

Vakblad **v&vn** **AMBULANCEZORG**



Vakgroep Ambulancechauffeurs

Kees Veldboer, de man voor wie 'kan niet' niet bestond

Bijnierschorsinsufficiëntie: hoe zat het ook alweer?

RACE- score

Leren in de ambulancezorg

De Meldkamer Ambulancezorg in historisch perspectief

Sdu

Bijnierschorsinsufficiëntie: hoe zat het ook alweer?

CASUS

Stel je voor. Vrijdagavond 21:45 uur. Tijdens je dienst komt een melding binnen van een man van 53 jaar, onwel geworden voor de deur van zijn huis. Jullie rijden met spoed naar het huisadres dat de echtgenoot heeft doorgegeven. Zij heeft de MKA ook al verteld dat haar man lijdt aan bijnierschorsinsufficiëntie. Er rinkelt ergens een belletje in je achterhoofd. Bijnierschorsinsufficiëntie? Was dat geen Addison? Hoe zat het ook alweer? Je zoekt het op in je protocollenboekje. Bij aankomst roept de echtgenoot: 'We hebben een noodinjectie in huis en zijn dokter moet worden gebeld, want hij heeft bijnierschorsinsufficiëntie!' Gelukkig heb je de aanpak al met je collega doorgesproken en kunnen jullie meteen aan de slag.

Dit artikel gaat over de acute zorg voor mensen met bijnierschorsinsufficiëntie en de eerste handelingen door de acute zorgmedewerker. Het artikel is geschreven door Jacqueline Neijenhuis van BijnierNET. Fotografie: Thijs Gras

Wat is bijnierschorsinsufficiëntie?

Bijnierschorsinsufficiëntie is een aandoening waarbij de aanmaak van bijnierschors hormonen is verminderd. Er zijn drie vormen:

- primaire bijnierschorsinsufficiëntie: er is een probleem van de bijnieren zelf en dit wordt ook wel de ziekte van Addison genoemd;
- secundaire bijnierschorsinsufficiëntie: er is een probleem van de hypofyse, die om wat voor reden dan ook is beschadigd of niet meer functioneert;
- steroïd-geïnduceerde bijnierschorsinsufficiëntie: ontstaat door gebruik van medicijnen met corticosteroiden.

Bijnierschorsinsufficiëntie is een complex ziektebeeld. Het is een zeldzame endocriene aandoening die niet te genezen is. Het treft 6.000 tot 7.000 mensen in Nederland. Bij deze aandoening functioneert o.a. de hypothalamus-hypofyse-bijnier



as (HPA-as) niet meer, of niet goed genoeg. Het resultaat is dat de bijnier niet voldoende cortisol aanmaakt tijdens stressvolle momenten en dit is in potentie een levensbedreigende situatie. De aandoening is goed te behandelen met medicatie én training van de patiënt en zijn naasten. (Zie <http://bit.do/fRGsE> voor meer informatie.)

Een Addison-crisis is een acute verslechtering van de gezondheidstoestand, die gepaard gaat met hypotensie (het zij absoluut, hetzij relatief). De symptomen verminderen binnen 1-2 uur na parenterale toediening van glucocorticoiden. Zo is een duidelijke verhoging van de bloeddruk binnen een uur te verwachten, en verbetering van andere klinische symptomen in de loop van een paar uur.

Tabel 1. Klachten, symptomen en biochemische kenmerken van een Addison-crisis.

Klachten

Maaag-darm: anorexia, misselijkheid, braken

Pijn: in buik, ledematen, rug

Ernstige vermoeidheid

Ernstig gevoel van zwakte

Orthostatische duizeligheid, syncope

Vewardheid

Symptomen

Buikpijn, actief spierverset

Hyperpigmentatie (alleen in geval om primaire bijnierschorsinsufficiëntie)

Koorts

Hypotensie: systolische bloeddruk <100 mmHg of >20 mmHG lager dan gebruikelijk voor de patiënt. Bij kinderen: acute hemodynamische verstoring in vergelijking met leeftijd-gerelateerde referentie, vertraagde capillaire refill tachycardie of circulatoire collaps

Verminderd bewustzijn: delirium, sufheid, coma

Biochemische afwijkingen tijdens routine bloedonderzoek

Hyponatriëmie

Hyperkaliëmie

Hypercalciëmie

Hypoglykemie (komt vaker voor bij kinderen dan bij volwassenen)

Veranderingen witte bloedbeeld: neutropenie, eosinofilie, lymfocytose

Lichte normocytaire anemie

Bron: Rushworth RL et al. Adrenal crisis *N Engl J Med* 2019;381:852-61

De melding betreft een man met bijnierschorsinsufficiëntie en zijn echtgenoot roept iets over een noodinjectie en het contact met de behandelend dokter. Wat gebeurt hier?

