

Geluk of ongeluk bij een hartstilstand

GUNSTIGE OMSTANDIGHEDEN MAAR EEN NOODLOTTIGE AFLOOP

Tim C. olde Hartman, Hiske van Ravesteijn en Peter L. Lucassen

Dames en Heren,

Huisartsgeneeskunde is ingewikkeld. Patiënten komen met een grote diversiteit aan klachten en problemen bij de huisarts. Het is aan de dokter om in te schatten of een klacht direct actie behoeft of dat een afwachtend beleid kan worden gevoerd. Om deze inschatting te maken heeft de huisarts een aantal hulpmiddelen. Allereerst is het verhaal van de patiënt een belangrijk diagnosticum, immers 'de patiënt vertelt meestal zijn eigen diagnose'. Daarnaast draagt de kennis van de voorgeschiedenis en de context van de patiënt en zijn of haar familie bij aan een juiste inschatting van de situatie. Ook de relatie die de arts in de loop der jaren heeft opgebouwd met de patiënt speelt daarbij mee. Als laatste gebruikt de huisarts gericht lichamelijk en aanvullend onderzoek om meer duidelijkheid te krijgen over de klachten. Om de urgentie van de hulpvraag te bepalen vaart de huisarts ook op zijn pluis-/niet pluis-gevoel. Maar soms moet je als huisarts, net als je patiënten, gewoon een beetje geluk hebben.

Deze klinische les handelt over hoe het geluk van de dokter en het geluk van de patiënt samenkomen in een uiteindelijke uitkomst die voor de patiënt gelukkig, of ongelukkig genoemd kan worden. Dat oordeel laten we graag aan de lezer over.

Patiënt A is een 65-jarige ongehuwde man die ik al jaren ken en met wie ik een goede verstandhouding heb. Ik bel hem op, omdat hij recent ontslagen is uit het ziekenhuis, waar hij opgenomen was vanwege hartklachten. Uit het gesprek blijkt dat hij zich niet lekker voelt.

Hij heeft altijd bij een bank gewerkt, maar is al jaren voor zijn pensionering voor 65% arbeidsongeschikt verklaard vanwege een burn-out. Rond de periode van zijn burn-out bezoekt hij mij geregeld met allerlei klachten die niet tot een medische diagnose leiden.

6 jaar geleden krijgt hij een acuut coronair syndroom (non-ST-elevatie), waarvoor hij wordt opgenomen. Er wordt een catherisatie verricht en uiteindelijk ondergaat hij coronaire bypass-chirurgie, waarbij 4 anastomoses worden aangelegd. Hij revalideert klinisch, maar een jaar later wordt hij opgenomen in verband met hartkloppingen en kortademigheid. Met deze 2 klachten komt hij daarna nog vaak bij de huisarts en de cardioloog. Ook

UMC St Radboud, afd. Eerstelijngeneeskunde,
Nijmegen.

Dr. T.C. olde Hartman en

dr. P.L. Lucassen, huisartsen;

drs. H. van Ravesteijn, aios psychiatrie.

Contactpersoon: dr. T.C. olde Hartman

(t.oldehartman@elg.umcn.nl).

bezoekt hij de SEH van het ziekenhuis vaak. Zijn klachten zijn vaak niet typisch; veelvuldig maken de brieven van de specialisten melding van bezorgdheid en spanningen. 2 jaar na de operatie zijn 2 van de 4 anastomoses afgesloten. Deze worden met stents weer geopend. Patiënt ontwikkelt in de tussentijd atriumfibrilleren en krijgt uiteindelijk een pacemaker.

Een half jaar voor mijn telefoontje krijg ik een verslag van een controlebezoek aan de cardioloog waarin staat dat de cardiale situatie van patiënt stabiel is en dat zijn ejection fractie in rust 71% is. Een maand later komt patiënt op mijn spreekuur: hij is moe en sneller kortademig, maar heeft geen pijn op de borst. Ik heb hem de afgelopen jaren vaak gezien met dergelijke klachten en meestal is het over zodra ik hem onderzocht heb. Dat is nu echter niet zo. Hierop besluit ik de volgende controleafspraak bij de cardioloog te vervroegen.

