



**Frank Buntinx  
Bruno Bemelmans  
Bert Aertgeerts (red.)**

# **URGENTIESCHEMA'S VOOR HUISARTSEN**

acco

<b>Gebruikte afkortingen</b>	11
<b>Woord vooraf</b>	13
<b>1. Algemene richtlijnen bij urgenties</b>	15
<i>Frank Buntinx</i>	
1.1 Zuurstof toedienen	15
1.2 Intraveneuze toegang	15
1.3 Adrenaline bij reanimaties	17
1.4 Overdracht en verwijzing	17
1.5 Technologische hulpmiddelen	19
<b>2. Pijn op de borst</b>	21
<i>Hilde Borkelmans en Erik Groffils</i>	
<b>3. Acut hartfalen</b>	23
<i>Hilde Borkelmans en Marjo Gulikers</i>	
<b>4. Ritmestoornissen</b>	25
<i>Jos Truyen</i>	
4.1 Hemodynamische toestand bepalen	25
4.2 Klinisch onderzoek	25
4.2.1 Snel regelmatig hartritme	27
4.2.2 Traag regelmatig ritme	31
4.2.3 Snel onregelmatig ritme	33
4.2.4 Niet versneld onregelmatig hartritme	33
4.2.5 Ritmestoornissen bij een acut hartinfarct	33
<b>5. Dyspnee bij volwassenen</b>	35
<i>Michel Scatorchia en Paul Dexters</i>	
5.1 Acut astma	35
5.2 COPD-opstoot	37

5.3	Longembool	37
5.4	Pneumothorax	39
5.5	Obstructie door vreemd lichaam	39
5.5.1	Als het slachtoffer nog ademt en effectief hoest	41
5.5.2	Als het slachtoffer niet (effectief) hoest en bij bewustzijn is	41
5.5.3	Als het slachtoffer het bewustzijn verliest	41
5.6	Psychogene dyspnee – hyperventilatie	43
<b>6.</b>	<b>Dyspnee bij kinderen</b>	<b>45</b>
	<i>Ann Mandervelt</i>	
6.1	Valse kroep (pseudokroep), laryngotracheobronchitis, laryngitis stridulosa	45
6.2	Epiglottitis	47
6.3	Obstructie door vreemd lichaam	47
6.4	Astma	49
6.5	Acute bronchiolitis	49
<b>7.</b>	<b>Psychische beelden en crisissituaties</b>	<b>51</b>
	<i>Canio Gilio</i>	
7.1	Bij kinderen	51
7.1.1	Wegloopgedrag	51
7.1.2	Zelfmoordpoging	51
7.1.3	Panische angst	51
7.1.4	Hevige woedebuien	53
7.1.5	Het mishandelde kind	53
7.1.6	Slaapstoornissen	53
7.2	Bij volwassenen	55
7.2.1	Acute opwindingstoestanden van psychotische of niet-psychotische aard	55
7.2.2	Delirium, bijvoorbeeld na plotse alcoholabstinentie	55
7.2.3	Toestanden gepaard gaande met angst, spanning, vegetatieve klachten, primaire paniekstoornissen	57
7.2.4	Suïcide en suïcidedreiging	57
7.2.5	Hyperventilatie	57
7.2.6	Bejaarden met nachtelijke onrust	57
7.2.7	Parkinsonpatiënten met (acute) verwardheid/psychotisch gedrag	59
7.3	Gedwongen opname in psychiatrische crisissituaties in België	59
7.4	Gedwongen opname in psychiatrische crisissituaties in Nederland (wet BOPZ)	61
<b>8.</b>	<b>Pijnbeelden</b>	<b>63</b>
	<i>Silvio Ferro en Jos Dekelver</i>	
8.1	Migraine	63
8.2	Hypertensieve encefalopathie	63
8.3	Otitis media	65
8.4	Thoracale pijn	65

