

De medische anamnese

Risicoschatting en preventie in de algemene praktijk

Samenvatting

De medisch gecompromitteerde patiënt kan door de tandarts door middel van een anamnese herkend worden. Het treffen van adequate voorzorgsmaatregelen voorkomt onnodig medisch handelen. Ook in het kader van de EG-voorstellen ten behoeve van de tandheelkundige opleiding wordt aan het voorkomen van medische calamiteiten in de praktijk grote waarde gehecht.

ABRAHAM-INPIJN L., DE JONG KJM., OOMEN HAPC. De medische anamnese. Risicoschatting en preventie in de algemene praktijk. Ned Tijdschr Tandheelkd 1990; 97: 452-4.

L. Abraham-Inpijn, internist
K.J.M. de Jong, tandarts
H.A.P.C. Oomen, internist

Uit de afdeling Algemene Ziekteleer en Inwendige Geneeskunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde te Amsterdam.

Trefwoorden: **Bijzondere tandheelkunde** – Medische anamnese

Datum van acceptatie: 17 juli 1990.

Adres: Prof. Dr. L. Abraham-Inpijn, ACTA, Louwesweg 1, 1066 EA Amsterdam.

1 INLEIDING

Twee invalshoeken vormen de basis voor de trias 1. anamnese, 2. risico en 3. preventie.

Ten eerste is bij de herziening 'regeling bijzondere tandheelkundige hulp', ingegaan op 1 januari 1990, in artikel 9a bepaald dat de huistandarts, waar mogelijk, bijzondere hulp gaat verlenen. Artikel 9a – lid 3b expliciteert dit voor de zogenaamde medisch gecompromitteerde verzekerde door de toevoeging: 'Indien een medische behandeling zonder deze tandheelkundige hulp aantoonbaar onvoldoende resultaat zal hebben'. Voor het traceren van een medisch gecompromitteerde patiënt is het opnemen van medische gegevens onontbeerlijk. Tevens dient de tandarts het 'chronisch' medisch risico te kennen en dienen preventieve handelingen bekend te zijn. Artikel 9a – lid 3b stelt de orale status centraal, zijnde van negatieve invloed op de 'niet-gezonde patiënt'. Het risico voor de 'medisch gecompromitteerde patiënt' is van chronische aard en een tandheelkundig probleem. De patiëntenpopulatie die dit betreft, is beperkt tot voornamelijk systemische afwijkingen.

Ten tweede is het onbekend hoeveel en welke acute medische complicaties zich tijdens tandheelkundige behandeling in Nederland voordoen. De tandheelkundige zorgverlening wordt intensiever. De medische ontwikkelingen maken het mogelijk dat zieken ambulantly blijven. De vergrijzing van de bevolking en de ontwikkeling dat ouderen het eigen gebit behouden, spelen een rol. Het acute medische risico tijdens tandheelkundige behandeling neemt daarmee toe.

Bij de inschaling van acute medische risico's wordt uitgegaan van het standpunt dat 'een patiënt bij een electieve tandheelkundige ingreep de praktijkruimte medisch gezien niet in een slechtere conditie mag ver-

laten dan bij binnenkomst bestond'. Het medisch risico en vooral de acuut optredende pathologie staat centraal en betreft regelmatig orgaandysfuncties.

Voor beide invalshoeken is een 'opsporingssysteem' in de vorm van een gestandaardiseerde medische anamnese essentieel.

In dit artikel wordt beschreven hoe men efficiëntie (minimale tijdsbelasting) en effectiviteit (optimale risicoschatting) kan combineren.

2 MEDISCHE ANAMNESE

Het ontwikkelen van een medische vragenlijst ten behoeve van de tandheelkundige behandeling is, althans binnen het ACTA, in 1987 gestart. Het betrof vergelijkend onderzoek. Het mondeling opnemen van vragen werd vergeleken met het resultaat van een registratie door de patiënt zelf.

