JAARGANG 58 / MEI 2015

H&W

5

Huisarts en Wetenschap

2015

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

ONDERZOEK

Combinatiescreening op vitamine B12-tekort

ONDERZOEK

Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten

NHG-STANDAARD

Urinesteenlijden

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

5

WETENSCHAP

234 ONDERZOEK Combinatiescreening op vitamine B12-tekort
Paul Geutjes, Jody van den Ouweland

238 Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten
Kees Ruijs, Ad Kerkhof, Gerrit van der Wal, et al.

242 COPD-screening bij ouderen heeft weinig effect
Loes Bertens, Johannes Reitsma, Yvonne van Mourik, et al.

246 BESCHOUWING Lifetime-risico geeft meer houvast bij CVRM
Ans Tiessen, Andries Smit, Jan Broer, et al.

249 COMMENTAAR Toekomstbestendigheid eerstelijnszorg
Herman Bueving

250 Geïntegreerde zorgprogramma's voor COPD?
Annemarije Kruis

NHG-STANDAARD

252 Urinesteenlijden (tweede herziening)
NHG-werkgroep Urinesteenlijden

256 Decubitus (eerste herziening)
Tjerk Wiersma

KLINISCHE PRAKTIJK

245 PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE Aanvullende diagnostiek
Geert-Jan Geersing

257 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Thuisarts.nl en bezoek aan de huisarts
Margreet Reitsma-van Rooijen, Joke Korevaar, Ton Drenthen

258 NASCHOLING Multipele sclerose in de huisartsenpraktijk
Tim Alleman, Bob van Oosten

264 Diagnostiek van lymeborreliose
Wim Ang, Tom Wolfs

269 (VER)STAND VAN ZAKEN De behandeling van acute enkeldistorsies
Adinda Mailuhu

274 SPREEKUUR! Kinderen met hielpijn
Jacqueline Stakenborg, Sjoerd Hobma

275 Bedplassen bij kinderen
Nicoline Bessems, Philippe Hoogsteder

276 CATS Bekkenfysiotherapie bij genitale prolaps
Chantal Panman, Jan Winters, Janny Dekker

277 PEARLS Duloxetine redelijk effectief bij neuropathische pijn
Eric van Rijswijk

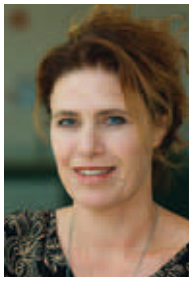
231 JOURNAAL
268 BOEKEN
270 INTERVIEW
272 COLUMN
273 KENNISTOETS
278 INGEZONDEN
280 COLOFON H&W

17 HET NHG

Superfoods, mis ik iets?

Moerbeien, gojibessen, amandelmeel, tarwegras, chiazaad: bent u deze producten al tegengekomen? De gemiddelde drogist of groenteboer heeft tegenwoordig schappen vol met deze 'superfoods'. Ik liep ze tot voor kort gewoon voorbij, zonder het gevoel te hebben ook maar iets te missen.

Totdat ik te kampen kreeg met een hardnekkige hoest. Na wekenlang blaffen op de onhandigste momenten, slapeloze nachten en een pijnlijke ribbenkast bleef ik wel staan voor een schap met superfoods. In verleiding gebracht door de belofte van stralende gezondheid liep ik even later naar buiten met een zakje gedroogde cranberry's: 'rijk aan vitamines, mineralen en anti-oxidanten' en 'een boost voor je immuunsysteem'. Ik kon me ineens voorstellen dat de gemiddelde Nederlander, lees: mijn patiënt, dit niet wil missen.



Vitamines en mineralen

Op de site van het Voedingscentrum (www.voedingscentrum.nl) lees ik dat er geen superfoods bestaan. 'Geen enkel voedingsmiddel kan alle essentiële voedingsmiddelen leveren die ons lichaam nodig heeft' en daarom adviseert het Voedingscentrum nog steeds te eten volgens de aloude schijf van vijf. Zoeken op 'superfood' op de site van de Gezondheidsraad (www.gr.nl) levert 0 hits, maar in het rapport *Naar een voldoende inname van vitamines en mineralen* wordt wel gewaarschuwd voor inname bóven de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden (ADH's). De Gezondheidsraad adviseert alleen suppletie van vitamine K aan pasgeborenen, vitamine D aan specifieke groepen en vitamine B12 aan veganisten. In de loop van dit jaar zal het advies 'Richtlijnen gezonde voeding 2015' van de Gezondheidsraad verschijnen, ik wacht in spanning af wat erin staat over superfoods.

Feit is dat we nog weinig weten over het effect van laagnormale waarden van vitamines en mineralen, en vragen van patiënten hierover nog onvoldoende kunnen linken aan bepaalde klachten. Of een te hoge inname echt onschadelijk is – baat het niet, dan schaadt het niet – is ook nog maar zeer de vraag. Aangezien inmiddels een kwart tot de helft (!) van de Nederlanders voedingssupplementen of vitaminepreparaten slikt (bron: rivm), is aandacht voor onderzoek op dit vlak gewenst en in deze H&W geven we daartoe een aanzet. In het artikel van Geutjes, et al. leest u over de meerwaarde van het prikken op methylmalonzuur (MMA) bij patiënten met een laagnormale serumwaarde vitamine B12.

Vernieuwde kennistoets

Test u na het lezen van dit artikel hoeveel u ervan heeft opgepikt en maak onze vernieuwde Kennistoets (pagina 273). Vanaf deze maand zijn de vragen van de Kennistoets afgestemd op de artikelen in het betreffende nummer. Na het lezen van ons blad kunt u nu tien meerkeuzevragen maken om uw kennis te toetsen.

Mijn hoest is inmiddels bijna weg. De vraag is of het gewoon uit zichzelf is overgegaan of dat de cranberry's toch een beetje hebben geholpen. Ik laat de cranberry's maar even in de kast staan, volgens mij mis ik niks. ■

Annet Sollie

Duizeligheid bij ouderen

Bij duizeligheid zoeken we vaak naar één onderliggende oorzaak: is het een hartritmestoornis, orthostase of is het evenwichtsorgaan ontregeld? Bij ouderen is deze aanpak minder zinvol omdat de duizeligheid vaak multifactorieel is. Ook is het een teken van kwetsbaarheid in het algemeen.

Otto Maarsingh en zijn team onderzochten wat langetermijnvoorspellers zijn van duizeligheid bij ouderen. Dit deden zij in het Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA) Cohort. Hierin worden sinds 1992 mensen gevolgd die destijds 55 tot 85 jaar oud waren. Voor deze analyse selecteerden de auteurs mensen die in 1997-98 60 jaar of ouder waren (n = 1379). Bij follow-up (7 en 10 jaar later) werden de deelnemers geïnterviewd waarbij gevraagd werd of zij regelmatig duizeligheidsklachten hadden. Van de 1379 deelnemers waren er 681 nog in leven en beschikbaar voor dit interview en 128 deelnemers (18,9%) hadden regelmatig duizeligheid. Uit 26 tevoren benoemde voorspellers berekenden de onderzoekers met multivariabele logistische regressietechnieken welke kenmerken onafhankelijk voorspellend waren voor duizeligheid na zeven jaar. Dit waren: alleen wonen, duizeligheid in de voorgeschiedenis, angst of depressie, artrose, gebruik van nitraten, visusproblemen en verminderde functie van de onderste extremiteiten.

Duizeligheid bij ouderen is dus multifactorieel bepaald. De auteurs bevelen aan om duizeligheid als geriatrisch syndroom te zien, omdat dat beter past bij een multifactoriële aanpak en het je alert maakt op kwetsbaarheid in het algemeen. Het lijkt beter om alle factoren samen te bekijken en de potentieel modificeerbare factoren (zoals visusproblemen) aan te pakken dan om naar één onderliggende diagnose te zoeken. ■

Lidewij Broekhuizen

Maarsingh OR, et al. Predictors of dizziness in older persons: a 10-year prospective cohort study in the community. BMC Geriatr 2014;14:133.

Eczeem heeft geen invloed op groei van kinderen

Eczeem bij kinderen komt veel voor. Tot nu toe was het onduidelijk of het gebruik van corticosteroïden en verstoring van de slaap de lengtegroei beïnvloeden. Nieuw onderzoek maakt duidelijk dat kinderen met eczeem even lang worden als kinderen zonder eczeem.

Amerikaanse onderzoekers gebruikten gegevens van negen opeenvolgende dwarsdoorsnedeonderzoeken bij 264.000 kinderen en adolescenten. Bij 11% van de kinderen kwam eczeem voor. De lengte, gecorrigeerd voor leeftijd, werd vergeleken tussen kinderen met en zonder eczeem. Ook werd er rekening gehouden met gezinssamenstelling, inkomen en comorbiditeit (astma en hooikoorts). Helaas waren er geen gegevens bekend over het medicatiegebruik. Aangenomen werd dat er bij ernstiger vormen van eczeem hogere klassen corticosteroïden gebruikt werden. In geen van de onderzoeken was eczeem gerelateerd aan de lengtegroei. Alleen bij matig of ernstig eczeem en meer dan 4 nachten slechte slaap per week was er een relatie met minder lengte. Dit effect was echter verdwenen bij kinderen ouder dan 11 jaar.

Voor huisartsen is dit onderzoek van belang omdat zij vaak kinderen met eczeem behandelen. Gebruik van corticosteroïden en slaaptekort door nachtelijke jeuk kan leiden tot bezorgdheid over de lengtegroei. Deze zorgen worden door dit onderzoek volledig weggenomen. Zelfs in de groep kinderen met ernstig eczeem en veel slaaptekort wordt de lengtegroei later ingehaald. ■

Tobias Bonten

Silverberg JI, et al. Association between eczema and stature in 9 US population-based studies. JAMA Dermatol 10 december 2014. doi:10.1001/jamadermatol.2014.3432.

Foto: Corbis/Hollandse Hoogte

Bloedingsrisico's van dabigatran

Dabigatran beschermt beter tegen CVA's dan warfarine bij patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren. Over de veiligheid van het middel zijn de berichten minder positief. Zo wordt dabigatran steeds vaker in verband gebracht met een verhoogde kans op ernstige bloedingen.

In een retrospectief cohortonderzoek van patiënten met atriumfibrilleren werd nagegaan hoe vaak er bloedingen optraden. Van de deelnemers gebruikten er 1300 dabigatran (Pradaxa®) en ruim 8000 warfarine. De maximale follow-upduur was 14 maanden. Er werd onderscheid gemaakt tussen ernstig en gering bloedverlies.

Van alle dabigatran-gebruikers kreeg 32,7% tijdens de follow-up een bloeding, van wie 9% ernstig. Van de warfarine-gebruikers was dat 26,5%, van wie 5,9% ernstig. Dabigatran-gebruikers hadden daarentegen 0,6% kans op een intracraniële bloeding en warfarine-gebruikers 1,8%. Gastro-intestinale bloedingen en hematurie kwamen bij dabigatran-gebruik significant vaker voor dan bij warfarine-gebruik. Hematurie kwam voor bij 12% van de dabigatran-gebruikers en bij 8,8% van de warfarine-gebruikers. Gastro-intestinale bloedingen bij respectievelijk 17,4% en 10%. Patiënten met een gestoorde nierfunctie hadden een tweemaal grotere kans op een ernstige bloeding als ze dabigatran gebruikten.

Gezien de korte follow-upduur van maximaal 14 maanden kan dit onderzoek geen inzicht geven in de kosten en baten van dabigatran ten opzichte van warfarine. Wel is het duidelijk dat patiënten die dabigatran voorgeschreven krijgen voor non-valvulair atriumfibrilleren een verhoogd risico hebben op (ernstige) bloedingen. Bij patiënten met een gestoorde nierfunctie is in dit opzicht extra voorzichtigheid geboden. Ook patiënten die een verhoogde kans hebben op gastro-intestinale bloedingen en hematurie moeten met zorg voorgelicht worden over het gebruik van dabigatran. Deze patiënten moeten bij de eerste tekenen van bloedverlies een arts waarschuwen. Dabigatran geeft beduidend minder intracraniële bloedingen dan warfarine en dat is hoopgevend. Mogelijk dat dit gegeven in de kosten-batenafweging van dabigatran versus warfarine van doorslaggevende betekenis wordt. De toekomst moet het echter uitwijzen. Tot dan blijft voorzichtigheid geboden. ■

Bèr Pleumeekers

Hernandez I, et al. Risk of bleeding with dabigatran in atrial fibrillation. JAMA Intern Med 2015;175:18-24.

Hoe snel gaan waterwratten over?

Waterwratten (molluscum contagiosum) komen veel voor bij kinderen. Ze gaan altijd vanzelf weer over, maar ouders willen vaak weten hoe lang dit duurt. Dit was tot nu toe onduidelijk. Nieuw onderzoek laat zien dat dit gemiddeld 13 maanden duurt.

Engelse onderzoekers includeerden 306 kinderen van 4 tot 15 jaar in een prospectief onderzoek. De diagnose waterwratten werd gesteld door een huisarts, dermatoloog of door ouders met een gevalideerde foto-vragenlijst. Alle kinderen werden elke maand gevolgd totdat de waterwratten waren verdwenen. Bij de start van het onderzoek had 25% van de kinderen meer dan 21 wratten, voornamelijk op de benen, romp en armen. Slechts twee kinderen werden behandeld voor hun waterwratten. Gemiddeld duurde het 13,3 (standaarddeviatie: 8,2) maanden voordat de wratten verdwenen waren. Het aantal wratten aan het begin van het onderzoek was niet gerelateerd aan de tijdsduur van het verdwijnen ervan.

Ouders van kinderen met waterwratten bezoeken vaak de huisarts in verband met cosmetische bezwaren, ongerustheid over de uitgebreidheid of de duur ervan. Met dit grote prospectieve onderzoek in handen kan de huisarts duidelijk maken dat waterwratten inderdaad vanzelf overgaan. Dit duurt gemiddeld iets langer dan een jaar. Het aantal wratten maakt hiervoor niks uit. ■

Tobias Bonten

Olsen JR, et al. Time to resolution and effect on quality of life of molluscum contagiosum in children in the UK: a prospective community cohort study. Lancet Infect Dis 2015;15:190-5.

Erratum

Bij het antwoord op vraag 10 van de kennistoets van februari staat dat het antwoord 'onjuist' is, dit moet echter 'juist' zijn. In de NHG-Standaard staat: 'Bij onvolledige genezing na 3 maanden: 9 maanden afwachten; herhaal de orale behandeling als de genezing dan nog onvolledig is'.

Erratum

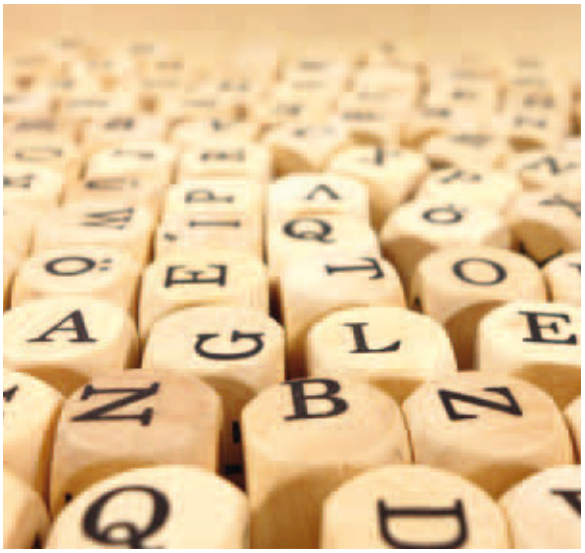
Tot onze spijt zijn er twee fouten geslopen in de NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie die in januari 2015 is verschenen in *Huisarts en Wetenschap* 58(1):26-35.
In de paragraaf *Laagmoleculairheparine-injecties (LMWH)* onder 'medicamenteuze behandeling' van DVT wordt abusievelijk verwezen naar [**tabel 3**] die handelt over behandeling van tromboflebitis. Dit moet echter [**tabel 4**] zijn die betrekking heeft op de dosering van LMWH bij de behandeling van DVT.
In het stroomdiagram staan twee pijlen bij het vakje 'normaal' dat volgt op D-dimeerbepaling bij een verhoogde score op de eerstelijnsbeslisregel DVT. De pijl naar beneden vervalt, bij een niet-verhoogde score op de beslisregel en een normale D-dimeer is een DVT voldoende uitgesloten.
Op de website en in de app zijn deze fouten inmiddels gecorrigeerd.

Makkelijker communiceren met anderstaligen en laaggeletterden

De Amsterdamse huisarts Hans Nederhof ontwikkelde samen met zijn zoons het softwareprogramma Health Communicator: een meertalig anamnese- en video-voorlichtingssysteem dat direct rapporteert aan het HIS of KIS. Op dit moment is ruim 20% van de Nederlanders allochtoon en 10% van de Nederlanders laaggeletterd. De communicatie met deze mensen verloopt vaak moeizaam, met mogelijk minder goede zorg als resultaat.

Health Communicator is enkele maanden geleden gelanceerd en bedient inmiddels ongeveer 50.000 patiënten en dat aantal groeit snel. Voor de 100 meestvoorkomende ziektebeelden zijn er anamnestische vragenlijsten in het Turks, Engels, Arabisch, Russisch en Tarifit opgenomen. Het werkt als volgt: de huisarts of praktijkondersteuner zet voorafgaand aan het consult een specifieke vragenlijst klaar voor de betreffende patiënt in zijn moedertaal. De patiënt krijgt via invoer van een uniek nummer de vragenlijst voorgeschoteld en vult deze in, in de wachtkamer, op zijn smartphone of computer thuis. Vragen en antwoorden worden weergegeven in woord en in beeld. De ingevulde antwoorden verschijnen door een koppeling in het Nederlands in het HIS of KIS, zodat zowel patiënt als zorgverlener met een voorsprong het consult ingaat.

In het programma zit ook een bibliotheek met educatieve videofilmpjes en informatie over ziektes en aandoeningen gebaseerd op richtlijnen van het NHG. Een huisarts of praktijkondersteuner kan na afloop van het consult een filmpje of informatiemateriaal koppelen aan het nummer van een patiënt en hem het extra voorlichtingsmateriaal laten lezen of bekijken. De eerste praktijkervaringen van patiënten zijn positief, het over de drempel trekken van werknemers kost wat meer moeite. Lees hierover in het



interview met praktijkondersteuner Jolanda Schulze van gezondheidscentrum Banne Buiksloot uit Amsterdam op http://www.smarthealth.nl/2014/11/10/ehealth-op-de-werkvloer-health-communicator-sag. ■

Annet Sollie

www.nedtalk.com.

Varenicline en stoppen met roken

Rokers die niet in staat zijn om binnen enkele weken te stoppen met roken kunnen ook met een afbouwschema succesvol stoppen. Rokers die gedurende drie maanden geleidelijk hun nicotinegebruik afbouwen en daarnaast varenicline gebruiken, maken een redelijke kans op een succesvolle stoppoging.

In een RCT waaraan ruim 1500 rokers gedurende 1 jaar meededen, kreeg de ene helft varenicline in een opklimmende dosering tot 2 maal daags 1 mg gedurende 24 weken. De andere helft kreeg placebo. Alle deelnemers kregen de instructie om in 12 weken het roken geleidelijk aan te minderen. Na 12 weken moesten ze definitief gestopt zijn. Alle deelnemers kregen gedurende het hele onderzoek elke twee weken begeleiding en daarnaast informatie over het stoppen met roken aan de hand van een boek. Daadwerkelijk stoppen werd anamnestisch vastgesteld en gecontroleerd aan de hand van een koolmonoxidemeting in de uitgeademde lucht.

In de eerste 3 maanden waarin een afbouwschema gevolgd werd, lukte het in de varenicline-groep statistisch significant meer deelnemers om volgens schema af te bouwen dan in de placebogroep. In de tweede helft van het onderzoek, van week 21 tot 52, stopte in de varenicline-groep 27% en in de placebogroep bijna 10%. De absolute risicoreductie in deze periode van 17,1% komt overeen met een number to treat van 6. De belangrijkste bijwerking in de varenicline-groep was misselijkheid. Bijwerkingen kwamen overigens in beide groepen even vaak voor.

Stoppen met roken is een belangrijke, maar moeizame interventie. Het is daarom goed dat de gemotiveerde stopper de keuze heeft uit verschillende stop-met-rokenstrategieën. Direct starten met varenicline en gedurende 3 maanden een afbouwschema volgen, lijkt een redelijk alternatief voor volledig stoppen na een insluipperiode van 1 tot 2 weken, zoals nu nog wordt geadviseerd. Dit onderzoek geeft niet aan welke van de twee methodes de beste is. Doorgaan met roken is in elk geval de slechtste optie. ■

Bèr Pleumeekers

Ebbert JO, et al. Effect of varenicline on smoking cessation through smoking reduction. A randomized clinical trial. JAMA 2015;313:687-94.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org). Er verschijnen driemaal per week nieuwe journaalberichten op www.henw.org.

Paul Geutjes, Jody van den Ouweland

ONDERZOEK

Combinatiescreening op vitamine B12-tekort

Samenvatting

Geutjes PJ, Van den Ouweland JMW. Combinatiescreening op vitamine B12-tekort. Huisarts Wet 2015;58(5):234-7.

DOEL Voor het vaststellen van een vitamine B12-tekort is de bepaling van de totale vitamine B12-concentratie in het bloed essentieel, maar deze methode heeft echter zijn beperkingen. Door toevoeging van methylmalonzuur (MMA), een marker voor de functionele vitamine B12-status, kan de vitamine B12-diagnostiek mogelijk verbeteren. In de klinische praktijk past men deze combinatiebepaling echter slechts beperkt toe. Het doel van dit onderzoek is om de diagnostische opbrengst van deze combinatiebepaling binnen de eerstelijnspraktijk vast te stellen.

METHODE Dit is een retrospectief beschrijvend onderzoek. In 2012 werd binnen het huisartsenlaboratorium Rivierenland Gelre een nieuw stroomschema geïntroduceerd. Sinds de introductie bepalen we de MMA-concentratie bij alle vitamine B12-aanvragen van huisartsen met een concentratie tussen 100-200 pmol/L (1752 van 8246 aanvragen). Patiënten met een vitamine B12 < 100 pmol/L of MMA > 0,34 µmol/L beschouwden we, los van de klinische achtergrond, als patiënten met een vitamine B12-tekort.

RESULTATEN In dit onderzoek was de prevalentie van vitamine B12-tekort op basis van de laboratoriumuitslagen 8%, waarvan 1% met een serum vitamine B12 < 100 pmol/l en 7% met een MMA > 0,34 µmol/L. Van de patiënten die we hebben gescreend op basis van vitamine B12- en MMA-bepalingen had 27% ondanks een 'normale' vitamine B12-concentratie (150-200 pmol/L) een verhoogde MMA-concentratie (> 0,34 µmol/L). Van de patiënten met een 'lage' vitamine B12-concentratie (100-150 pmol/L) bleek 59% op basis van een normale MMA-concentratie geen afwijkende vitamine B12-status te hebben.

CONCLUSIE Toevoeging van MMA veroorzaakt een verschuiving in de categorisering van patiënten met een intermediaire vitamine B12-concentratie, die mogelijk bijdraagt aan minder onder- en overdiagnostiek en -behandeling van vitamine B12-tekort.

INLEIDING

Het menselijk lichaam is niet in staat om vitamine B12 te synthetiseren en moet deze via voeding binnenkrijgen. Naar schatting heeft 5 tot 10% van de Nederlandse bevolking een te lage vitamine B12-inname.[1] Door beperkingen in het dieet, een verhoogde behoefte of absorptiestoornissen kan er een tekort ontstaan, dat zowel de eiwit- als DNA-synthese in de weefsels belemmert. De beginfase van een vitamine B12-tekort verloopt veelal aspecifiek, maar op termijn kan het tekort leiden tot anemie of verstoring van de vorming van myeline, die noodzakelijk is voor een optimale neuronale functie.[2] Demyelinisatie van de achter- en zijstrengen van het ruggenmerg kan aanleiding geven tot symptomen die variëren van vermoeidheid en prikkelingen van handen en voeten tot spierzwakte en progressieve loopstoornissen.[3,4] Aangezien een relatief eenvoudige behandeling met vitamine B12-injecties of orale suppletie deze klinische verschijnselen kan beperken, is een vroege en accurate diagnose van een vitamine B12-tekort gewenst.

Bij het vermoeden van een vitamine B12-tekort is de meting van totaal vitamine B12 in serum een belangrijk diagnostisch middel. Over het algemeen spreken we van een vitamine B12-tekort bij een serumwaarde van < 150 pmol/L. In de regel kunnen we bij een waarde < 100 pmol/L een tekort met grote zekerheid vaststellen en bij een waarde van > 200 pmol/L een tekort in grote mate uitsluiten. Tussen 100 en 200 pmol/L bevindt zich een grijs gebied en kunnen we een tekort op weefselniveau niet goed duiden. Door de matige sensitiviteit en specificiteit van de meting is er een kans dat we de vitamine B12-concentratie als 'vals-normaal' meten en de indicatie voor behandeling missen.[5,6] Anderzijds kunnen we patiënten met een 'vals-lage' concentratie ten onrechte als deficiënt aanmerken, waardoor deze patiënten een onnodige behandeling krijgen.

Op celniveau is vitamine B12 als cofactor betrokken bij de omzetting van methylmalonyl-CoA naar succinyl-CoA. Bij een vitamine B12-tekort werkt het enzym onvoldoende, waardoor er minder succinyl-CoA wordt gevormd. Hierbij accumuleert het methylmalonyl-CoA, dat na hydrolyse een stijging van methylmalonzuur (MMA) in de bloedbaan geeft, maar het normaliseert zodra de vitamine B12-concentratie in het weefsel toeneemt.[7,8] De MMA-concentratie in serum beschouwt men

Wat is bekend?

- Vroege diagnose van een vitamine B12-tekort is essentieel als we (sub)klinische neurologische en hematologische afwijkingen willen voorkomen.
- De totaal vitamine B12-bepaling in bloed is door de matige sensitiviteit en specificiteit te beperkt voor het vaststellen van een vitamine B12-tekort.
- Methylmalonzuur (MMA) in bloed beschouwt men als de beste parameter voor het vaststellen of uitsluiten van een functioneel vitamine B12-tekort op weefselniveau.

Wat is nieuw?

- Dit onderzoek bevestigt de beperkingen van de vitamine B12-bepaling als meest gebruikte test bij de screening op een vitamine B12-tekort.
- De methylmalonzuur-bepaling vermindert onder- en overdiagnostiek bij vitamine B12-screening.

Huisartsenlaboratorium Rivierenland Gelre, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Weg door Jonkerbos 100, 6532 SZ Nijmegen: dr. P.J. Geutjes, assistent klinisch chemicus; dr. J.M.W. van den Ouweland, klinisch chemicus • Correspondentie: p.geutjes@cwz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

als een belangrijke metabole marker die een vitamine B12-tekort op weefselniveau met grote zekerheid kan aantonen dan wel uitsluiten.[9] Op basis van dit gegeven heeft men een voorstel ter verbetering van de vitamine B12-diagnostiek gedaan, namelijk de introductie van MMA als bevestigingstest bij patiënten met een intermediaire vitamine B12-concentratie (100-200 pmol/L).[10, 11] Conform dit voorstel hebben we de gecombineerde vitamine B12- en MMA-bepalingen voor alle aanvragen uit de eerste lijn toegepast. In dit onderzoek belichten we de diagnostische opbrengst van één jaar screening volgens dit stroomschema.

METHODE

In overleg met de regionale huisartsenvereniging zijn we in het CWZ Huisartsenlaboratorium Rivierenland Gelre op 1 januari 2012 gestart met het toepassen van een nieuw stroomschema voor de screening van vitamine B12-tekort bij patiënten uit de eerste lijn. Hierbij bepalen we routinematig een MMA bij alle vitamine B12-aanvragen met een concentratie tussen 100-200 pmol/L [**figuur**]. Bij het evalueren van de diagnostische opbrengst van het nieuwe stroomschema hebben we patiënten met een verminderde nierfunctie (kreatinineconcentratie vrouwen > 90 µmol/L; mannen > 100 µmol/L) buiten beschouwing gelaten. De klinische gegevens van patiënten voor wie een vitamine B12 was aangevraagd hadden we niet tot onze beschikking.

De vitamine B12-concentratie in serum hebben we gemeten met een elektro-chemiluminescente immunoassay (COBAS e602, Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Duitsland). De MMA-concentratie hebben we bepaald met behulp van vloeistofchromatografie met massaspectrometrische detectie (LC-MS/MS, Waters Milford, MA, VS).[12]

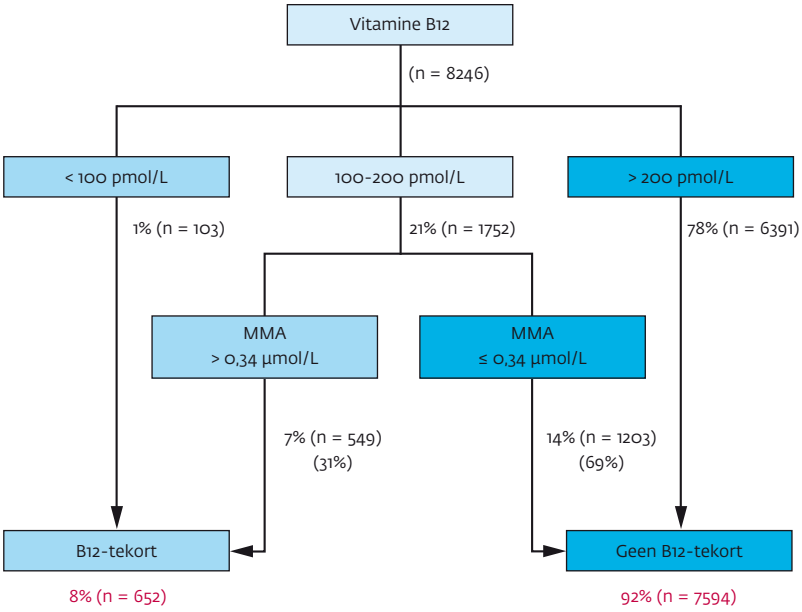
Met behulp van het laboratoriuminformatiesysteem hebben we alle vitamine B12- en MMA-uitslagen uit de eerste lijn over 2012 opgevraagd en gecategoriseerd. Conform het stroomschema beschouwden we patiënten met vitamine B12-concentraties < 100 pmol/L als deficiënt en patiënten met een vitamine B12 > 200 pmol/L als sufficiënt (referentiewaarde: 150-700 pmol/l). Beide groepen hebben we buiten de MMA-vervolgscreening gelaten, omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat de toegevoegde waarde van MMA bij deze patiënten beperkt is.[13] De referentiewaarde voor MMA hebben we eerder vastgesteld in een gezonde populatie met normale nierfunctie (≤ 0,34 µmol/L).[13]

RESULTATEN

In 2012 hebben we 1752 (21%) MMA-bepalingen toegevoegd op een totaal van 8246 vitamine B12-aanvragen. De mediane leeftijd van de totale onderzoekspopulatie en het MMA-cohort was respectievelijk 58 jaar (spreiding 2-105) en 55 jaar (spreiding 9-100). De man-vrouwverhouding was voor beide groepen 30-70.

Bij 8% van de 8246 aanvragen hebben we volgens het vernieuwde stroomschema een vitamine B12-tekort vastgesteld: 1% (103) had een vitamine B12 < 100 pmol/L en 7% (549) had een vitamine B12-concentratie tussen 100-200 pmol/l, in combinatie met een verhoogde MMA-concentratie (> 0,34 µmol/L; [**figuur**]). Het percentage deficiënte patiënten op basis van de standaardvitamine B12-controle (het 'klassieke protocol' met

Figuur Stroomschema met metingen van vitamine B12 en MMA



Abstract

Geutjes PJ, Van den Ouweland JMW. Combination screening for vitamin B12 deficiency. Huisarts Wet 2015;58(5):234-7.

OBJECTIVE The diagnosis of vitamin B12 screening deficiency rests on the measurement of the total vitamin B12 concentration in blood, but this method has its limitations. The additional measurement of methylmalonic acid (MMA), a marker of functional vitamin B12 status, may improve the diagnosis of vitamin B12 deficiency. However, the two assays in combination are rarely used in clinical practice. The aim of this study was to investigate the diagnostic yield of the combined measurement in primary care.