De maand daarop volgt een bericht van de ambulance: patiënt heeft het alarmnummer 112 gebeld met kortademigheid, paresthesieën, krampen in beide handen en een paniekgevoel; hij is in deze periode erg bezig met de dood. Omdat het CO₂ concentratie verlaagd is, stelt men de werkdiagnose 'hyperventilatiesyndroom'. Na behandeling is patiënt klachtenvrij en mag hij naar huis. Diezelfde maand nog volgt een bericht van de Centrale Huisartsenpost. Patiënt is daar door de ambulance afgeleverd met druk op de borst en een benauwd gevoel; hij voelt zich niet lekker. Er is wederom sprake van een verlaagde CO₂ concentratie, wat herstelt in de ambulance. Opnieuw wordt gedacht aan hyperventilatie. De cardioloog besluit naar aanleiding van deze gebeurtenissen nader onderzoek te doen en voert een maand later een myocardscintigrafie uit die lateraal ischemie laat zien. Na catheterisatie stelt de cardioloog voor om 2 nieuwe stents te plaatsen.

Nadat deze stents geplaatst zijn, wordt patiënt op een vrijdag ontslagen uit het ziekenhuis. De maandag daarna ontvang ik een voorlopig ontslagbericht van de cardioloog. Het is mijn gewoonte om patiënten die ontslagen zijn uit het ziekenhuis te bellen om te informeren hoe het ze vergaan is. Patiënt vindt het fijn dat ik bel, maar vertelt ook meteen dat hij niet zo lekker is. Hij is moe en korter van adem; of hij druk op de borst heeft, wordt niet duidelijk. Ik vraag hem meteen naar de praktijk te komen. Aan de telefoon denk ik aan spanning en angst. Het patroon van klachten is namelijk niet anders dan voorheen. Ik ga er van uit dat hij zal opknappen zodra ik hem goed onderzocht heb.

Het ecg dat ik maak, toont afwijkingen passend bij zijn voorgeschiedenis. Na het maken van het ecg meldt patiënt dat hij ineens hartkloppingen heeft; zijn polsslag is duidelijk versneld. Op een nieuw ecg zijn duidelijke veranderingen zichtbaar. Hierop bel ik de ambulance en

ga snel naar hem terug. Tijdens het plaatsen van een waaknaald verkrampt patiënt plotseling en komt half overeind, zijn armen strak over zijn borstkas, paarsaanlopend met stokkende ademhaling. Na enkele ogenblikken valt hij weer terug op het bed, zonder hartslag. We starten de reanimatie en de ambulance is er gelukkig snel. Al reanimerend wordt patiënt naar het ziekenhuis gereden. Aldaar wordt na overleg met de cardioloog het reanimeren gestaakt.

BESCHOUWING

HARTSTILSTAND BUITEN HET ZIEKENHUIS

Wáár iemand een hartstilstand krijgt, is van belang voor de prognose. Zo is de prognose van patiënten die een hartstilstand buiten het ziekenhuis krijgen slechter dan die van patiënten die er een in het ziekenhuis krijgen.^{1,2} Patiënten die een hartstilstand krijgen op een publieke plaats hebben meer kans om het ziekenhuis levend te bereiken en op een betere neurologische uitkomst na 6 maanden, dan patiënten die een hartstilstand krijgen op een niet-publieke locatie, zoals thuis.² Dat heeft te maken met de responstijd (de tijd tussen de hartstilstand en het beginnen met reanimeren), de aanwezigheid van een getuige tijdens de hartstilstand, en het starten van reanimatie door een omstander.³⁻⁵