8.5	Kolieken	65
8.6	Acute urineretentie	65
8.7	Acuut lumbago, lumbo-ischialgie, aspecifieke lage rugpijn	67
8.8	Jichtaanval	67
8.9	Pijnopstoot bij kankerpatiënten	67
8.10	Anale pijn	67
8.11	Tandabces	69
<b>9.</b>	<b>Bewustzijnsdaling en coma</b>	<b>71</b>
	<i>Bruno Bemelmans, Jessie Errico en Frank Buntinx</i>	
9.1	Eerste snelle evaluatie	71
9.2	Mild traumatic brain injury	75
9.3	Kortdurend bewustzijnsverlies (syncope)	75
9.3.1	Oorzaken	75
9.3.2	Onderzoek	77
9.3.3	Behandeling	77
<b>10.</b>	<b>Delirium</b>	<b>79</b>
	<i>Frank Buntinx</i>	
10.1	Criteria	79
10.2	Kenmerken	79
10.3	Aanpak	79
10.4	Communicatie	81
<b>11.</b>	<b>Convulsies bij volwassenen</b>	<b>83</b>
	<i>Gilbert Schraepen</i>	
11.1	Aanpak <i>tijdens</i> een aanval (minder dan 5 minuten)	83
11.2	Aanpak <i>na</i> een aanval (minder dan 5 minuten)	83
11.3	Status epilepticus (SE)	84
11.3.1	Wanneer spreken we van een status epilepticus?	84
11.3.2	Acute aanpak van status epilepticus	85
11.4	Eclampsie	86
11.4.1	Acute aanpak van eclampsie	87
<b>12.</b>	<b>Convulsies bij kinderen</b>	<b>89</b>
	<i>Gilbert Schraepen</i>	
12.1	Convulsies of koortsstuipen	89
12.2	Behandeling	89
12.2.1	Tijdens de aanval	89
12.2.2	Na de aanval	91
12.3	Convulsies bij kinderen jonger dan 4 weken	91
12.4	Convulsies bij een kind van meer dan 3 jaar	91

13.	<b>Traumata</b>	93
	<i>Michel Bollen</i>	
13.1	Algemene regels	93
13.2	Schedeltrauma	95
	13.2.1 Aandachtspunten	95
	13.2.2 Mild brain injury	97
13.3	Oogtraumata	99
13.4	Tandtraumata	101
13.5	Thoraxtraumata	103
13.6	Buiktraumata	103
13.7	Traumata van de extremiteiten	105
	13.7.1 Fracturen en luxaties	105
	13.7.2 Pronation douloureuse (zondagmiddagarmpje)	105
	13.7.3 Specifieke situaties	107
13.8	Amputaties	107
14.	<b>Verbranding</b>	109
	<i>Serge Rigo</i>	
14.1	Thermische verbranding	109
	14.1.1 Ziekenhuisopname	109
	14.1.2 Behandeling ter plaatse	109
14.2	Chemische verbrandingen	111
14.3	Elektrische verbrandingen	111
14.4	Zonneslag (zonnesteek, heat exhaustion)	113
14.5	Hitteslag (heat stroke)	113
15.	<b>Verdrinking</b>	117
	<i>Serge Rigo</i>	
16.	<b>Intoxicaties</b>	119
	<i>Nathalie Segers</i>	
16.1	Systematische aanpak	119
	16.1.1 De ernst van de intoxicatie inschatten	119
	16.1.2 Gastro-intestinale resorptie tegengaan	119
	16.1.3 Respiratoire depressie	121
	16.1.4 Andere symptomen	121
16.2	Enkele specifieke intoxicaties	123
	16.2.1 Koolstofmonoxide	123
	16.2.2 Paracetamol	123
	16.2.3 Salicylaten	125