DESIGN Observational study. In 2012 a new screening scheme was introduced in the blood analysis service Rivierenland Gelre, by which MMA levels are measured when vitamin B12 concentrations are between 100 and 200 pmol/L (1752 of 8246 samples submitted in this study). Patients with a vitamin B12 concentration < 100 pmol/L or an MMA concentration of > 0.34 µmol/L are considered to be vitamin B12 deficient regardless of their clinical background.

RESULTS The prevalence of vitamin B12 deficiency was 8% in this study: 1% with a serum vitamin B12 concentration < 100 pmol/L and 7% with an MMA concentration > 0.34 µmol/L. Of the samples screened with both assays, 27% that had a 'normal' vitamin B12 concentration (150-200 pmol/L) had a raised level of MMA (> 0.34 µmol/L). Of the samples with a 'low' vitamin B12 concentration (100-150 pmol/L), 59% had a normal MMA concentration and thus a normal vitamin B12 status.

CONCLUSION Measurement of MMA in addition to vitamin B12 levels changes the classification of patients with intermediate concentrations of vitamin B12, which could lead to over- or under-diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency.

Tabel De relatie tussen de MMA en totaal vitamine B12-serumconcentraties in het laag-normale B12-bereik (100-200 pmol/L). De afkapwaarde voor vitamine B12-tekort op basis van alleen de vitamine B12-bepaling is < 150 pmol/L ('klassiek protocol'). De afkapwaarde voor vitamine B12-tekort op basis van de MMA-bepaling is > 0,34 µmol/L.

	Vitamine B12 100-149 pmol/L	%	Vitamine B12 150-200 pmol/L	%	Totaal
MMA > 0,34 µmol/L	233	41	316	27	549
MMA ≤ 0,34 µmol/L	340	59	863	73	1203
Totaal	**573**		**1179**		**1752**

serum B12-afkapwaarde < 150 pmol/L) was volgens onze berekeningen ook 8% (675). Als we de uitkomsten van het klassieke protocol met het vernieuwde stroomschema vergelijken, dan verschillen de groepen niet qua grootte, maar wel qua samenstelling [**tabel**]. Bij 27% (316 van de 1179 patiënten) met een 'normale' vitamine B12-concentratie (150-200 pmol/L) hebben we een verhoogd MMA gemeten. Deze groep patiënten heeft mogelijk baat bij vitamine B12-behandeling, maar zou men op basis van alleen de vitamine B12-concentratie als sufficiënt beschouwen. Daarnaast heeft 59% (340 van de 573 patiënten) met een lage vitamine B12-concentratie (100-149 pmol/l) op basis van een normale MMA-concentratie geen vitamine B12-tekort.

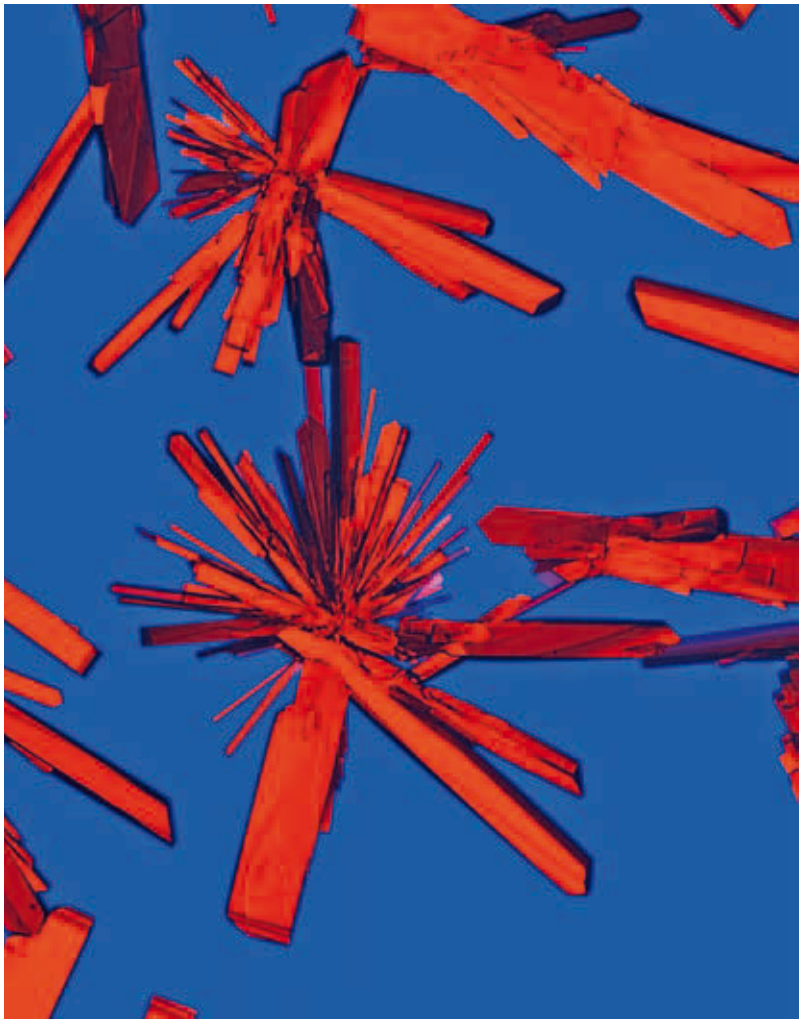


Foto: Corbis/HH

BESCHOUWING

Voor het diagnosticeren van een vitamine B12-tekort zijn doorgaans de klinische verschijnselen in combinatie met de hoeveelheid totaal vitamine B12 in het bloed bepalend. De in vitro diagnostische tests die hiervoor beschikbaar zijn, hebben echter een beperkte sensitiviteit en specificiteit.[6,14] De geautomatiseerde vitamine B12-bepalingen zijn primair gebaseerd op een competitiebinding van serum vitamine B12 met intrinsic factor (IF) reagens, waarbij de IF-antistoffen van de patiënt met de meting kunnen interfereren.[5,6] Een groot deel van de patiënten met een pernicieuze anemie heeft deze antistoffen (naar schatting 70%), waardoor er een reële kans is dat een laboratoriumtest de vitamine B12-concentratie valsnormaal meet en behandelaars een tekort missen.[15]

Een ander probleem bij het vaststellen van de vitamine B12-status heeft te maken met de samenstelling van het totaal vitamine B12 in het bloed. Het overgrote deel is aan haptocorrinegebonden, dat zorgt voor opslag of transport. De overige 20% is aan transcobalamine II gebonden en betreft de actieve fractie die beschikbaar is voor cellulaire processen. Er zijn patiënten met een normale totaal vitamine B12-concentratie bij wie de actieve vitamine B12-status in de weefsels niet noodzakelijkerwijs voldoende is. Zo kan het totaal vitamine B12 bij de ziekte van Crohn of maligniteiten normaal zijn, terwijl het actieve vitamine B12 verlaagd is.[16,17] Anderzijds meet men bij patiënten met een haptocorrinetekort een vals verlaagde vitamine B12, terwijl de actieve fractie normaal is.[18]

Ondanks de beperkingen van de vitamine B12-bepaling is het de meestgebruikte diagnostische test voor het screenen op een vitamine B12-tekort. Recente literatuur propageert combinatietests (zoals totaal vitamine B12 met MMA) om de diagnostiek van vitamine B12-tekort te verbeteren,[19-21] maar in de klinische praktijk past men deze beperkt toe. Uit ons onderzoek blijkt dat de diagnostische uitkomst in sommige gevallen verandert, als we de vitamine B12- en MMA-bepalingen combineren.

Relevant voor de interpretatie is de invloed van de nierfunctie en de leeftijd op de MMA-concentratie.[21-24] Een verminderde renale klaring kan namelijk ook een verhoging van MMA geven, waarbij het dus raadzaam is om vooral bij ouderen en diabetici de nierfunctie te controleren. Een daling van de MMA-concentratie na vitamine B12-suppletie blijft in alle gevallen de beste bevestiging van een tekort, waarbij de behandelaar rekening moet houden met een minimale afname van 37% (kritisch verschil) ten opzichte van de voorgaande MMA-uitslag.[21]

De MMA-bepaling is een robuuste bepaling, waarvoor geen speciale afnamecondities nodig zijn, zoals afname in een aparte buis of op ijs.[12] De kosten liggen doorgaans hoger dan die van een immunologische vitamine B12-bepaling, maar staan ons inziens niet in verhouding tot de diagnostische meerwaarde. We adviseren om met uw lokale laboratorium in gesprek te gaan over de meerwaarde van MMA als bevestigingstest bij patiënten met een intermediaire vitamine B12-concentratie en/of over de manier waarop u een gecombineerd testprotocol in de praktijk kunt brengen.

Dit onderzoek betreft een retrospectief onderzoek. Door anonimisering van de patiëntresultaten ontbraken nadere klinische gegevens. Om de diagnostische meerwaarde van de MMA-bepaling te bevestigen is aanvullend onderzoek nodig, waarbij we de klinische kenmerken van de patiënten in de interpretatie moeten meewegen, mede in relatie tot de eventuele behandeling en mogelijke kostenbesparing ten gevolge van minder onder- en overbehandeling met vitamine B12.[25]

CONCLUSIE

De toepassing van de MMA-laboratoriumbepaling bij patiënten met een intermediaire vitamine B12-concentratie wijst uit dat een deel van de patiënten met een 'normale' vitamine B12-concentratie op basis van een verhoogde MMA-concentratie mogelijk toch een functioneel vitamine B12-tekort heeft. Anderzijds heeft een deel van de patiënten met een 'lage' vitamine B12-concentratie een normale MMA-concentratie. Deze groep behoeft geen suppletie. Prospectief onderzoek naar het effect van een behandeling op het vermoede vitamine B12-tekort is noodzakelijk om de resultaten van dit onderzoek te kunnen bevestigen. ■

LITERATUUR

1 Voedingscentrum. Zo eet Nederland. Resultaten van de Voedselconsumptiepeiling 1997-1998. Den Haag: Voedingscentrum, 1998.
2 Lindenbaum J, Healton EB, Savage DG, Brust JC, Garrett TJ, Podell ER, et al. Neuropsychiatric disorders caused by cobalamin deficiency in the absence of anemia or macrocytosis. N Engl J Med 1988;318:1720-8.
3 Jansen L, Van der Linden CMJ. Vallen door een vitamine B12-deficiëntie. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157:A5132.
4 Jongen JCF, Koehler PJ, Franke CL. Gecombineerde strengziekte door vitamine-B12-deficiëntie: eenvoudige diagnose, effectieve therapie. Ned Tijdschr Geneeskd 2001;145:1229-33.
5 Carmel R, Agrawal YP. Failures of cobalamin assays in pernicious anemia. N Engl J Med 2012;367:385-6.
6 Yang DT, Cook RJ. Spurious elevations of vitamin B12 with pernicious anemia. N Engl J Med 2012;366:1742-3.
7 Su VC, Shalansky K, Jastrzebski J, Martyn A, Li G, Yeung CK, Snyder F, et al. Parenteral vitamin B12 in macrocytic hemodialysis patients reduced MMA levels but did not change mean red cell volume or hemoglobin. Clin Nephrol 2011;75:336-45.
8 Hvas AM, Ellegaard J, Nexø E. Vitamin B-12 treatment normalizes metabolic markers but has limited clinical effect: a randomized placebo-controlled study. Clin Chem 2001;47:1396-1404.
9 Allen RH, Stabler SP, Savage DG, Lindenbaum J. Diagnosis of cobalamin deficiency I: usefulness of serum methylmalonic acid and total homocysteine concentrations. Am J Hematol 1990 Jun;34:90-8.
10 Wiersinga WJ, De Rooij SEJA, Huijmans JGM, Fischer JC, Hoekstra JBL. De diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie herzien. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:2789-94.
11 Hart B, Woudstra J, Rutten G. Screen metforminegebruikers op vitamine B12! Huisarts Wet 2012;55:444-7.
12 Van den Ouweland JMW, Beijers AM, Van Daal HW. Methylmalonzuurmeting in serum en urine met behulp van LC-tandem massaspectrometrie. Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk 2011;36:260-2.
13 Van den Ouweland JMW, Beijers AM, Van Daal HW. Diagnostische opbrengst van standaard reflexmeting op serum methylmalonzuur voor het vaststellen van een functioneel vitamine B12-tekort. Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk 2011;36:263-4.
14 Van Rossum AP, Verheijen FM, Klein Gunnewiek JMT, Castel A, Fouraux MA. Vitamine-B12-bepaling: probleem opgelost! Ned Tijdschr Klin Chem Labgeneesk 2009;34:251-4.
15 Toh BH, Van Driel IR, Gleeson PA. Pernicious anemia. N Engl J Med 1997;337:1441-8.
16 Morkbak AL, Hvas AM, Milman N, Nexo E. Holotranscobalamin remains unchanged during pregnancy. Longitudinal changes of cobalamins and their binding proteins during pregnancy and postpartum. Haematologica 2007;92:1711-2.
17 Murphy MM, Molloy AM, Ueland PM, Fernandez-Ballart JD, Schneede J, Arija V, et al. Longitudinal study of the effect of pregnancy on maternal and fetal cobalamin status in healthy women and their offspring. J Nutr 2007;137:1863-7.
18 Carmel R, Brar S, Agrawal A, Penha PD. Failure of assay to identify low cobalamin concentrations. Clin Chem 2000;46:2017-8.
19 Carmel R. Biomarkers of cobalamin (vitamin B-12) status in the epidemiologic setting: a critical overview of context, applications, and performance characteristics of cobalamin, methylmalonic acid, and holotranscobalamin II. Am J Clin Nutr 2011;94:348S-58S.
20 Stabler SP. Vitamin B12 deficiency. N Engl J Med 2013;368:149-60.
21 Russcher H, Heil SH, Slobbe L, Lindemans J. Vitamine B12-deficiëntie. Ned Tijdschr Geneeskd 2012;156:A3595.
22 Herrmann W, Obeid R. Utility and limitations of biochemical markers of vitamin B12 deficiency. Eur J Clin Invest 2013;43:231-7.
23 Vogiatzoglou A, Oulhaj A, Smith AD, Nurk E, Drevon CA, Ueland PM, et al. Determinants of plasma methylmalonic acid in a large population: implications for assessment of vitamin B12 status. Clin Chem 2009;55:2198-206.
24 Lindenbaum J, Rosenberg IH, Wilson PW, Stabler SP, Allen RH. Prevalence of cobalamin deficiency in the Framingham elderly population. Am J Clin Nutr 1994;60:2-11.
25 Jacobs LH, Steuten LM, Sant P van 't, Kusters R. Cost-minimisation in vitamin B12 deficiencies: expensive diagnostics can reduce spending. Neth J Med 2013;71:274-5.

Kees Ruijs, Ad Kerkhof, Gerrit van der Wal, Bregje Onwuteaka-Philipsen

ONDERZOEK

Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten

Samenvatting

Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten. Huisarts Wet 2015;58(5):238-41.

ACHTERGROND Bij kankerpatiënten in de laatste levensmaanden in de eerste lijn hebben we onderzoek verricht naar de prevalentie van ondraaglijke symptomen, de relatie tussen symptoomintensiteit en ondraaglijk lijden, en de kwalitatieve kenmerken van ondraaglijke symptomen.

METHODE Gedurende drie jaar hebben 44 huisartsen kankerpatiënten geïncludeerd die naar verwachting binnen een half jaar zouden overlijden. Met een onderzoeksinstrument, de State of Suffering-V, hebben we bij de deelnemende patiënten om de twee maanden intensiteit en ondraaglijkheid van 69 symptomen gemeten. Ook hebben we algeheel ondraaglijk lijden gemeten. Met open vragen hebben we de aard van ondraaglijke symptomen geëxploreerd. De laatste interviews voor overlijden hebben we geanalyseerd. De beschrijvingen van ondraaglijk lijden hebben we gecategoriseerd volgens een schema van kwalitatieve kenmerken van lijden.

RESULTATEN Van de 148 patiënten die we hebben gevraagd aan ons onderzoek deel te nemen heeft 51% geparticipeerd; 64 patiënten hebben we gevolgd tot aan hun overlijden. Algehele zwakte was ondraaglijk bij 57%; pijn was ondraaglijk bij een op de vier patiënten. Bij een hoge symptoomintensiteit waren pijn, verlies van controle over het eigen leven en angst voor toekomstig lijden vaak ondraaglijk (89-92%). Bij een lage symptoomintensiteit waren verlies van controle over het eigen leven, overgeven en het niet kunnen doen van belangrijke dingen vaak ondraaglijk (52-80%).

Conclusie Terminale kankerpatiënten in de eerste lijn kunnen worden geconfronteerd met een breed scala aan ondraaglijke symptomen van fysieke, psychische, sociale en existentiële aard. Zwakte was het meestvoorkomende ondraaglijke symptoom. Zowel symptomen met een hoge intensiteit als symptomen met een lage intensiteit kunnen ondraaglijk zijn.

INLEIDING

In Nederland overlijden jaarlijks ongeveer 42.600 mensen aan kanker (28% van alle doden); van hen overlijdt 45% thuis.[1] Bijna negenduizend huisartsen bieden deze patiënten palliatieve zorg. Het lijden van een patiënt kan resulteren in een verzoek om euthanasie. Aanwezigheid van ondraaglijk lijden is een van de verplichte voorwaardelijke criteria voor euthanasie of hulp bij zelfdoding.[2] Euthanasie bij ongeveer een op de zeven terminale kankerpatiënten die in de eerste lijn palliatieve zorg krijgen, geeft een indicatie van vastgesteld ondraaglijk lijden.[3] In 2010 werd bij ongeveer 4050 patiënten euthanasie of hulp bij zelfdoding uitgevoerd. Huisartsen hebben 88% van het totale aantal uitgevoerd.[4]

Ondraaglijk lijden is zelden onderwerp van patiëntgericht wetenschappelijk onderzoek; enkele onderzoeken waren kwalitatief van aard.[5,6] De intensiteit van symptomen beschouwt men als een belangrijke bepalende maat voor lijden; veel onderzoeken meten de intensiteit van symptomen. Een symptoom van een bepaalde intensiteit kan echter voor de een draaglijk en voor de ander ondraaglijk zijn.[7] Wij hebben ondraaglijk lijden onderzocht bij kankerpatiënten in de laatste levensmaanden, bij wie de huisarts verantwoordelijk was voor de palliatieve zorg. Wij zochten een antwoord op de volgende vragen: wat zijn prevalente ondraaglijke symptomen? Wat is de relatie tussen de intensiteit van de symptomen en ondraaglijk lijden? Wat is de aard van het lijden dat wordt veroorzaakt door ondraaglijke symptomen?

METHODE

Onderzoeksopzet en -populatie

Negenenveertig Utrechtse huisartsen (ongeveer 42% van de huisartsen in de stad) vroegen patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden om deelname. Zij includeerden thuis verblijvende kankerpatiënten die naar verwachting binnen een half jaar aan hun ziekte zouden overlijden en bij wie de huisarts verantwoordelijk was voor palliatieve zorg. We hebben de deelnemende patiënten elke twee maanden geïnterviewd.

Wat is bekend?

- Van de patiënten die in Nederland als gevolg van kanker overlijden, sterft 45% thuis. Onderzoeken bij patiënten met ongeneeslijk kanker richten zich vaak op de intensiteit van veelal fysieke symptomen.
- Er is weinig onderzoek naar (ondraaglijk) lijden in de geneeskunde.

Wat is nieuw?

- Terminale kankerpatiënten in de eerste lijn worden aantoonbaar geconfronteerd met een breed scala aan ondraaglijke symptomen van fysieke, psychische, sociale en existentiële aard.
- Pijn was ondraaglijk bij een op iedere vier patiënten.
- Zowel symptomen met een hoge intensiteit als symptomen met een lage intensiteit kunnen ondraaglijk zijn.
- Symptomen met een hoge intensiteit zijn niet altijd ondraaglijk.

VUmc, Department of Public and Occupational Health, Expertise Center for Palliative Care, Vrije Universiteit, EMGO+ Instituut, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: C.D.M. Ruijs, huisarts-onderzoeker; prof. dr. A.J.F.M. Kerkhof, hoogleraar klinische psychologie en suïcidepreventie; prof.dr. G. van der Wal, hoogleraar sociale geneeskunde, in het bijzonder kwaliteit van zorg; prof.dr. B.D. Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar levenseindeonderzoek • Correspondentie: c.ruys3@kpnplanet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen B. Symptoms, unbearability and the nature of suffering in terminal cancer patients dying at home: a prospective primary care study. BMC Family Practice 2013,14:201. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

Ingeval van een verslechterende algehele conditie deden we dat eerder. De inclusieperiode liep van mei 2003 tot mei 2006. Daarna hebben we de patiënten nog een jaar gevolgd.

Van de 148 patiënten die de huisartsen hebben gevraagd om deel te nemen, deed 51% (n = 76) aan het onderzoek mee. Acht procent stopte met deelname na een of meer metingen en 8% leefde nog aan het eind van de volgperiode. We hebben 64 patiënten gevolgd tot en met hun overlijden. De belangrijkste redenen om af te zien van onderzoeksdeelname waren een onverwacht snelle fysieke achteruitgang (n = 27), te grote belasting van de deelname aan het onderzoek (n = 20) en geen zin om over hun eigen situatie te spreken (n = 15). Daarnaast hebben de huisartsen 120 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden niet gevraagd om deel te nemen, met als belangrijkste reden een onverwacht snelle fysieke achteruitgang.

Meetinstrument

Instrumenten die de kwaliteit van leven meten, hebben een beperkte waarde voor onderzoek bij stervende patiënten.[8] Ze meten veelal de intensiteit van de symptomen en niet het lijden van de patiënten. Omdat er geen meetinstrument bestond om ondraaglijk lijden te meten, hebben we dat zelf ontwikkeld: de State of Suffering-V (SOS-V).[9] De SOS-V meet 69 symptomen in vijf domeinen: medische symptomen, verlies van functie, persoonsgebonden aspecten, omgevingsgebonden aspecten (psychosociale steun, zorg) en angst voor toekomstig lijden. De SOS-V is een gestructureerd kwantitatief en kwalitatief meetinstrument dat begint met twee vragen per symptoom. Het eerste item vraagt de patiënt een score te geven voor de intensiteit van het symptoom. Het tweede item vraagt een score te geven voor de ondraaglijkheid van het symptoom. Bij een hoge score voor ondraaglijkheid (score 4 of 5) onderzoekt de interviewer aan de hand van open, explorerende vragen de aard van de ondraaglijkheid. De interviewer noteert de letterlijke formulering van de antwoorden. Als afronding van het interview geeft de patiënt een score voor ondraaglijkheid van het lijden als geheel. De onderzochte meetperiode betrof de voorafgaande twee dagen. De afnametijd voor het interview bedroeg veelal tussen de 20 en 60 minuten. De patiënten verdroegen het interview over het algemeen goed. Veel patiënten vonden het prettig om over de beleving van hun ziekte te kunnen spreken.

Intensiteit van symptomen en ondraaglijk lijden

We hebben per patiënt de kwantitatieve uitkomsten van de laatst afgenomen SOS-V geanalyseerd, die we dichotoom hebben verwerkt. De intensiteit van een symptoom met een score 1 tot 3 definieerden we als lage intensiteit. De intensiteit van een symptoom met een score 4 of 5 omschreven we als hoge intensiteit. Een ondraaglijkheidsscore 1 tot 3 voor een symptoom definieerden we als draaglijk en een ondraaglijkheidsscore 4 of 5 voor een symptoom omschreven we als ondraaglijk. In dit artikel gaan we alleen in op symptomen die ondraaglijk zijn voor 15% of meer van de onderzochte populatie.

Foto: Flip Franssen/HH

Kwalitatieve analyse van ondraaglijk lijden

Om de kwalitatieve antwoorden te kunnen analyseren, hebben we aan de hand van literatuuronderzoek een categorisering gemaakt van relevant geachte dimensies en aspecten van lijden. Daartoe behoren onder andere fysiek lijden, verlies van zingeving, verlies van autonomie, verlies van waardigheid, hopeloosheid en zinloos lijden.[7,10-12] Twee beoordelaars, een klinisch psycholoog en een huisarts (CR), beoordeelden per symptoom onafhankelijk van elkaar de beschrijvingen van ondraaglijk lijden. Slechts één categorietoekenning per antwoord was toegestaan. Daarna hebben de beoordelaars verschillen tussen de uitkomsten geanalyseerd en de betreffende beschrijvingen zo mogelijk alsnog in één categorie ondergebracht. Er was sprake van consensus tussen de beoordelaars bij 86% van de kwalitatieve symptoombeschrijvingen van ondraaglijk lijden. We vergeleken de prevalentie van ondraaglijk lijden conform de verschillende categorieën voor patiënten met en zonder algeheel ondraaglijk lijden. Voor de vergelijking gebruikten we alleen identieke beoordelingen. De statistische analyse deden we met behulp van T-tests voor gemiddelde prevalentie.

RESULTATEN

Onderzoeksgroep

De geïnterviewde groep bestond uit 64 patiënten. Bij 4 patiënten konden we de SOS-V niet evalueren omdat de interviewer het vraaggesprek te belastend vond en had afgebroken. De interviews zijn gemiddeld 30 dagen voor het overlijden afgenomen. De gemiddelde leeftijd van de patiënten was 70 jaar (spreiding 38-86), 52% was vrouw, 63% leefde alleen, 77% had kinderen en 62% was godsdienstig (protestant of katholiek). Longkanker (27%) en gastro-intestinale kanker (25%) wa-

ONDERZOEK

ren de meest voorkomende diagnoses. Binnen de onderzochte groep overleden 4 patiënten door euthanasie en 1 door hulp bij zelfdoding. (De uitkomsten met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding maken geen onderdeel uit van het oorspronkelijke artikel.)

Prevalentie van ondraaglijk lijden

Algehele zwakte was ondraaglijk voor 57% van de patiënten [**tabel 1**]. Prevalent voorkomende ondraaglijke symptomen waren onder andere beperkingen in normale dagelijkse bezigheden (55% ondraaglijk), beperkingen in vrijetijdsbesteding (50% ondraaglijk), het gevoel afhankelijk te zijn van anderen (45% ondraaglijk), niet in staat zijn dingen te doen die belangrijk zijn (42% ondraaglijk) en de noodzaak van hulp voor het dagelijkse huishouden (42% ondraaglijk). Pijn was ondraaglijk voor 25% van de patiënten. Van algeheel ondraaglijk lijden was sprake bij 28% (n = 16) van de patiënten.

Symptoomintensiteit en ondraaglijk lijden

Vijfentwintig symptomen waren ondraaglijk bij ten minste 15% van de patiënten [**tabel 1**]. Symptomen van een hoge intensiteit die patiënten vaak als ondraaglijk ervoeren waren: pijn, verlies van controle over het eigen leven, angst voor toekomstig lijden, het niet kunnen doen van belangrijk geachte zaken en slecht slapen (86-92%). Symptomen van lage intensiteit die patiënten vaak als ondraaglijk ervoeren waren verlies van controle over het eigen leven (80%), overgeven (73%), niet in staat zijn belangrijke dingen te kunnen doen (52%), slecht slapen (43%) en verlies van eetlust (39%).

Tabel 1 Symptoomaanwezigheid en ondraaglijk symptoomlijden (n = 60)*

	Symptoom aanwezig		Symptoom ondraaglijk	
	%	n	%	n
Domein I: medische symptomen				
Verzwakt	93	56	57	34
Moe	87	52	35	21
Algeheel onwelbevinden, malaise	80	48	37	22
Veranderd uiterlijk	78	47	22	13
Pijn	72	43	25	15
Slechte eetlust	62	37	25	15
Kortademigheid	59	35	19	11
Slechte coördinatie van bewegingen	57	34	18	11
Slecht slapen	47	28	25	15
Slecht geheugen	43	26	15	9
Moeilijk concentreren	40	24	17	10
Slecht verstaanbare spraak	32	19	15	9
Overgeven	27	16	20	12
Domein II: verlies van functies				
Beperkingen in normale dagelijkse bezigheden	83	50	55	33
Beperkingen in vrijetijdsbesteding	82	49	50	30
Hulp nodig voor dagelijks huishouden	71	42	42	25
Hulp nodig voor zelfverzorging	60	36	22	13
Aan bed gebonden	56	33	32	19
Domein III: persoonsgebonden aspecten				
Het gevoel afhankelijk te zijn van anderen	80	48	45	27
Niet in staat zijn belangrijke dingen te doen	63	36	42	24
Moeite de huidige situatie te accepteren	60	36	33	20
Kwellende gedachten of piekeren	32	19	15	9
Gevoel controle over het leven kwijt te zijn	30	18	27	16
Domein IV: omgevingsgebonden aspecten				
Familieleden en belangrijke naasten die vinden dat het lijden te groot is	33	19	16	9
Domein V: aard en prognose van ziekte				
Angst voor komend lijden	40	24	17	10

Afgerond percentage en absolute aantallen; 0-3 missende metingen per symptoom.
* Alleen de symptomen die bij 15% of meer van de patiënten ondraaglijk waren.

Analyse van de kwalitatieve gegevens

Fysiek lijden, lijden door verlies van zingeving, door verlies van autonomie, door het gevoel anderen tot last te zijn, door angst voor toekomstig lijden en ten gevolge van piekeren kwamen vaker voor bij patiënten voor wie het lijden als geheel ondraaglijk was [**tabel 2**].

BESCHOUWING

Bij dit onderzoek onder kankerpatiënten die zich in de laatste levensfase bevinden en in zorg zijn in de eerste lijn hebben we een breed scala aan fysiek, psychisch en sociaal ondraaglijke symptomen aangewezen. Zwakte was het meestvoorkomende ondraaglijke symptoom (57%); pijn was ondraaglijk bij een op iedere vier patiënten. Een kwantitatieve analyse liet zien dat symptomen met een hoge intensiteit vaak ondraaglijk waren, maar ook dat dit geregeld niet het geval was. Daarnaast waren symptomen met een lage intensiteit vaak ondraaglijk. Fysiek lijden, lijden door verlies van autonomie, door verlies van zingeving, door angst voor toekomstig lijden, door het gevoel anderen tot last te zijn en ten gevolge van piekeren kwamen significant vaker voor bij patiënten voor wie het lijden als geheel ondraaglijk was.

Een belangrijke vorm van lijden bij patiënten met een terminale ziekte is het lijden dat ze ervaren in relatie tot het einde van het menselijk bestaan.[10] Existentiële vragen die hen bezighouden kunnen leiden tot existentieel lijden.[10,13] Hoewel er geen eenduidige definitie is van existentieel lijden,[14] gaat het hier om een klinisch relevant aspect, dat gekenmerkt wordt door belangrijke thema's, zoals autonomie, zingeving en toekomstperspectief.[10,13,15] De aanwezigheid van existentieel lijden, zelfs in lichte of matige vorm, kan een negatief effect hebben op het welzijn van patiënten in de laatste weken van hun leven.[16,17] In het biomedisch, technisch georiënteerde perspectief van de moderne geneeskunde behoort reageren op de existentiële aspecten van het lijden niet langer tot de klinische vaardigheden.[17-19] In de palliatieve zorg onderkent men het belang van existentiële zorg, wat leidt tot nieuwe, existentieel georiënteerde interventies.[20] Voor huisartsen die verantwoordelijk zijn voor de palliatieve zorg en andere in de thuissituatie palliatief werkzame zorgprofessionals zijn dit relevante ontwikkelingen.

Een beperking van ons onderzoek is de betrekkelijk kleine omvang. De onderzoekspopulatie betreft eerstelijnspatiënten in het Nederlands zorgstelsel en daarom mag men de uitkomsten niet generaliseren.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat kankerpatiënten in de eerste lijn geconfronteerd kunnen worden met uiteenlopende ondraaglijke symptomen van fysieke, psychische, sociale en existentiële aard. Zwakte was het meestgenoemde ondraaglijke symptoom. Zowel symptomen met een hoge intensiteit als symptomen met een lage intensiteit kunnen ondraaglijk zijn. Fysiek lijden, verlies van zingeving en verlies van autonomie kwamen vaker voor bij patiënten voor wie het algeheel lijden ondraaglijk was. De resultaten van dit onderzoek vormen een belangrijke aanwijzing voor implementatie en ontwikkeling van psycho-oncologische en existentiële interventies in de huisartsenopleiding,[11,12,13,20,21] naast medisch-technische interventies die als onderdeel van palliatieve zorg gericht zijn op symptoomcontrole[22], om het lijden van stervende patiënten met kanker te verlichten.