De opbrengst van een korte vragenlijst werd getoetst aan die van een lange. Ook werden gegevens vergeleken van identieke lijsten die met een interval van drie weken door dezelfde patiënt waren ingevuld. Validiteitsonderzoek en toetsing in vijf uiteenlopende algemene tandartspraktijken sloten het eerste deel van dit onderzoek af.

De hieruit voortgekomen concept-anamnese registreert risico's en brengt gradaties aan. De investering in tijd voor de tandarts wordt beperkt doordat de patiënt de vragenlijst invult. De tandarts verifieert of de patiënt de vragen heeft begrepen. Om de investering in tijd voor de patiënt te beperken, zijn de vragen in blokken gesteld. De 'signalerende' hoofdvraag wordt, indien deze positief wordt beantwoord, gevolgd door 'risico-bepalende' subvragen. Indien de patiënt de hoofdvraag met 'nee' beantwoordt, zijn de subvragen niet van belang.

Tabel I. ASA-criteria. Korte weergave van de risicoscore gebaseerd op de ASA-(American Society of Anesthesiologists) criteria uit 1941.²

I	Gezonde patiënt
II	Lichte systemische afwijkingen
III	Activiteitbelemmerende systemische afwijkingen
IV	Levensbedreigende systemische afwijkingen
V	Binnen 24 uur terminale afwijkingen

Tabel II. ASA-criteria en tandarts. Gemodificeerde ASA-risicoscore voor toepassing in de tandartspraktijk.³

I	Iedere behandeling mogelijk
II	Enige beperking: <ul style="list-style-type: none"> – Overleg behandelend arts – Behandelingsduur beperken – Stress beperken – Profylactische maatregelen
III	Beperkte behandeling: <ul style="list-style-type: none"> – Overleg behandelend arts – Strikte voorwaarden
IV	Alléén noodvoorzieningen

3 RUBRICERING IN RISICOGROEPEN

De medische anamneselijst werd gekoppeld aan een risicoscore-concept, afgeleid van het ASA-principe. De ASA-score (American Society of Anesthesiologists) dateert uit 1942 en werd opgesteld ten behoeve van patiënten die algehele narcose moesten ondergaan. Rond 1962 is een gemodificeerd systeem in gebruik gekomen ten behoeve van tandartsen die intraveneuze analgetica en inhalatie-sedatie met lachgas toepasten. De ASA-risicoscore is nu

ingeburgerd als classificatie bij preoperatief onderzoek en ook voor ingrepen onder lokale anesthesie.

De ASA-score wordt ingedeeld in vijf hoofdgroepen (tab. I). De gezonde patiënt wordt door groep 1 gesymboliseerd. Deze patiënt kan iedere geïndiceerde tandheelkundige behandeling ondergaan. Groep 5 omvat de patiënt die binnen 24 uur zal overlijden, indien geen chirurgische behandeling plaatsvindt. Deze groep bezoekt de tandarts in de praktijk niet. De gemodificeerde ASA-criteria voor de tandarts zijn vermeld in tabel II.

4 KOPPELING MEDISCHE ANAMNESE

Het ontwerp van de medische anamnese met hoofdvraag en subvragen maakt de koppeling aan de gemodificeerde risico-inschatting overeenkomstig de ASA-criteria mogelijk. Risicoscore II wordt gedefinieerd als 'de patiënt met een systemische afwijking welke klachten veroorzaakt bij psychische of lichamelijke inspanning'.

Deze systemische afwijking kan in het kader van artikel 9a – lid 3b extra tandheelkundige zorg behoeven. Patiënten behorend tot risicogroep III en IV zijn vooral van belang in het kader van de preventie van acute medische risico's.

Het opstellen van preventieve maatregelen ten behoeve van de tandarts algemeen-practicus begint bij een ASA-risicoscore II. De voorwaarden waaronder de patiënt behandeld kan worden, nemen toe naar mate het risico van de patiënt stijgt.