16.2.4	Ibuprofen	125
16.2.5	Digitalis	125
16.2.6	Benzodiazepines	127
16.2.7	Narcotische analgetica	127
16.2.8	Antidepressiva	127
16.2.9	Amfetamines	129
16.2.10	Alcohol	129
16.2.11	Anticoagulantia	129
16.2.12	Inslikken knoopbatterijen	131
16.2.13	Inhalatie chloordamp	131
16.3	Toxidromen	133
17.	<b>Acute complicaties bij chronische aandoeningen</b>	135
	<i>Frank Buntinx</i>	
17.1	Diabetes	135
17.1.1	Hyperglycemie	135
17.1.2	Insulinetoediening	135
17.1.3	Intercurrente ziekte	137
17.1.4	Hypoglycemie	137
17.2	Heroïneverslaafden	139
17.2.1	Koorts	139
17.2.2	Craving	139
17.2.3	Overdosis	141
17.2.4	Opname van patiënten die op een methadon-onderhoudsbehandeling staan	141
17.2.5	Pijnstilling bij patiënten die op een methadon-onderhoudsbehandeling staan	141
17.3	Patiënt op antistollingsmedicatie	143
17.4	Dialysepatiënten	143
17.4.1	Koorts	143
17.4.2	Bloeding ter hoogte van de fistel	143
17.4.3	Hyperkaliëmie	145
17.5	Patiënten onder chemotherapie	145
17.5.1	Sepsis	145
17.5.2	Bloedingen	145
18.	<b>Anafylactische reacties</b>	147
	<i>Silvio Ferro en Mauro Ferro</i>	
18.1	Algemene reacties	147
18.1.1	Lichte anafylactische reactie	147
18.1.2	Ernstige anafylactische reactie	147
18.1.3	Anafylactische shock	149
18.1.4	Electieve respiratoire symptomen: larynxoedeem en bronchospasmen	149

19.	<b>Diepe veneuze trombose van de onderste ledematen</b>	151
	<i>Bruno Bemelmans</i>	
20.	<b>Zieke kinderen</b>	153
	<i>Frank Buntinx en Jessie Errico</i>	
21.	<b>Bevallingen</b>	157
	<i>Jos Dekelver</i>	
22.	<b>De urgentietrouse</b>	161
	<i>Patrick Hendrikx</i>	
23.	<b>Basic life support en gebruik van automatische externe defibrillator</b>	165
	<i>BRC</i>	
	<b>Literatuur</b>	171
	<b>Addendum</b>	175
	Gedwongen opname in psychiatrische crisissituaties in België	175
	<i>Jan De Lepeleire</i>	
	Gedwongen opname om psychiatrische redenen in Nederland: Inbewaringstelling – Wet BOPZ	179
	<i>Mieke Bruggeman</i>	

# Algemene richtlijnen bij urgenties

Frank Buntinx

Indien u als huisarts als eerste bij een ernstig spoedgeval aankomt, is het uw eerste taak ervoor te zorgen dat u zo kort mogelijk alleen bent. In de praktijk betekent dat meteen naar 112 bellen en versterking vragen. Meestal zal dit de combinatie van de MUG en de ambulance zijn. Zorg er zo mogelijk voor dat in het donker het buitenlicht aan is en dat iemand de hulpdiensten opvangt op een plaats die zij gemakkelijk vinden (bijvoorbeeld de hoek van de straat) en dat er een doorgang vrijgemaakt wordt waarlangs men met een brancard kan passeren. Straal rust en kalmte uit, dat heeft een gunstig effect op de omgeving.

## 1.1 Zuurstof toedienen

De regel om in noodgevallen een maximale hoeveelheid zuurstof toe te dienen, behalve bij COPD, wordt verlaten. De richtlijn is nu om het debiet zodanig in te stellen dat u mikt op een zuurstofsaturatie van minstens 94%. Weet dat maximaal zuurstof geven enkel kan via een masker met zak. Een neussonde of een masker zonder zak levert slechts 50% zuurstof.

Slechts een klein deel van de huisartsen heeft steeds zuurstof in de wagen. Het ziet er niet naar uit dat dit snel zal veranderen, ook al is vrijwel iedereen het erover eens dat het een nuttig product is. Praktische problemen zoals volume en gewicht, en de verwachting dat de fles altijd daar zal zijn waar u ze niet nodig heeft, verhinderen een veralgemeend gebruik door individuele artsen. In de wachtposten en in de auto's van de wachtposten (waar men beschikt over een extra paar handen) is zuurstof in de regel wel aanwezig.

## 1.2 Intraveneuze toegang

Het is een oude, maar gouden regel dat medicatie in urgenties zo mogelijk altijd intraveneus toegediend wordt. Uiteraard kan het in moeilijke situaties soms beter zijn niet te (blijven) proberen om toegang te krijgen tot moeilijke aders, en soms zal u er domweg de tijd niet voor hebben, omdat u uw aandacht moet verdelen over meerdere interventies die allemaal dringend zijn.