DANKWOORD

Met dank aan patiënten en huisartsen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt, Janneke Goedhart voor het coördineren van het onderzoek, Narayanswami Sreeram voor taalkundige ondersteuning en Jos de Keijser voor categorisering en medeinterpretatie van de kwalitatieve gegevens. Wij danken *BMC Family Practice* voor toestemming voor publicatie van een verkorte versie van het artikel in *Huisarts & Wetenschap*. ■

Tabel 2 Categorieën van lijden bij patiënten voor wie het algeheel lijden wel of niet ondraaglijk was

	Algeheel lijden ondraaglijk (n = 16)		Algeheel lijden draaglijk (n = 41)	
	Categorie aanwezig bij patiënten		Categorie aanwezig bij patiënten	
Categorie van lijden	%	n	%	n
Fysiek lijden	100	16	61*	25
Verlies van zingeving	88	14	63*	26
Verlies van autonomie	88	14	44*	18
Verlies van waardigheid	56	9	32	13
Gevoel anderen tot last te zijn	56	9	17*	7
Verlies van seksuele rol	6	1	2	1
Angst voor toekomstig lijden	44	7	5*	2
Angst	31	5	7	3
Doodsangst	6	1	0	0
Depressieve gedachten	19	3	2	1
Piekeren	44	7	5*	2
Zich gespannen voelen	13	2	5	2
Hopeloosheid	19	3	2	1
Zinloosheid	13	2	2	1

Uitkomsten voor alle symptomen gemeten met de SOS-V.
* Significant ($p < 0,05$).
Scoreschaal: 1 - helemaal niet; 2 - gering; 3 - matig; 4 - erg; 5 - heel erg, kan bijna niet erger.
Aanwezigheid symptoom: intensiteitsscores 2-5.
Ondraaglijk lijden voor symptoom: ondraaglijkheidsscores 4 en 5.

LITERATUUR

1 Cohen J, Houttekier D, Onwuteaka-Philipsen B, Miccenesi G, Addington-Hall J, Kaasa S, et al. Which patients with cancer die at home? A study of six European countries using death certificate data. J Clin Oncol 2010;28:2267-73.
2 Rietjens JAC, Van der Maas PJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Van Delden JJM, Van der Heide A. Two decades of research on euthanasia from the Netherlands. What have we learnt and what questions remain? J Bioeth Inq 2009;6:271-83.
3 Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen B. Symptoms, unbearability and the nature of suffering in terminal cancer patients dying at home: a prospective primary care study. BMC Fam Pract 2013;14:201.
4 Onwuteaka-Philipsen BD, Brinkman-Stoppelenburg A, Penning C, De Jong-Krul GJF, Van Delden JJM, Van der Heide A. Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. Lancet 2012;380:908-15.
5 Pasman HRW, Rurup ML, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. BMJ 2009;339:b4362.
6 Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, Vissers KC, Van Weel C. 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. J Med Ethics 2011;37:727-34.
7 Cassel EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. N Engl J Med 1982;306:639-45.
8 Kaasa S, Loge JH. Quality-of-life assessment in palliative care. Lancet Oncol 2002;3:175-82.
9 Ruijs CDM, Onwuteaka-Philipsen BD, Van der Wal G, Kerkhof AJFM. Unbearability of suffering at the end-of-life: the development of a new measuring device, the SOS-V. BMC Palliat Care 2009;8:16.
10 Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: an integrated literature review. J Pain Symptom Manage 2011;41:604-18.
11 Breitbart W, Poppito S, Rosenfeld B, Vickers AJ, Li Y, Abbey J, et al. Pilot randomized controlled trial of individual meaning-centered psychotherapy for patients with advanced cancer. J Clin Oncol 2012;30:1304-9.
12 Chochinov HM, Kristjanson LJ, Breitbart W, McClement S, Hack TF, Hassard T, et al. Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. Lancet Oncol 2011;12:753-62.
13 Kissane DW. The relief of existential suffering. Arch Intern Med 2012;172:1501-5.
14 Strang P, Strang S, Hultborn R, Arnér S. Existential pain – an entity, a provocation, or a challenge? J Pain Symptom Manage 2004;27:241-50.
15 Kissane DW, Clarke DM. Demoralization syndrome – a relevant psychiatric diagnosis for palliative care. J Palliat Care 2001;17:12-21.
16 Pessin H, Rosenfeld B, Breitbart W. Assessing psychological distress near the end of life. Am Behav Scientist 2002;46:357-72.
17 Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine, 2nd ed. New York: Oxford University Press, 2004.
18 Kleinman A. The illness narratives. Suffering, healing & the human condition. VS: Basic Books, 1988.
19 Sachs E, Kolva E, Pessin H, Rosenfeld B, Breitbart W. On sinking and swimming: the dialectic of hope, hopelessness, and acceptance in terminal cancer. Am J Hosp Palliat Care 2012;30:121-7.
20 LeMay K, Wilson KG. Treatment of existential distress in life threatening illness: a review of manualized interventions. Clin Psychol Rev 2008;28:472-93.
21 Watson M. Kissane D. Handbook of psychotherapy in cancer care. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.
22 Shoemaker LK, Estfan B, Induru R, Walsh TD. Symptom management: an important part of cancer care. Clev Clin J Med 2011;78:25-34.

Loes Bertens, Johannes Reitsma, Yvonne van Mourik, Jan-Willem Lammers, Karel Moons, Arno Hoes, Frans Rutten

ONDERZOEK

COPD-screening bij ouderen heeft weinig effect

Samenvatting

Bertens LCM, Reitsma JB, Van Mourik Y, Lammers JWJ, Moons KGM, Hoes AW, Rutten FH. COPD-screening bij ouderen heeft weinig effect. Huisarts Wet 2015;58(5):242-4.

DOEL Nagaan of een screening op COPD bij thuiswonende kwetsbare ouderen met klachten van kortademigheid of verminderd inspanningsvermogen zinvol zou kunnen zijn. Daartoe bepaalden we het medicatiegebruik, het aantal ziekenhuisopnames en de sterfte onder patiënten bij wie de screening leidde tot een eerste diagnose COPD.

METHODE Een panel van deskundigen bepaalde de diagnose op basis van alle screeningsgegevens, inclusief spirometrie. Follow-upgegevens verzamelden we via de deelnemende huisartsen.

RESULTATEN De screening werd uitgevoerd bij 386 oudere huisartspatiënten met kortademigheid of inspanningstolerantie. Bij 84 (21,8%) patiënten leidde de screening tot een niet eerder gestelde diagnose COPD. Van deze 84 waren er 15 (17,9%) binnen zes maanden na de diagnose gestart met inhalatiemedicatie of ze hadden hun bestaande medicatie aangepast, en waren er 27 (32,1%) binnen twaalf maanden opgenomen in een ziekenhuis. In de groep bij wie de screening geen COPD had aangetoond, lag dit laatste percentage significant lager (22,9%). De mortaliteit was in beide groepen vergelijkbaar.

CONCLUSIE Door kwetsbare ouderen te screenen kunnen veel nieuwe gevallen van COPD worden ontdekt. De screening heeft echter weinig consequenties voor de daaropvolgende behandeling. Een mogelijke verklaring is dat patiënten die niet zelf met hun klachten naar de huisarts stappen, waarschijnlijk toch al minder gemotiveerd zijn voor behandeling.

INLEIDING

Chronische obstructieve longziekte (COPD) is een belangrijke oorzaak van mortaliteit en morbiditeit bij ouderen en zorgt voor aanzienlijke en groeiende maatschappelijke en economische problemen.[1] De diagnose wordt geteld als met spirometrie een pulmonaire obstructie is aangetoond, bij voorkeur in combinatie met bepaalde symptomen en met een voorgeschiedenis als roker.[1,2]

In de literatuur is er discussie over de vraag of het zin heeft ouderen te screenen op COPD. Verschillende auteurs stellen dat zo'n screening te veel fout-positieve uitslagen zou opleveren, zelfs bij risicogroepen als rokers of patiënten met hoestklachten.[3-6] Andere auteurs brengen daar tegenin dat het aantal volwassenen met COPD, met name in de groep thuiswonende ouderen, veel groter is dan het aantal gediagnosticeerde patiënten en dat screening dus wel degelijk zin heeft.[7-9] Deze discussie wordt gevoed door het ontbreken van gegevens over de daadwerkelijke invloed die de diagnose COPD zou hebben op een eventuele behandeling en op de prognose. Om dit na te gaan, hebben we gegevens geanalyseerd uit een eerder uitgevoerd onderzoek waarin ouderen gescreend werden op COPD en hartfalen.[10]

METHODE

Populatie

Het betreffende onderzoek was een clustergerandomiseerd onderzoek in achttien huisartsenpraktijken, Triage of Reduced Exercise Tolerance in Frail Elderly (TREE). De gegevensverzameling vond plaats tussen mei 2010 en december 2011 en de deelnemers werden gerekruteerd onder thuiswonende patiënten van 65 jaar en ouder met klachten van kortademigheid of verminderde inspanningstolerantie. Patiënten die al een diagnose COPD of hartfalen hadden, kwamen in aanmerking voor deelname, patiënten die beide diagnoses hadden, werden geëxcludeerd. De medisch-ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht keurde het onderzoeksprotocol goed en alle deelnemers gaven schriftelijk toestemming (trialregistratie: NCT01148719). Verdere details staan in de oorspronkelijke publicatie.[10]

Aanvangsmeting

Alle deelnemers ondergingen een screening, bestaande uit anamnese, lichamelijk onderzoek, elektrocardiografie, spirometrie, bloedonderzoek en echocardiografie. De uitslagen werden beoordeeld door een panel van deskundigen, bestaande uit een huisarts, een longarts en een cardioloog, die na plenaire discussie besloten of de diagnose COPD aanwezig, mogelijk of afwezig was. Bij patiënten met COPD werd de ernst

Wat is bekend?

- Het aantal ouderen met COPD is veel groter dan het aantal gediagnosticeerde patiënten.
- Er gaan stemmen op om thuiswonende ouderen te screenen op COPD.
- Er is discussie over de zin van zo'n screening.

Wat is nieuw?

- Een screening van kwetsbare ouderen op COPD zal leiden tot veel nieuwe diagnoses.
- De nieuwe diagnoses hebben echter weinig consequenties voor behandeling en prognose.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor gezondheidswetenschappen en huisartsgeneeskunde. Stratenum 6.131, 3508 AB Utrecht: dr. L.C.M. Bertens, klinisch epidemioloog; dr. J.B. Reitsma, klinisch epidemioloog; Y. van Mourik, MD, huisarts; prof.dr. K.G.M. Moons, klinisch epidemioloog; prof.dr. A.W. Hoes, klinisch epidemioloog; dr. F.H. Rutten, huisarts-onderzoeker. UMC Utrecht, afdeling Longziekten: prof.dr. J.W.J. Lammers, longarts • Correspondentie: L.C.M.Bertens-2@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Bertens LC, Reitsma JB, Van Mourik Y, Lammers JW, Moons KG, Hoes AW, Rutten FH. COPD detected with screening: impact on patient management and prognosis. Eur Respir J 2014;44:1571-8. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

van de COPD geclassificeerd volgens de GOLD-criteria. Patiënten met als screeningsuitslag 'mogelijk COPD' werden in de analyse gerekend tot de patiënten zonder COPD.

Aan de hand van de screeningsuitslagen verdeelden we de deelnemers in vier groepen [**tabel 1**]: de groep 'geen COPD' had geen voorafgaande diagnose van COPD en geen COPD volgens de screening; de groep 'nieuw COPD' had geen voorafgaande diagnose COPD, maar wel bij de screening; in de groep 'bevestigd COPD' werd een eerdere diagnose COPD bij screening bevestigd; in de groep 'voormalig COPD' werd een eerdere diagnose COPD bij screening ontkracht. Voor zes patiënten met ontbrekende post-bronchodilatatiewaarden hanteerde het panel de pre-bronchodilatatiewaarden.

De onderzoekers informeerden de huisarts over de diagnose en gaven behandeladviezen.

Follow-upmetingen

Wij verzamelden follow-upgegevens uit de elektronische medische dossiers van de deelnemende huisartsenpraktijken. Gegevens over het medicatiegebruik en stoppen met roken werden zes maanden na de screening verzameld; informatie over mortaliteit, ziekenhuisopnames en episodes van longontsteking of exacerbaties verzamelden we zes en twaalf maanden na de screening.

RESULTATEN

Er werden 389 patiënten gescreend, van wie er 66 (17,0%) al bekend waren met COPD. Van 3 patiënten was de spirometrie van onvoldoende kwaliteit om een diagnose te kunnen stellen. Van de 386 overigen werden er 236 (61,1%) geclassificeerd als 'geen COPD', 84 (21,8%) als 'nieuw COPD', 50 (13,0%) als 'bevestigd COPD', en 16 (4,1%) 'voormalig COPD'.

Van de 134 patiënten met nieuw of bevestigd COPD viel er 1 in GOLD-klasse I, 117 in GOLD-II en 16 in GOLD-III of -IV. Op de MRC-dyspneuschaal (schaalbereik 0-4) scoorden 121 (90,3%) patiënten ≥ 2.

[**Tabel 1**] toont het gebruik van longmedicatie op het moment van screening en zes maanden daarna. In de groep 'geen COPD' daalde het aantal patiënten dat longmedicatie gebruikte van 41 (17,4%) naar 31 (13,1%), in de groep 'nieuw COPD' veranderden 15 patiënten (17,9%) hun medicatie, met een netto toename van 24 (28,6%) tot 32 (38,1%). In de groep 'voormalig COPD' stopte slechts 1 patiënt (6,3%) met zijn longmedicatie. Deze groep telde 8 patiënten met astma en 1 met bronchiale hyperreactiviteit, die hun medicatie bleven gebruiken.

[**Tabel 2**] toont het aantal deenemers dat gedurende onze onderzoeksperiode overleed of in een ziekenhuis werd opgenomen. De mortaliteit in de groepen 'nieuw COPD' en 'geen COPD' was vergelijkbaar, en lager dan in de groepen 'bevestigd COPD' en 'voormalig COPD'. Wel werden relatief veel patiënten uit de groep 'nieuw COPD' in het ziekenhuis opgenomen, namelijk 32,1% versus gemiddeld 24,2% in de overige drie groepen (22,9% in de groep 'geen COPD').

Tabel 1 **Gebruik van longmedicatie door huisartspatiënten met klachten van kortademigheid of verminderde inspanningstolerantien, na een screening op COPD**

	Geen COPD (n = 236)		Nieuw COPD (n = 84)		Bevestigd COPD (n = 50)		Voormalig COPD (n = 16)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Bij screening op COPD*								
Longmedicatie (alle)	41	(17,4%)	24	(28,6%)	40	(80,0%)	13	(81,3%)
Inhalatiemedicatie	24	(10,2%)	21	(25,0%)	39	(78,0%)	13	(81,3%)
■ bèta-agonisten	6	(2,5%)	7	(8,3%)	8	(16,0%)	5	(31,1%)
■ ipratropium	11	(4,6%)	5	(6,0%)	30	(60,0%)	7	(37,8%)
■ corticosteroïden	6	(2,5%)	5	(6,0%)	7	(14,0%)	3	(18,8%)
■ bèta-agonisten + corticosteroïden	8	(3,4%)	14	(16,7%)	22	(44,0%)	8	(50,0%)
Andere longmedicatie†	18	(7,6%)	3	(3,6%)	7	(14,0%)	2	(12,5%)
Zes maanden na screening								
Longmedicatie (alle)	31	(13,1%)	32	(38,1%)	39	(78,0%)	12	(75,0%)
Inhalatiemedicatie	23	(9,8%)	30	(35,7%)	39	(78,0%)	12	(75,0%)
■ bèta-agonisten	6	(2,5%)	5	(6,0%)	14	(28,0%)	4	(25,0%)
■ ipratropium	9	(3,8%)	11	(13,1%)	30	(60,0%)	7	(37,8%)
■ corticosteroïden	5	(2,1%)	8	(9,5%)	8	(16,0%)	2	(12,5%)
■ bèta-agonisten + corticosteroïden	8	(3,4%)	15	(17,9%)	19	(38,0%)	7	(37,8%)
Andere longmedicatie†	8	(3,4%)	2	(2,4%)	4	(8,0%)	0	(0,0%)

Geen COPD = geen eerdere diagnose COPD, geen COPD vastgesteld bij screening.
Nieuw COPD = geen eerdere diagnose COPD, wel COPD vastgesteld bij screening.
Bevestigd COPD = eerdere diagnose COPD, bevestigd bij screening.
Voormalig COPD = eerdere diagnose COPD, geen COPD vastgesteld bij screening.
* De COPD-screening bestond uit anamnese, lichamelijk onderzoek en spirometrie, beoordeeld door een panel van deskundigen.
† Orale corticosteroïden (70%), mucolytica (16%), theofylline (7%), en leukotriënenantagonisten (7%).

Tabel 2 **Mortaliteit, ziekenhuisopnames en episodes van longontsteking of exacerbaties bij huisartspatiënten met klachten van kortademigheid of verminderde inspanningstolerantie, na een screening op COPD**

	Geen COPD (n = 236)		Nieuw COPD (n = 84)		Bevestigd COPD (n = 50)		Voormalig COPD (n = 16)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Zes maanden na screening*								
Overleden	3	(1,3%)	1	(1,2%)	1	(2,0%)	1	(6,3%)
Ziekenhuisopname (alle)	33	(14,0%)	19	(22,6%)	11	(22,0%)	5	(31,3%)
■ longafdeling	4	(1,7%)	1	(1,2%)	2	(4,0%)	2	(12,5%
■ cardiologieafdeling	8	(3,4%)	5	(6,0%)	1	(2,0%)	0	(0,0%)
Longontsteking of exacerbatie	6	(2,5%)	7	(8,3%)	19	(38,0%)	3	(18,8%)
Twaalf maanden na screening*								
Overleden	7	(3,0%)	2	(2,4%)	4	(8,0%)	1	(6,3%)
Ziekenhuisopname (alle)	54	(22,9%)	27	(32,1%)	14	(28,0%)	5	(31,3%)
■ longafdeling	6	(2,5%)	2	(2,4%)	4	(8,0%)	2	(12,5%)
■ cardiologieafdeling	17	(7,2%)	6	(7,1%)	2	(4,0%)	0	(0,0%)
Longontsteking of exacerbatie	9	(3,8%)	8	(9,5%)	26	(52,0%)	3	(18,8%)

Geen COPD = geen eerdere diagnose COPD, geen COPD vastgesteld bij screening.
Nieuw COPD = geen eerdere diagnose COPD, wel COPD vastgesteld bij screening.
Bevestigd COPD = eerdere diagnose COPD, bevestigd bij screening.
Voormalig COPD = eerdere diagnose COPD, geen COPD vastgesteld bij screening.
* De COPD-screening bestond uit anamnese, lichamelijk onderzoek en spirometrie, beoordeeld door een panel van deskundigen.

BESCHOUWING

In het TREE-onderzoek leidde een screening van ouderen met klachten van kortademigheid of inspanningsintolerantie bij 22% van de deelnemers tot een nieuwe diagnose COPD. Deze nieuwe diagnoses leidden echter niet tot grote wijzigingen in de voorgeschreven longmedicatie. Onder de patiënten bij wie door de screening COPD ontdekt was, kwamen ziekenhuisopnames, exacerbaties en longontstekingen vaker voor dan bij patiënten zonder COPD, maar de sterftecijfers waren vergelijkbaar.

Er zijn verschillende mogelijke redenen waarom de behandeling van de gescreende patiënten nauwelijks veranderde. Een eerste reden is dat de behandelend huisarts bang is dat een wijziging in de medicatie bij deze kwetsbare ouderen de delicate balans verstoort en een cascade van schadelijke effecten op gang brengt. Een tweede reden kan zijn dat patiënten bij wie COPD pas na een screening ontdekt wordt, minder profiteren van inhalatiemedicatie dan patiënten die actief naar de huisarts stappen met hun COPD-klachten. Bij die laatstgenoemden vormen de ervaren klachten zowel voor de patiënt als voor de huisarts een belangrijke motivatie om de behandeling of leefstijl aan te passen. Een derde reden is dat de huisartsen in dit onderzoek er niet actief op uit waren de behandeling aan te passen. Een aanwijzing in deze richting is ook dat bij patiënten zonder COPD of met 'voormalig COPD' de longmedicatie nauwelijks aangepast of gestopt werd. Blijkbaar bracht het gebruik van inhalatiemedicatie ook bij deze patiënten symptoomverlichting, al moet daarbij worden vermeld dat 18 patiënten in deze groep (persisterend) astma of bronchiale hyperreactiviteit hadden.

Wij registreerden een verandering in de longmedicatie als de patiënt stopte dan wel startte met een bepaald middel, zonder rekening te houden met aanpassingen in dosering. Daardoor kunnen we het percentage patiënten met veranderd beleid na screening hebben onderschat.

In sommige patiënten leidde de spirometrie tot het vaststellen van pulmonale restrictie, dat wil zeggen een normale FEV_1/FVC in combinatie met een FEV_1 of FVC lager dan 80% van de voorspelde waarde. Ook deze patiënten zouden baat kunnen hebben bij longmedicatie. Daarbij moet wel aangetekend worden dat hartfalen in combinatie met pulmonale overvulling en obesitas eveneens kan leiden tot pulmonale restrictie.[11-15]

De inclusie van patiënten met mogelijk hartfalen in het TREE-onderzoek kan hebben geleid tot overschatting van het aantal patiënten in de groep 'nieuw COPD'. De longfunctie, en dan met name de FEV_1, kan bij hartfalen verminderd zijn door pulmonale overvulling, waardoor hartfalen ten onrechte voor COPD aangezien zou kunnen worden.[14] Dat ons panel van deskundigen bestond uit een longarts, een huisarts en een cardioloog, die zowel COPD als hartfalen tijdens een en dezelfde sessie overwogen, heeft deze kans op misclassificatie minimaal gemaakt.

CONCLUSIE

Een screening van kwetsbare ouderen met klachten van kortademigheid of verminderde inspanningstolerantie kan veel patiënten met voorheen onontdekte COPD opsporen, maar voor de behandeling en de prognose heeft dit weinig consequenties. Een mogelijke verklaring is dat de betrokken patiënten niet zelf met hun klachten naar de huisarts waren gegaan en dus waarschijnlijk al minder gemotiveerd waren voor een behandeling. ■

LITERATUUR

1 Vestbo J, Hurd SS, Agusti AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med 2013;187:347-65.

2 Qaseem A, Wilt TJ, Weinberger SE, Hanania NA, Criner G, Van der Molen T, et al. Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. Ann Intern Med 2011;155:179-91.

3 Swanney MP, Ruppel G, Enright PL, Pedersen OF, Crapo RO, Miller MR, et al. Using the lower limit of normal for the FEV1/FVC ratio reduces the misclassification of airway obstruction. Thorax 2008;63:1046-51.

4 Schermer TR, Quanjer PH. COPD screening in primary care: who is sick? Prim Care Respir J 2007;16:49-53.

5 Culver BH. Interpretation of spirometry: we can do better than the GOLD standard. Respir Care 2006;51:719-21.

6 Hardie JA, Buist AS, Vollmer WM, Ellingsen I, Bakke PS, Morkve O. Risk of over-diagnosis of COPD in asymptomatic elderly never-smokers. Eur Respir J 2002;20:1117-22.

7 Bednarek M, Maciejewski J, Wozniak M, Kuca P, Zielinski J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting. Thorax 2008;63:402-7.

8 Broekhuizen BD, Sachs AP, Hoes AW, Moons KG, Van den Berg JW, Dalinghaus WH, et al. Undetected chronic obstructive pulmonary disease and asthma in people over 50 years with persistent cough. Br J Gen Pract 2010;60:489-94.

9 Geijer RM, Sachs AP, Hoes AW, Salome PL, Lammers JW, Verheij TJ. Prevalence of undetected persistent airflow obstruction in male smokers 40-65 years old. Fam Pract 2005;22:485-9.

10 Van Mourik Y, Moons KG, Bertens LC, Reitsma JB, Hoes AW, Rutten FH. Triage of frail elderly with reduced exercise tolerance in primary care (TREE): A clustered randomized diagnostic study. BMC Public Health 2012;12:385.

11 Dimopoulou I, Tsintzas OK, Daganou M, Cokkinos DV, Tzelepis GE. Contribution of lung function to exercise capacity in patients with chronic heart failure. Respiration 1999;66:144-9.

12 Scarlata S, Pedone C, Fimognari FL, Bellia V, Forastiere F, Incalzi RA. Restrictive pulmonary dysfunction at spirometry and mortality in the elderly. Respir Med 2008;102:1349-54.

13 Faggiano P. Abnormalities of pulmonary function in congestive heart failure. Int J Cardiol 1994;44:1-8.

14 Güder G, Rutten FH, Brenner S, Angermann CE, Berliner D, Ertl G, et al. The impact of heart failure on the classification of COPD severity. J Card Fail 2012;18:637-44.

15 Guerra S, Sherrill DL, Venker C, Ceccato CM, Halonen M, Martinez FD. Morbidity and mortality associated with the restrictive spirometric pattern: a longitudinal study. Thorax 2010;65:499-504.

Geert-Jan Geersing

Aanvullende diagnostiek

PRAKTIJKPROBLEEM

Huisartsen vragen op het spreekuur geregeld aanvullende diagnostische tests aan. Bijvoorbeeld als patiënten zich melden met pijn links in de onderbuik. Dit kan passen bij diverticulitis, maar ook komen door minder ernstige oorzaken, zoals obstipatie. Omdat diverticulitis potentieel gecompliceerd kan verlopen, wil je deze diagnose als huisarts uitsluiten, ook als diverticulitis niet hoog in je differentiaaldiagnose staat. Hoe verloopt het diagnostisch redeneren in de huisartsenpraktijk en met name, wanneer zijn aanvullende diagnostische tests van waarde?

ACHTERGROND

Een diagnose stel je zelden op basis van één test.[1] Elke huisarts begint met een gedegen anamnese en gericht lichamelijk onderzoek. Bij de meeste klachten op ons spreekuur is hierna al een werkdiagnose mogelijk. Aanvullende diagnostische tests zijn in de meeste gevallen niet nodig. Echter, bij klachten waarbij een potentieel ernstige aandoening in de differentiaaldiagnose staat, bestaat er behoefte aan meer zekerheid. Aanvullende diagnostische tests helpen om deze differentiaaldiagnoses aan te tonen of uit te sluiten. De informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek is de basis. De uitkomst van het aanvullend onderzoek brengt de huisarts weer een stap verder in het beslisproces. Aanvullende tests moeten vervolgens altijd geïnterpreteerd en geanalyseerd worden in het licht van de eerder verkregen informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn de recent voor de huisarts geïntroduceerde sneltests of 'point-of-care' tests, zoals een CRP- of D-dimeerbepaling. Deze tests zijn heel geschikt om over relatief ernstige aandoeningen al tijdens het consult informatie te geven, maar de uitslag van de test moet altijd geïnterpreteerd worden in de context van de patiënt die tegenover je zit. Als al vaststaat dat de patiënt wel of niet ingestuurd wordt, onafhankelijk van de testuitslag, heeft de test geen waarde. Het denkproces begint dus altijd bij de patiënt, en niet bij de testuitslag.

UITWERKING

In een groot Nederlands onderzoek bij 1021 patiënten die met buikklachten naar de SEH waren verwezen (75% door de huisarts) werd gekeken naar de diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en een CRP-waarde bij de diagnose diverticulitis.[2] In de [**tabel**] wordt de oddsratio (OR) van de vijf variabelen gegeven die het sterkst bijdroegen aan een diagnose diverticulitis.

De aanwezigheid van de drie variabelen die het sterkste met diverticulitis gecorreleerd waren (afwezigheid van braken, pijnlijke palpatie alleen in de linker onderbuik en een verhoogd CRP) had een positief voorspellende waarde van 97% (95%-BI 83 tot 99) voor de aanwezigheid van diverticulitis. Bij patiënten met een vermoeden van diverticulitis op klinische gronden, maar bij wie deze drie variabelen afwezig waren, was de negatief voorspellende waarde beperkt: 53% bleek nog altijd een diverticulitis te hebben bij aanvullende beeldvorming.

Tabel Diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en CRP-bepaling bij diverticulitis

Variabele	Oddsratio (95%-BI*)
Leeftijd boven de 50 jaar	1,2 (1,1 tot 1,3)
Subacuut begin van de klachten	2,3 (1,2 tot 4,2)
Afwezigheid van braken	9,2 (3,8 tot 22)
Palpatie onderbuik alleen pijnlijk in de linker onderbuik	13,3 (6,9 tot 25)
CRP-waarde boven de 50 mg/L	4,7 (2,7 tot 8,3)

* *BI = betrouwbaarheidsinterval.*

Dit onderzoek illustreert de waarde van aanvullende diagnostische tests voor de huisarts. Ten eerste is duidelijk te zien dat anamnese en lichamelijk onderzoek sterk aanvullend zijn: de twee variabelen met de sterkste toegevoegde waarde zijn immers 'afwezigheid van braken' en 'palpatie onderbuik alleen pijnlijk in de linker onderbuik'. Ten tweede voegt de aanvullende diagnostische test 'CRP-bepaling' maar beperkt informatie toe, en eigenlijk alleen om meer zekerheid te krijgen om diverticulitis aan te tonen. Dit onderschrijft de waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek: hiermee wordt in de meeste gevallen genoeg informatie verkregen om het beleid te bepalen. Dat is ook de kracht van de huisarts: met weinig middelen komen tot een zo accuraat mogelijke diagnose. Aanvullende diagnostische tests zijn vooral van waarde als laatste stapje om diagnostische zekerheid te krijgen.

BETEKENIS

De meerwaarde van aanvullende diagnostische tests moet altijd geïnterpreteerd worden in de context van anamnese en lichamelijk onderzoek. Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn het fundament van ons klinisch redeneren en in veel gevallen is deze informatie al genoeg om tot een gericht beleid te komen. Alleen in situaties waar een laatste stap nodig is in de diagnostische zekerheid – bijvoorbeeld bij een vermoeden van een potentieel ernstige aandoening – zijn aanvullende diagnostische tests van waarde. ■

LITERATUUR

1 Grobbee DE, Hoes A. Clinical Epidemiology; Principles, Methods and Applications for Clinical Research. Londen: Jones and Bartlett, 2009.
2 Lameris W, Van Randen A, Van Gulik TM, Busch OR, Winkelhagen J, Bossuyt PM, et al. A clinical decision rule to establish the diagnosis of acute diverticulitis at the emergency department. Dis Colon Rectum 2010;53:896-904.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht en praktijk Buitenhof, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam: dr. G.J. Geersing, huisarts • Correspondentie: G.J.Geersing@umcutrecht.nl

Ans Tiessen, Andries Smit, Jan Broer, Klaas van der Meer

BESCHOUWING

Lifetime-risico geeft meer houvast bij CVRM

Samenvatting

Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Van der Meer K. Lifetime-risico geeft meer houvast bij cardiovasculair risicomanagement. Huisarts Wet 2015;58(5):246-8.

Hart- en vaatziekten zijn een erkend gezondheidsrisico voor de gehele Nederlandse bevolking. Op grond van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement komt een groot aantal Nederlanders in aanmerking voor een risicoprofiel. Zo'n profiel en de bijbehorende follow-up zijn echter arbeidsintensief en komen boven op de vele andere taken die de huisarts al heeft – reden genoeg om de doelmatigheid ervan goed in de gaten te houden. De berekening in de huidige standaard is gebaseerd op het tienjaarsrisico. Deze benadering heeft beperkingen, want zij is voor patiënten soms niet erg inzichtelijk en heeft bovendien weinig te bieden aan mensen jonger dan 40 of ouder dan 70 jaar. Een benadering die uitgaat van het lifetime-risico biedt aanknopingspunten voor vroegtijdiger interventie, betere risicocommunicatie en doelmatiger risicomanagement.