Bij grote stress maakt een gezonde bijnier een grote hoeveelheid cortisol aan. Wanneer dat niet gebeurt vanwege bijnierschorsinsufficiëntie wordt de patiënt slap, voelt zich zwak, is vaak misselijk met braken, vermindert de concentratie en zakt de bloeddruk. Dit kan eindigen in circulatoire shock en coma en dat wordt een bijniercrisis genoemd. Door tijdig hydrocortison in te nemen in de vorm van een tablet of, bij ernstige stress, een noodinjectie hydrocortison, kan een ernstige bijniercrisis worden voorkomen. Patiënten, en vaak ook hun naasten, spreken met de behandelend endocrinoloog af wanneer zij regulier hun medicatie innemen. Daarnaast krijgen patiënten en desgewenst hun naasten stressinstructies van verpleegkundig specialisten. BijnierNET (een multidisciplinair netwerk) heeft in samenwerking met verenigingen van artsen, verpleegkundigen en patiënten afspraken gemaakt over hoeveel de inname van hydrocortison moet worden verhoogd bij bepaalde stressvolle situaties. Dit is vastgelegd in een document dat bij de Kwaliteitsstandaard Bijneraandoeningen hoort. Verpleegkundig specialisten bij expertisecentra verzorgen trainingen aan patiënten die zo hun kennis en vaardigheden op peil kunnen houden. (Meer informatie over stressinstructies op <http://bit.do/frGsJ>)

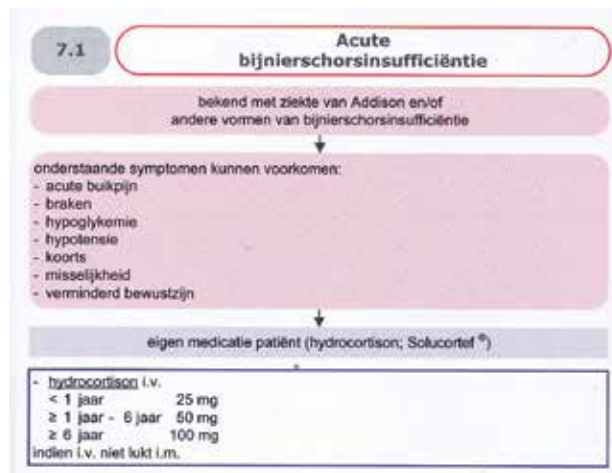
Eerst spuiten, dan praten! Dus, wat doen jullie in dit geval?

Je treft een onwel geworden man aan met in ieder geval bijnierschorsinsufficiëntie. Bij deze feiten gaan alle alarmbellen af. Hij heeft gelukkig een echtgenoot die weet wat er moet gebeuren en onderweg had je met je collega al besloten tot de volgende aanpak:

1. De noodinjectie hydrocortison 100 mg moet worden gegeven. Veel diensten hebben Solu-Cortef op de ambulance. [INVOEGEN AFB. 1] Jullie besluiten de medicatie uit je eigen koffer te gebruiken en dit bij voorkeur IV toe te dienen, maar weet dat in het noodtasje van de patiënt vaak ook een ampul hydrocortison 100 mg zit, die eventueel IM gegeven kan worden. Andere alternatieven zijn dexamethason 4 mg of Di-Adreson-F aquosum 25 mg.
2. De echtgenoot weet dat er contact moet worden opgenomen met de behandelend endocrinoloog in het ziekenhuis. Dit is volledig conform de stressinstructies en dus de gemaakte afspraken tussen de behandelend arts en de patiënt: eerst spuiten, dan praten, dat is in dit geval het devies.
Het is belangrijk te vermelden dat deze werkwijze van 'eerst behandelen en dan onderzoek' vergelijkbaar is met de handelwijze bij mensen met diabetes mellitus. De tweede stap is dus contact zoeken met de behandelend endocrinoloog. Tussen stap 1 en 2 kan natuurlijk wat tijd zitten.

De ambulanceverpleegkundige brengt na het geven van de noodinjectie de volledige situatie in kaart. Immers, waarom is de man onwel geworden? Er kan een tweede probleem zijn waardoor de bijniercrisis is getriggerd. Het is een overweging om digitaal een samenvatting van het patiëntdossier op te vragen bij de huisarts of een overzicht van de medicatiegegevens, wanneer dit mogelijk is. Enkele RAV-regio's hebben de mogelijkheid om een samenvatting van het huisartsendos-

sier of een medicatie-overzicht op te vragen, op basis van de Richtlijn gegevensuitwisseling – huisarts – huisartsenpost – ambulancedienst – afdeling spoedeisende hulp (2014). Dit kan ook informatief zijn bij het eigen onderzoek. Afhankelijk van de conclusie handelt de ambulanceverpleegkundige op basis van de bekende protocollen (o.a. protocol 7.1 in LPA 8.1, oktober 2019) en eigen inzicht. Overigens zijn deze stappen onderdeel van het in te voeren LPA 9.0 (verwachting januari 2023).