Vanwege het volume hebben huisartsen meestal geen zakken met intraveneus vocht en geen leidingen bij. In de meeste gevallen is dat echter ook niet essentieel. Het is immers meestal wel mogelijk om venules bij te hebben met een gummi afsluiting (bijvoorbeeld Venflon®) of een driewegkraantje. Die kan u inbrengen en vastplakken zodat u iets kan inspuiten. Van zodra u er iets door ingespoten heeft (al is het fysiologisch serum), blijft de venule meestal lang genoeg open tot een ambulance arriveert met leidingen en zakken vocht. Ondertussen heeft u een toegangsweg beschikbaar als het nodig is.

### 1.3 Adrenaline bij reanimaties

Geef een bolus van 1 mg IV na de derde shock of meteen bij asystolie. Herhaal dit om de drie tot vijf minuten. Uiteraard mag u hiervoor de hartmassage niet onderbreken. Dit kan dus enkel als er meerdere hulpverleners ter plaatse zijn.

Geef na de derde shock eventueel ook 300 mg amiodarone IV.

Het gebruik van atropine in deze situatie wordt sinds enige tijd verlaten.

### 1.4 Overdracht en verwijzing

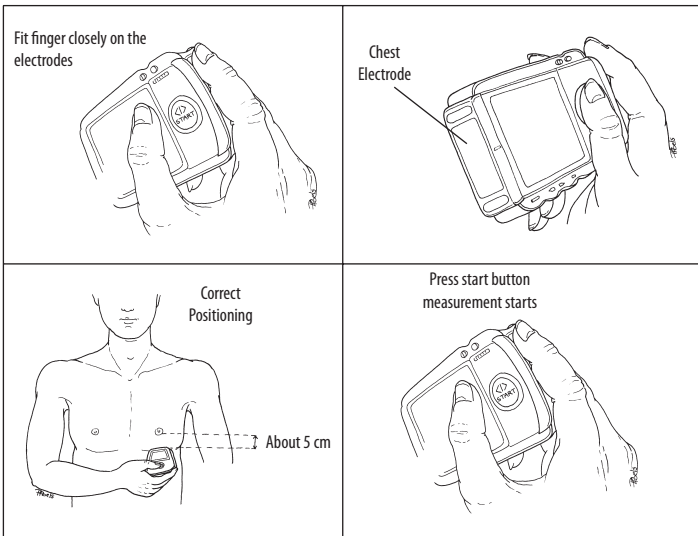
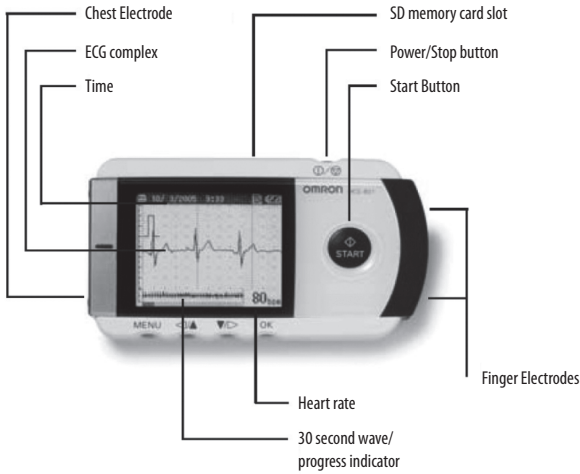
Bij ernstige situaties handelen huisartsen als onderdeel van een keten van hulpverleners. Familie of omstanders komen voor de huisarts in deze keten. Na u volgen de ambulanciers of het MUG-team, en daarna de spoedgevallendienst van het ziekenhuis en de gespecialiseerde diensten zoals bijvoorbeeld het CAT-lab.