INLEIDING

In 2012 is de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement herzien.[1] Deze nieuwe versie bevat een aangepaste risicotabel voor het tienjaarsrisico, die naast de mortaliteit ook de morbiditeit voorspelt, gebruikmaakt van Nederlandse gegevens en ook de leeftijdscategorie 65-70 jaar omvat. Nog steeds echter hebben volgens deze tabel vrijwel alle personen onder de 40 jaar een laag risico en alle personen boven de 70 jaar een hoog risico. De richtlijntekst ondervangt dit gebrek aan onderscheidend vermogen met het advies individueel maatwerk te leveren: de arts moet behandeling overwegen bij individuen met een clustering van risicofactoren, en bij ouderen moeten ook levensverwachting en comorbiditeit in de overweging betrokken worden. Desondanks blijft het lastig het behandelbeleid te bepalen voor de leeftijdscategorieën aan de boven- en de onderkant van de risicotabel.

LIFETIME-RISICOMODEL

Het gebruik van een zogeheten *lifetime risk model* geeft een ander perspectief. Dit soort modellen voorspelt op basis van risicofactoren de kans om ooit in je leven een hart- of vaatziekte te krijgen en, als afgeleide daarvan, de levensverwachting met en zonder hart- en vaatziekte.

Er zijn berekeningen gemaakt voor het lifetime-risico op hart- en vaatziekten, gebaseerd op 905.115 persoonsjaren uit vijf Amerikaanse cohorten, waaronder de Framingham Heart Study.[2] Het risico om ooit in je leven een hart- of vaatziekte te ontwikkelen bleek behoorlijk hoog, zelfs bij een optimaal risicoprofiel. In de onderzochte populatie was op 45-jarige leeftijd het risico om voor je 95e een hart- of vaatziekte te ontwikkelen voor mannen ongeveer 60% en voor vrouwen ongeveer 55%. Op 55-jarige leeftijd en met een optimaal risicoprofiel was het risico om voor je 85e een hart- of vaatziekte te ontwikkelen voor mannen nog steeds rond de 40% en voor vrouwen rond de 30%. Mensen met een gunstig risicoprofiel leven gemiddeld echter wel veertien jaar langer zonder hart- en vaatziekten, en er zijn aanwijzingen dat ze vervolgens een korter deel van hun leven een hart- of vaatziekte hebben.

De onderzoekers in kwestie hebben deze gegevens ook gebruikt om per leeftijdscategorie, afhankelijk van de aanwezige risicofactoren, de overleving en de hart- en vaatziektevrije overleving te voorspellen. De [**figuur**] laat zien dat risicofactoren op jonge leeftijd de grootste invloed hebben op zowel de totale als de ziektevrije overleving, ook al is voor alle risicogroepen de levensverwachting op die leeftijd nog hoog en het tienjaarsrisico dus laag. Op hogere leeftijd heeft de aanwezigheid van risicofactoren veel minder invloed. Met de lifetime-risicoschatting kun je waarschijnlijk beter inschatten welke mensen echt profijt hebben van een behandeling. Dit blijken onder andere personen jonger dan 65 jaar en vrouwen, groepen die bij de tienjaarsschatting veel meer buiten beschouwing blijven.

Naast een doelgerichtere bepaling van wie nu precies een preventieve behandeling nodig hebben, biedt het lifetime-risico aanknopingspunten om eerder te beginnen met de behandeling, voordat er aanzienlijke vaatschade is. Bij mensen die met het huidige risicomodel een grote kans hebben om binnen tien jaar een hart- of vaatziekte te ontwikkelen, is die vaatschade meestal al aanwezig op het moment dat de behandeling start. Met een lifetime-risicoschatting loop je wellicht minder achter de feiten aan.[3]

Een lifetime-risicoschatting heeft nog een ander voordeel: het geeft mensen een duidelijk beeld van wat een verhoogd cardiovasculair risico voor henzelf betekent. Hoeveel jaar je langer gezond kunt leven of je 'hartleeftijd' is eenvoudiger uit te leggen en spreekt mensen makkelijker aan dan een getal op basis van het tienjaarsrisico. Dit kan vooral van belang zijn voor patiënten met een lage sociaal-economische status. De Joint British Society heeft haar JBS3-richtlijn al in deze zin herzien en op de website http://www.jbs3risk.com het begrip 'hartleeftijd' ingevoerd.[4] Als mensen hier hun risicofactoren invullen, rolt hun hartleeftijd eruit, met uitleg en aanbevelingen gebaseerd op hun persoonlijke risicoprofiel.

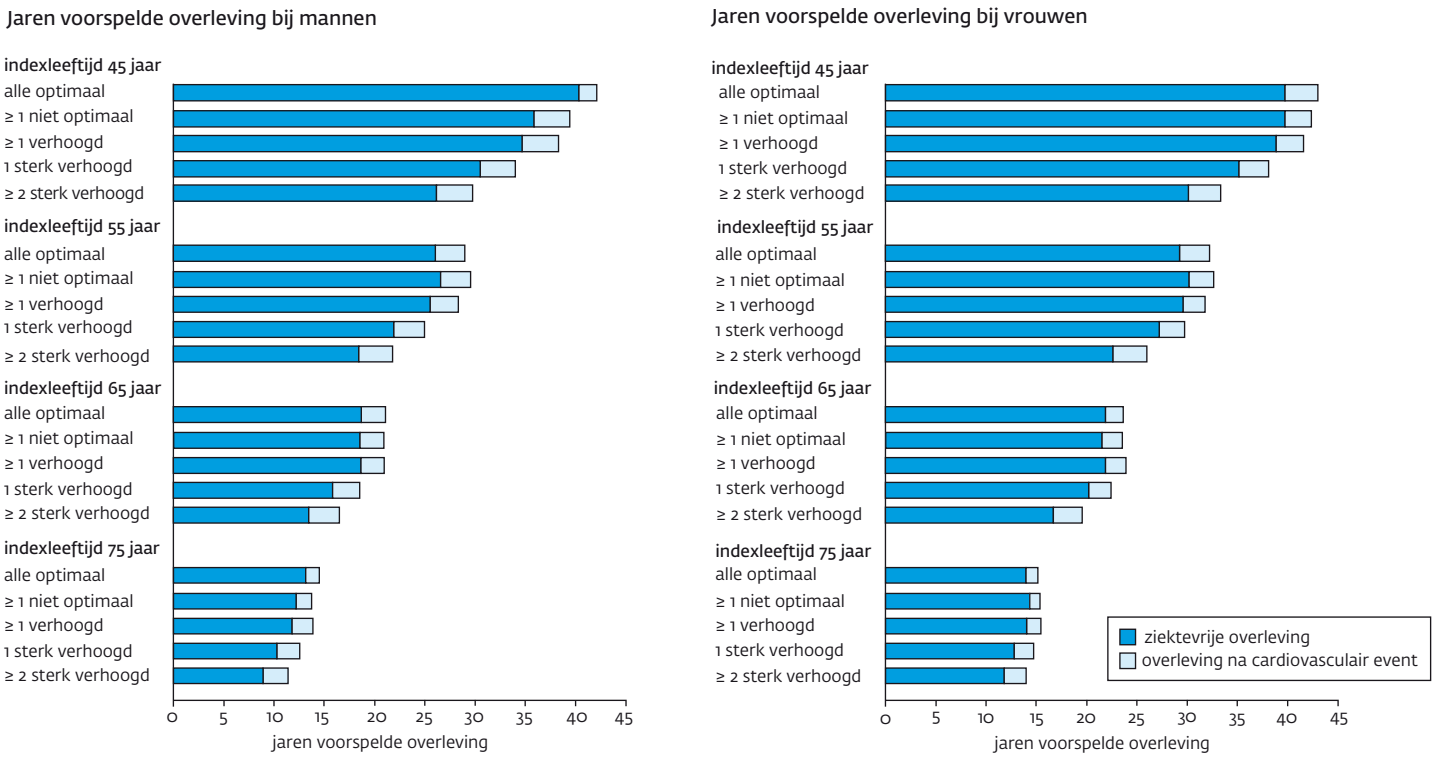
VERTALING NAAR DE PRAKTIJK

In de JBS3-richtlijn worden behandeladviezen geformuleerd op basis van het tienjaarsrisico én het levenslange cardiovas-

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, Huispostcode FA21, 9700 AD Groningen: dr. A.H. Tiessen, huisarts; prof.dr. K. van der Meer, emeritus hoogleraar Huisartsgeneeskunde. UMC Groningen, afdeling Interne geneeskunde: prof.dr. A.J. Smit, hoogleraar vasculaire geneeskunde. GGD Groningen: dr. J. Broer, epidemioloog/arts maatschappij & gezondheid • Correspondentie: a.h.tiessen@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een uitwerking van de discussie in het proefschrift *Cardiovascular risk management in general practice*, waarop dr. A.H. Tiessen op 24 februari 2014 promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Figuur **Lifetime-risico op een hart- of vaatziekte: voorspelde totale en ziektevrije overleving op verschillende indexleeftijden naar geslacht bij de risicofactoren bloeddruk, totaal cholesterol, diabetes en roken[2]**



Bron: JAMA.[2]

culaire risico.[4] Voor dat laatste wordt de QRISK Lifetime Risk Calculator gebruikt, die gebaseerd is op populatiegegevens uit het Verenigd Koninkrijk. Naast leeftijd, geslacht, bloeddruk, lipiden en rookstatus houdt deze calculator ook rekening met etniciteit, familiaire belasting, BMI, sociale deprivatie en aanwezigheid van chronische nierschade, boezemfibrilleren of reumatoïde artritis. De nieuwe Amerikaanse richtlijn die eind 2013 is verschenen, komt op belangrijke punten overeen met de JBS3-richtlijn en bespreekt ook de lifetime-risicomethode, maar bevat nog geen risicocalculator.[5]

Andere mogelijkheden die onderzocht zijn om het cardiovasculaire risico beter te kunnen voorspellen, zijn verschillende biomarkers en calcificatiescores op basis van CT-scans van de coronaria. Deze methoden geven doorgaans geen betere risicoclassificaties dan de bestaande, of ze zijn te duur of anderszins ongeschikt voor grootschalige inzet (stralingsbelasting bij CT).[4,6] Daarom is het te verwachten dat in meer landen gekeken zal worden naar lifetime-risicobepalingen in het kader van doelgerichtere en kosteneffectievere cardiovasculaire preventie.

Vooralsnog is het effect van behandelingen die gebaseerd zijn op lifetime-risicobepalingen niet onderzocht. Het is wel aannemelijk dat behandeling voordat er daadwerkelijk schade ontstaat effectiever is, maar wanneer en met welke interventies, zoals leefstijlverbetering en medicatie, precies gestart moet worden, is nog niet exact bekend.[3,7] In het kader van het onderzoek Self Monitoring and Prevention of Risk factors by Nurse Practitioners (SPRING) zijn de maatschappelijke kosten van verschillende aspecten van cardiovasculair risicomanagement in Nederlandse huisartsenpraktijken onderzocht. De kosten van het langer gebruiken van medicatie zullen waarschijnlijk niet het probleem zijn.[8] De kosten van werkverzuim door praktijkbezoek en de kosten van medisch personeel bleken allebei hoger dan de kosten van de medicatie-aanpassingen.

Er is intussen veel bekend over de veiligheid en effectiviteit van de gebruikelijke medicijnen. Langdurig gebruik heeft belangrijke nadelen, waaronder bijwerkingen en afnemende

Abstract

Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, van der Meer K. Lifetime risk is a better tool for cardiovascular risk management. Huisarts Wet 2015;58(5):246-8.

Cardiovascular diseases are a recognized health risk factor in the Dutch population. On the basis of the Dutch College of General Practitioners (NHG) practice guideline on cardiovascular risk management, a substantial number of Dutch individuals can be considered to have a high-risk profile. This and the associated monitoring are labour intensive and additional to the many other tasks that general practitioners have, which is reason to investigate its appropriateness. The approach of the current guideline, by which 10-year risk is estimated, has limitations because it is not suitable for all and tends to exclude people younger than 40 years or older than 70 years. An approach based on lifetime risk may make earlier intervention possible, improve doctor–patient communication, and facilitate targeted risk management.

therapietrouw. Statines en bepaalde antihypertensiva kunnen op lange termijn de bloedsuikers verhogen, maar waarschijnlijk weegt dit effect niet op tegen de voordelen op lange termijn.[9,10]

Bovendien: door het gebruik van medicijnen zou de noodzaak om gezond te leven op de achtergrond kunnen raken.[11] Leefstijloptimalisering is in de huisartsenpraktijk een lastige opgave gebleken.[12-14] Wel is het feit dat je de doelgroep met lifetime-risicobepalingen beter en in een vroeger stadium kunt identificeren een reden te meer om te blijven onderzoeken hoe we leefstijlbehandelingen kunnen optimaliseren en overmatig medicijngebruik kunnen voorkomen. Daarnaast zijn veranderingen in een obesogene omgeving nodig.[15,16]

BETEKENIS VOOR DE NEDERLANDSE HUISARTS

Cardiovasculaire richtlijnen worden geregeld herzien. Niet alleen veranderen het voorkomen van risicofactoren en de cardiovasculaire sterfte mettertijd, maar er wordt ook steeds meer bekend over de langetermijneffecten van de verschillende behandelingen.[17] Wij denken dat een volgende herziening van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement een goede gelegenheid zou zijn om ook in Nederland de lifetime-risicobenadering te introduceren, zodat huisartsen beter en makkelijker kunnen bepalen voor wie cardiovasculair risicomanagement zinvol is. Aan de hand van begrippen als 'hartleeftijd', 'ziektevrije overleving' en 'levensduur mét een hart- of vaatziekte' kunnen artsen de risico's en behandeldoelen duidelijker overbrengen dan aan de hand van een abstract getal. Natuurlijk zullen bij zo'n introductie de lifetime-risicocalculator en de bijbehorende behandeladviezen moeten worden aangepast aan de Nederlandse situatie en moeten de effecten van de nieuwe insteek goed gemonitord worden.

Bij vroegtijdige cardiovasculaire interventies zal de nadruk meer liggen op leefstijlverbetering dan op medicatie. De verantwoordelijkheid daarvoor kan niet alleen bij de huisarts gelegd worden. Het effect van op het individu gerichte leefstijlinterventies is beperkt gebleken,[12,13] zeker bij bevolkingsgroepen met een lage sociaal-economische status, die gemiddeld de grootste risico's lopen.[18,19] Omdat de gehele Nederlandse bevolking een groot risico heeft ooit een hart- of vaatziekte te krijgen, is een populatiebrede benadering vanuit de overheid doelmatiger.[15,16,20] Die benadering kan bijvoorbeeld bestaan uit extra heffingen op tabak en op zout en suiker in de voeding, strengere regelgeving inzake die producten en aanpassingen aan de leefomgeving zodat het aantrekkelijker wordt om voldoende te bewegen.[21,22] ■

LITERATUUR

1 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(1):14-28.
2 Wilkins JT, Ning H, Berry J, Zhao L, Dyer AR, Lloyd-Jones DM. Lifetime risk and years lived free of total cardiovascular disease. JAMA 2012;308:1795-801.
3 Sniderman AD, Toth PP, Thanassoulis G, Pencina MJ, Furberg CD. Taking a longer term view of cardiovascular risk: the causal exposure paradigm. BMJ 2014;348:g3047.
4 JBS3 Board. Joint British Societies' consensus recommendations for the prevention of cardiovascular disease (JBS3). Heart 2014;100 Suppl 2:ii1-67.
5 Greenland P. British and American prevention guidelines: different committees, same science, considerable agreement. Heart 2014;100:678-9.
6 Kavousi M, Elias-Smale S, Rutten JH, Leening MJ, Vliegenthart R, Verwoert GC, et al. Evaluation of newer risk markers for coronary heart disease risk classification: a cohort study. Ann Intern Med 2012;156:438-44.
7 Perk J, Graham I, De Backer G. Prevention of cardiovascular disease: new guidelines, new tools, but challenges remain. Heart 2014;100:675-7.
8 Tiessen AH, Vermeulen KM, Broer J, Smit AJ, Van der Meer K. Cost-effectiveness of cardiovascular risk management by practice nurses in primary care. BMC Public Health 2013;13:148.
9 Elliott WJ, Meyer PM. Incident diabetes in clinical trials of antihypertensive drugs: a network meta-analysis. Lancet 2007;369:201-7.
10 Sattar N, Taskinen MR. Statins are diabetogenic: Myth or reality? Atheroscler Suppl 2012;13:1-10.
11 Sugiyama T, Tsugawa Y, Tseng CH, Kobayashi Y, Shapiro MF. Different time trends of caloric and fat intake between statin users and nonusers among US adults: gluttony in the time of statins? JAMA Intern Med 2014;174:1038-45.
12 Fleming P, Godwin M. Lifestyle interventions in primary care: systematic review of randomized controlled trials. Can Fam Physician 2008;54:1706-13.
13 Lakerveld J, Bot SD, Van der Ploeg HP, Nijpels G. The effects of a lifestyle intervention on leisure-time sedentary behaviors in adults at risk: the Hoorn Prevention Study, a randomized controlled trial. Prev Med 2013;57:351-6.
14 Tiessen AH, Smit AJ, Broer J, Groenier KH, Van der Meer K. Which patient and treatment factors are related to successful cardiovascular risk score reduction in general practice? Results from a randomized controlled trial. BMC Fam Pract 2013;14:123.
15 Poston WS 2nd, Foreyt JP. Obesity is an environmental issue. Atherosclerosis 1999;146:201-9.
16 Giskes K, Van Lenthe F, Avendano-Pabon M, Brug J. A systematic review of environmental factors and obesogenic dietary intakes among adults: are we getting closer to understanding obesogenic environments? Obes Rev 2011;12:e95-106.
17 Prieto-Merino D, Pocock SJ. The science of risk models. Eur J Prev Cardiol 2012;19(2 Suppl):7-13.
18 Capewell S, Graham H. Will cardiovascular disease prevention widen health inequalities? PLoS Med 2010;7:e1000320.
19 Hulsegge G, Picavet HS, Blokstra A, Nooyens AC, Spijkerman AM, Van der Schouw YT, et al. Today's adult generations are less healthy than their predecessors: generation shifts in metabolic risk factors: the Doetinchem Cohort Study. Eur J Prev Cardiol 2013;21:1134-44.
20 Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985;14:32-8.
21 Goodman A, Sahlqvist S, Ogilvie D, iConnect Consortium. New walking and cycling routes and increased physical activity: one- and 2-year findings from the UK iConnect Study. Am J Public Health 2014;104:e38-46.
22 Peters RJ. Hart- en vaatziekten: grote problemen vragen om grote oplossingen. Ned Tijdschr Geneeskd 2013;157:A6047.

Herman Bueving

Toekomstbestendigheid eerstelijnszorg

In juli 2014 verscheen een rapport van een onafhankelijk expertpanel van de Europese Unie over de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg.[1,2] Dit rapport zet de toon bij de discussie over het belang van de eerstelijnszorg. Het getuigt van visie op de integratie van zorg, zonder de beperkingen binnen de eerste lijn te verdoezelen. Het zou integraal deel moeten uitmaken van de Toekomstvisie 2022 van NHG en LHV.

INTEGRATIE VAN ZORG

De commissie Gezondheid en Consumentenbescherming (SANCO) vroeg zich af hoe de gezondheidssystemen in Europa voordeel kunnen halen uit een betere integratie van de zorgniveaus — op het gebied van kosten, kwaliteit en eerlijke verdeling van de zorg. Het advies is niet bindend. Het panel, onder voorzitterschap van Jan de Maeseneer (hoogleraar Huisartsgeneeskunde Gent), kreeg de volgende opdrachten:

- ontwerp een gemeenschappelijke definitie van het concept eerstelijnszorg in Europa;
- beschrijf de verwijssystemen die de integratie tussen de verschillende zorgniveaus bevorderen en borgen dat de beste zorg dicht bij huis wordt geleverd;
- beschrijf de rol die het financieringssysteem speelt bij het functioneren van de eerste lijn, vooral voor wat betreft de integratie van de zorg.

DE DEFINITIE

De kerndefinitie sluit aan bij de Nederlandse Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, maar legt andere accenten. Naast de persoonlijke, geïntegreerde en continue zorg is er aandacht voor gemeenschapsvoorzieningen, geleverd door een uitgebreid team van professionals in de eerste lijn — in de context van de familie en de gemeenschap, met patiënten en mantelzorgers als partners.

HET VERWIJSSYSTEEM

Een verwijssysteem dat is gebaseerd op de huisarts als poortwachter kan het startpunt zijn voor een effectief verwijs- en ontslagsysteem. Poortwachterschap met de bedoeling het aantal verwijzingen te beperken kan echter ook negatieve effecten hebben, zoals het te laat doorverwijzen van patiënten met kanker. Het panel pleit voor een ver doorgevoerde integratie van de tweede en eerste lijn om de samenwerking in de patiëntenzorg voor, tijdens en na de behandeling te intensiveren. De tweede lijn zou samen met de eerste lijn advies aan en zorg voor patiënten op zich moeten nemen. De financiële schotten tussen de lijnen zouden moeten verdwijnen om dit mogelijk te maken.

DE FINANCIERING

Het panel benadrukt ook dat de zorg financieel toegankelijk moet zijn. Er is geen bewijs dat een eigen bijdrage leidt tot een juister gebruik of reductie van kosten. De meeste Europese landen hebben een gemengd beloningssysteem; een vast bedrag per patiënt in combinatie met een bedrag per verrichting. Er is evenmin bewijs voor de effectiviteit van prestatiebeloning. Als prestatiebeloning iets teweegbrengt, is het eerder op het gebied van het verbeteren van gegevenssystemen, het dragen van verantwoordelijkheid en het invoeren van een kwaliteitssysteem dan kwaliteitsverbetering. Prestatiebeloning verdient geen centrale maar een ondersteunende rol.

CONCLUSIE

Het rapport is overduidelijk: de eerste lijn heeft veel te bieden. Een sterke eerstelijnszorg draagt bij aan eerlijke verdeling van de zorg en betere gezondheidsuitkomsten, maar is niet goedkoper dan een systeem zonder eerste lijn. Pas als deze papieren tijger op Europees niveau tot wetgeving of richtlijnen leidt, zal er iets veranderen. Toch kunnen we er ons voordeel mee doen. Laten we de hand in eigen boezem steken, ons spiegelen aan het geschetste ideaal en onze positie veroveren!

De eerstelijnszorg in Nederland gaat de gewenste kant op, maar er staan ons nog heel wat uitdagingen te wachten. Uitbreiding van de huidige samenwerkingsverbanden in de eerste lijn met bijvoorbeeld tandartsen, bedrijfsartsen, maatschappelijk werkers, optometristen, AVG-artsen of specialisten ouderengeneeskunde is nog eerder uitzondering dan regel. Samenwerken is niet alleen werken onder één dak, maar vormgeven aan het abstracte begrip partnerschap van patiënten en mantelzorgers. *Shared decision making* in de spreekkamer is gemeengoed en een vervolgstap zou kunnen zijn: shared decision making met patiënten op praktijk(organisatie)niveau. Het idee dat we behalve voor patiëntenzorg ook onze verantwoordelijkheid moeten nemen voor gemeenschapsvoorzieningen is in de eerste lijn nog geen gemeengoed, ofschoon de Toekomstvisie 2022 dit vermeldt en het door de overheveling van de zorgbudgetten van rijk naar gemeente mogelijk wordt.

De bewakers en gidsen in de eerste lijn, de huisarts en de huisartsgeneeskunde, moeten zich ervan bewust worden dat ze de nieuwe ontwikkelingen niet louter kunnen volgen. Een actieve opstelling op het gebied van patiëntenzorg is niet alleen nodig op lokaal, regionaal en nationaal niveau, maar ook op het gebied van partnerschap met patiënten, gemeenschapsvoorzieningen, gemeenten en politiek. Het primaat van de huisarts in de eerste lijn zou bij alleen volgen gemakkelijk kunnen verdwijnen. ■

LITERATUUR

1 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/index_en.htm.
2 http://ec.europa.eu/health/expert_panel/opinions/docs/004_definition-primarycare_en.pdf.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2049, 3000 CA Rotterdam: dr. H.J. Bueving, huisarts en hoofd Huisartsopleiding • Correspondentie: h.bueving@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Annemarije Kruis

COMMENTAAR

Geïntegreerde zorgprogramma's voor COPD?

De afgelopen jaren zijn huisartsen, onder druk van de overheid en zorgverzekeraars, geprotocolleerde zorgprogramma's voor COPD gaan invoeren in hun praktijk. In de nieuwe bekostigingsstructuur maken geïntegreerde zorgprogramma's voor chronische aandoeningen zoals COPD, diabetes en cardiovasculair risicomanagement tot wel 15% van ons inkomen uit. Overheid, zorgverzekeraars en mensen in het veld roepen elkaar op tot massale implementatie van deze zorgprogramma's. Immers, proactieve zorg leidt tot betere samenwerking, tot betere zorg en tot betere uitkomstmaten voor de patiënt. Maar vraagt u zich ook weleens af wat deze programma's nu daadwerkelijk opleveren, in harde uitkomsten? Hoe sterk is het bewijs eigenlijk? De NHG-Standaard COPD beschrijft welke onderdelen van de zorg in een geprotocolleerd zorgprogramma zouden kunnen worden ingevoerd, maar houdt zich afzijdig als het gaat om de bewijsvoering voor de effectiviteit van zulke zorgprogramma's.[1] In mijn proefschrift heb ik de effectiviteit van geïntegreerde programma's voor COPD-patiënten onderzocht; in dit commentaar bespreek ik de uitkomsten.

EFFECTIVITEIT IN DE LITERATUUR

Uit een systematische Cochrane-review waarin we 26 RCT's evalueerden, kwam naar voren dat geïntegreerde zorgprogramma's voor COPD-patiënten in principe de kwaliteit van leven verbeteren, de inspanningstolerantie vergroten en exacerbaties doen afnemen.[2] De meeste van die trials waren echter uitgevoerd in sterk geselecteerde tweedelijnspopulaties, de interventies waren intensief en werden strak geregisseerd door de onderzoekers. Ook was de follow-up meestal kort: van slechts twee onderzoeken was bekend hoe de deelnemers het na twee jaar deden. De zorgprogramma's in deze RCT's vormden dus niet direct een afspiegeling van de dagelijkse praktijk. Daarom hebben we een grote pragmatische RCT uitgevoerd, RECODE, waarin we het effect van een geïntegreerd programma voor eerstelijns COPD-zorg onderzochten in 54 huisartspraktijken in de regio Leiden en Den Haag.[3] De huisartsen, POH's, fysiotherapeuten en diëtisten in de interventiepraktijken kregen nascholing en ondersteuning bij het opzetten van een zorgprogramma, de controlepraktijken continueerden de gebruikelijke zorg. Bij de follow-upmetingen, die plaatsvonden na 12 en na 24 maanden, vonden we op harde uitkomstmaten geen verschil tussen beide onderzoeksarmen, alleen hadden de patiënten in de interventiegroep meer waardering voor de follow-up en de praktische structuur van de zorg. Met andere woorden: patiënten zijn wel tevredener over de organisatie, maar gaan zich niet direct beter voelen door geïntegreerde COPD-zorg.

Dit resultaat staat niet op zichzelf. Andere goed uitgevoerde gerandomiseerde onderzoeken in Nederland en Engeland vonden evenmin bewijs dat complexe interventies op het gebied van COPD, zoals zelfmanagement en telehealth, toegevoegde waarde hebben boven de huidige zorg.[4-6] Ook op het gebied van de ouderenzorg is gebleken dat geprotocolleerde zorgprogramma's geen toegevoegde waarde hebben ten opzichte van de gebruikelijke zorg, althans in Nederland. Misschien komt dat doordat Nederlandse huisartsen het al heel goed doen. In dat geval zullen geprotocolleerde zorgprogramma's of complexe interventies de zorg in ons land niet verbeteren, maar slechts duurder maken.

ENKELE AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Na het bestuderen van verschillende onderzoeken blijven we dus wat vertwijfeld achter. Wat zouden huisartsen in hun praktijk nu het best kunnen doen en wat niet, en voor wie precies? Ik doe enkele voorzichtige aanbevelingen, die ook aan de orde komen in mijn proefschrift.

Allereerst blijkt uit de Cochrane-review dat geïntegreerde zorgprogramma's het effectiefst zijn voor patiënten met veel klachten, exacerbaties en een slechte conditie. In het algemeen gaat het dan om patiënten in GOLD-stadium III of IV, of om instabiele GOLD-II-patiënten. In de gemiddelde huisartsenpraktijk zullen niet veel patiënten aan dat profiel beantwoorden, dus je kunt je afvragen of het zinvol is in de eerste lijn zulke intensieve programma's aan te bieden. Anderzijds is er bij patiënten met een lichte tot matige ziektelast die gezien worden in de eerste lijn nog veel ruimte voor verbetering. Als deze patiënten stoppen met roken, stopt ook de progressie van hun COPD. Aangezien patiënten met ernstige ziektelast veel aanspraak maken op dure (ziekenhuis)zorg, kan ingrijpen bij een lichtere ziektelast uiteindelijk een grotere kostenbesparing opleveren. Helaas hebben patiënten met weinig klachten meestal ook weinig motivatie voor een langdurig zorg- of beweegprogramma. Ze voelen de noodzaak tot verandering gewoonweg nog niet. Daarom is het in de praktijk raadzaam te starten met een groep patiënten, die veel klachten of exacerbaties hebben en voldoende gemotiveerd zijn, en voor die patiënten een persoonlijk behandelplan op te stellen. Op die manier houdt u het voor uzelf en de praktijkondersteuner ook leuk en blijft iedereen gemotiveerd.

BEWEGEN EN STOPPEN MET ROKEN

Sommige COPD-interventies zijn zinvol voor iedere patiënt, of die nu meedoet aan een geïntegreerd programma of niet. Stoppen met roken is er een van. Het is de lastigste behandeling, maar ook de enige manier om de progressie van COPD te doen stoppen. Desondanks lijkt de overheid er nog niet van doordrongen dat een stoppen-met-rokenbehandeling voor iedereen vergoed zou moeten worden. Die interventie zit nu

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2300 RC Leiden: dr. A.L. Kruis, huisarts-in-opleiding • Correspondentie: a.l.kruis@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

eens wel en dan weer niet in de basisverzekering. Dat, en het moeten invullen van allerlei formulieren, verkleint de motivatie en vergroot de onzekerheid bij patiënten en hulpverleners. De overheid zou een voorbeeld kunnen nemen aan het Verenigd Koninkrijk, waar op elke straathoek een *NHS smoking cessation clinic* te vinden is, die iedereen die ook maar enigszins overweegt te stoppen met roken gratis begeleiding en medicatie aanbiedt.

Naast stoppen met roken zijn oefen- en beweegprogramma's bewezen effectief, niet alleen in de revalidatiesetting maar ook dichter bij huis. Tijdens het RECODE-onderzoek merkten we hoe frustrerend het kan zijn dat zorgverzekeraars zulke programma's bij eerstelijns fysiotherapeuten vaak niet vergoeden. Naar mijn idee zouden huisartsen er goed aan doen patiënten meer te motiveren voor een beweegprogramma en niet te snel te kiezen voor medicatie. Het geld dat bespaard wordt door gerichter en adequater medicatie voor te schrijven, kan dan worden geïnvesteerd in extra eerstelijns beweegprogramma's.

