandziekenhuis. Drie ziekenhuizen, twee spoedoverplaatsingen volgens het nieuw geïntroduceerde protocol en een gewone overplaatsing binnen 24 uur. Een leermoment bij het geval van de heer Franssen was dat het voor de ambulance van belang is dat een behandelaar zélf belt en uitlegt wat de spoedindicatie is, in plaats van een verpleegkundige. Volgens het protocol moet de verwijzer opbellen.

Aangekomen bij het VUmc wordt, na een CT-scan, via een infuus een sterkwerkende stof (rt-PA of alteplase) bij de heer Franssen ingebracht, die het stolsel in het bloedvat in zijn hoofd op kan lossen (intraveneuze trombolysen (IVT)). Renske van de Berg, neuroloog OLVG, locatie West, gaat in haar presentatie nader in op deze behandeling en benadrukt nogmaals 'Time = Brain'. 'Zeg nooit dat we nog 4 ½ uur na de eerste symptomen de tijd hebben om te behandelen, want echt iedere seconde gaan zenuwcellen in de hersenen verloren. In het OLVG hebben we ons gericht op procesverbetering van de IVT met als doel om de functionele uitkomst van de patiënt te verbeteren. Een prospectieve risico-inventarisatie heeft veel opgeleverd en uiteindelijk ervoor gezorgd dat onder andere de 'door to needle time' gehalveerd is (doel <30 min) en dat de behandeling sneller uitgevoerd wordt (snelste trombolysen duurde 12 minuten). Een werkproces verbeteren is een teamprestatie waar geen subsidies of extra geld voor nodig is. En het levert voor het hele team enorm veel positieve energie op!

Trombolysen had niet het gewenste effect. De heer Franssen werd overgeplaatst naar het AMC voor endovasculaire behandeling: Het eerste dat ik me herinner was de verpleegster die mij wakker maakte. Ze stelde zich voor... Jessica, ik ben slecht in namen dus het wil wat zeggen dat ik dat nog weet.'

Yvo Roos vertelt verder - 'Hoe goed IVT ook is, het is niet altijd goed genoeg; bij 2/3 van alle patiënten geeft IVT geen rekanalisatie, IVT werkt slecht bij grote stolsels in grote bloedvaten, heeft een risico op een hersenbloeding of een bloeding elders in het lichaam en kan niet bij iedereen toegepast worden (niet mogelijk na 4 ½ uur, na een recente operatie of bij antistolling). Het was tijd om met een andere techniek te komen die gebaseerd was op het verwijderen in plaats van op het oplossen van het stolsel; de endovasculaire behandeling waarbij het stolsel in de hersenvaten 'weggeplukt en opgeruimd' wordt, bestemd voor patiënten met een herseninfarct waarbij door een CTA of MRA een bewezen afsluiting van de grote arterie in de hersenen is aangetoond. Geen vervanging van IVT, maar een aanvullende behandelmogelijkheid. In 2008 zijn wij, tezamen met het Erasmus uit Rotterdam en het Medisch Centrum Maastricht, gestart met het verkrijgen van de benodigde subsidies en het opzetten van de MR CLEAN-studie. Deze studie heeft aangetoond dat deze endovasculaire behandeling de herstelkans voor deze specifieke groep patiënten verhoogt van 1 op 5, naar 1 op 3, en dat de behandeling veilig en effectief bleek bij alle soorten patiënten (oud en jong, met ernstige of minder ernstige uitvalverschijnselen, en vooraf wel of geen trombolysen behandeling). Een resultaat dat ons internationaal gezien op de kaart heeft gezet en waarmee een enorme verandering in de neurologiewereld is ingezet. De tijd is nu rijp om over te gaan op implementatie van deze nieuwe succesvolle kathetertechniek. Vooruitlopend op de implementatie hebben we, tijdens het verloop van de studie, in onze regio (ROAZ-regio's AMC en VUmc) het StrokeNet Protocol ontwikkeld, waarbij snelle diagnostiek en behandeling en

regionale samenwerking centraal staat. Hoe nu verder? IAT moet een vaste plek krijgen in het zorgpakket en onderling moeten we gaan uitmaken bij welke interventiecentra IAT uitgevoerd kan worden... dus veel aandacht voor overleg, regioafspraken, centralisatie en volumeafspraken. En we blijven verder onderzoeken en verder leren.'

'Ik werd een tunnel ingeschoven voor een CT-scan. Er werd gezegd dat ik een beroerte had gehad.'
'Ik heb geluk gehad. Ik ben nog niet de oude, maar verbetering gaat nog steeds in stijgende lijn.'

Lucie van de Berg, promovenda en ANIOS neurologie AMC, houdt zich bezig met acute strokezorg in de regio. 'Een intra-arteriële behandeling is zowel medisch-technisch als ook logistiek gezien een ingewikkelde ingreep. Mensen en apparatuur zijn van belang, kennis en ervaring, 24/7 beschikbaarheid en de behandeling vindt altijd plaats in een spoedsituatie. Tot op heden kan IAT alleen uitgevoerd worden in het AMC, dus ook transport tussen de verschillende ziekenhuizen moet efficiënt geregeld zijn. Uit de MR CLEAN studie blijkt dat het nu 2 uur duurt om naar het AMC te komen en dat is echt te lang. Regionaal beleid is noodzakelijk. StrokeNet organiseert gestroomlijnde zorg rondom acute behandeling voor patiënten met een herseninfarct in Noord-Holland en Flevoland met als doel de 'symptom to treatment time' te verkorten. Hoe komen de juiste patiënten, met de beeldvorming en andere medische gegevens, zo snel mogelijk naar het interventiecentrum en hoe gaan ze weer terug naar de eigen regio voor verdere behandeling? Voor iedereen verandert eigenlijk wel wat en dat hebben we in het protocol vastgelegd. Enkele voorbeelden? De radioloog moet 24/7 patiënten middels CTA aantonen dat patiënt in aanmerking komt voor endovasculaire behandeling. Speciale software wordt uitgerold om beelden digitaal 'vooruit te sturen', zodat deze beoordeeld kunnen worden in het interventiecentrum. De neuroloog (voorheen klaar na intraveneuze trombolysen) moet zorgen voor selectie van de juiste patiënten. Ambulances moeten heen en weer rijden tussen ziekenhuizen en het interventiecentrum en krijgen andere instructies (zoals 'ship-and-drip'; infuus pomp mee als trombolysen nog niet volledig is doorgelopen). Yvo Roos noemde de IAT een endovasculaire revolutie. En dat is misschien nog wel een understatement.