Soms kan het gebeuren dat de binnenkomst van het MUG-team problemen geeft. Dat kan te wijten zijn aan persoonskenmerken – vaak onzekerheid – van de spoedarts en/of huisarts. Het heeft echter ook te maken met de stijl van werken die huisartsen en spoedartsen gewoon zijn. Huisartsen zijn gewoon te werken binnen verhalen waarin veel aspecten van belang zijn: risicofactoren, voorgeschiedenis, context, klachten, resultaten van klinisch onderzoek, enzovoort. Spoedartsen worden getraind om meteen te toetsen of er al dan niet sprake is van een onmiddellijk levensbedreigende situatie via het systematisch nagaan en zo nodig corrigeren van de ABC-kenmerken: Is de ademhalingsweg vrij (**airway**)? Is de ademhaling voldoende (**breathing**)? Is er voldoende circulatie (**circulation**)? Later volgen – als daar tijd voor is – de D (**disability**, met vooral een neurologische evaluatie) en E (**Exposure**, met een verdere verkenning van verhaal en achtergronden). De overdracht van huisarts naar spoedarts zal gemakkelijker gaan als beiden beginnen met zich voor te stellen. Hou er rekening mee dat de spoedarts bij het binnenkomen niet steeds weet dat er al een huisarts ter plaatse is. De huisarts weet anderzijds niet meteen wie van de binnenstormende ploeg de verantwoordelijke arts is. Als u uw patiënt aan de spoedarts overdraagt, is het daarnaast aangewezen om aanvankelijk ook in de ABC-terminologie te rapporteren en zo bij zijn of haar gewoontes aan te sluiten. Daarna kan u dit uiteraard aanvullen met wat u verder van belang vindt.

Noteer de bevindingen van uw onderzoek zo snel mogelijk summier en leesbaar. Zowel voor uzelf als voor de volgende echelons in de hulpverleningsketen (spoedarts, spoedgevallendienst) is dit vooral van belang voor het documenteren van gebeurtenissen (bv. ritmestoornis, syncope...) en het inschatten van een evolutie. Probeer daarom zo snel mogelijk te kwantificeren (bloeddruk, pols, zuurstofsaturatie (SpO2), comaschaal...).

Zorg er in de mate van het mogelijke voor dat een patiënt die opgenomen wordt identificatiegegevens bij zich heeft, net als een lijst van (of zak met) de onderhoudsmedicatie.

### Heart scan



## 1.5 Technologische hulpmiddelen

Voor een huisarts alleen is het vaak een hele opgave om de evolutie van een patiënt goed te monitoren terwijl er tegelijkertijd verder onderzoek moet gebeuren, medicatie toegediend moet worden, uitleg gegeven enzovoort. Huisartsen beschikken in dergelijke omstandigheden niet over de gesofisticeerde apparatuur waarover spoedartsen wel beschikken, en daarenboven is er onvoldoende tijd en mankracht om een hele reeks kabels aan te sluiten. Toch zijn er ondertussen enkele hulpmiddelen die met weinig tijd en mankracht belangrijke informatie kunnen leveren. De Heart scan is een klein apparaat dat met een vlakke elektrode op de borstkas gezet wordt, terwijl de patiënt zijn wijsvinger op de andere elektrode houdt en het apparaat zo tegelijkertijd op zijn plaats houdt. Het apparaat geeft u een ECG-afleiding (ongeveer V3-V4), wat vooral interessant is om een idee te krijgen van het hartritme.

De Oximeter geeft (en volgt) de snelheid en regelmaat van de hartslag, samen met de evolutie van de zuurstofsaturatie, en is zonder enige inspanning – vanuit een ooghoek – te volgen terwijl u ondertussen ook met andere dingen bezig bent.

Zowel koude vingers als een koud toestelletje kunnen het aflezen van de saturatiemeter onmogelijk maken of een valse lage waarde veroorzaken. Gelakte nagels geven in de regel geen problemen, tenzij zij groen of zwart gelakt zijn.

Het gebeurt zelfs ervaren mensen dat zij een saturatiemeter ondersteboven aflezen. Dat heeft als gevolg dat zij het hartritme als SpO2 interpreteren en de SpO2 als hartritme. Schenk hier altijd de nodige aandacht aan, want het kan u op een totaal verkeerd spoor brengen.