ZELFMANAGEMENT EN TELEHEALTH

Voor nieuwe complexe interventies, zoals zelfmanagement en telehealth, is veel enthousiasme maar weinig bewijs. Zelfmanagementinterventies zijn niet voor alle COPD-patiënten geschikt,[7] al zijn er aanwijzingen dat met name patiënten die jonger zijn en meer klachten en cardiale comorbiditeit hebben, er beter op reageren.[4,5] Zelfmanagementprogramma's kunnen zelfs gevaarlijk zijn, bijvoorbeeld voor patiënten die de instructies niet goed begrijpen en te laat hulp inroepen bij een exacerbatie.[8]

Telehealth, waarbij de patiënt zelf online de ziekte monitort, lijkt voor COPD-patiënten minder zinvol dan voor bijvoorbeeld astmapatiënten. Een recente RCT naar de effectiviteit van een in de huisartsenpraktijk geïntegreerde telehealthinterventie vond geen verbetering op patiëntuitkomstmaten, maar wel een stijging van de kosten en de werkdruk.[6] In het RECODE-onderzoek gebruikten we een geïntegreerde internetportal voor patiënten en hulpverleners. Veel praktijken waren er bij aanvang enthousiast over, maar de implementatiegraad bleef laag. De meest genoemde redenen waren instabiliteit van de applicatie, desinteresse van patiënten en gebrekkige communicatie tussen de portal en het HIS. Kortom, telehealth heeft vooralsnog weinig toegevoegde waarde en verhoogt de werkdruk, en veel patiënten lijken het prettiger te vinden om elk kwartaal op bezoek te gaan bij de POH dan zelf via het internet hun ziekte te monitoren.

RANDVOORWAARDEN

Het implementeren van een goed lopend geïntegreerd COPD-zorgprogramma kost tijd, geld, enthousiasme en veel doorzettingsvermogen. In Engeland draaien al ruim tien jaar zulke programma's, met goed resultaat. In Londen heb ik drie maanden meegelopen met verschillende programma's, in een ziekenhuis en in de eerste lijn, waar ik een aantal belangrijke lessen heb geleerd. Elke week een multidisciplinaire teambespreking houden, waarbij veelal ook de longarts naar de praktijk toekomt, garandeert een hoge kwaliteit en grote betrokkenheid van het team. De teamleden overleggen over behandelplannen en leren van elkaars ervaring, en door de korte lijnen verbetert de communicatie tussen de beroepsgroepen. Het grote verschil met Nederland is de financieringsstructuur: alle hulpverleners zijn in loondienst van de NHS en hebben dus tijd om dit soort programma's en overleggen op te zetten. Indien Nederlandse verzekeraars naar goed Engels voorbeeld willen dat huisartsen ook hier overgaan tot het implementeren van zorgprogramma's in de praktijk, zullen ze moeten zorgen voor voldoende tijd, geld en ruimte om degelijke programma's op te zetten.

BESLUIT

COPD is een van de vele chronische aandoeningen die we in de eerste lijn behandelen. Stoppen met roken en oefen- en beweegprogramma's zijn bewezen effectief, al dan niet als onderdeel van een geïntegreerd zorgprogramma. Aangezien er in de gemiddelde huisartsenpraktijk slechts weinig patiënten zijn die baat hebben bij een geïntegreerd COPD-zorgprogramma, is het waarschijnlijk zinvoller én kosteneffectiever om in de eerste lijn geïntegreerde zorgprogramma's te ontwikkelen voor een aantal chronische aandoeningen tegelijk. Patiënten met COPD lijden meestal ook aan diabetes, depressie en hartfalen. Dan nog zullen vooral de ernstig aangedane patiënten in aanmerking komen voor de volledige, geïntegreerde aanpak. De andere, stabielere patiënten zijn waarschijnlijk al goed af als de huisarts hun medicatie goed instelt, hun begeleiding aanbiedt om te stoppen met roken, investeert in een goede relatie met de fysiotherapeut en hen regelmatig onder controle houdt bij de POH. ■

LITERATUUR

1 NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58:198-211.
2 Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ, Gussekloo J, Boland MR, Rutten-van Molken M, et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2013;10:CD009437.
3 Kruis AL, Boland MR, Assendelft WJ, Gussekloo J, Tsiachristas A, Stijnen T, et al. Effectiveness of integrated disease management for primary care chronic obstructive pulmonary disease patients: results of cluster randomised trial. BMJ 2014; 349:g5392.
4 Bischoff EW, Akkermans R, Bourbeau J, Van Weel C, Vercoulen JH, Schermer TR. Comprehensive self management and routine monitoring in chronic obstructive pulmonary disease patients in general practice: randomised controlled trial. BMJ 2012;345:e7642.
5 Bucknall CE, Miller G, Lloyd SM, Cleland J, McCluskey S, Cotton M, et al. Glasgow supported self-management trial (GSuST) for patients with moderate to severe COPD: randomised controlled trial. BMJ 2012;344:e1060.
6 Pinnock H, Hanley J, McCloughan L, Todd A, Krishan A, Lewis S, et al. Effectiveness of telemonitoring integrated into existing clinical services on hospital admission for exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: researcher blind, multicentre, randomised controlled trial. BMJ 2013;347:f6070.
7 Trappenburg J, Jonkman N, Jaarsma T, Van Os-Medendorp H, Kort H, De Wit N, Hoes A, Schuurmans M. Zelfmanagement bij chronische ziekten. Huisarts Wet 2014;57(3):120-4.
8 Fan VS, Gaziano JM, Lew R, Bourbeau J, Adams SG, Leatherman S, et al. A comprehensive care management program to prevent chronic obstructive pulmonary disease hospitalizations: a randomized controlled trial. Ann Intern Med 2012;156:673-83.

NHG-Standaard Urinesteenlijden (tweede herziening)

NHG-werkgroep Urinesteenlijden

Belangrijkste wijzigingen

- In deze herziening is de indeling in acute en postacute fase vervallen. De controleafspraken na 5 tot 7 dagen en na 4 weken hebben in deze herziening meer nadruk gekregen.
- De toedieningsvorm van diclofenac als aanvangsbehandeling is beperkt tot intramusculair vanwege de snellere werking, vergeleken met rectale toediening.
- Ook bij de eerste presentatie van de klachten wordt besproken of direct met tamsulosine wordt gestart om de kans op spontane lozing van een urinesteen te vergroten (in de vorige versie alleen in de postacute fase).
- Het advies om in de acute fase niet te veel te drinken ter vermindering van de pijn en in de fase na lozing juist veel te drinken ter preventie van het heroptreden van urinestenen is komen te vervallen, omdat dit niet bewezen effectief is.

Kernboodschappen

- Stel de diagnose urinesteenlijden bij acute hevige pijn in de flank met bewegingsdrang in combinatie met hematurie.
- Geef bij acute hevige koliekpijn diclofenac intramusculair (voor een snel effect) en bespreek met de patiënt het mogelijke gebruik van tamsulosine.
- Geef patiënten met acute hevige koliekpijn en een contra-indicatie voor diclofenac pijnstilling met morfine.
- Kies als middel waarmee de patiënt zelf de pijn kan bestrijden voor diclofenac of naproxen, afhankelijk van het cardiovasculair risicoprofiel.
- Beeldvormend onderzoek in de eerste dagen tot een week wordt niet aanbevolen. Bij aanhoudende klachten en/of erytrocyturie na 5 tot 7 dagen bestaat het beeldvormend onderzoek uit echografie, aangevuld met een buikoverzichtsfoto als er op de echo geen dilatatie of steen zichtbaar is.

NHG-werkgroep Urinesteenlijden. NHG-Standaard Urinesteenlijden (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58(5):252-5.
De NHG-werkgroep bestond uit (op alfabetische volgorde): Arndt UP, Klinkhamer S, Van Koningsbruggen PJW, Kuijpers T, Van Lieshout J, Visser HS, Van der Weele GM.

De standaard en wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie van de NHG-Standaard Urinesteenlijden. Huisarts Wet 2007;50(5):215-21.

INLEIDING

De NHG-Standaard Urinesteenlijden geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van urinesteenaanvallen bij volwassenen. Het vermoeden van een urinesteenaanval wordt in deze standaard als uitgangspunt genomen voor diagnostiek en beleid. Andere presentatievormen van urinestenen, zoals recidiverende urineweginfecties, urinestenen als toevalsbevinding en asymptomatische urinestenen blijven buiten beschouwing.

In de eerste dagen tot een week van de urinesteenaanval staat de behandeling van pijn op de voorgrond. In de daaropvolgende periode komen de toetsing van de diagnose en het beleid bij urinesteenlijden op langere termijn aan de orde.

ACHTERGRONDEN

Epidemiologie

De incidentie van urinesteenaanvallen in de huisartsenpraktijk is ongeveer 3 per 1000 patiënten per jaar. Kinderen en adolescenten hebben zelden een urinesteen, maar vanaf de volwassen leeftijd neemt de incidentie toe; mannen hebben ongeveer 2 maal zo vaak een urinesteen als vrouwen. De jaarprevalentie van urinesteenaanvallen wordt geschat op 8 per 1000 patiënten. Wie een eerstegraadsfamilielid met een urinesteen heeft, heeft een 2 tot 3 maal zo grote kans om een urinesteen te krijgen als anderen. De helft van de patiënten krijgt binnen 7 tot 8 jaar na de eerste aanval een tweede aanval. Er zijn geen factoren bekend die voorspellen wie een recidief krijgt.[1]

Pathofysiologie

Urinestenen ontstaan meestal in de tubuli en papillae van het bovenste deel van de urinewegen. Men veronderstelt dat dit gebeurt doordat de urine oververzadigd is met ionen, vooral calcium, en oxalaationen. Het ontstaansmechanisme is echter onduidelijk.

De meestvoorkomende urinestenen (ruim 70%) bestaan uit calciumoxalaat, gevolgd door calciumfosfaatstenen (waaronder struviet), urinezuurstenen en zelden cystinestenen (< 1%). Calciumoxalaatstenen hebben meestal een doorsnede van minder dan 2 cm.[2]

Symptomatologie en beloop

Een typische urinesteenaanval wordt gekenmerkt door eenzijdige koliekpijn: krampende pijn van wisselende intensiteit, die gepaard gaat met bewegings-

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kan de huisarts delegeren aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin is vastgelegd in welke situaties zij de huisarts moeten raadplegen en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

drang en vaak met misselijkheid en braken. Vaak is erytrocyturie aantoonbaar, soms heeft de patiënt macroscopische hematurie. Stolsels in de urine passen niet bij urinesteenlijden en zijn reden voor nadere diagnostiek. De pijn kan in de flank gelokaliseerd zijn, maar ook aan de zijkant van de buik of in de onderbuik. Distale ureterstenen kunnen mictieklachten veroorzaken, zoals frequente mictie of gevoel van aandrang.

Urinestenen kunnen symptoomloos blijven en bijvoorbeeld alleen een microscopische hematurie veroorzaken. De kans dat een steen tijdens of binnen 2 maanden na de aanval spontaan wordt geloosd is gemiddeld 85 tot 95% en mede afhankelijk van de grootte en de lokalisatie. Na 2 maanden is spontane lozing niet meer te verwachten. Doorgaans verlaat de steen het lichaam niet tijdens de aanval maar in de pijnvrije fase, binnen enkele dagen tot weken. De kans op een begeleidende urineweginfectie is 3 tot 12% en op urosepsis ongeveer 1%. De nierfunctie kan door stuwing kortdurend gestoord zijn, echter blijvend nierfunctieverlies is onwaarschijnlijk als de stuwing niet langer dan 1 à 2 weken duurt.[3]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Het lichamelijk onderzoek is er in eerste instantie op gericht de klinische stabiliteit van de patiënt vast te stellen volgens de ABCDE-systematiek.

Anamnese

Vraag bij acute pijn in de flank of buik naar klachten die kunnen passen bij een urinesteenaanval:

- pijn: aard, acuut begin, bewegingsdrang, lokalisatie en uitstraling;
- misselijkheid en braken;
- bloed in de urine;
- eerdere urinesteenaanval;
- familiair voorkomen van urinestenen;
- aangeboren afwijkingen (mononier);
- nierfunctiestoornis;
- mictieklachten en koorts als uiting van een mogelijke infectie.

Breid, als de symptomen minder of niet kenmerkend zijn voor een urinesteenaanval, de anamnese uit met het oog op andere oorzaken van de pijn (zie *Evaluatie*).

Lichamelijk onderzoek

Het lichamelijk onderzoek bestaat uit:

- signaleren van bewegingsdrang;
- bepalen lichaamstemperatuur;
- meten bloeddruk;
- buikonderzoek: vooral druk- of slagpijn in de nierloge (kan passen bij een urinesteen), tekenen van peritoneale prikkeling (past niet bij een ongecompliceerd urinesteenlijden).

Aanvullend onderzoek

Onderzoek bij acute hevige pijn de urine op de aanwezigheid van erytrocyten (met een urinestick)[4] en tekenen van een urineweginfectie (zie voor diagnostiek en beleid de NHG-Standaard Urineweginfecties). Eventueel aanvullend beeldvormend onderzoek is pas aan de orde bij controle na vijf tot zeven dagen (zie *Controle na 5 tot 7 dagen*).

Evaluatie

Stel de diagnose urinesteenlijden bij acute hevige pijn in de flank met bewegingsdrang in combinatie met hematurie. De diagnose wordt bevestigd met het lozen van de steen of, indien geïndiceerd, met beeldvormende diagnostiek (na vijf tot zeven dagen). Houd rekening met een andere diagnose dan urinesteenlijden als de patiënt geen hematurie heeft, maar afwezigheid van hematurie sluit een urinesteen niet uit. De differentiële diagnose bij acute pijn in de buik of de flank omvat een lange lijst aandoeningen. De belangrijkste zijn:

- urologische oorzaken: nier- of blaastumor (bloedstolsel), urineweginfectie met tekenen van weefselinvasie (pyelonefritis of prostatitis), urineretentie;
- gynaecologische oorzaken: extra-uteriene graviditeit, ovariumpathologie;
- andere oorzaken: galsteenkoliek, obstructie-ileus, pancreatitis, peritonitis (appendicitis, diverticulitis, cholecystitis), lekkend aneurysma van de aorta abdominalis.

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting en advies

- Leg uit dat de pijn veroorzaakt wordt door een urinesteen en dat een dergelijke aanval zeer pijnlijk kan zijn, maar dat het met medicatie meestal lukt om de pijn goed onder controle te krijgen. Spontane lozing kan worden afgewacht indien de pijn onder controle is en er geen sprake is van dilatatie (echografisch of op CT-scan).
- Leg uit dat de meeste patiënten de urinesteen uitplassen; dit kan na enkele uren tot dagen gebeuren, soms duurt het een paar weken. Het uitplassen wordt niet altijd opgemerkt. Vraag de patiënt om te proberen het steentje op te vangen en mee te nemen naar de praktijk met als doel om het te laten analyseren en het beleid te kunnen bepalen bij een recidiefsteen. Het opvangen kan gebeuren door te plassen door een zeefje of door de urine op te vangen in een po en dan te zeven.
- Adviseer de patiënt normaal te blijven drinken.[5,6]
- Er wordt geen speciaal dieet aanbevolen dat afwijkt van de richtlijnen gezonde voeding.[7] Instrueer bij koorts, mictieklachten of oncontroleerbare pijn contact op te nemen met de huisarts. Instrueer de patiënt om na vijf tot zeven dagen en zo nodig na vier weken op controle te komen, ook als de klachten zijn verdwenen.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de informatie over urinesteenlijden op de NHG-publieks-website www.thuisarts.nl of de betreffende tekst meegeven (via het HIS). Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Medicamenteuze behandeling

Pijnstilling[8]

Aanvangsbehandeling:

- Geef bij hevige klachten diclofenac 75 mg intramusculair (diclofenac is bij intramusculaire toediening werkzaam na 10 tot 30 minuten).
- Geef bij onvoldoende effect van of een contra-indicatie voor diclofenac morfine 10 mg subcutaan of intramusculair.

Schrijf vervolgens een middel voor waarmee de patiënt zelf de pijn gedurende enkele dagen kan bestrijden:

- Diclofenactabletten of -zetpillen (50 tot 100 mg per keer, maximale dag-

dosis 150 mg) of naproxentabletten of -zetpillen (250 tot 500 mg per keer, maximale dagdosis 1000 mg). Naproxen heeft een laag cardiovasculair risico en hoog gastro-intestinaal risico, diclofenac een hoog cardiovasculair en lager gastro-intestinaal risico. Geef patiënten met een verhoogd risico op maagcomplicaties maagbescherming (zie de NHG-Standaard Maagklachten). Bij contra-indicaties voor NSAID's: morfine oraal of zetpillen (doseer op geleide van effect, start met 2 dd 10 tot 20 mg morfine mga of 4 dd 10 mg, overweeg om bij ouderen en patiënten met een verminderde nierfunctie met de halve dosering te starten) in combinatie met een laxans om het ontstaan van obstipatie te voorkomen.

Zie voor algemene aspecten van pijnbestrijding, contra-indicaties en bijwerkingen de NHG-Standaard Pijn (in ontwikkeling, voorheen de FTR Pijnbestrijding).

Steenlozing[9]

Bespreek met de patiënt de voor- en nadelen van tamsulosine (*off-label*). De voordelen zijn dat de kans op lozing van de urinesteen kan toenemen, de tijd tot steenlozing kan worden verkort en het aantal pijnaanvallen kan worden verminderd. Het nadeel is dat er bijwerkingen kunnen optreden, zoals duizeligheid, orthostatische hypotensie, hoofdpijn, vermoeidheid en ejaculatiestoornissen.

Geef bij keuze voor tamsulosine een tablet van 0,4 mg, eenmaal daags 's morgens na het ontbijt. Zet het gebruik voort tot het moment dat de episode wordt afgesloten. Vraag de patiënt contact op te nemen bij onverwacht verloop dan wel bij het optreden van bijwerkingen.

Controle na 5 tot 7 dagen

Vijf tot zeven dagen na de aanval vindt controle plaats. Tijdens deze controleafspraak wordt bij aanhoudende klachten het lichamelijk onderzoek en urineonderzoek herhaald. Afhankelijk van de bevindingen van het urineonderzoek wordt dit eventueel na vier en na acht weken herhaald.

Als er geen klachten meer zijn en geen erytrocyturie dan wordt de episode afgesloten. Evalueer het gebruik van tamsulosine.

Aanvullend beeldvormend onderzoek wordt niet aanbevolen wanneer bij de controle na vijf tot zeven dagen blijkt dat de patiënt klachtenvrij is geworden en geen erytrocyturie meer heeft.

Als tijdens de controle na vijf tot zeven dagen blijkt dat de klachten persisteren of recidiveren, of dat er nog sprake is van erytrocyturie, wordt een echografie van de urinewegen gemaakt met de vraag of er een steen zichtbaar is en of het pyelum en/of de ureter gedilateerd zijn. Vraag aan om direct aansluitend een buikoverzichtsfoto te maken in geval de patiënt geen dilatatie heeft en er op de echografie geen steen zichtbaar is. Zonder dilatatie bij echografisch onderzoek kan spontane lozing worden afgewacht indien de pijn onder controle is.[10]

Controle na 4 weken

Als er bij echografisch onderzoek geen steen en dilatatie aantoonbaar zijn, op de buikoverzichtsfoto geen steen zichtbaar is en de klachten of de erytrocyturie persisteren, is na vier weken een CT-scan van het abdomen geïndiceerd om na te gaan of er toch een steen aangetoond kan worden en om de positie ervan vast te stellen. Indien mogelijk vraagt de huisarts dit onderzoek zelf aan; zo niet, dan verwijst hij de patiënt naar de uroloog. Als op de CT-scan een kleine (< 5 mm), distale uretersteen zonder dilatatie van de urinewegen wordt vastgesteld, kan vier weken spontane lozing worden afgewacht (en het beleid met pijnstilling en tamsulosine worden voortgezet).

Verwijzing en consultatie

Overleg met de uroloog of verwijs een patiënt met (vermoeden van) een niersteen bij:

- koorts;
- onbeheersbare pijn ondanks pijnstilling;
- vermoeden van dubbelzijdig steenlijden;
- zwangerschap;
- nierinsufficiëntie (eGFR < 30 ml/min) of als bekend is dat de patiënt slechts één nier heeft;
- dilatatie bij echografie of op de CT-scan;
- klachten of hematurie na 4 weken en geen mogelijkheid een CT-scan aan te vragen;
- persisteren van (beheersbare) pijn en/of erytrocyturie na:
  - 4 weken, tenzij op de CT-scan een kleine, distale uretersteen (< 5 mm) is gezien;
  - 8 weken, als een kleine distale uretersteen ondanks behandeling met tamsulosine nog steeds niet is geloosd;
- recidiverende stenen (verschillende stenen binnen één jaar) of een struviet-, cystine- of urinezuursteen, vanwege de mogelijke consequenties voor het beleid. Verwijs voor metabool onderzoek naar een in deze materie geïnteresseerde en ervaren uroloog of internist; zie de evidence-based richtlijn Diagnostiek, behandeling en follow-up van Nierstenen van de Nederlandse Vereniging voor Urologie.

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www.henw.org, rubriek NHG-Standaard.

Totstandkoming en methoden

In augustus 2013 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Urinesteenlijden. De werkgroep bestond uit de volgende leden: U.P. Arndt, huisarts te Leiderdorp; S. Klinkhamer, huisarts te Utrecht; P.J.W. van Koningsbruggen, huisarts te Maarssen; dr. J van Lieshout, huisarts te Arnhem; H.S. Visser, huisarts te Zevenhuizen. De begeleiding van de werkgroep en de redactie waren in handen van dr. T. Kuijpers, epidemioloog en senior wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. Dr. G.M. van der Weele was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker en dr. J.S. Burgers als hoofd van deze afdeling. F. Jacobi was betrokken als wetenschappelijk medewerker van de afdeling Implementatie. Door de leden van de werkgroep werd geen belangenverstrengeling gemeld.

Dr. F. d'Ancona, uroloog bij het Radboudumc te Nijmegen en afgevaardigde namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU), heeft gedurende het proces de conceptaanbevelingen eenmaal becommentarieerd.

In juli 2014 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden zestien commentaarformulieren retour ontvangen. Ook werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: L.J. Boomsma, huisarts en senior beleidsmedewerker Beleid & Ontwikkeling, namens de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV); dr. F. d'Ancona, uroloog bij het Radboudumc te Nijmegen en dr. H.F.H. Brulez, richtlijnwerkgroep Nierstenen, namens de Nederlandse Vereniging voor Urologie (NVU); M. Favié, voorzitter, namens Bogin; dr. M. Nelissen, senior apotheker, namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. E. van Leeuwen, namens Domus Medica te België, de Vlaamse vereniging van huisartsen; D. Dost, dr. K. de Leest, dr. T. Schalekamp, allen apotheker, en dr. E.J. Vollaard, ziekenhuisapotheker/klinisch farmacoloog, namens KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; M. Lensink, directeur zorg, namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); P.J. Dekker, medical manager Zambon Nederland BV en dr. J.J. Oltvoort, senior beleidsadviseur gezondheidseconomie, namens Nefarma; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; E. Berends en R. Hendrikse, beiden huisarts, namens InEen; R. Dorland namens ExpertDoc BV.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft. W. Willems en dr. J.W.M. Muris, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. Op 5 november 2014 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC).

Deze standaard is tot stand gekomen op basis van de *Handleiding ontwikkelen van NHG-Standaarden* (zie www.nhg.org). Voor een uitvoerige beschrijving van de totstandkoming en methoden van deze standaard wordt verwezen naar het deel *Totstandkoming en methoden* op www.nhg.org en www.henw.org, rubriek NHG-Standaard. In dit document zijn eveneens bijlagen behorende bij deze standaard te vinden, waaronder systematische zoekacties, selectie van de literatuur en GRADE-evidenceprofielen.

NHG-Standaard Decubitus (eerste herziening)

Tjerk Wiersma

De eerste herziening van de NHG-Standaard Decubitus is deze maand gepubliceerd op de website van Huisarts & Wetenschap. Het bijbehorende samenvattingskaartje is bijgesloten bij dit nummer van Huisarts & Wetenschap. Ik bespreek hier alleen de belangrijkste punten uit de herziene standaard en de belangrijkste veranderingen ten opzichte van de vorige versie.

PREVENTIE VOOROP

Net als bij de vorige versie van de standaard gaat veel aandacht uit naar de preventie van decubituswonden. Bij patiënten die bedlegerig of rolstoelafhankelijk zijn geworden en daarbij voor verliggen of verzitten afhankelijk zijn van de hulp van anderen, moeten zo snel mogelijk maatregelen ter preventie van decubitus worden genomen. Waar nodig zet de huisarts die in gang. Het gaat daarbij onder andere om aandacht voor een adequate lig- of zithouding met het doel overmatige lokale druk (bijvoorbeeld op de zitbeenderen bij langdurig zitten in een stoel) en schuifkrachten (zoals bij onderuitzakken in bed) te voorkomen, regelmatige wisseling van houding en beperking van de zitduur, en het gebruik van een antidecubitusmatras of -zitkussen. Daarnaast is het invetten van een te droge huid, frequent verschonen bij incontinentie voor urine of feces en, ter voorkoming van maceratie, bescherming van de huid met een barrièremiddel alsmede aandacht voor de inneming van adequate voeding van belang.

VROEGE ONTDEKKING VAN DREIGENDE SCHADE

In het verlengde van deze preventieve maatregelen is het zaak dreigende schade aan huid en onderliggend weefsel snel te ontdekken, zodat het beleid daarop kan worden aangepast. Daarom wordt bij bedlegerige en rolstoelafhankelijke patiënten geregelde inspectie van voorkeurslokalisaties van decubitus aanbevolen. Het gaat daarbij vooral om stuit, hiel, malleolus, tuber ischiadicum en trochanter major. Eerste teken van decubitus is niet-wegdrukbare roodheid bij een intacte huid. Er kan ook sprake zijn van warmte, oedeem, verharding en pijn. Bij mensen met een donkere huidskleur is de roodheid vaak moeilijk te onderkennen. Bij hen is het daarom zaak extra alert te zijn op genoemde bijkomende kenmerken.

WONDBEHANDELING AAN DE HAND VAN HET TIME-MODEL

Het beleid bij decubituswonden bestaat uit verwijdering van necrotisch weefsel, reiniging, vroegtijdige onderkenning en behandeling van wondinfectie en zorg voor een adequate wondvochtigheid. In navolging van de multidisciplinaire richtlijn adviseert de standaard bij het beoordelen van decubituswonden en het kiezen van de bijpassende behandeling gebruik te maken van het TIME-model. TIME is het acroniem van *Tissue* (weefsel), *Infection* (infectie/ontsteking) *Moisture* (vochtigheid), *Edge* (wondranden/wondomgeving). Het TIME-model is te beschouwen als een uitbreiding van het aloude onderscheid tussen zwarte, gele en rode wonden, waarbij alleen de factor weefsel in ogenschouw wordt genomen.

KEUS WONDBEDEKKERS REGIONAAL AFSPREKEN

Vooral de mate van wondvochtigheid is bepalend voor de keus van het type wondbedekker, waarbij het zaak is uitdroging van de wond te voorkomen. Bij droge wonden heeft een niet-verklevende wondbedekker de voorkeur, bij exsudatieve wonden een absorberende wondbedekker. In vergelijking met de eerste versie van deze standaard is er meer plaats voor wondbedekkers die minder vaak gewisseld hoeven te worden. Omdat onderzoek niet wijst op de superioriteit van een bepaald type wondbedekker, is het advies om met een beperkt aantal wondbedekkers ervaring op te doen en over de keus ervan regionale afspraken te maken met degenen die de behandeling uitvoeren (wijkverpleegkundige, verpleegkundig specialist wondzorg), en met de apothekers.

ZORG VOOR ADEQUATE PIJNSTILLING

Veel patiënten met decubitus hebben pijn. De terughoudendheid ten aanzien van continue pijnbestrijding uit de eerste versie van deze standaard is verlaten. De standaard pleit voor adequate pijnstilling volgens de gangbare pijnladder, te beginnen met paracetamol. Indien de pijn vooral tijdens de wondverzorging optreedt, kan ook 30 tot 60 minuten van tevoren lidocaïne/prilocaïnecrème rondom en op de wond worden aangebracht. In het bijzonder bij patiënten bij wie paracetamol bij gebruik van de maximale dosering onvoldoende effectief is en met een contra-indicatie voor het gebruik van een NSAID, kan voor meer permanente pijnbestrijding ook ibuprofenschuimverband worden overwogen. De wond dient voor toepassing daarvan wel voldoende vochtig te zijn. Maagbescherming is hierbij niet nodig.

De volledige versie van de standaard is gepubliceerd op de website van Huisarts en Wetenschap (www.henw.org, rubriek NHG-Standaard) en ook te raadplegen op de site van het NHG (www.nhg.org/nhg-standaarden).

Wiersma Tj. NHG-Standaard Decubitus (eerste herziening). Huisarts Wet 2015;58(5):256.

De standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geheel herzien ten opzichte van de vorige versie van de NHG-Standaard Decubitus. Huisarts Wet 1999;42:165-72.

Margreet Reitsma-van Rooijen, Joke Korevaar, Ton Drenthen

Thuisarts.nl en bezoek aan de huisarts

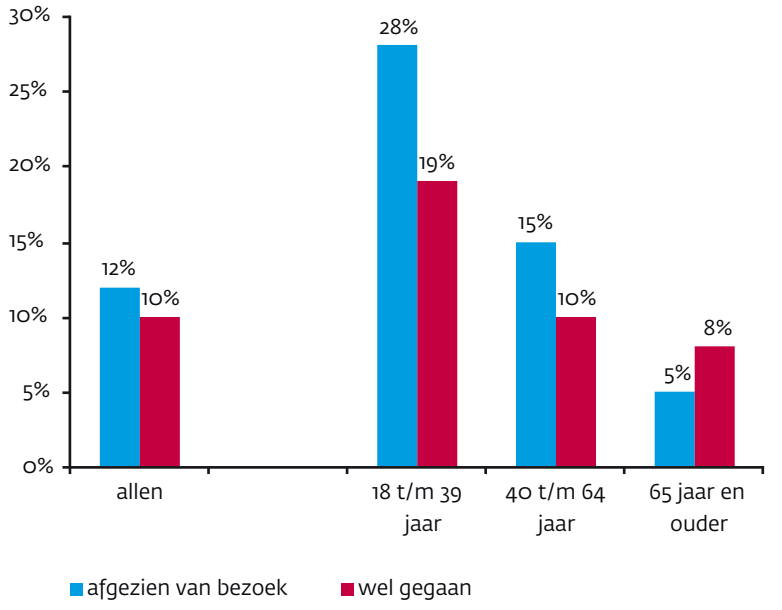
Voor bezoekers van de website www.thuisarts.nl speelt de geboden informatie een belangrijke ondersteunende rol bij de beslissing om al dan niet naar de huisarts te gaan: 12% ziet wel eens af van een voorgenomen bezoek en 10% gaat alsnog. Onder jongeren ligt dit percentage bijna drie keer zo hoog als onder ouderen.

Thuisarts.nl is een website voor mensen die informatie zoeken over gezondheid en ziekten. De website is in 2012 gelanceerd door het NHG en is ook beschikbaar als app, voor smartphone of tablet. Het aantal bezoekers is vanaf de start in 2012 gestegen van enkele duizenden per dag tot gemiddeld 70.000 per dag eind 2014. Onderzoek binnen het Consumentenpanel Gezondheidszorg van het NIVEL, een panel van consumenten van 18 jaar en ouder [**kader**], laat zien dat 15% van de respondenten (n = 2864) de website goed (6%) of een beetje (9%) kennen. De overgrote meerderheid (82%) van de mensen die de website goed of een beetje kennen, bezoekt deze af en toe. Over het effect van Thuisarts.nl is nog weinig bekend. Eén van de doelen is bezoekers te ondersteunen bij hun beslissing om al dan niet naar de huisarts te gaan. Aan de respondenten die de website bezoeken (n = 346) is gevraagd of zij wel eens hebben afgezien van een bezoek aan de huisarts door informatie van Thuisarts.nl [**figuur**]. Van hen gaf 12% aan dat dit één of meer keren is voorgekomen. Andersom heeft 10% van de respondenten wel eens besloten om juist wel naar de huisarts te gaan door informatie van Thuisarts.nl, terwijl men dat vooraf niet van plan was.