Hartstilstand buiten het ziekenhuis is een belangrijke doodsoorzaak.^{6,7} De incidentie van hartstilstand is 1 op de 1000 mensen per jaar in Nederland.⁸ Naar schatting de helft van de mensen die doodgaan aan een hartstilstand, overlijdt buiten het ziekenhuis.⁹ Ongeveer een derde van de hartstilstanden zijn een gevolg van een niet-cardiale oorzaak, zoals een longembolie of een trauma.¹⁰⁻¹² Deze patiënten zijn het moeilijkst te reanimeren en hebben de slechtste prognose.¹³ Van de cardiale oorzaken komt een acuut coronair syndroom het meest voor (62%).¹⁴⁻¹⁶ Als huisartsen reanimeren, gebeurt dat meestal bij patiënten thuis (49%), bij 27% van de patiënten op straat of op een andere publieke locatie en bij 18% in de praktijk zelf.¹⁷

De patiënt in deze casus kreeg vermoedelijk een hartstilstand als gevolg van een acuut coronair syndroom na catheterisatie en plaatsing van 2 stents. En hoewel de patiënt geluk had wat betreft de plaats van de hartstilstand (in de huisartsenpraktijk) en de responstijd, mocht reanimatie niet baten.

PROGNOSE NA REANIMATIE

Van de patiënten die levend in het ziekenhuis aankomen, sterft toch nog 51-92%, afhankelijk van de soort hartstilstand ('shockable' ritme zoals ventrikelfibrilleren of 'non-shockable' ritme zoals asystolie) en de oorzaak van de hartstilstand (cardiale versus niet-cardiale oorzaak).^{13,18}

LEERPUNTEN

Uiteindelijk overleeft slechts 7,6% van de patiënten een buiten het ziekenhuis gestarte reanimatie. De kans op overleven is iets groter wanneer een professional aanwezig is op het moment van de hartstilstand (10%).¹⁹ Over het algemeen hebben de meeste patiënten die een reanimatie buiten het ziekenhuis overleven lichte tot matige functionele beperkingen en een goede kwaliteit van leven.²⁰ Dat is niet noodzakelijkerwijs dezelfde kwaliteit van leven als vóór de reanimatie.¹⁹ Bijna de helft van de patiënten die een hartstilstand overleven, ervaart blijvende cognitieve beperkingen.²¹ Deze cognitieve beperkingen zijn samen met emotionele problemen, zoals depressieve klachten, en vermoeidheid belangrijke factoren die de kwaliteit van leven van deze patiënten verminderen.^{22,23} 10-40% van de patiënten houdt forse neurologische beperkingen over aan de hartstilstand, met grote gevolgen voor hun kwaliteit van leven.^{24,25} Deze beperkingen variëren van afhankelijkheid van anderen bij intact bewustzijn tot een vegetatieve toestand. De directe naasten geven vaak aan meer psychosociale stress te ervaren als gevolg van de veranderende omstandigheden na de hartstilstand.²⁶ Jongere mensen (18-39 jaar) die een hartstilstand buiten het ziekenhuis krijgen, hebben een wat gunstigere prognose. Ongeveer 80% woont 5 jaar na de reanimatie gewoon zelfstandig, 70% is weer aan het werk, en ongeveer 10% geeft aan ernstige beperkingen te ervaren.²⁷

Dames en Heren, In de casus nam de dokter 2 initiatieven die een goed uitgangspunt voor de patiënt schiepen: het initiatief de patiënt te bellen na diens ontslag uit het ziekenhuis en de intuïtieve beslissing de patiënt meteen te laten komen. Zonder deze initiatieven had patiënt thuis een hartstilstand gekregen, een plaats die kilometers ver verwijderd was van medische zorg. Het 1e initiatief van de dokter komt voort uit de gewoonte bijna alle patiënten te bellen na ontslag uit het ziekenhuis. De achtergrond van deze gewoonte is de kern van de huisartsgeneeskunde die weergegeven kan worden in een aforisme: 'in hospitals diseases stay and people come and go; in general practice people stay and diseases come and go'.²⁸ De huisarts geeft de persoonlijke, integrale en continue zorg zoals die al werd omschreven in de Woudschotenconferentie in 1959, een omschrijving die in 2012 nog steeds door de beroepsgroep wordt omarmd.²⁹ Het 2e initiatief van de dokter was een intuïtieve beslissing die voortkomt uit het jarenlang in praktijk brengen van die visie. De beslissing om de patiënt te laten komen kwam voort uit de ervaring dat deze patiënt meestal gerustgesteld en klachtenvrij was na een onderzoek door de huisarts. De beslissing was tevens mogelijk doordat de huis-