5 KOPPELING VAN MEDISCHE ANAMNESE, MEDISCH RISICO EN PREVENTIEVE MAATREGELEN

Stel, de vraag 'Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris)?' wordt met 'ja' beantwoord. Patiënt behoort tot ASA-score II. Hij is niet gezond, zijn lichamelijke klachten treden op bij inspanning en vormen een belemmerende factor. Patiënt vult nu de aanvullende vragen in. Deze moeten discrimineren tussen het bestaan van een ASA-risico III c.q. een ASA-risico IV. Indien patiënt de vraag 'Hebt u activiteit moeten verminderen?' ook bevestigend beantwoordt, wordt ASA-klasse III bereikt. De laatste twee vragen van dit blok informeerden beide naar het bestaan van een risicogroep IV.

De preventie bij ASA-score II bestaat uit beperking van de duur, pijn en de belasting van de geplande tandheelkundige ingreep. Dit is alleen mogelijk bij goede mondhygiëne en regelmatige controle. Het voorkomen van pijnklachten betekent bij deze patiënt het voorkomen van de kans op ischemie van de hartspier.

Bij ASA-risico III kan preventief nitrogly-

Tabel III. Vragen in de anamnese gegroepeerd naar oplopende ASA-risicoscore.

Vraag	Score bij positief antwoord
1. Hebt u pijn of een knellend gevoel op de borst bij inspanning (angina pectoris?)	II
Zo ja, – Hebt u activiteiten moeten verminderen?	III
– Nemen de klachten de laatste tijd toe?	IV
– Hebt u ook klachten in rust?	IV
2. Hebt u een hartinfarct gehad?	II
Zo ja, – Ondervindt u daarvan nog steeds klachten?	III
– Hebben zich na het hartinfarct complicaties voorgedaan?	III
– Hebt u in de laatste zes weken een hartinfarct gehad?	IV
3. Hebt u suikerziekte?	II
Zo ja, – Gebruikt u insuline?	II
– Bent u vaak 'ontregeld' (hypo-/hyperglykemie)	III
– Wordt u behandeld voor complicaties van hart en vaten ten gevolge van diabetes?	IV

cerine (0,4 mg Nitrostat® of 0,5 mg Nitrobaat®) sublinguaal in zittende of liggende houding, voorafgaand aan de tandheelkundige behandeling worden gegeven. De meeste patiënten zijn zelf in het bezit van deze medicatie. Deze preventie is er op gericht de perifere circulatie te verwijden en daarmee de bloeddruk te verlagen. Op deze wijze worden de eisen aan de zuurstof-toevoer naar de hartspier verlaagd en daarmee de eisen aan de coronaire circulatie. Het optreden van ischemie tijdens de behandeling kan zo worden beperkt of voorkomen. Angina pectoris is een symptoom dat de discongruentie tussen de vraag naar zuurstofrijk bloed ten opzichte van het aanbod aantoonst. Niet iedere ischemie van de hartspier leidt tot versterf. Wel kan zuurstoftekort ritmestoornissen, met name ventrikelfibrilleren, induceren: de belangrijkste oorzaak van acute hartdood.

De patiënt met een angina pectoris klasse IV dient niet behandeld te worden zonder voorafgaand overleg met de huisarts of specialist. Dit overleg kan telefonisch plaatsvinden. Aangeraden wordt het gesprek schriftelijk te bevestigen, met behulp van een standaardbrief.

Indien de vraag: 'Hebt u een hartinfarct gehad?' bevestigend wordt beantwoord is een ASA-score II bereikt. Deze patiënten dienen gevrijwaard te blijven van stressvolle, langdurende tandheelkundige ingrepen. De patiënt of tandarts dient te beschikken over nitroglycerine. Bij de eerste tekenen van angina pectoris wordt dit middel sublinguaal gegeven.