Opvallend is dat vooral jongeren (18 t/m 39 jaar) aangeven door informatie van Thuisarts.nl hun voorgenomen plan te herzien. Van hen heeft 28% wel eens afgezien van een bezoek aan de huisarts en heeft 19% besloten om juist wel naar de huisarts te gaan, tegenover 5% en 8% van mensen van 65 jaar en ouder. Waar deze verschillen tussen leeftijdsgroepen op berusten, is niet bekend, al zijn er wel mogelijke verklaringen. In het algemeen is de aard van de kwalen bij jongeren anders dan bij ouderen, waardoor ze mogelijk met behulp van Thuisarts.nl eerder gerustgesteld zijn of de ernst van de kwaal inzien. Daarnaast heeft deze leeftijdsgroep vaak jonge kinderen, waardoor het handig en snel kan zijn om Thuisarts.nl te raadplegen voor de afweging om wel of niet contact op te nemen met de huisarts.

Thuisarts.nl is niet direct bekend bij 85% van de respondenten. Van degenen die Thuisarts.nl wel kennen heeft raadpleging invloed op het besluit al dan niet naar de huisarts te gaan. Het is onbekend of dit een goed besluit is geweest. Als Thuisarts.nl ertoe leidt dat patiënten een beter besluit kunnen nemen om naar de huisarts te gaan, dan is het een goed idee om Thuisarts.nl bij een breder publiek onder de aandacht te brengen. Met name voor veelvoorkomende, alledaagse kwalen is veel en goede informatie beschikbaar op Thuisarts.nl. Breder onder de aandacht brengen kan via publiciteit in de algemene media, zoals televisie, radio, kranten, of door een poster in de wachtkamer. Uiteraard kan ook de huisarts zelf, de POH of assistent patiënten op deze website wijzen. ■

Figuur Aantal respondenten dat wel eens heeft afgezien van een voorgenomen bezoek aan de huisarts of juist heeft besloten om wel naar de huisarts te gaan terwijl ze dat vooraf niet van plan waren door informatie van Thuisarts.nl, voor alle respondenten en uitgesplitst naar leeftijd (n = 346)



Het Consumentenpanel Gezondheidszorg is een project van het NIVEL en bestaat momenteel uit bijna 12.000 personen van 18 jaar en ouder. In juni 2014 ontving een steekproef van 4946 panelleden een vragenlijst over onder andere het gebruik van Thuisarts.nl. De respons was 58% (n = 2846). De panelleden waren geworven uit huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties. Voor de panelleden die hiervoor toestemming hadden gegeven was het mogelijk om hun antwoorden op de vragenlijsten te koppelen aan gegevens over zorggebruik, zoals geregistreerd bij de huisarts. Voor meer informatie kunt u terecht op www.nivel.nl/consumentenpanel, http://www.nivel.nl/NZR/zorgregistraties-eerstelijn of kunt u mailen naar consumentenpanel@nivel.nl.

Tim Alleman, Bob van Oosten

NASCHOLING

Multipele sclerose in de huisartsenpraktijk

INLEIDING

Een op de duizend Nederlanders heeft multipele sclerose (MS), per huisartsenpraktijk dus enkele patiënten. Door de zeldzaamheid en variabele symptomen is het voor huisartsen lastig bij een patiënt met neurologische verschijnselen de kans op MS in te schatten. Tegelijkertijd wordt een tijdige diagnose belangrijker omdat de behandelmogelijkheden toenemen, met de grootste effectiviteit vroeg in het beloop van MS.

Samenvatting

Alleman TWH, Van Oosten BW. Multipele sclerose in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2015;58(5):258-63.

Multipele sclerose (MS) is de meestvoorkomende chronische neurologische aandoening onder jongvolwassenen. De gemiddelde huisartsenpraktijk bevat hoogstens enkele patiënten, maar er is vaak wel intensief contact met hen. Het is een ziekte met zowel een inflammatoire als een neurodegeneratieve component, die zowel de witte als de grijze stof betreft. De exacte etiologie is niet bekend. MS kent bij 85% van de gevallen aanvankelijk een relapsing-remitting beloop (RRMS) en bij de overige gevallen van het begin af aan een geleidelijke verslechtering: primair progressieve MS (PPMS). Bij elke patiënt onder de veertig jaar met in uren tot dagen ontstane neurologische uitvalsverschijnselen die langer dan een etmaal aanhouden, moet men aan de diagnose MS denken. Meestvoorkomende presentaties zijn een neuritis optica, ruggenmergsyndroom of hersenstamsyndroom. Om de diagnose te stellen, moeten er minimaal twee verschillende episodes van uitval zijn geweest, vanuit verschillende lokalisaties in het centrale zenuwstelsel: 'disseminatie in tijd en plaats'. Met MRI-onderzoek is het tegenwoordig soms mogelijk de diagnose na één klinische episode te stellen, indien de MRI zowel verse als oude laesies laat zien. De diagnose kan dus sneller worden gesteld dan vroeger. De behandeling kan daardoor eventueel ook eerder beginnen. De ziekte is echter nog steeds niet te genezen. Er zijn de laatste jaren behandelingen op de markt gekomen die effectiever en/of gemakkelijker in het gebruik zijn. De krachtiger middelen hebben soms wel een gevaarlijker bijwerkingen- en interactieprofiel. Hier kan de huisarts mee te maken krijgen. Acute exacerbaties van MS kan men behandelen met intraveneus methylprednisolon, waardoor exacerbaties weliswaar sneller, maar niet volledig herstellen. Depressies en angststoornissen komen vaak voor, maar worden niet altijd gesignaleerd. Het is belangrijk hier alert op te zijn, omdat ze een grote impact hebben op de kwaliteit van leven. Andere veelvoorkomende symptomen zijn pijn, spasticiteit, moeheid en cognitieve stoornissen. Deze symptomen zijn deels goed te behandelen.

MS-centrum Amsterdam, VUmv, De Boelelaan 1117, 1081 HZ Amsterdam: T.W.H. Alleman, aios neurologie; dr. B.W. van Oosten, neuroloog • Correspondentie: bw.vanoosten@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

In dit artikel willen we voor huisartsen relevante aspecten verduidelijken: wanneer moet de huisarts aan MS denken? Welke behandelingen zijn er? Welke bijwerkingen kan de huisarts tegenkomen? Wanneer heeft een patiënt een exacerbatie en is doorverwijzing altijd nodig? Welke rol kan de huisarts spelen bij de symptoombestrijding?

PATHOFYSIOLOGIE EN DE DRIE BELOOPSVORMEN

MS is een chronische aandoening van het centrale zenuwstelsel. MS komt twee tot drie keer vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De eerste verschijnselen ontstaan meestal, maar niet uitsluitend, tussen het twintigste en veertigste levensjaar. De etiologie is onbekend, maar genetische en omgevingsfactoren spelen een rol, via pathofysiologische processen als auto-immuniteit en neurodegeneratie.

Relapsing remitting MS

Bij 85% van alle patiënten ontstaan in het begin, verspreid in het centrale zenuwstelsel, haarden van inflammatie, waar de myelinelaag rond axonen wordt aangetast.[1] Afhankelijk van de ernst en lokalisatie in het zenuwstelsel kan dit tot symptomen leiden die zich in uren tot dagen ontwikkelen. De myelinelaag herstelt zich na elke beschadiging in weken tot maanden.[2] Dit verklaart het aanvankelijk aanvalsgewijze beloop: relapsing-remitting MS (RRMS).

Secundair progressieve MS

Bij langer bestaande RRMS faalt dit herstelmechanisme en worden axonen niet meer beschermd door myeline. Hierdoor ontstaat er degeneratie van neuronen, ook al dooft de inflammatie geleidelijk uit. De patiënt bemerkt een geleidelijke achteruitgang zonder verbeteringen: secundair progressieve MS (SPMS). SPMS begint mediaan twintig jaar na het begin van de ziekte, maar de individuele spreiding is enorm.[3] Er zijn ook theorieën die stellen dat het neurodegeneratieve proces onaf-

De kern

- Een op de 1000 Nederlanders heeft multipele sclerose (MS).
- MS heeft verschillende beloopsvormen: aanvalsgewijs of geleidelijk progressief.
- De exacte oorzaak van MS is onbekend, maar waarschijnlijk leidt een samenspel van erfelijke en omgevingsfactoren tot inflammatoire en degeneratieve verschijnselen in de witte en grijze stof van de hersenen en het ruggenmerg.
- Genezing van MS is niet mogelijk, maar wel kan de ziekteactiviteit steeds beter worden geremd.
- Klachten met grote impact op de kwaliteit van leven zijn moeheid, depressie en cognitieve stoornissen. De huisarts kan bij de signalering en behandeling van deze deels behandelbare klachten een belangrijke rol spelen.

hankelijk is van het inflammatoire proces met demyelinisatie, of daar zelfs aan voorafgaat. De inflammatie is dan een opruimreactie en de demyelinisatie 'collateral damage'.

Primair progressieve MS

Ongeveer 15% van de MS-patiënten heeft vanaf het begin een progressief beloop zonder exacerbaties.[4] Men spreekt dan van primair progressieve MS (PPMS). PPMS begint meestal na het veertigste levensjaar en wordt gekenmerkt door relatief milde inflammatie en meer op de voorgrond staande neurodegeneratie.

WANNEER MOET MEN AAN MS DENKEN?

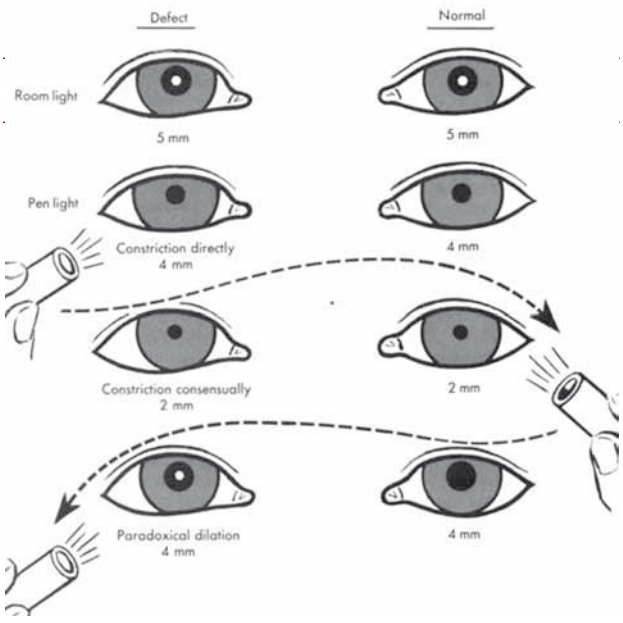
Bij elk in uren tot dagen ontstaan neurologisch uitvalsverschijnsel dat ten minste een etmaal aanhoudt bij een patiënt < 40 jaar moet men aan MS denken. Uiteraard moet men ook andere, vaker voorkomende verklaringen van de klachten in overweging nemen. Bij dove gevoelens van de hand kan het bijvoorbeeld om het carpaletunnelsyndroom of een radiculair syndroom gaan. In boven beschreven casus moet men echter wel degelijk aan een centraal neurologische oorzaak als MS denken, omdat we de klachten niet vanuit één perifere zenuw of zenuwwortel kunnen verklaren. Het in uren tot dagen ontstaan van de klachten maakt onderscheid met vasculaire oorzaken mogelijk.

Het lastige is dat MS zich op veel verschillende wijzen kan presenteren, afhankelijk van de plaats in het centrale zenuwstelsel waar zich een laesie vormt. Hoewel 'alles kan', zien we wel een patroon. Een veelvoorkomend eerste verschijnsel (± 20%) is een neuritis optica. Bij deze meestal unilaterale oogzenuwontsteking gaat het om een in uren tot dagen ontstane visusdaling met pijnlijke oogbewegingen. Bij onderzoek is er een relatief afferent pupildefect [**figuur 1**]. Ruggenmergsyndromen komen veel voor, met symptomen als geleidelijk opkruipende tintelingen van (bijvoorbeeld) de voeten tot het niveau van (bijvoorbeeld) de navel, of het symptoom van Lher-

Casus

Er komt een dertigjarige vrouw bij u op het spreekuur. Haar voorgeschiedenis is blanco. Zij vertelt dat ze sinds enkele dagen een zich langzaam uitbreidend doof gevoel in haar rechter gelaatshelft heeft. Sinds een dag heeft ze dat tevens in haar rechter hand. Ze zit in een hectische periode van haar leven met jonge kinderen en een drukke baan. U vindt geen duidelijk krachtsverlies en besluit af te wachten.

Figuur 1 **Relatief afferent pupildefect, aantoonbaar met de 'swinging flashlight test'**



Bron: http://lib.znate.ru/docs/index-119091.html?page=3.

In deze figuur bevindt het relatieve afferente defect zich rechts.
Een relatief afferent pupildefect (RAPD, in de Angelsaksische literatuur ook marcus-gunnpupil) wordt gezien bij een neuropathie van de nervus opticus. Hierdoor is aan de aangedane zijde het signaal in het afferente deel van de reflexboog van de pupilreflex zwak, maar sterk genoeg om bij belichting een directe en consensuele pupilconstrictie te veroorzaken. Deze pupilconstrictie verloopt trager dan die aan de gezonde zijde. Als de onderzoeker echter met een lampje afwisselend de pupil aan de gezonde zijde en die aan de aangedane zijde beschijnt, zal de pupil aan de aangedane zijde nog aan het verwijden zijn bij belichting, na eerdere consensuele constrictie door belichting aan de gezonde zijde. Het signaal is nu te zwak om de voortgaande verwijding te doen omslaan in constrictie. Terwijl de pupil aan de aangedane zijde wordt belicht, is er dus een paradoxale pupilverwijding zichtbaar. Een goede uitleg met animatie van deze 'swinging flashlight test' is te vinden op http://www.youtube.com/watch?v=HSYo7LhfV3A.

Abstract

Alleman TWH, Van Oosten BW. Multiple sclerosis in general practice. Huisarts Wet 2015;58(5):258-63.

Multiple sclerosis (MS) is the most common chronic neurological disorder in young adults. Although the average general practice has only a few MS patients, contact with these patients is often intensive. MS has both inflammatory and neurodegenerative components and affects both white and grey matter. Its aetiology is still unknown. MS initially has a relapsing-remitting course (RRMS) in about 85% of patients, but is progressive from onset in the other 15% of patients (primarily progressive MS, PPMS). The diagnosis should be considered in all patients younger than 40 years with a neurological deficit evolving in hours to days and lasting for more than 24 hours. Typical presenting symptoms include optic neuritis, partial myelitis, or a brainstem syndrome. The diagnosis requires that there should have been two episodes of neurological deficit occurring in different parts of the central nervous system: 'dissemination in time and place'. Nowadays, MS can be diagnosed after one episode if active and older, inactive lesions can be seen on magnetic resonance imaging (MRI). This enables an earlier diagnosis and creates the possibility of earlier treatment, although the disease currently cannot be cured. In recent years, more effective and/or more patient friendly treatments have become available; however, some of these more potent medications have more serious side effects and drug interactions, and general practitioners may encounter these problems in daily practice. Acute exacerbations can be treated with intravenous methylprednisolone, which leads to faster improvement of the acute exacerbation, but it does not lead to more complete recovery. Depression and anxiety disorders are common among patients with MS, but are not always detected. Doctors should be alert to symptoms, since they can have a substantial impact on patients' quality of life. Other common symptoms, some of which are treatable, include pain, spasticity, fatigue, and cognitive decline.

Tabel 1 Meestvoorkomende eerste verschijnselen met voorbeeldsymptomen[3,2]

Neuritis optica	Ruggenmergsyndroom	Hersenstamsyndroom
Monoculair visusverlies	Opstijgende gevoelsstoornissen aan beide benen	Vertigo
Pijn rondom oog of bij oogbewegingen	met sensibel niveau	Diplopie
Centraal scotoom	Asymmetrische paraparese	(Bilaterale) internucleaire ofthalmoplegie†
Verminderd kleurenzien	Mictiestoornissen	Ataxie
	Symptoom van Lhermitte*	Nystagmus
		Hersenzenuwuitval, onder andere n. trigeminus, abducens

* *Symptoom van Lhermitte = stroomgevoel langs de ruggengraat bij vooroverbuigen van het hoofd.*
† *Internucleaire ofthalmoplegie (INO) = adductiezwakte ipsilaterale oog met nystagmus van het abducerende contralaterale oog.*

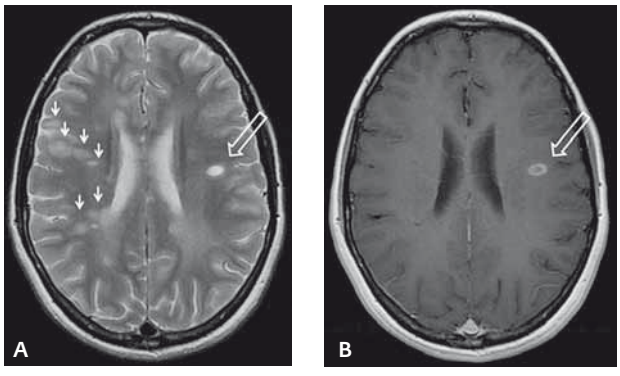
mitte (elektrische sensaties van de nek naar caudaal bij flexie van de nek). Ook een hersenstamsyndroom komt voor, met bijvoorbeeld oogbewegingsstoornissen met dubbelzien of ataxie [**tabel 1**].

Casus (vervolg)
Drie dagen later ziet u de patiënte weer. Nu heeft zij ook moeite om met haar rechter hand te schrijven. U verwijst haar naar de neuroloog.

DIAGNOSE

De waarschijnlijkheidsdiagnose MS berust op twee pijlers: spreiding in tijd en plaats van bij MS passende verschijnselen. Dat betekent dat er minimaal twee episodes van uitval moeten zijn geweest, vanuit verschillende lokalisaties in het centrale zenuwstelsel. Bij bovenstaande patiënte, die een goed bij MS passende episode van uitval doormaakt, kan men de diagnose MS dus nog *niet* stellen: de klachten kunnen zijn ontstaan door één groter wordende laesie. Voor de diagnose is een tweede episode vanuit een ander deel van het centrale zenuwstelsel nodig, die soms snel, maar soms pas na jaren komt. In het laatste geval ontstaat voor patiënten een lange en onzekere periode. De nieuwste diagnostische criteria laten echter toe dat men een tweede episode ook kan vaststellen door nieuwe, asymptomatische laesies aan te tonen bij herhaald MRI-onderzoek van de hersenen en/of het ruggenmerg [**figuur 2**].[5] Hierdoor kan men de diagnose MS vaak veel eerder stellen. Lumbaalpunctie voor onderzoek van de liquor cerebrospinalis is tegenwoordig meestal niet nodig.

Figuur 2 MRI-hersenen



A: T2-gewogen MRI-scan van de hersenen met periventriculaire en juxtacorticale laesies die passen bij MS. De met een open pijl aangegeven laesie is een verse nog inflammatoire laesie en als enige daardoor ook zichtbaar op een T1-gewogen opname na toediening van i.v. gadoliniumcontrast (zie B).
B: op de T1-gewogen opname na toediening van i.v. gadoliniumcontrast is te zien dat de met een open pijl aangegeven laesie links aankleurt. Dit betekent dat deze laesie 'actief' is en waarschijnlijk ergens in de voorafgaande dagen of weken is ontstaan. De andere laesies zijn ouder. Er is hier dus sprake van 'dissociatie in tijd'.

Casus (vervolg)
Na enkele weken ontvangt u correspondentie over de patiënte. De neuroloog heeft inmiddels de diagnose RRMS gesteld op basis van MRI-scans van de hersenen en het ruggenmerg. Verder leest u dat 'er nog niet is gestart met onderhoudsbehandeling'. Haar klachten zijn inmiddels spontaan hersteld.

BEHANDELING VAN MS

Bij de behandeling van MS onderscheiden we onderhoudsbehandeling, behandeling van exacerbaties en symptomatische behandeling. Qua onderhoudsbehandeling zijn er immunomodulerende en immunosuppressieve behandelingen, die inflammatie en demyelinisatie remmen [**tabel 2**]. Er zijn nog geen behandelingen voor neurodegeneratie, zodat alleen behandeling van RRMS mogelijk is, waar inflammatie immers de drijvende kracht achter de voortgang van de ziekte is, en niet van SPMS en PPMS, waar neurodegeneratie overheerst. Binnen de MS-wereld spreekt men over eerstelijns- en tweedelijnsmiddelen (waarbij 'eerstelijns' overigens niet betekent dat deze behandeling in eerste instantie in handen van de huisarts is!). Eerstelijnsmiddelen zijn minder effectief, maar kennen weinig ernstige bijwerkingen. Tweedelijnsmiddelen zijn effectiever, met een grotere kans op soms ernstige bijwerkingen. Het doel van de behandeling van exacerbaties, die doorgaans ook zonder behandeling herstellen, is sneller herstel. Of dit zinnig is, hangt af van de ernst van de uitval.

ONDERHOUDSBEHANDELING VAN MS

Wanneer onderhoudsbehandeling?

Niet iedere patiënt behoeft behandeling. De vuistregel is dat onderhoudsbehandeling zinvol is bij ten minste twee klinische aanvallen in de voorafgaande twee jaar. Toch adviseert men soms behandeling na één klinische episode, bijvoorbeeld als de MRI-scan aantoont dat er sprake is van grote subklinische ziekteactiviteit. Andere factoren die meespelen, zijn on-

Tabel 2 Overzicht van immunomodulerende behandelingen

	Eerstelijnsbehandelingen				Tweedelijnsbehandelingen		
	Glatirameeracetaat	Interferon-bèta	Teriflunomide	Dimethylfumaraat	Natalizumab	Fingolimod	Alemtuzumab
Afname exacerbaties	30% (ten opzichte van placebo)	30% (ten opzichte van placebo)	31% (ten opzichte van placebo)	45% (ten opzichte van placebo)	68% (ten opzichte van placebo)	54% (ten opzichte van placebo)	±50% (ten opzichte van interferon-bèta)
Toediening	Injectie s.c.	Injectie s.c./i.m.	Tablet	Tablet	Infuus 1x/maand	Tablet	Infuus, enkele malen per jaar
Werkingsmechanisme	Grotendeels onbekend, onder andere stimulatie regulatoire T-cellen	Grotendeels onbekend, onder andere afname bloed-hersenbarrière (BHB)-disruptie	Remt T-celproli-feratie	Grotendeels onbekend, onder andere activatie Nrf2	Inhibeert migratie lymfocyten over BHB	Inhibeert mobilisatie B- en T-cellen uit lymfeklier	Lymfocytendepletie
Belangrijkste interacties	Geen	Voorzichtigheid bij CYP-gemeta-boliseerde middelen als anti-epileptica	Rosuvastatine en HMG-Co-reduc-taseremmers Rifampicine CYP-inductoren Penicilline, ciprofloxacine, furosemide en vele andere	Levend verzwakte vaccins vermijden Nefrotoxische geneesmiddelen (NSAID's, aminoglycosiden, diuretica of lithium) Alcohol	Immunotherapie	Immunotherapie Levend verzwakte vaccins vermijden Middelen met invloed op hartslag, CYP-450 en -3A4 gemetaboliseerde middelen	Geen
Belangrijkste bijwerkingen	Prikplekken	Prikplekken Griepachtige verschijnselen Leverfunctie-stoornissen Depressie	Teratogeen Dunner haar Maag-darmklachten	Flushing Maag-darmklachten Leverfunctie-stoornissen Lymfopenie	Allergische reacties PML	Bradycardie AV-blok Herpesinfecties Hypertensie	Infusiegeassocieerde rash en koorts Auto-immuun-thyreoïditis Zeldzamer: auto-immuun-ITP en goodpasture-syndroom

der meer de voorkeur van de patiënt, het bijwerkingenprofiel, de medische voorgeschiedenis en een zwangerschapswens.

Eerstelijnsbehandelingen

De klassieke eerstelijnsbehandelingen voor RRMS zijn de immunomodulatoren interferon-bèta (Avonex, Betaferon, Rebif) en glatirameeracetaat (Copaxone), die bij RRMS een afname van exacerbaties van 30% geven.[6] Op de lange termijn hebben ze echter geen bewezen invloed op de klinische ziekteprogressie.[7] Het zijn veilige middelen waarmee twintig jaar ervaring is opgedaan. Ze worden subcutaan of intramusculair toegediend. Bij alle middelen zijn prikplekken een bijwerking, bij de interferonen komen tijdelijke griepachtige verschijnselen veel voor (preventief kan de patiënt paracetamol of een NSAID innemen). Binnenkort komt gepegyleerd interferon-bèta (Plegridy) beschikbaar, dat een lagere toedieningsfrequentie kent.

Teriflunomide (Aubagio) en dimethylfumaraat (Tecfidera) zijn in 2014 beschikbaar gekomen als oral eerstelijnstherapieën. De effectiviteit van teriflunomide is vergelijkbaar met die van bovengenoemde middelen, dimethylfumaraat is mogelijk iets effectiever.[8-10] Bij teriflunomide moet men bedacht zijn op geneesmiddeleninteracties. Bijwerkingen zijn dunner wordend haar, diarree en ALAT-stijging. Teratogeniciteit kan reden zijn om jonge vrouwen niet te behandelen met teriflunomide. De langetermijneffecten van dit middel zijn minder goed bekend dan die van dimethylfumaraat. De meestvoorkomende bijwerkingen van dimethylfumaraat zijn 'flushing' en maag-darmklachten, vooral gedurende de eerste maanden, terwijl men ook hier leverwaarden moet monitoren en er soms lymfopenie kan optreden.

Tweedelijnsbehandelingen

Als de ziekte onder eerstelijnsbehandeling actief blijft moet men tweedelijnsbehandeling overwegen. Hiertoe behoren natalizumab, fingolimod en alemtuzumab.

Natalizumab (Tysabri)

Deze intraveneuze vierwekelijkse behandeling verlaagt de exacerbatiefrequentie met 68% en vermindert het ontstaan van nieuwe MRI-laesies met 83%.[11] In de praktijk zien we vaak dat patiënten met voorheen zeer actieve MS volledig stabiliseren. De belangrijkste complicatie is progressieve multifocale leuko-encefalopathie (PML). Dit ernstige ziektebeeld (20% overlijdt) wordt veroorzaakt door het JC-virus (JCV), waarvan ruim de helft van de bevolking drager is.[12] Symptomen zijn in weken tot maanden progressieve neurologische en soms cognitieve uitval. Verwarring met MS-symptomen is dus mogelijk. Bij dragers van JCV die meer dan twee jaar natalizumab gebruiken, stijgt het risico in de Nederlandse populatie op basis van ons bekende gegevens tot wel 1:25. Voor niet-dragers is het risico echter nihil. Voor de huisarts is van belang dat elke toename van neurologische verschijnselen bij een gebruiker van natalizumab reden is tot direct overleg met de neuroloog.

Fingolimod (Gilenya)

Dit orale middel geeft een risicoreductie op exacerbaties van

48%. De belangrijkste bijwerkingen zijn bradycardie en AV-blok.[13] Hoewel gewoonlijk asymptomatisch en meestal alleen na de eerste gift, is dit de reden dat de eerste gift klinisch plaatsvindt. Ook hoesten, leverfunctiestoornissen, lymfocytopenie, maculaoedeem en hypertensie zijn mogelijke bijwerkingen. Specifiek van belang voor de huisarts is een verhoogde kans op herpesinfecties, die hij te allen tijde moet behandelen, bij voorkeur in overleg met de neuroloog.

Alemtuzumab (Lemtrada)

Dit is een intraveneuze behandeling waarbij een sterke immuunsuppressie wordt bereikt. De exacerbatiefrequentie daalt met ongeveer 50%, vergeleken met die bij interferon-bèta (Rebif). De belangrijkste bijwerking is een hoge kans op autoimmuunthyreoïditis.[14] In Nederland is er nog weinig ervaring met dit middel opgedaan.

Casus (vervolg)

Binnen twee jaar na het stellen van de diagnose ontwikkelt de patiënte in enkele dagen een gevoelsstoornis met een sensibel niveau op Th4, waarbij ze moeite heeft het evenwicht te bewaren en urge-klachten heeft. U verwijst haar voor beoordeling naar haar neuroloog. Vanwege de invaliditeit bij dit ruggenmergsyndroom overweegt de neuroloog deze exacerbatie te behandelen en te starten met immunomodulerende therapie. Wegens een kinderwens ziet de arts af van teriflunomide en start hij met interferon-bèta. Enkele maanden later komt de patiënte bij u met somberheidsklachten.

BEHANDELING VAN EXACERBATIES

Niet elke exacerbatie behoeft behandeling. Altijd moet men aan de mogelijkheid van een pseudo-exacerbatie als gevolg van een infectie denken, vaak een urineweginfectie. Als deze is uitgesloten en er na enkele dagen geen verbetering optreedt, kan men intraveneus methylprednisolon geven. Dit veroorzaakt een sneller, maar geen vollediger herstel, wat zinvol is bij een invaliderende exacerbatie.[15] Soms krijgt de patiënt ook een behandeling met orale steroïden, maar de bewijzen voor effectiviteit van een intraveneuze kuur zijn sterker.

OVERIGE SYMPTOMEN EN HUN BEHANDELING

MS is meer dan krachtsverlies, gevoelsstoornissen of coördinatiestoornissen. De meer voorkomende symptomen en hun behandeling zullen wij toelichten.[16]

Psychische problematiek

Depressies en angststoornissen worden ondergediagnosticeerd en onderbehandeld. Bij het signaleren van deze klachten kan de huisarts een belangrijke rol spelen. De simpele vraag 'Bent u depressief?' is bij een positief antwoord erg sensitief voor de screening op depressie.[17] Bedenk dat net als in de casus interferon-bèta mogelijk een verhoogd risico geeft op (recidief) depressie. Verwijs bij een vermoeden van stemmingsstoornissen bij voorkeur door naar een psycholoog of psychiater in verband met een verhoogd suïciderisico bij MS.[18]

Psychosociale problematiek

De last die de patiënt ervaart, wordt bepaald door de ernst van de lichamelijke en psychische achteruitgang en de manier waarop de patiënt en zijn omgeving daarmee omgaan. Na het stellen van de diagnose heeft de patiënt last van grote onzekerheid over de toekomst. Later in het ziektebeloop kan de sociale status binnen het gezin en daarbuiten veranderen en kan de patiënt steeds meer beperkingen tegenkomen, waarop hij of zijn omgeving kan vastlopen. Ook relatieproblemen komen vaker voor. Zowel de partner, de kinderen als de ouders van een patiënt kunnen behoefte hebben aan begeleiding bij het omgaan met een familielid met MS.[18]

Cognitieve stoornissen

Cognitieve stoornissen komen veel voor bij MS-patiënten (40-70%).[19] Vooral de snelheid van de informatieverwerking en het geheugen zijn gestoord.[20] Cognitieve stoornissen hebben grote invloed op de kwaliteit van leven.[18,21] Bij klachten kan men eventueel verwijzen naar een psycholoog of ergotherapeut om de kwaliteit van leven en het maatschappelijk functioneren te optimaliseren, bijvoorbeeld door compensatiestrategieën aan te leren. Denk ook aan andere oorzaken van cognitief disfunctioneren, zoals depressie, medicatiegebruik en vermoeidheid.[18]

Moeheid

MS-patiënten ervaren moeheid als een van de hinderlijkste symptomen.[22] Bij vermoeidheidsklachten moet men nagaan of er een andere verklaring dan MS is. Denk aan (oorzaken voor) slaapstoornissen als pijn/depressie/angst, psychosociale problematiek, over- en onderbelasting. Laat oriënterend bloedonderzoek doen naar infecties, anemie en schildklierlijden. Advies van een MS-verpleegkundige of revalidatiearts kan bijdragen aan een betere energiebalans. Soms helpt amantadine 2 dd 100 mg.[23]

Spasticiteit

Spasticiteit zien we bij meer dan 60% van de MS-patiënten. Dit symptoom kan leiden tot pijn, verminderde mobiliteit en contracturen. Als het gelokaliseerd is in één extremiteit, kan men fysiotherapie of botulinetoxine overwegen. Bij gegeneraliseerde spasticiteit kan een behandeling met baclofen, tizanidine of dantroleen helpen. Sommige patiënten staan en lopen als het ware op hun spasme. Bij hen kan behandeling een averechts effect hebben.[16,24] Denk er ook aan dat een plotselinge toename van spasticiteit kan ontstaan bij een probleem elders in het lichaam, vaak een urineweginfectie.