# Dyspnee bij kinderen

Ann Mandervelt

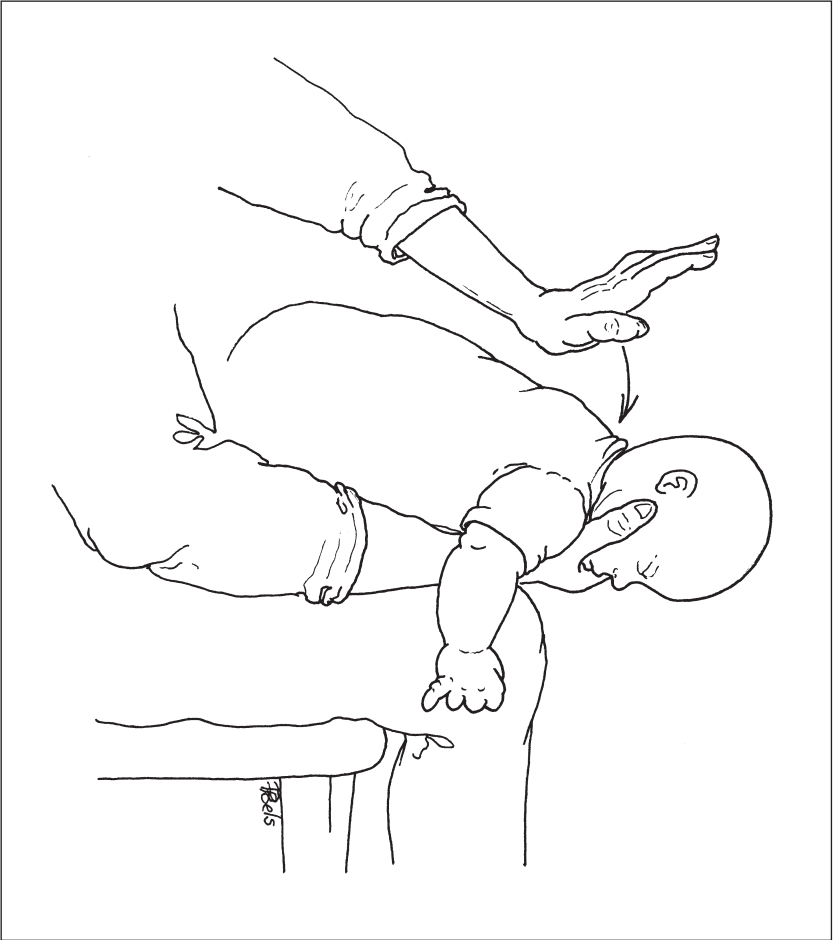
## 6.1 Valse kroep (pseudokroep), laryngotracheobronchitis, laryngitis stridulosa

Symptomen lijken op die van verkoudheid, blafhoest, inspiratoire stridor en nachtelijke onrust. Meestal verdwijnen deze na 48 uur.

Deze aandoening wordt veroorzaakt door oedeem ter hoogte van de larynx/trachea ten gevolge van een virale infectie (meestal para-influenza).

Ga voor de behandeling als volgt te werk:

- Kalmeer het kind (en de ouders!).
- Dien analgetica/antipyretica toe: paracetamol of ibuprofen 3 x 10 mg/kg/dag.
- Stoominhalatie (bijvoorbeeld het kind in de badkamer zetten terwijl warm water in de badkuip loopt) wordt vrij algemeen aangeraden, ook al is hier geen wetenschappelijke onderbouwing voor.
- Dien eenmalig betamethasonedruppels toe po, bijvoorbeeld Celestone® 0,3 ml/kg.
- Als het kind braakt, dien dan eventueel IM toe: methylprednisone, bijvoorbeeld Solu-Medrol® 40 à 3,2 mg/kg = 0,4 ml/5 kg.
- Indien er sprake is van onzekerheidsgevoel, cyanose, bewustzijnsdaling of zuurstofsaturatie < 94%: ga over tot hospitalisatie en dien in afwachting zo mogelijk zuurstof toe.



Handgreep van Heimlich bij kinderen

## 6.2 Epiglottitis

De symptomen lijken op die van valse kroep bij een ernstig ziek kind met hoge koorts. Kinderen nemen een typische houding aan: zittend, voorovergebogen met open mond, speekselvloed.