Stel dat het voor het vervolg van de behandeling nodig is dat de man naar een ziekenhuis wordt gebracht. Wat is daarbij dan belangrijk?

Voor de zorg van mensen met bijnierschorsinsufficiëntie geldt: zorg dichtbij als het kan, verder weg als het moet. Dit is belangrijk. De ambulanceverpleegkundige bepaalt op basis van informatie van de patiënt en zijn huidige conditie, de echtgenoot (in dit geval), de behandelend endocrinoloog en de SEH-afdeling van het dichtstbijzijnde ziekenhuis, waar de patiënt het best behandeld kan worden en wanneer vervoer daarnaartoe noodzakelijk is.

Zorg dichtbij als het kan, verder weg als het moet betekent ook dat goede zorg voor mensen met een bijnierziekte dichtbij huis gegeven kan worden. Voor (specifiek) endocriene problemen kan de patiënt het best naar het 'eigen' behandeld centrum worden vervoerd. Een besluit hierover kan uitsluitend worden genomen in overleg met de afdeling endocrinologie van dat centrum en deze zijn daarom 24/7 telefonisch bereikbaar via het noodnummer dat staat vermeld in de stressinstructies voor de patiënt.

De echtgenoot (dit voorbeeld) kan vast dit nummer geven. Het resultaat van het overleg kan ook zijn dat de patiënt het beste thuis kan opknappen, met het advies de dag erna wel een bezoek te brengen aan de polikliniek. Het verdient niet de voorkeur een bijnierpatiënt bij de dichtstbijzijnde SEH af te leveren zonder eerst telefonisch contact op te nemen met de behandelend endocrinoloog en/of een collega.

Stel dat deze man op een willekeurige andere plek in Nederland op straat wordt gevonden? Hoe kan de ambulancemedewerker weten dat er in ieder geval ook sprake is van bijnierschorsinsufficiëntie?

Bij de stressinstructies ontvangen patiënten adviezen over het verstandig kenbaar maken van het feit dat zij afhankelijk zijn van hydrocortison. De ambulanceverpleegkundige kan dit herkennen aan bijvoorbeeld het zichtbaar dragen van een noodkaartje aan de riem van de schoudertas of in de porte-

BELANGRIJKE MEDISCHE INFO



DEZE PATIËNT IS AFHANKELIJK VAN SUBSTITUThERAPIE MET CORTISON

In geval van ernstige ziekte, trauma,
braken of diarree,
ZO SPOEDIG MOGELIJK
100 mg hydrocortison iv/im én een
infuus met fysiologisch zout toedienen.

Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie

feuille. Ook in deze situatie geldt: eerst stap 1 -> noodinjectie hydrocortison plaatsen en daarna het eigen onderzoek. Eén van de adviezen die patiënten krijgen, is het dagelijks meenemen van het noodtasje.



Mocht je om wat voor reden dan ook geen hydrocortison bij de hand hebben, dan heeft de patiënt waarschijnlijk in dit tasje ook een noodinjectie zitten. Verder vindt de acute zorgmedewerker er het noodnummer van de behandelend endocrino-

loog. Alvorens dit overleg in te gaan is het, indien mogelijk, te overwegen digitaal een samenvatting van het huisartsdossier op te vragen en/of de medicatiegegevens.

Om te onthouden

Bij een acute zorgvraag van een patiënt met bijnierschorsinsufficiëntie zijn tijdens een stressvolle situatie altijd de stressinstructies van toepassing. Dat betekent dat waarschijnlijk een noodinjectie hydrocortison geven nodig is. Eerst spuiten, dan praten. Patiënten (of hun naaste omgeving) zijn over het algemeen getraind en weten wat er moet gebeuren om een ernstige bijniercrisis te voorkomen. Het zelfmanagement is essentieel onderdeel van de behandeling. Gebruik deze informatie bij het eigen onderzoek ter plaatse. Overleg met de behandelend medisch centrum is aangewezen. Bel dus altijd met de dienstdoend endocrinoloog via het nummer dat bij de patiënt bekend is. Echt doen, want dit kan voorkomen dat je iemand onnodig presenteert, maar ook dat je iemand onterecht thuislaat. Rapporteer alles goed in het dossier om de vaste huisarts van de patiënt te kunnen informeren.

Meer informatie over acute zorg voor mensen met bijnierschorsinsufficiëntie:

www.bijniernet.nl

www.aorta-lsp.nl/spoedzorg

www.metspoedbeschikbaar.nl

www.nve.nl, klinisch netwerk Bijnier

www.Bijniervereniging-nvacp.nl, waar de noodkaartjes te bestellen zijn.



Kennis over bijnierschorsinsufficiëntie opfrissen?

Dat kan. Geaccrediteerde e-learning en terugkomdag o.l.v. experts.

Meer informatie: www.bijniernet.nl/educatie -> training bijnier- en hypofyse-aandoeningen.