Neuropathische pijn

De prevalentie van neuropathische pijn is 30-50%.[25,26] De behandeling is gelijk aan die van neuropathische pijn van andere oorsprong. Veelgebruikte middelen zijn amitriptyline en de anti-epileptica carbamazepine, gabapentine en pregabaline.[27] Bij trigeminusneuralgie is carbamazepine de eerste keus. Cannabinoïden lijken een positief effect te hebben op

neuropathische pijn en pijnlijke spasmen bij MS. Goede vergelijkende onderzoeken met de eerder genoemde middelen zijn er (nog) niet.[28] Alle hebben ze de nodige bijwerkingen en het is de vraag of ze de klachten adequaat verlichten.[16,26]

DE ROL VAN VITAMINE D

De theorie dat vitamine D een beschermende rol speelt bij MS, is voortgekomen uit het gegeven dat de prevalentie van MS stijgt met de afstand tot de evenaar.[29] Hoewel hard bewijs ontbreekt, zijn er wel enige aanwijzingen voor een gunstig effect op het ziektebeloop.[30] Doseringen tot 4000 IE per dag zijn veilig.[31] Vitamine D kan men ook eenmaal per week of per twee weken geven.

KERNPUNTEN

- Denk aan MS bij elk neurologisch uitvalsverschijnsel dat in uren tot dagen ontstaat en langer dan een etmaal duurt bij een patiënt < 40 jaar.
- Denk bij opvlamming van oude MS-symptomen aan een onderliggende infectie, in het bijzonder een urineweginfectie. Behandel deze vooraleer aan een exacerbatie te denken en door te verwijzen.
- Behandel elke herpesinfectie bij patiënten die fingolimod gebruiken.
- Bij patiënten die natalizumab gebruiken is elk nieuw neurologisch symptoom en uitvalsverschijnsel reden tot overleg met de neuroloog (cave PML).
- Wees bedacht op teratogeniciteit bij patiëntes die teriflunomide gebruiken.
- De richtlijn MS van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie bevat veel nuttige informatie en is te downloaden via https://www.neurologie.nl/index.php/download_file/view/995/114.

DANKWOORD

De auteurs danken prof. dr. H. de Vries, huisarts, afdeling huisartsgeneeskunde VUmc voor zijn adviezen. ■

LITERATUUR

1 Pittock CJ, Lucchinetti CF. The pathology of MS. New insights and potential clinical applications. Neurologist 2007;13:45-56.
2 Waxman SG. Axonal conduction and injury in multiple sclerosis: the role of sodium channels. Nat Rev Neurosci 2006;7:932-41
3 Confavreux C, Vukusic S, Adeleine P. Early clinical predictors and progression of irreversible disability in multiple sclerosis: an amnesic process. Brain 2003;126:770-82.
4 Confavreux C, Vukusic S, Moreau T, Adeleine P. Relapses and progression of disability in multiple sclerosis. N Engl J Med 2000;343:1430-8.
5 Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. Ann Neurol 2011;69:292-302.
6 Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. Lancet 2008;372:1502-17.
7 Shirani A, Zhao Y, Karim ME, Evans C, Kingwell E, Van der Kop ML, et al. Association between use of interferon beta and progression of disability in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis. JAMA 2012;308:247-56.
8 Vermersch P, Czlonkowska A, Grimaldi LM, Confavreux C, Comi G, Kappos L, et al.; TENERE Trial Group. Teriflunomide versus subcutaneous interferon beta-1a in patients with relapsing multiple sclerosis: a randomised, controlled phase 3 trial. Mult Scler 2014;20:705-16.
9 O'Connor P, Wolinsky JS, Confavreux C, Comi G, Kappos L, Olsson TP, et al.; TEMSO Trial Group. Randomized trial of oral teriflunomide for relapsing multiple sclerosis. N Engl J Med 2011;365:1293-303.
10 Fox RJ, Miller DH, Phillips JT, Hutchinson M, Havrdova E, Kita M, et al.; CONFIRM Study Investigators. Placebo-controlled phase 3 study of oral BG-12 or glatiramer in multiple sclerosis. N Engl J Med 2012;367:1087-97.
11 Polman CH, O'Connor PW, Havrdova E, Hutchinson M, Kappos L, Miller DH, et al; AFFIRM Investigators. A randomized, placebo-controlled trial of natalizumab for relapsing multiple sclerosis. N Engl J Med 2006;354:899-910.
12 Vermersch P, Kappos L, Gold R, Foley JF, Olsson T, Cadavid D, et al. Clinical outcomes of natalizumab-associated progressive multifocal leukoencephalopathy. Neurology 2011;76:1697-704.
13 Calabresi PA, Radue EW, Goodin D, Jeffery D, Rammohan KW, Reder AI, et al. Safety and efficacy of fingolimod in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis (FREEDOMS II): a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet Neurol 2014;13:545-56.
14 Coles AJ. Alemtuzumab therapy for multiple sclerosis. Neurotherapeutics 2013;10:29-33.
15 Andersson PB, Goodkin DE. Glucocorticosteroid therapy for multiple sclerosis: a critical review. J Neurol Sci 1998;160:16-25.
16 Thompson AJ, Toosy AT, Ciccarelli O. Pharmacological management of symptoms in multiple sclerosis: current approaches and future directions. Lancet Neurol 2010;9:1182-99.
17 Vahter L, Kreegipuu M, Talvik T, Gross-Paju K. One question as a screening instrument for depression in people with multiple sclerosis. Clin Rehabil 2007;21:460-4.
18 Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Richtlijn Multipele Sclerose 2012. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2012.
19 Chiaravalloti ND, DeLuca J. Cognitive impairment in multiple sclerosis. Lancet Neurol 2008;7:1139-51.
20 Benedict R, Cookfair D, Gavett R, Gunther M, Munschauer F, Garg N, et al. Validity of the minimal assessment of cognitive function in multiple sclerosis (MACFIMS). J Int Neuropsychol Soc 2006;12:549-58.
21 Wynia K, Middel B, Dijk JP van, Keyser JH de, Reijneveld SA. The impact of disabilities on quality of life in people with multiple sclerosis. Mult Scler 2008;14:972-80.
22 Rosenberg JH, Shafor R. Fatigue in multiple sclerosis: a rational approach to evaluation and treatment. Curr Neurol Neurosci Rep 2005;5:140-6.
23 Pucci E, Branās P, D'Amico R, Giuliani G, Solari A, Taus C. Amantadine for fatigue in multiple sclerosis. Cochrane Database Syst Rev 2007;1:CD002818.
24 Kheder A, Nair KP. Spasticity: pathophysiology, evaluation and management. Pract Neurol 2012;12:289-98.
25 Foley PL, Vesterinen HM, Laird BJ, Sena ES, Colvin LA, Chandran S, et al. Prevalence and natural history of pain in adults with multiple sclerosis: systematic review and meta-analysis. Pain 2013;154:632-42.
26 Solaro C, Uccelli MM. Management of pain in multiple sclerosis: a pharmacological approach. Nat Rev Neurol 2011;7:519-27.
27 Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, Wiffen PJ. Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;12:CD008242.
28 Koppel BS, Brust JCM, Fife T, Bronstein J, Youssof S, Gronseth G, et al. Systematic review: efficacy and safety of medical marijuana in selected neurologic disorders: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2014;82:1556-63.
29 Simpson S Jr, Blizzard L, Otahal P, Van der Mei I, Taylor B. Latitude is significantly associated with the prevalence of multiple sclerosis: a meta-analysis. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2011;82:1132-41.
30 Runia TF, Hintzen RQ. The role of vitamin D in MS. Tijdschr Neurol Neurochir 2014;115:26-30.
31 EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). Scientific Opinion on the Tolerable Upper Intake Level of vitamin D. EFSA J 2012;10:2813.
32 Miller DH, Weinshenker BG, Filippi M, Banwell BL, Cohen JA, Freedman MS, et al. Differential diagnosis of suspected multiple sclerosis: a consensus approach. Mult Scler 2008;14:1157-74.

Wim Ang, Tom Wolfs

NASCHOLING

Diagnostiek van lymeborreliose

INLEIDING

In 2013 heeft het CBO de herziening van de Richtlijn Lymeziekte gepubliceerd.[1] In datzelfde jaar heeft de Gezondheidsraad het rapport 'Lyme onder de loep' uitgebracht.[2] Het laatste rapport was een gevolg van een burgerinitiatief van de Nederlandse Vereniging voor lymepatiënten (NVLP). In beide publicaties staan uitgebreide overwegingen en aanbevelingen over diagnostiek van lymeborreliose. Op dit moment wordt voor het stellen van de diagnose lymeborreliose meestal een combinatie gebruikt van klinische kenmerken en de aan- of afwezigheid van specifieke antistoffen tegen *Borrelia*. Hoewel deze benadering bij de meeste patiënten bruikbaar is, zijn de uitslagen van het serologisch (antistof)onderzoek soms moeilijk te interpreteren, vooral bij patiënten met chronische aspecifieke klachten. Dit resulteert in onzekerheid bij zowel patiënt als dokter, en leidt tot overbehandeling en het uitvoeren van aanvullende vormen van diagnostiek die geen meerwaarde hebben.

Omdat veel huisartsen in Nederland te maken krijgen met patiënten die vragen hebben over verschillende vormen van diagnostiek van lymeborreliose volgt hier een kritische beschouwing van diagnostische tests die, soms op eigen initiatief van patiënten, worden gebruikt om lymeborreliose te diagnosticeren.

Eerder is in *Huisarts en Wetenschap* al uitgebreid ingegaan op de epidemiologie van lymeborreliose, post-tekenbeetprofylaxe en behandeling.[3] In dit artikel richten we ons op de diverse diagnostische mogelijkheden en de interpretatie van de uitslagen.

Samenvatting

Ang W, Wolfs TFW. Diagnostiek van lymeborreliose. Huisarts Wet 2015;58(5):264-8.

Serologie is de geëigende microbiologische diagnostiek voor het aantonen van lymeborreliose. Naast de traditionele serologische tests zijn er enkele andere diagnostische modaliteiten ontwikkeld die worden ingezet bij de diagnostiek van *Borrelia*-infecties. Sommige van deze tests voert men uit in niet officieel geaccrediteerde laboratoria, soms in het buitenland. Dit artikel biedt een overzicht van enkele veel gebruikte tests en geeft per test de waarde en beperking voor de diagnostiek van lymeborreliose aan.

ORGANISATIE VAN DIAGNOSTIEK

Infecties met *Borrelia* spp treden op na een tekenbeet en kunnen leiden tot zowel acute als chronische ziektebeelden.[4] Enkele van deze ziektebeelden, zoals erythema migrans, hebben specifieke kenmerken en zijn goed te herkennen. Bij andere, minder specifieke, manifestaties speelt laboratoriumonderzoek een belangrijke rol bij het stellen van de diagnose lymeborreliose.

In Nederland zijn het normaal gesproken (volgens de ISO-norm of CCKL-richtlijn) geaccrediteerde medisch microbiologische laboratoria die microbiologische diagnostiek verrichten. Al deze laboratoria voeren onder supervisie van artsen-microbioloog routinematig *Borrelia*-diagnostiek uit en zijn daar goed voor toegerust. Bij de diagnostiek van lymeborreliose is de situatie echter gecompliceerder. Commerciële laboratoria uit binnen- en buitenland bieden uiteenlopende tests aan voor het diagnosticeren van lymeborreliose.[5,6] De meeste zijn identiek aan de tests die reguliere Nederlandse laboratoria uitvoeren, andere tests worden alleen in het buitenland verricht.[6,7] Op basis van positieve testuitslagen (van deze vaak niet goed klinisch gevalideerde tests) krijgen patiënten de (vaak onterecht gestelde) diagnose lymeborreliose, al dan niet met therapeutische adviezen.[8,9] Uiteindelijk komen deze patiënten vaak weer in aanraking met de reguliere geneeskunde, waarbij de arts-patiëntrelatie onder druk kan komen te staan door de tegenstrijdige bevindingen uit het diagnostisch onderzoek, onduidelijkheden over de vraag of er nu wel of niet sprake is van lymeborreliose en de daarop gebaseerde adviezen over de antibiotische behandeling.[9,10]

De kern

- Voor de interpretatie van serologische uitslagen zijn de ziekteduur en de voorafkans op lymeborreliose (gebaseerd op het klinisch beeld dat de patiënt vertoont) essentieel.
- Vanwege de grote kans op fout-positieve uitslagen moeten huisartsen terughoudend zijn met het aanvragen van *Borrelia*-diagnostiek bij patiënten met chronische aspecifieke klachten.
- Bij patiënten met chronische aspecifieke klachten en positieve *Borrelia*-serologie moet men een meersporenbeleid overwegen.
- Het aantonen van DNA van de *Borrelia*-bacterie met de polymerasekettingreactie is alleen geïndiceerd bij bijzondere huidmanifestaties en bij immuungecompromitteerde patiënten. Het heeft daarom slechts een zeer beperkte plaats in de huisartsenpraktijk.
- T-celstimulatietests zijn nog onvoldoende onderzocht om gebruikt te kunnen worden in de routinediagnostiek van chronische lymeborreliose.

VUmc, afdeling Medische Microbiologie en Infectiepreventie, Postbus 7057, 1007 MB, Amsterdam: W. Ang, arts-microbioloog. UMCU Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht: T.F.W. Wolfs, kinderarts infectioloog-immunoloog • Correspondentie: w.ang@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een bewerkte versie van Ang W, Wolfs TFW. Diagnostiek van Lymeborreliose bij kinderen. Tijdschr Kindergeneesk 2013;5:126-34. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

ANTISTOFTESTS

De belangrijkste methode om lymeborreliose te diagnosticeren is het aantonen van antistoffen tegen *Borrelia* spp. Het interpreteren van de uitslagen van antistoftests kan lastig zijn. Een gedeelte van de problemen ontstaat doordat er geregeld aspecifieke reacties voorkomen (zogenaamde fout-positieve tests). Dit betreft voornamelijk IgM-antistoffen.[11] Daarnaast zorgt de dynamiek van de antistofrespons ervoor dat de interpretatie van sommige uitslagen alleen mogelijk is, wanneer de klinische gegevens en ziekteduur bekend zijn.

Omdat aspecifieke reacties kunnen voorkomen, vindt het testen op antistoffen tegen *Borrelia* in twee stappen plaats. Als de screeningstest een positieve uitslag heeft (meestal betreft het een ELISA, een enzyme linked immunosorbent assay), moet een tweede test deze bevestigen (veelal een immunoblot). Er zijn verschillen in testalgoritmen tussen laboratoria, maar het uitgangspunt is het uitsluiten van fout-positieve tests.

De afgelopen jaren hebben nieuw ontwikkelde antistoftests gezorgd voor minder fout-positieve tests, maar dit probleem is (nog) niet geheel verholpen. De huidige tests tonen antistoffen aan tegen verschillende *Borrelia*-soorten (*B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*). Op dit moment is er geen uitzicht op point-of-care tests voor het aantonen van antistoffen tegen *Borrelia*.

De sensitiviteit van de antistoftests voor vroege manifestaties van lymeborreliose varieert van rond de 50% voor erythema migrans (EM) tot boven de 90% voor andere vormen van vroege gedissemineerde lymeborreliose.[11] Dit houdt in dat bij patiënten met een korte ziekteduur zowel een positieve als negatieve test compatibel kan zijn met de diagnose lymeborreliose. Voor late manifestaties, zoals acrodermatitis chronica atrophicans (ACA), is de sensitiviteit nagenoeg 100%.[11]

De relatie tussen antistoffen en ziekte

Afhankelijk van de gebruikte screeningsassay en antigenen komen antistoffen tegen *Borrelia* voor bij 3 tot 9% van de Nederlandse bevolking.[12] Bevestiging met een immunoblot reduceert dit percentage tot 1 à 4%, wat erop wijst dat bij 1:100 tot 1:25 individuen ooit een (mogelijk asymptomatisch verlopen) *Borrelia*-infectie heeft plaatsgevonden. Bij personen die veel aan teken worden blootgesteld (onder anderen boswachters) kan het percentage seropositieven aanzienlijk hoger zijn.[13] Het is dus duidelijk dat het aantonen van antistoffen niet altijd tot de diagnose 'lymeborreliose' leidt.

Positieve testuitslagen

Zowel de CBO-richtlijn als het Gezondheidsraadadvies benadrukt dat men bij de interpretatie van de testuitslagen rekening moet houden met de voorafkans op lymeborreliose.[1,2] Als een patiënt een positieve antistoftest heeft bij een ziektebeeld waarbij een zeldzaam verband is beschreven met een *Borrelia*-infectie, kan men de positieve test op twee manieren interpreteren. Ten eerste als bewijs voor causaliteit: de *Borrelia*-infectie is de oorzaak van de ziekte. Ten tweede als toevalsbevinding (1-4% van de personen in de bevolking heeft een positieve test die wijst op een in het verleden doorgemaakte *Borrelia*-infectie, dus ook 1-4% van de patiënten met klachten die niet door lymeborreliose worden veroorzaakt). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de voorafkans op lymeborreliose voor de meeste ziektebeelden laag is.[14] Juist bij patiënten met een lage voorafkans op lymeborreliose, zoals de groep met chronische aspecifieke klachten, moeten huisartsen zich realiseren dat de positieve voorspellende waarde van een serologische test erg laag is. Onderzoek van het OLVG en AMC in Amsterdam liet zien dat het merendeel van alle serologische tests voor *Borrelia* wordt uitgevoerd bij patiënten met chronische aspecifieke klachten en dat het percentage positieve tests in die groep gelijk was aan het percentage positieve tests bij gezonde controles.[14] Dat betekent dat Nederlandse huisartsen geregeld te maken krijgen met positieve testuitslagen die niet gerelateerd zijn aan het ziektebeeld dat de patiënt vertoont.

Het is moeilijk om een standaardadvies te geven over de manier waarop men moet omgaan met positieve testuitslagen bij patiënten met chronische aspecifieke klachten. Bij patiënten die ondanks een lange ziekteduur alleen IgM-antistoffen in hun bloed hebben, bestaat er een sterk vermoeden van autoantistoffen of aspecifieke IgM-reactiviteit op grond van andere ziekten dan lymeborreliose [**figuur**]. De aanwezigheid van alleen IgM-antistoffen bij een patiënt met een lange ziekteduur is dus niet voldoende voor het aantonen van een (doorgemaakte) lymeborreliose.

Bij patiënten met IgG-antistoffen moeten huisartsen een inschatting maken van de voorafkans op lymeborreliose. Is die laag, dan moeten ze het verdere beleid niet alleen richten op het behandelen van een mogelijke lymeborreliose, maar de mogelijkheid van een alternatieve diagnose overwegen, omdat de aangetoonde antistoffen op een toevalsbevinding kunnen berusten. Het is belangrijk dat huisartsen de onzekerheid over de relatie tussen de aanwezigheid van antistoffen en klachten/symptomen benadrukken, in het bijzonder bij patiënten met chronische aspecifieke klachten. Bij de meerderheid van deze groep zullen de anti-*Borrelia*-antistoffen niet gerelateerd zijn aan het ziektebeeld. Een antibiotische behandeling zal dan vaak geen effect hebben. Het grote gevaar schuilt in het vasthouden aan de diagnose 'chronische lymeborreliose' (meestal door de patiënt, soms ook door de dokter), wat leidt tot nog meer diagnostische tests en langdurige antibiotische behandelingen, waarvan tot nu toe niet is bewezen is dat deze een verbetering van de klachten geven.[10]

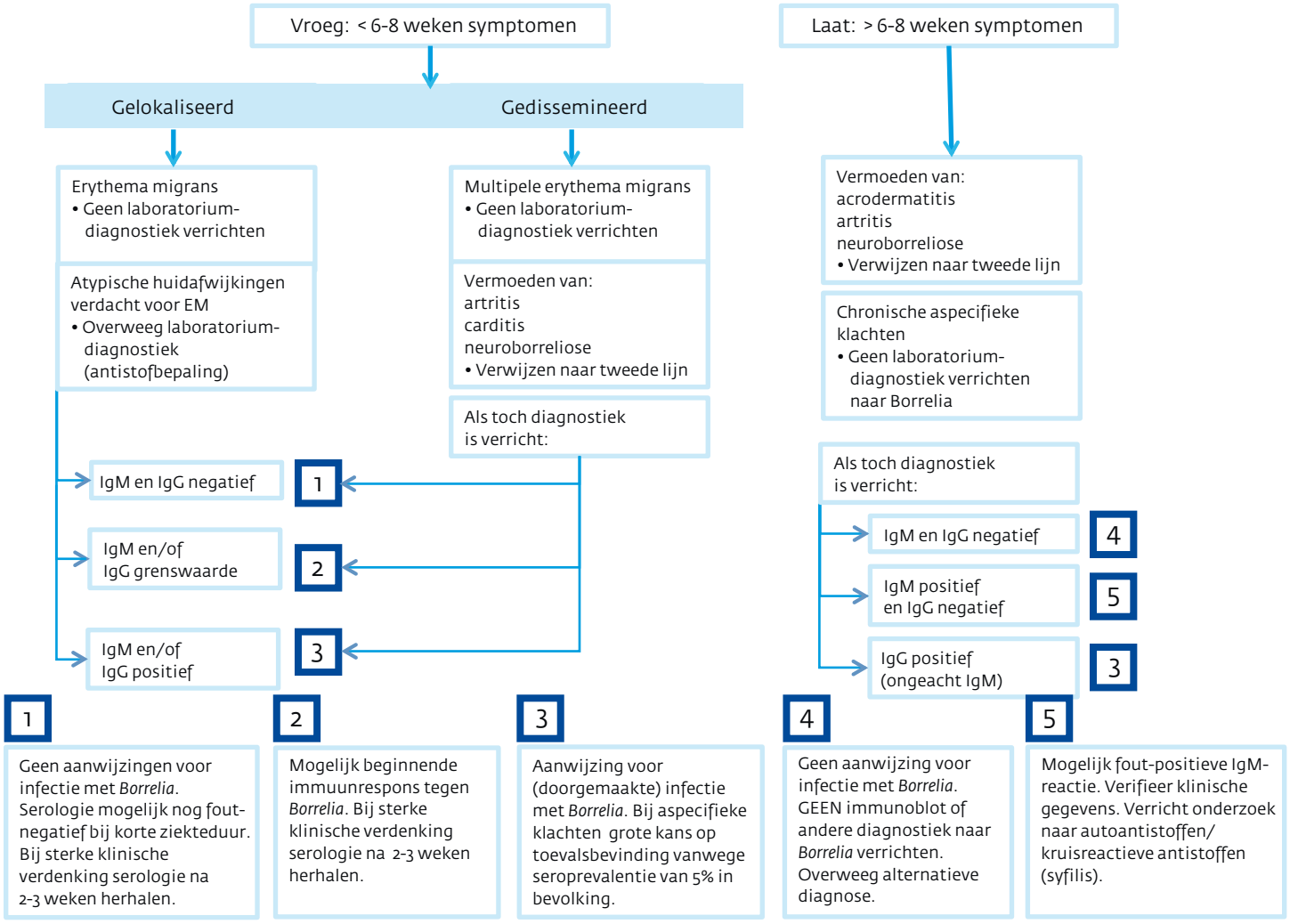
Het ligt meer voor de hand om deze groep patiënten het-

Abstract

Ang W, Wolfs TFW. Diagnosis of lyme borreliosis. Huisarts Wet 2015;58(5):264-8.

Serology is the cornerstone of the microbiological diagnosis of Lyme borreliosis. In addition to classical tests, other diagnostic tools have been developed that can be used in the diagnosis of Lyme borreliosis. Some of these tests are used in non-accredited laboratories, some of which are located abroad. This article provides an overview of commonly used diagnostic tests and the value and limitations of each.

Figuur Diagnostisch algoritme bij vermoeden van lymeborreliose



zelfde te benaderen als patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten, hoewel de recent gepubliceerde NHG-Standaard over dit onderwerp de groep patiënten die wordt verdacht van chronische lymeborreliose niet expliciet noemt.[15] Ondanks de soms uitdrukkelijke wens van de patiënt zou het daarom beter zijn om bij chronische aspecifieke klachten geen onderzoek te doen naar *Borrelia*.

Negatieve testuitslagen

Ook bij de interpretatie van negatieve testuitslagen speelt de voorafkans een grote rol. Bij vroege lymeborreliose (bijvoorbeeld bij vroege neuroborreliose) kan de antistofrespons nog onvoldoende tot ontwikkeling zijn gekomen en kunnen fout-negatieve uitslagen voorkomen [**figuur**]. Bij een typische manifestatie van lymeborreliose en een korte ziekteduur sluit een negatieve test de ziekte dus niet uit. Als men het serologisch onderzoek na enkele weken herhaalt, kan dat duidelijkheid bieden.

Als de klachten en symptomen langer dan acht weken bestaan (het tijdstip van de tekenbeet is vaak niet exact vast te stellen), is de sensitiviteit van de antistoftests bij klinisch goed gedocumenteerde patiënten nagenoeg 100%.[1] Het is hierbij van belang dat de patiënt intussen geen behandeling heeft gekregen, want een behandeling van een vroege lymeborreliose kan de ontwikkeling van de antistofrespons beïnvloeden. Deze patiënten krijgen geen ontwikkeling van IgG-antistoffen of een vroeg meetbare respons kan weer verdwijnen. Bij onbehandelde patiënten met een ziekteduur van > 8 weken maakt een negatieve serologische test lymeborreliose zeer onwaarschijnlijk.

In uitzonderingsgevallen kan er sprake zijn van een 'seronegatieve Lyme', bijvoorbeeld bij (partiële) immunodeficiënties of gebruik van medicijnen die interfereren met een goede antistofrespons, zoals rituximab.[16,17] Het aantal goed gedocumenteerde gevallen waarbij seronegatieve Lyme is bevestigd door het aantonen van DNA van de *Borrelia*-bacterie, is zeer

Tabel De status van diagnostische tests voor het aantonen van lymeborreliose

Serologie	Het aantonen van antistoffen tegen *Borrelia* Kan met verschillende technieken (ELISA, immunoblot) Bekende hoge sensitiviteit bij patiënten met lange ziekteduur[11] Specificiteit is testafhankelijk bij patiënten met auto-immuunziekten en andere infecties[11]
PCR	Het aantonen van DNA van de *Borrelia*-bacterie Bekende beperkte sensitiviteit bij neuroborreliose[19] Kan men als aanvullende diagnostiek in de tweede lijn gebruiken bij artritis of huidaandoeningen[19] Specificiteit is afhankelijk van de kwaliteit van het uitvoerende laboratorium
T-celstimulatie	Het aantonen van een cellulaire immuunrespons tegen *Borrelia* Tests worden via internet aangeboden en in Duitsland uitgevoerd[6,7] Beperkte klinische validatieonderzoeken[7] Mogelijk geen toegevoegde waarde boven serologie/PCR[7]
Urineantigeentest	Het aantonen van delen van de *Borrelia*-bacterie die via de urine worden uitgescheiden Slechte reproduceerbaarheid en specificiteit[20]
Microscopie van bloed	Met lichtmicroscopie een bloeduitstrijk onderzoeken op de aanwezigheid van *Borrelia*-bacteriën Geen goede klinische validatie[21] Uitvoerders in Verenigde Staten aangeklaagd wegens wangedrag[10]
Flow-cytometrie	Het aantonen van bepaalde typen immunologische cellen in bloed Geen goede klinische validatie[10] Gecontroleerde onderzoeken tonen lage specificiteit[10]

klein. In een aantal van deze in de literatuur beschreven patiënten is overigens wel sprake van grenswaardereactiviteit in diverse antistoftests, waardoor het predicaat 'seronegatief' bij die patiënten mogelijk niet geheel juist is.

Persisteren en verdwijnen van antistoffen

Ook jaren na de initiële infectie en behandeling kunnen anti-*Borrelia*-antistoffen aantoonbaar blijven in bloed. Zowel de IgM- als de IgG-antistoffen kunnen langdurig aantoonbaar blijven, hoewel de niveaus van antistoffen geleidelijk dalen.[18] Behalve bij de diagnostiek van vroege infecties heeft de anti-*Borrelia*-IgM dus geen aanvullende waarde. Omdat antistoffen ondanks behandeling persisteren, heeft follow-upserologie geen therapeutische consequenties en hoeft men deze daarom niet te verrichten.

OVERIGE VORMEN VAN DIAGNOSTIEK

Naast antistofbepalingen zijn er nog andere diagnostische methoden om een infectie met Borrelia aan te tonen [**tabel**]. Deze tests propageert men vooral bij de diagnostiek van chronische lymeborreliose. In de loop van de jaren is echter gebleken dat deze alternatieve vormen van diagnostiek ernstige methodologische tekortkomingen vertonen.

Voor diagnostische doeleinden is *Borrelia*-kweek niet zinvol, want de sensitiviteit ervan is laag, en het is praktisch lastig omdat alleen het AMC in Amsterdam deze methode uitvoert. Het direct aantonen van DNA van de bacterie kan ook met de polymerasekettingreactie (PCR). Helaas is de waarde van de PCR bij de diagnostiek van lymeborreliose slechts beperkt, zeker in de huisartsenpraktijk.[19] Men kan PCR op huidbiopten als aanvullende diagnostiek gebruiken bij de diagnostiek van atypische huidmanifestaties en bij immuungecompromitteerde patiënten die een verminderde antistofrespons op *Borrelia* vertonen.

Sommige laboratoria voeren PCR-bepalingen en T-celstimulatietests (MELISA, LTT) uit op bloed of urine. Patiënten komen vervolgens met deze uitslagen op het spreekuur van de (huis)arts. Op dit moment spelen technische aspecten een grote rol omdat verschillende testprotocollen worden gebruikt en sommige tests slechts door één laboratorium worden uitgevoerd [**tabel**]. Daarnaast is de waarde van de PCR en T-celstimulatietests bij patiënten met chronische aspecifieke klachten nog niet voldoende onderzocht. Positieve uitslagen van dit soort tests kunnen we dan ook niet beschouwen als een bewijs voor chronische lymeborreliose.

CONCLUSIE

Voor de diagnostiek van goed gedefinieerde vormen van lymeborreliose voldoen antistoftests. Bij een korte ziekteduur kunnen fout-negatieve testuitslagen voorkomen. Bij patiënten met chronische aspecifieke klachten is de relatie tussen het aantonen van de antistoffen tegen *Borrelia* en de klachten niet duidelijk. Huisartsen moeten daarom terughoudend zijn met het aanvragen van deze tests.

Aanvullende vormen van diagnostiek, zoals T-celstimulatietests en PCR op bloed, moeten in onderzoeksverband bij goed gedefinieerde patiëntpopulaties worden onderzocht, voordat we een uitspraak kunnen doen over de waarde van dit soort tests. Standaardisering van dergelijke tests zal naar verwachting nog lang duren, omdat de bepalingen nog experimenteel zijn en er op dit moment geen commerciële kits verkrijgbaar zijn.