- Per jaar krijgen 1 op de 1000 mensen in Nederland een hartstilstand.
- Patiënten met een niet-cardiale oorzaak van een hartstilstand, zoals een longembolie of een trauma, zijn het moeilijkst te reanimeren.
- De helft van de mensen die doodgaan aan een hartstilstand, overlijdt buiten het ziekenhuis.
- Slecht 7,6% van de mensen overleeft een hartstilstand buiten het ziekenhuis.
- 10-40% van de patiënten houdt forse neurologische beperkingen over aan een hartstilstand.

arts de (emotionele) ruimte had om de patiënt te laten komen. Bij de timing van het telefoongesprek en het consult was hier natuurlijk sprake van geluk. Dat laat onverlet dat wij vinden dat het leveren van persoonlijke, integrale en continue zorg en het goed kennen van de patiënt essentiële elementen zijn voor goed medisch handelen. Geluk is volgens de definitie in Van Dale 'de gunstige loop van de omstandigheden'. Ongeluk is een 'ongunstig beloop van de omstandigheden' of 'een noodlottige gebeurtenis'. De hier beschreven klinische les laat zien dat geluk in de zin van een gunstige loop van de omstandigheden kan resulteren in een ongeluk in de zin van een noodlottige gebeurtenis. De omstandigheden vlak voor het overlijden van de beschreven patiënt zijn 2 keer gunstig geweest: ten eerste gaf de huisarts die persoonsgerichte zorg door proactief de patiënt te bellen en door te besluiten hem meteen te beoordelen, en ten tweede kreeg de patiënt een hartstilstand op het moment dat een professional die deskundig was in cardiopulmonale reanimatie aanwezig was. Toch resulteren deze 2 gunstige omstandigheden in het overlijden van patiënt, een noodlottige gebeurtenis. Echter, we moeten deze noodlottige gebeurtenis in het perspectief van de mogelijke uitkomsten en gevolgen van een 'out-of-hospital'-reanimatie voor de patiënt plaatsen. Het is aan de lezer om te bepalen in hoeverre de uitkomst in dit geval gelukkig of ongelukkig is.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 14 november 2012