Nitroglycerine leidt bij angina pectoris binnen vijf minuten tot vermindering van klachten. Patiënt behoort tot ASA-score III, indien hij in aansluiting op een myocardinfarct klachten heeft gehouden c.g. dat hij voor complicaties wordt behandeld. De tandarts dient te verifiëren welke klachten of complicaties na het myocardinfarct zijn opgetreden. Deze vraagstellingen met

betrekking tot complicaties van het hart of circulatie komen in de verdere anamnese aan de orde. Indien de patiënt bijvoorbeeld na zijn hartinfarct ritmestoornissen heeft ontwikkeld, zal de hierop gerichte vraag positief worden beantwoord en zal de risico-inschatting aan deze opgetreden afwijking worden getoetst.

Een patiënt met een myocard infarct, ook zonder complicaties, jonger dan zes weken, is een absolute contraïndicatie tegen electieve tandheelkundige behandeling. Deze situatie leidt bij belasting tot een hoge kans op recidief en complicaties.

De positief beantwoorde vraag: 'Hebt u suikerziekte?' betekent voor de tandarts risicoscore II.

In het kader van artikel 9a – lid 3b is stringente mondhygiëne met professionele ondersteuning ten minste driemaal per jaar aangewezen. Het medisch adequaat behandelen van de patiënt is direct afhankelijk van een goede mondgezondheid. Niet alleen foci dienen verwijderd te worden doch ook bronnen voor ontsteking (overhangende vullingen). De weerstand tegen infecties is bij bloedsuikerverhoging verminderd. Problemen zijn met name te verwachten bij patiënten die aangeven labiel te zijn met betrekking tot de glucoseregulatie (risicogroep III).

Een suikertekort of hypoglykemie geeft directe en blijvende hersenschade die bij herhaalde episoden cumulatief is. Behandeling in de ochtenduren, de meest stabiele periode, voorkomt veel problemen. Een advies van de tandarts aan de patiënt mag nooit leiden tot een verminderde koolhydraatopname op vaste tijden. Overleg met behandelaar ter vaststelling van een behandelingsstrategie voorkomt calamiteiten.

6 BESCHOUWING

Het koppelen van een aantal gerichte medische vragen aan een risico-indeling maakt een classificatie mogelijk, die leidt tot een voorstel tot preventieve maatregelen. Deze opzet wordt teruggevonden in 'Het verslag betreffende het profiel van de beoefenaar der tandheelkunde in de lidstaten van de Europese Gemeenschap en aanbevelingen om een vergelijkbaar hoog niveau in de basisopleiding te bereiken', welke vanaf 1992 van kracht wordt.¹

Het inspelen op deze voorstellen vindt binnen het curriculum tandheelkunde reeds plaats. Begin 1991 wordt met PAOT in dit kader gestart. Het effect is afhankelijk van drie factoren: uitvoerbaarheid door de tandarts, voldoende opbrengst voor en voldoende invloed op het dagelijks handelen.

SUMMARY

MEDICAL HISTORY, RISK FACTORS AND PREVENTION IN DENTAL PRACTICE

Key words: Preventive dentistry – Medical history – Risk-score

The need for the taking of a medical history when dealing with dental patients, is discussed from two different points of view. The medically compromised patient, according to article 9 part 3 of the regulation 'Special dentistry' in The Netherlands must be recognized by a medical history so adequate preventive treatment will avoid unnecessary medical intervention. As part of the EC proposals on the education of dental practitioners, the prevention of medical emergencies in the dental practice is important as well. A structured medical history based on risk classification and preventive measures meets both options.

LITERATUUR

- ¹Raadgevend comité voor de opleiding van beoefenaren der Tandheelkunde. Verslag betreffende het profiel van de Europese Gemeenschap en aanbevelingen om een vergelijkbaar hoog niveau in de basisopleiding te bereiken. Goedgekeurd Brussel 19 november 1986.
- ²SAKLAD M. Grading of patients for surgical procedures. *Anesthesiology* 1941; 2: 281-4.
- ³McCARTHY FM, MALAMED SF. Physical evaluation system to determine medical risk and indicated dental therapy modifications. *J Am Dent Assoc* 1979; 99: 181-4.