Cave: onderzoek de keel NIET! Plotse dood is mogelijk wegens spasme met totale obstructie van de luchtweg.

Deze aandoening wordt veroorzaakt door een infectie (meestal haemophilus influenza of streptococcus pneumoniae).

Ga meteen over tot hospitalisatie bij het minste vermoeden van epiglottitis. Leg het kind niet neer maar laat het rechtop zitten, het liefst op de schoot van een volwassene. Dien eventueel zuurstof toe als dit het kind niet stoort.

## 6.3 Obstructie door vreemd lichaam

Symptomen zijn plots hevige dyspnee, gaande tot cyanose, en initieel hevig hoesten.

Hou het kind voorover en sla krachtig op de rug (zie illustratie hiernaast). Hanteer de Heimlich-handgreep. Als dit faalt: ga over tot tracheotomie via punctie, en zo nodig hospitalisatie.

# Traumata

Michel Bollen

## 13.1 Algemene regels

- Bij ongevallen is het belangrijk bij de minste twijfel de situatie objectief te documenteren. Zo voorkomt u juridische problemen achteraf en staat u meteen veel steviger in de relatie met de patiënt als hij na enkele dagen niet klachtenvrij blijkt te zijn.
- Bij fracturen mag u altijd analgetica geven, inclusief (zo nodig) morfine. Daarbij ontstaan geen problemen in verband met eventuele anesthesie achteraf. De uitzondering op deze regel is een schedeltrauma, waar de beoordeling van bewustzijn en gedrag erg belangrijk zijn. Vermeld de toediening van morfine wel altijd op de verwijfsbrief.
- Onderzoek na enkele dagen de patiënt opnieuw: misschien werd bij het eerste contact een bijkomend letsel over het hoofd gezien! Herhaal eventueel een RX na 1 week. Een barst wordt soms pas na die tijd duidelijk.
- Denk ook aan de mogelijkheid van letsels op een andere plaats dan waar het oorspronkelijk trauma zich voordeed (bv. een miltruptuur bij een val met coma).
- Hoe zwaarder het trauma, hoe zwaarder (als regel) ook de letsels die verwacht kunnen worden, zelfs bij patiënten met op het eerste gezicht geen klachten. Informeer de patiënt en zijn omgeving steeds over mogelijke gevaarlijke evoluties in de volgende dagen en weken, en over wat zij dan moeten doen.

Een RX leert niets over het al dan niet aanwezig zijn van hersenletsel.

Als na schedeltrauma radiologie aangewezen lijkt, laat dan meteen een CT-scan maken.

Zie ook het hoofdstuk over bewustzijnsdaling en coma.



**Veiligheidshouding**



## 13.2 Schedeltrauma

Elk schedeltrauma verdient een goed klinisch onderzoek en zelfs indien dit negatief is, later nog een controle om complicaties vroeg op te sporen. Let daarbij speciaal op het bewustzijn (zie de Glasgow-comaschaal op blz. 70), anisocorie, tekens van lateralisatie en uitvalsverschijnselen. Denk ook aan de mogelijkheid van een geassocieerd nekletsel.

### 13.2.1 Aandachtspunten

- Vraag bij een oproep of de patiënt bewusteloos is. Zo ja, laat dan ook de MUG sturen.
- Beoordeel het bewustzijn met behulp van de Glasgow comaschaal, vooral voor de beoordeling van de evolutie.
- Shock: denk aan de mogelijkheid van een schedeltrauma in combinatie met inwendige bloedingen elders.
- Obstructie van de luchtwegen bij een bewusteloze patiënt door tong, tandprothese, sputum, bloed, braaksel: aspireer en breng de patiënt in de veiligheidshouding.
- Cave! Paradoxe ademhaling: in geval van obstructie van de luchtwegen bij een bewusteloze patiënt wordt bij de inspiratie de thorax naar binnen getrokken en het abdomen naar buiten geduwd, waardoor men de valse indruk krijgt dat de patiënt goed ademt.
- Overdruk kan het gevolg zijn van bloedingen, oedeem en/of schedelindeuking. Dit zorgt voor een daling van het bewustzijn, anisocorie, braken en hoofdpijn, eventueel verwardheid.
- Hematomen onder de hersenpan:
  - geleidelijk toenemen van de overdruktekens, hetzij snel na het trauma (bv. bij intracerebraal hematoom), hetzij na een lucide interval van uren, dagen of zelfs maanden (bv. chronisch subduraal hematoom);
  - soms lateralisatietekens.