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5717

➤ Meer op www.ntvg.nl/klinischepraktijk

LITERATUUR

- 1 Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, et al. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. *Intensive Care Med.* 2007;33:237-45.
- 2 Eisenburger P, Sterz F, Haugk M, et al. Cardiac arrest in public locations – An independent predictor for better outcome. *Resuscitation.* 2006;70:395-403.
- 3 Cummins RO, Ornato JP, Thiss WH, et al. Improving survival from sudden cardiac arrest: the “chain of survival” concept. *Circulation.* 1991;83:1832-47.
- 4 Sasson C, Rogers MAM, Dahl J, et al. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest. A systematic review and meta-analysis. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* 2010;3:63-81.
- 5 Chamberlain D. Predictors of survival from out-of-hospital cardiac arrest. *Heart.* 2010;96:1785-6.
- 6 Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics – 2010 update: a report from the American Heart Association. *Circulation.* 2010;121:e46-e215.
- 7 Nichol G, Thomas E, Callaway CW, et al. Regional variation in out-of-hospital cardiac arrest incidence and outcome. *JAMA.* 2008;300:1423-31.
- 8 de Vreede-Swagemakers JJ, Gorgels AP, Dubois-Arbouw WI, et al. Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990's: a population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. *J Am Coll Cardiol.* 1997;30:1500-5.
- 9 Stiell IG, Wells GA, Field B, et al; Ontario Prehospital Advanced Life Support Study Group. Advanced Cardiac Life support in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med.* 2004;351:647-56.
- 10 Hess EP, Campbell RL, White RD. Epidemiology, trends, and outcome of out-of-hospital cardiac arrest of non-cardiac origin. *Resuscitation.* 2007;72:200-6.
- 11 Rea TD, Eisenberg MS, Sinibaldi G, et al. Incidence of EMS-treated out-of-hospital cardiac arrest in the United States. *Resuscitation.* 2004;63:17-24.
- 12 Chugh SS, Jui J, Gunson K, et al. Current burden of sudden cardiac death: multiple source surveillance versus retrospective death certificate-based review in a large U.S. community. *J Am Coll Cardiol.* 2004;44:1268-75.
- 13 Dumas F, Rea TD. Long-term prognosis following resuscitation from out-of-hospital cardiac arrest: role of aetiology and presenting arrest rhythm. *Resuscitation.* 2012;83:1001-5.
- 14 Pai GR, Haites NE, Rawles JM. One thousand heart attacks in the Grampian: the place of resuscitation in general practice. *BMJ.* 1987;294:352-4.
- 15 Rawlins DC. Study of the management of suspected cardiac infarction by British immediate care doctors. *BMJ.* 1981;282:1677-9.
- 16 The Great Group. Feasibility, safety, and efficacy of domiciliary thrombolysis by general practitioners: Grampian region early anistreplase trial. *BMJ.* 1992;305:548-53.
- 17 Colquhoun M. Resuscitation by primary care doctors. *Resuscitation.* 2006;70:229-37.
- 18 Grubb NR, Elton RA, Fox KAA. In-hospital mortality after out-of-hospital cardiac arrest. *Lancet.* 1995;346:417-21.
- 19 Elliott VJ, Rodgers DL, Brett SJ. Systematic review of quality of life and other patient/centred outcomes after cardiac arrest survival. *Resuscitation.* 2011;82:247-56.
- 20 Rea TD, Paredes VL. Quality of life and prognosis among survivors of out-of-hospital cardiac arrest. *Curr Opin Crit Care.* 2004;10:218-23.
- 21 Moolaert VR, Verbunt JA, van Heugten CM, et al. Cognitive impairments of survivors of out-of-hospital cardiac arrest: A systematic review. *Resuscitation.* 2009;80:297-305.
- 22 Moolaert VRMP, Wachelder EM, Verbunt JA, et al. Determinants of quality of life in survivors of cardiac arrest. *J Rehabil Med.* 2010;42:553-8.
- 23 de Vos R, de Haes HC, Koster RW, et al. Quality of survival after cardiopulmonary resuscitation. *Arch Intern Med.* 1999;159:249-54.
- 24 Engdahl J, Bang A, Lindqvist J, et al. Time trends in long-term mortality after out-of-hospital cardiac arrest, 1980 to 1998, and predictors for death. *Am Heart J.* 2003;145:826-33.
- 25 Wenzel V, Krismer AC, Arntz HR, et al. European Resuscitation Council Vasopressor during Cardiopulmonary resuscitation study group. A comparison of vasopressin and epinephrine for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation. *N Engl J Med.* 2004;350:105-13.
- 26 Wachelder EM, Moolaert VRMP, van Heugten C, et al. Life after survival: long-term daily functioning and quality of life after an out-of-hospital cardiac arrest. *Resuscitation.* 2009;80:517-22.
- 27 Deasy C, Bray J, Smith K, et al. Functional outcomes and quality of life of young adults who survive out-of-hospital cardiac arrest. *Emerg Med J.* 2012 (epub).
- 28 Heath I. *Divided we fail. The Harveian Oration 2011.* London: Royal College of Physicians; 2011.
- 29 Toekomstvisie Huisartsenzorg. *Modernisering naar menselijke maat; huisartsenzorg in 2022.* Utrecht: LHV/NHG; 2012.