Halskraag: slechts een van de huisartsen uit onze groep heeft gewoonlijk een halskraag in de wagen. Misschien zou het beter zijn dat iedereen dat bij zich heeft.

#### Safety netting

- Geef duidelijke instructies over wat te volgen.
- Informeer de ouders of de omgeving van de patiënt over hoe ze u gedurende deze periode kunnen bereiken.

Of: maak een verwijsbrief en instrueer de ouders of de omgeving om bij afwijking meteen – met uw brief – naar de spoedgevallendienst van het ziekenhuis te gaan.

- Hersenstamlaesie, hetzij rechtstreeks, hetzij later bij inklemming. Dit geeft een beeld met tachypneu, tachycardie, hyperthermie en tonische strekkrampen (DD epilepsie).
- Wees bij een (zelfs licht) schedeltrauma ook altijd beducht voor nekletsels. Bij vermoeden van halswervelfractuur: laat een halskraag type Minerva aanleggen door een getrainde hulpverlener, terwijl een tweede hulpverlener tractie uitoefent

### 13.2.2 Mild brain injury

Zie hoofdstuk 9 voor criteria en diagnostiek.

Mild brain injury (vroeger commotio) impliceert amnesie, bewusteloosheid en/of braken en is klinisch niet altijd gemakkelijk te onderscheiden van een contusio cerebri. Het onderscheid is glijdend en vaak klinisch niet te stellen.

Dit beeld vergt in principe geen hospitalisatie, wel observatie gedurende de eerste 48 uren, vooral om de evolutie van het bewustzijn te controleren. Dit kan perfect door de omgeving van de patiënt (bij kinderen bijvoorbeeld de ouders) gebeuren.

Zij dienen dan om de drie uren te volgen:

- bewustzijn, ook 's nachts, door vragen te stellen en de patiënt te laten drinken;
- pupillen: anisocorie;
- herhaald braken, met speciale aandacht voor projectielbraken;
- veranderd gedrag.

Organiseer uw safety netting.

[Dit boek is online te koop \(klik hier\)](#)

Dit zakboekje is een hulpmiddel voor de huisarts om de eigen werkschema's voortdurend te preciseren, te vergelijken en aan te vullen. Het is ook een unieke mogelijkheid om snel iets op te zoeken of na te kijken. Van de vijf vorige uitgaven van dit boekje werden vele duizenden exemplaren verkocht en het werd intensief gebruikt. Het geraakte echter verouderd en een nieuwe, wetenschappelijk sterker onderbouwde uitgave drong zich op. Net als in de vorige uitgaven berusten de schema's op consensus binnen de Maasmechelse huisartsengroep.

Dat de schema's van vorm verschillen, ligt voor de hand. Het gaat immers om urgenties. Wat eerst moet gebeuren, staat ook eerst. Een meteen zichtbare diagnose wordt meestal niet besproken en wat minder belangrijk is, wordt niet vermeld. Wel geven de auteurs nadere toelichting wanneer zij dat om één of andere reden gewenst achten.

**FRANK BUNTINX** is huisarts in Maasmechelen en hoogleraar aan de afdelingen Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven en de U. Maastricht. Hij is researchcoördinator binnen het Leuvens Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde en projectleider van Intego.

**BRUNO BEMELMANS** is huisarts in Maasmechelen en voorzitter van de vzw Huisartsen Maasmechelen.

**BERT AERTGEERTS** is huisarts in Wilsele, hoogleraar en afdelingshoofd van het Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven.

Dit boek maakt deel uit van de reeks ACHG, uitgegeven in samenwerking met het Academisch Centrum Huisartsgeneeskunde van de KU Leuven. De boeken in deze reeks zijn een praktisch hulpmiddel bij de dagelijkse professionele zorg van patiënten.