Veel aspecten van de diagnostiek van lymeborreliose zijn nog onvoldoende uitgekristalliseerd. De route naar een betere diagnostiek verloopt via het doen van methodologisch verantwoord wetenschappelijk onderzoek en niet via het grootschalig uitvoeren van niet-gevalideerde diagnostische tests. ■

LITERATUUR

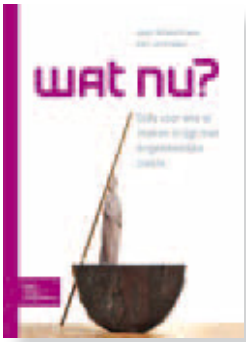
1 CBO. Richtlijn Lymeziekte. Utrecht: CBO, 2013.
2 Gezondheidsraad. Lyme onder de loep. Den Haag: Gezondheidsraad, 2013.
3 Brouwer M, Rietmeijer-Mentink M, Sprong H, Van der Wouden H, Bindels P. Tekenbeet: dilemma's in de huisartsenpraktijk. Huisarts Wet 2013;56:2-6.
4 Stanek G, Wormser GP, Gray J, Strle F. Lyme borreliosis. Lancet 2012;379:461-73.
5 Website Laboratorium Prohealth Medical (geraadpleegd op 23 april 2014). http://www.prohealth.nl/medical/borrelia_onderzoek_ziekte_van_lyme.html.
6 Website Melisa Foundation, Duitsland (geraadpleegd op 23 april 2014). http://www.melisa.org/metals-disease/diseases/borrelialyme-disease.
7 Von Baehr V, Doebis C, Volk HD, Von Baehr R. The lymphocyte transformation test for borrelia detects active lyme borreliosis and verifies effective antibiotic treatment. Open Neurol J 2012;6:104-12.
8 Website Borreliose Centrum Augsburg, Duitsland (geraadpleegd op 23 april 2014). http://www.borreliosecentrum.de.
9 Feder HM Jr, Johnson BJ, O'Connell S, Shapiro ED, Steere AC, Wormser GP, et al. A critical appraisal of 'chronic Lyme disease'. NEJM 2007;357:1422-30.
10 Auwaerter PG, Bakken JS, Dattwyler RJ, Dumler JS, Halperin JJ, McSweegan E, et al. Antiscience and ethical concerns associated with advocacy of Lyme disease. Lancet Infect Dis 2012;11:713-9.
11 Ang CW, Brandenburg AH, Van Burgel ND, Bijlmer HA, Herremans T, Schellekens JFP, et al. Nationale vergelijking van serologische assays voor het aantonen van Borrelia-antistoffen. Ned Tijdschr Med Microbiol 2012;20:111-9.
12 Ang CW, Notermans DW, Hommes M, Simoons-Smit AM, Herremans T. Large differences between test strategies for the detection of anti-Borrelia antibodies are revealed by comparing eight ELISAs and five immunoblots. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2011;30:1027-32.
13 Moll van Charante AW, Groen J, Mulder PG, Rijpkema SG, Osterhaus AD. Occupational risks of zoonotic infections in Dutch forestry workers and muskrat catchers. Eur J Epidemiol 1998;14:109-16.
14 Coumou J, Hovius JW, Van Dam AP. Borrelia burgdorferi sensu lato serology in the Netherlands: guidelines versus daily practice. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 2014;33:1803-8.
15 Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar AO, Bentz van den Berg D, Van der Horst HE, Arnold IA, et al. NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK). Huisarts Wet 2013;5:222-30.
16 Van Dop WA, Kersten MJ, De Wever B, Hovius JW. Seronegative lyme neuroborreliosis in a patient using rituximab. BMJ Case Reports 2013;2013.
17 Harrer T, Geissdorfer W, Schoerner C, Lang E, Helm G. Seronegative Lyme neuroborreliosis in a patient on treatment for chronic lymphatic leukemia. Infection 2007;35:110-3.
18 Kalish RA, McHugh G, Granquist J, Shea B, Ruthazer R, Steere AC. Persistence of immunoglobulin M or immunoglobulin G antibody responses to Borrelia burgdorferi 10-20 years after active Lyme disease. Clin Infect Dis 2001;33:780-5.
19 Van Dam AP. Molecular diagnosis of Borrelia bacteria for the diagnosis of Lyme disease. Expert Opinion Med Diagn 2011;5:135-49.
20 Klempner MS, Schmid CH, Hu L, Steere AC, Johnson G, McCloud B, et al. Intralaboratory reliability of serologic and urine testing for Lyme disease. Am J Med 2001;110:217-9.
21 Duerden B. Unorthodox and unvalidated laboratory tests in the diagnosis of Lyme borreliosis and in relation to medically unexplained symptoms. London: Department of Health, 2006.

BOEKBESPREKING

zeer matig ●
matig ● ●
redelijk ● ● ●
goed ● ● ● ●
uitstekend ● ● ● ● ●

OMGAAN MET TERMINALE ZIEKTE

'Wat nu?' Gids voor wie te maken krijgt met ongeneeslijke ziekte. J. Schuurmans en B. Ummelen. Houten: Springer Media, 2014. 156 pagina's, € 15,00. ISBN 978-90-368-0761-6



Doelgroep Patiënten en hun naasten die te maken krijgen met een ongeneeslijke ziekte.

Inhoud Het praktische boek *Wat nu?* is geschreven voor patiënten en hun naasten die vol vragen zitten nu ze te maken krijgen met een ongeneeslijke ziekte. Het boek is ingedeeld in drie delen: een algemeen deel dat zich richt op praktische en existentiële vragen, een deel dat zich richt op symptomen en een deel dat ingaat op het afscheid en de naderende dood. In het symptoomgerichte deel lichten de auteurs symptomen toe die vaak voorkomen in de laatste levensfase zoals slapeloosheid, angst, pijn, misselijkheid, obstipatie en vermoeidheid. Zij beschrijven in begrijpelijke taal wat hier de oorzaak van kan zijn, en leggen uit wat de patiënt zelf kan doen om de klachten te verminderen. De auteurs baseren zich op de richtlijnen voor palliatieve zorg, zoals die te vinden zijn op www.pallialine.nl en steevast adviseren zij patiënten om hun klachten met hun behandelend (huis)-arts te bespreken. Deze hoofdstukken zijn primair gericht op symptomen en niet op de onderliggende ziekte, maar een aantal hoofdstukken is gewijd aan specifieke ziektebeelden als hartfalen en dementie. Het eerste en derde deel van het boek zijn algemeen en behandelen thema's als 'emoties rond ziekte en sterfelijkheid', 'zorg voor de kinderen', 'wilsverklaring', 'communicatie met uw arts' en gaan in op 'de weg naar de dood', met uitleg over 'palliatieve sedatie en euthanasie'. Praktisch zijn ook de hoofdstukken over de uitvaart en het rouwen van nabestaanden.

Oordeel De auteurs zijn een ervaren huisarts en een publicist, hetgeen resulteert in prettig en begrijpelijk geschreven hoofdstukken over relevante onderwerpen die medisch inhoudelijk prima afgedekt zijn. Zeker niet alle patiënten zullen behoefte hebben een boek te lezen over hun naderende einde. Sommigen, of hun naasten, zijn echter op zoek naar informatie om grip te krijgen op hun uitzichtloze situatie. Voor hen is dit boek bedoeld, en aan hen kunt u het aanraden.

Linda Bröker

Waardering: ● ● ● ●

Adinda Mailuhu

De behandeling van acute enkeldistorsies

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

Wat is de beste behandeling voor patiënten met een acute enkeldistorsie in de huisartsenpraktijk om chronische klachten en recidief te voorkomen?

HUIDIG BELEID

De NHG-Standaard Enkelbandletsel geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van acute laterale enkelbandletsels die het gevolg zijn van een inversietrauma. De standaard adviseert patiënten met een acute enkeldistorsie de enkel te belasten op geleide van de pijn. Eventueel kan de huisarts een elastische zwachtel aanleggen. Het is daarnaast gebruikelijk in de acute fase de RICE-regel toe te passen (Rest, Ice, Compression, Elevation). Er is echter geen bewijs dat deze maatregelen tot een snellere revalidatie leiden. Het gebruik van een brace of tape is initieel niet noodzakelijk, maar wordt wel geadviseerd bij patiënten met recidiverende enkeldistorsies die een sport beoefenen met een hoog risico op inversietrauma of als secundaire preventie bij patiënten met enkelbelastend werk. De huisarts kan verwijzing naar een fysiotherapeut overwegen voor oefentherapie als patiënten na adequate behandeling en preventieve maatregelen forse beperkingen ondervinden, zoals een onzeker gevoel, recidiverend zwikken of spierzwakte. Hij kan een verwijzing voor oefentherapie ook inzetten om recidieven te voorkomen bij patiënten die sporten of enkelbelastend werk hebben.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Enkeldistorsies behoren tot de meestvoorkomende trauma's van het bewegingsapparaat. Jaarlijks lopen ongeveer 680.000 patiënten een enkelblessure op.[1] Van hen bezoeken ongeveer 130.000 patiënten de huisarts. De hoogste incidentie komt voor in de leeftijdscategorie 15 tot 24 jaar. Bijna de helft van alle medisch behandelde enkelblessures wordt gezien in de eerste lijn. Huisartsen spelen behalve bij de behandeling van enkeldistorsies ook een belangrijke rol in de preventie van een recidief enkeldistorsie. Na het oplopen van een enkeldistorsie bestaat namelijk de kans de enkel opnieuw te verzwikken en kunnen patiënten enkelklachten houden, zoals pijn, stijfheid en instabiliteit.

De NHG-Standaard Enkelbandletsel beschrijft zowel behandelingen voor patiënten met een acute enkeldistorsie als preventie van een recidief enkeldistorsie. Deze standaard is echter niet consistent en de effectiviteit van de in de standaard opgenomen behandelingen en secundaire preventie zijn vaak onbekend.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

De NHG-Standaard vermeldt dat de huisarts de patiënt bij forse beperkingen voor oefentherapie kan verwijzen naar een fysiotherapeut, met als doel een recidief enkeldistorsie te voorkomen. Volgens een systematische review van Van Rijn et al. is het echter nog onduidelijk of deze behandeling ook effectief is.[2] Een Nederlands gerandomiseerd onderzoek onder sporters heeft aangetoond dat een niet-gesuperviseerd neuromusculair trainingsprogramma van 8 weken effectief is als preventie van recidief enkeldistorsies.[3] Het trainingsprogramma reduceert de kans op een recidief enkeldistorsie met 35%. In samenwerking met VeiligheidNL is dit neuromusculair trainingsprogramma vormgegeven in een applicatie (*Versterk je enkel*-app). Deze applicatie kan een ideale manier zijn om patiënten met een acute enkeldistorsie te bereiken, met name gezien de hoge incidentie onder jongeren.

CONCLUSIE

Enkeldistorsies komen veel voor. In de huidige NHG-Standaard Enkelbandletsel staan behandelingen voor een acute enkeldistorsie en preventie voor een recidief waarvan het bewijs voor de effectiviteit ontbreekt. Een niet-gesuperviseerd, e-health ondersteund neuromusculair trainingsprogramma, dat effectief is onder sporters, kan mogelijk een effectieve behandeling zijn voor patiënten in de huisartsenpraktijk om recidief enkeldistorsies te voorkomen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat draagt een niet-gesuperviseerd e-health ondersteund neuromusculair trainingsprogramma bij aan de gebruikelijke zorg in de huisartsenpraktijk om een recidief enkeldistorsie na een acute enkeldistorsie te voorkomen? ■

LITERATUUR

1 VeiligheidNL. Letsel Informatie Systeem 1986-2012 V: Ongevallen en Bewegen in Nederland 2006-2013. www.veiligheid.nl/onderzoek/ongevallen-en-bewegen-in-nederland-obin.
2 Van Rijn RM, Van Ochten J, Luijsterburg PA, Van Middelkoop M, Koes BW, Bierma-Zeinstra SM. Effectiveness of additional supervised exercises compared with conventional treatment alone in patients with acute lateral ankle sprains: systematic review. BMJ 2010;341:c5688.
3 Hupperets MD, Verhagen EA, Van Mechelen W. Effect of unsupervised home based proprioceptive training on recurrences of ankle sprain: randomised controlled trial. BMJ 2009;339:b2684.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2049, 3000 CA Rotterdam: A.K.E Mailuhu, aiotho • Correspondentie: a.mailuhu@erasmusmc.nl

‘Focus je bij pijn op de lichamelijke én psychische klachten’

Vorig jaar winter promoveerde Marloes Gerrits op haar proefschrift *The interplay between depression, anxiety and physical health*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Van stage naar onderzoek

Gevraagd naar de aanloop naar haar onderzoek vertelt Gerrits: ‘Toen ik in Nijmegen studeerde deed ik mijn wetenschappelijke stage nog vóór ik mijn coschappen huisartsgeneeskunde liep in het Engelse Nottingham. Ik vond die stage heel leuk om te doen, dus een combinatie van onderzoek en opleiding trok me wel aan. In Nottingham deed ik nog een extra onderzoek met Toine Lagro-Janssen en met haar besprak ik ook een mogelijk aiothotraject. Maar ik wilde naar Amsterdam verhuizen, dus in Nijmegen blijven studeren was niet handig. En aan de VU deden ze veel op het gebied van soma en psyche; dat sprak me aan omdat het me leuk leek om te kijken naar de relatie tussen lichaam en geest. Op de afdeling daar had Harm van Marwijk contacten met het NESDA-onderzoek*, dus de gegevens die ik voor mijn onderzoek nodig had waren al verzameld en ik kon daarom volstaan met het houden van interviews. Dat kwam goed uit, want tijdens mijn stage had ik al ervaring opgedaan met gegevensverzameling en ik vond het fijn om dat niet opnieuw te hoeven doen. Dat heeft me veel tijd bespaard, waardoor ik binnen drie jaar kon promoveren!’

Pijn, depressie en angst

Gerrits onderzocht de relatie tussen pijnklachten enerzijds en depressie en angststoornissen anderzijds en focuste daarbij ook op het verloop in de tijd. ‘Pijnklachten gaan vaak vooraf aan de ontwikkeling van een depressie of angststoornis. Ik heb dus gekeken of mensen met pijnklachten vaker dan anderen op enig moment in de tijd een depressie of angststoornis ontwikkelden. Dat bleek inderdaad het geval. Bovendien, hoe meer de pijn door het lichaam verspreid is – met andere woorden: als er meerdere verschillende pijnlocaties zijn – hoe groter de kans was op depressie of angst. Vaak bleken daarbij vooral gewrichtspijnen mee te spelen.’

Heeft Gerrits ook gekeken naar de onderliggende aandoeningen die de pijnklachten veroorzaakten? ‘Nee, alleen migraine heb ik apart bekeken, maar verder is niet onderzocht of de pijnklachten zijn gerelateerd aan een bepaalde ziekte. Dat klopt ook goed met wat je als huisarts in je spreekkamer ziet: bij heel veel mensen die pijnklachten presenteren kun je geen specifieke onderliggende aandoening vinden. Pijnklachten komen nu eenmaal ontzettend veel voor; bij verreweg de meeste mensen die het spreekuur bezoeken is er wel sprake van pijn of een combinatie daarmee. Daarom heb ik vooral gekeken naar de ernst van de pijn en het effect daarvan op het dagelijks leven, hoe mensen de pijn beleefden en de duur van de pijn. We hebben de gegevens daarover gecorrigeerd op kortdurende, milde klachten; de pijn moest langdurig en ernstig zijn.’

Slechter beloop en recidieven

Gerrits bekeek vervolgens vooral naar het beloop van de klachten: hoe beïnvloeden pijn enerzijds en depressie en angst anderzijds elkaar over de tijd heen? Gerrits: ‘Zo’n 15% van de mensen die we in het onderzoek includeerden, ontwikkelde een depressie of angststoornis; dat was dus inclusief de mensen die helemaal geen pijnklachten hadden. We vonden echter een duidelijke relatie tussen pijnklachten en het ontwikkelen van een depressie of angststoornis. Maar ook zagen we dat pijnklachten een slechter beloop en een grotere kans op recidieven van de depressieve en angstklachten veroorzaakten. Heel duidelijk kwam naar voren dat het aantal pijnlocaties, ernstige pijn en vooral gewrichtspijnen een negatieve invloed hadden.’

Focus op beide soorten klachten

Heeft Gerrits enig idee waarom nu juist gewrichtspijnen zoveel negatieve invloed hebben op het ontwikkelen van angst en depressiviteit? ‘Ja, daar hebben we wel over nagedacht. Mensen met gewrichtsklachten worden vaak sterk gehinderd in hun dagelijkse bezigheden, meer dan door andere soorten pijn. Door hun gewrichtsklachten gaan mensen dus vaak minder bewegen, terwijl bekend is dat lichaamsbeweging een gunstig effect heeft op zowel pijn als depressie en angst. Het is belangrijk dat de huisarts zich realiseert dat lichaamsbeweging voor deze mensen op twee manieren extra belangrijk is: het is goed om te blijven bewegen als je bijvoorbeeld artrose hebt om je gewrichten soepel te houden, én het is goed tegen depressiviteit en angst. Maar ik vind het hoe dan ook belangrijk om je therapie te richten op beide soorten klachten, want mensen komen vaak terecht in een vicieuze cirkel waarin de problemen elkaar voortdurend versterken.

Herkenning door de huisarts

Is in het onderzoek van Gerrits ook meegenomen hoe alert huisartsen zijn op een zich eventueel ontwikkelende depressie of angststoornis bij hun patiënten met pijnklachten? 'We hebben datgene wat mensen rapporteerden in interviews gelegd naast de gegevens van de huisartsen in het HIS. Daaruit bleek dat huisartsen de depressieve en angstklachten in tweederde van de gevallen herkenden. We wilden graag meenemen in het onderzoek of de diverse soorten pijn, zoals gewrichts- of hoofdpijn, leidden tot verschillen in de herkenning van depressie en angst, maar dat konden we niet goed uit elkaar halen. Duidelijk werd wel dat hoe ernstiger de pijnklachten waren, hoe groter de kans op herkenning was. Maar we weten niet of de huisarts de psychische klachten herkende doordat patiënten hun sombere of angstige gevoelens zelf presenteerden. Het kan dus zijn dat de huisarts heeft gezien dat de patiënt depressief of angstig overkwam, maar ook dat de huisarts vond dat er wel heel ernstige pijnklachten waren en dus wilde kijken of er daardoor ook sprake was van depressie en angst. Je zou natuurlijk het liefst willen dat de huisarts bij beide soorten symptomen goed verder kijkt!'

De eigen spreekkamer

Is Gerrits zelf extra alert op depressie en angst bij haar patiënten met pijnklachten in haar spreekkamer? 'Ja, dat denk ik wel, maar ik ben natuurlijk hoe dan ook met dit onderzoek begonnen omdat ik veel belangstelling heb voor het psychisch welbevinden van de patiënt. Ik denk overigens dat mijn bewustzijn van psychische problematiek verder is toegenomen door mijn onderzoek, dus ik ben misschien inderdaad wat alerter en ik geef denk ik wat eerder een vragenlijst mee aan de patiënt. Zo krijg ik af en toe een patiënt terug die meldt dat hij naar aanleiding van zo'n vragenlijst nu zelf ook denkt dat er meer aan de hand is dan alleen een lichamelijke probleem.'

Vicieuze cirkel

In haar onderzoek toont Gerrits aan dat pijnklachten de depressieve en angststoornissen "onderhouden". Uiteraard heeft dat gevolgen: 'Mensen met pijnklachten genezen langzamer en het stappenplan uit de NHG-Standaard *Depressie* is bij hen niet zomaar van toepassing. Normaal hoef je bijvoorbeeld niet zoveel te doen bij lichte depressiesymptomen, die gaan vaak vanzelf wel over. Maar dat is anders bij mensen met veel pijn; hen zou je misschien eerder intensief moeten behandelen en wellicht ook langduriger.'

Is er ook sprake van beïnvloeding de andere kant op, dus dat depressie en angst de pijn negatief beïnvloeden? Gerrits: 'Ja, ook dat komt veel voor. Mensen met depressieve of angststoornissen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van pijnklachten of verergering daarvan. Dat past bij de al genoemde vicieuze cirkel.'

Chronische aandoeningen

Gerrits onderzocht niet alleen de relatie van pijnklachten met depressie en angst, ook bekeek ze of er een verband zichtbaar was met chronische aandoeningen. 'Die relatie was veel minder duidelijk, maar we kunnen daar niet zo stellig over zijn. In de NESDA zijn mensen van 16 tot 65 jaar onderzocht. Bij hen kwamen nog maar weinig chronische ziekten voor; daarvoor zou je liefst naar een oudere leeftijdsgroep kijken. Bovendien kregen we via NESDA geen gegevens over de ernst van een chronische ziekte. Eigenlijk zou je je onderzoek naar een dergelijke relatie op een specifieke ziekte moeten richten, bijvoorbeeld op COPD, want dat zou interessante informatie kunnen opleveren. Nieuw onderzoek toont steeds meer aan dat bepaalde ziekten de hormoonhuishouding in het lichaam verstoren en dat zou mede de relatie kunnen verklaren tussen lichamelijke en psychische klachten. De link tussen pijn, diabetes en artrose enerzijds en depressie en angststoornissen anderzijds kan bijvoorbeeld liggen in de genen of in de hormoonhuishouding, maar ook in de plaats van de pijnregistratie in de hersenen want die ligt heel dicht bij het hersengebied waar emoties worden geregistreerd. Zelf denk ik dat de waarheid niet op één van deze vlakken ligt, maar een combinatie van diverse factoren zal blijken te zijn.'

Gerrits vervolgt: 'Mocht er een verband met een van de genoemde biologische factoren blijken te zijn, dan komen er in de toekomst wellicht ook betere mogelijkheden om de combinatie van lichamelijke en psychische klachten te kunnen aanpakken. We weten al dat bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie ook een positief effect heeft op pijnklachten. Zo ook lijken antidepressiva effect te hebben op pijnklachten. Maar onze mogelijkheden zijn nog niet optimaal; daar ligt nog een gat dat we moeten dichten!'

Na de promotie

Inmiddels ligt de promotie al ruim een jaar achter haar – hoe is het leven van Gerrits er daarna gaan uitzien? 'Ik ben nog bezig met het laatste jaar van de opleiding en heb me daar sterk op gericht. Bovendien moest ik voor mijn onderzoek nog een paar artikelen doen, maar dat was redelijk snel afgerond. Ook was ik betrokken bij enkele artikelen van andere promovendi. En dan was er nog een zwangerschap, bevalling en verhuizing... dat was allemaal meer dan genoeg!'

En hoe gaat de toekomst van Gerrits eruitzien? 'Over een paar maanden kan ik de opleiding afronden en de eerstkomende jaren zal het accent komen te liggen op het huisarts zijn. Maar daarna wil ik het huisartsenvak graag weer combineren met onderzoek. Of met onderwijs, want het laatste jaar was ik daarbij betrokken bij en dat vond ik erg leuk. In elk geval zal ik wel iets naast mijn huisartsenwerk gaan doen, want al vind ik het brede aspect van het vak heel leuk, ik zoek ook graag verdieping. Ik moet alleen nog even kijken wat er op mijn pad komt; dat is nu nog niet helemaal helder.' ■

Ans Stalenhoef

* NESDA: Nederlandse Studie naar Depressie en Angst

COLUMN

Mensen hebben geen benul

Mensen met enig verstand van zaken hebben de neiging te vergeten dat andere mensen dat niet hebben. Wie dagelijks met percentages werkt, kan zich niet voorstellen dat anderen dat concept niet paraat hebben, wie vaak patiënten beklopt en bevoelt, vergeet nogal eens dat die echt niet weten waar de milt en de nieren zitten, laat staan waar ze voor dienen. Daar moeten wij af en toe aan herinnerd worden.

Begin jaren negentig werd aan bijna vierhonderd hoogopgeleide Amerikaanse vrouwen van rond de dertig gevraagd hoeveel dagen hun menstruatiecyclus meestal duurde. Daarna moesten ze de cyclus een paar maanden exact bijhouden in een dagboekje. Ze bleken er met hun schatting nogal eens naast te zitten: '43 procent van de vrouwen gaf een cyclus op die meer dan twee dagen verschilde van hun gemiddelde,' aldus Chanley Small en collega's in hun onderzoeksverslag.[1]

De voorlichtingsboekjes lijken meer indruk te maken dan de eigen waarneming: 39 procent meldde een cyclusduur van 28 dagen, terwijl slechts 12 procent daar precies op zat. Als de zelfgemelde cyclus werd ingedeeld in kort (minder dan 26 dagen), middelmatig (26 tot 35 dagen) en lang (meer dan 35 dagen), bleek 21 procent van de vrouwen ernaast te zitten — waarbij oudere, getrouwde en hoger opgeleide vrouwen wel iets meer kans hadden het goed te zeggen.

In een al wat ouder onderzoek werd Amerikaanse mannen gevraagd of ze besneden waren, waarna dat direct werd gecontroleerd.[2] Er bleek 'geen overeenstemming tussen verklaring en onderzoeking in 34,4 procent van de patiënten'. Van de 84 mannen die zeiden besneden te zijn, waren 47 het niet, van de 108 mannen die zeiden niet besneden te zijn, waren 19 het wel. Opleiding, achtergrond, taalvaardigheid en leeftijd maakten weinig tot niets uit.

Het onderzoek werd eind jaren vijftig uitgevoerd, toen de gedachte postvatte dat besneden mannen minder vaak het papillomavirus droegen en overdroegen. Vandaar dat het idee weer van stal werd gehaald toen datzelfde werd geopperd voor het immuundeficiëntievirus. Jan Risser en collega's van de universiteit van Texas vroegen in 2002 aan 1508 jongens van rond de vijftien jaar hoe het ermee was.[3] Van de 738 besneden jongens waande 7 procent zich onbesneden, van de 751 onbesneden jongens zei 4 procent dat ze besneden waren. En 27 procent wist niet of ze besneden waren of niet. 'In deze groep resulteerde zelfrapportage niet in betrouwbare informatie, vooral omdat veel adolescenten onzeker waren over hun staat.'

In een onderzoek onder 239 adolescenten in Lesotho — waar aids een groter probleem is dan onder vijftienjarigen in Houston – gaven 64 op dat ze besneden waren, maar slechts de helft was dat werkelijk. Anderzijds, vrijwel alle mannen die zeiden niet besneden te zijn, waren dat inderdaad niet.[4]

Gauw terug naar de vrouwelijke intuïtie. Weten vrouwen wanneer ze ovuleren? Ongeveer de helft van de vrouwen is daarvan overtuigd, maar als zij op de proef worden gesteld, blijken ze niet heel betrouwbaar. Lynette Sievert en Catherine Dubois lieten 36 vrouwen een aantal cyclussen hun urine verzamelen en inleveren op de dag dat zij dachten te ovuleren: van de 87 ingeleverde monsters vertoonden 37 werkelijk een piek in luteïniserend hormoon.[5] De vrouwen die temperatuurden zaten in 80 procent van de gevallen goed, verder gingen vrouwen af op afscheiding (6 van de 19 goed), buikpijn (4 uit 14), verhoogde lust (4 uit 10), stemmingswisselingen, en gewoon tellen.

En het belangrijkste van al: voelen vrouwen het als ze zwanger zijn? Gloria Bachmann vroeg aan vrouwen die voor een zwangerschapstest bij haar kliniek in New Brunswick langskwamen, of ze eerst wilden invullen wat ze zelf vermoedden.[6] Van de 283 vrouwen dachten er 204 zwanger te zijn. Van hen had iets meer dan de helft, 109, een positieve uitslag. Van de vrouwen die dachten niet zwanger te zijn, had 90 procent het bij het rechte eind. Vrouwen die eerder in verwachting waren geweest, waren niet accurater dan vrouwen die niet eerder in verwachting waren geweest. De meeste vrouwen dachten dat ze het wel goed hadden voorspeld. ■

Hans van Maanen

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.

LITERATUUR

1 Small CM, Manatunga AK, Marcus M. Validity of self-reported menstrual cycle length. Ann Epidemiol 2007;17:163-70.
2 Lilienfeld AM, Graham S. Validity of determining circumcision status by questionnaire as related to epidemiological studies of cancer of the cervix. J Natl Cancer Inst 1958;21:713-20.
3 Risser JM, Risser WL, Eissa MA, Cromwell PF, Barratt MS, Bortot A. Self-assessment of circumcision status by adolescents. Am J Epidemiol 2004;159:1095-7.
4 Thomas AG, Tran BR, Cranston M, Brown MC, Kumar R, Tlelai M. Voluntary medical male circumcision: a cross-sectional study comparing circumcision self-report and physical examination findings in Lesotho. PLoS One. 2011;6:e27561.
5 Sievert LL, Dubois CA. Validating signals of ovulation: do women who think they know, really know? Am J Hum Biol 2005;17:310-20.
6 Bachmann GA. Myth or fact: can women self-diagnose pregnancy? J Med Soc N J 1984;81:857-8.

KENNISTOETS: VRAGEN

1. **Welke stelling op basis van het artikel 'Combinatiescreening op vitamine B12-tekort' is niet waar?**
   - **a.** Naar schatting 5-10% van de Nederlands bevolking heeft een te lage vitamine-B_{12}-inname.
   - **b.** Een vitamine-B_{12}-deficiëntie kan zich uiten in een anemie of verstoorde vorming van myeline, dit komt voor in de beginfase.
   - **c.** Een serumvitamine-B_{12}-waarde > 200 pmol/L sluit deficiëntie in grote mate uit.
   - **d.** Vitamine B_{12} is als cofactor betrokken bij de omzetting van methylmalonyl-CoA naar succinyl-CoA.

2. **Welke laboratoriumafwijking past het meest bij een anemie door vitamine-B_{12}-deficiëntie?**
   - **a.** Verhoogd MCV, verhoogd aantal reticulo's, verlaagd LDH.
   - **b.** Verhoogd MCV, verlaagd aantal reticulo's, verhoogd LDH.
   - **c.** Verlaagd MCV, verhoogd aantal reticulo's, verhoogd LDH.
   - **d.** Verlaagd MCV, verlaagd aantal reticulo's, verlaagd LDH.

3. **Welke stelling over hydrocobamine is waar?**
   - **a.** Hoofdpijn is een vaak (1-10%) voorkomende bijwerking.
   - **b.** Injecties zijn effectiever dan tabletten hydrocobalamine
   - **c.** De onderhoudsbehandeling met hydrocobalamine-injecties is eens in de 3 maanden.
   - **d.** Hydrocobamine is teratogeen.

4. **Welke bevindingen uit het artikel 'COPD-screening bij ouderen heeft weinig effect' werd niet in het onderzoek gedaan?**
   - **a.** Het longmedicatiegebruik bij patiënten zonder COPD daalde meer dan 50%.
   - **b.** Bij de groep patiënten met nieuw ontdekte COPD steeg het longmedicatiegebruik met ongeveer 30%.
   - **c.** Sterftecijfers van patiënten met nieuw ontdekte COPD en zonder COPD waren vergelijkbaar.
   - **d.** Patiënten met nieuw ontdekte COPD werden vaker in het ziekenhuis opgenomen.

5. **Welke van onderstaande zeldzame oorzaken van COPD is juist?**
   - **a.** Doorgemaakte tbc.
   - **b.** Chronische blootstelling van de longen aan kleine deeltjes, zoals fijnstof.
   - **c.** Recidiverende gecompliceerde luchtweginfecties.
   - **d.** Onderbehandeld astma.

6. **De huisarts bespreekt met de praktijkondersteuner de instructies rondom spirometrie. De POH stelt dat de patiënt (1) vanaf 8 uur voor de spirometrie geen kortwerkende bronchusverwijders mag gebruiken en (2) vanaf 12 uur geen langwerkende bronchusverwijders. Is het, bij een FEV1/FVC-ratio < 0,7, nodig een bronchusverwijder toe te dienen, dan is dit (3) bij patiënten ouder dan 60 jaar ipratropium. Na gebruik hiervan kan de meting (4) na 15 minuten worden herhaald. Welke stelling is onjuist?**
   - **a.** Stelling (1).
   - **b.** Stelling (2).
   - **c.** Stelling (3).
   - **d.** Stelling (4).

7. **De huisarts legt een visite af bij de 84-jarige heer Van Marrewijk. Hij hoest sinds drie dagen groen sputum op, heeft een temperatuur van 38,3°C en is ziek en kortademig. Hij heeft ernstig COPD (GOLD-IV). De huisarts stelt de diagnose exacerbatie COPD en overweegt antibiotica voor te schrijven. Wat is in dit geval het juiste argument om antibiotica voor te schrijven, gezien de temperatuur?**
   - **a.** De leeftijd van de heer Van Marrewijk.
   - **b.** De duur van de klachten.
   - **c.** De kleur van het sputum.
   - **d.** De genoemde GOLD-classificatie.

8. **Welke van onderstaande stellingen uit het artikel 'Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten' is voor de Nederlandse situatie onjuist?**
   - **a.** Er overlijden jaarlijks ongeveer 40.000 mensen als gevolg van kanker.
   - **b.** Ongeveer 70% overlijdt thuis.
   - **c.** Eén op de 7 terminale kankerpatiënten in de eerste lijn overlijdt door euthanasie.
   - **d.** Meer dan 80% van het totaal aantal euthanasieën en gevallen van hulp bij zelfdoding bij kankerpatiënten is voor rekening van huisartsen.

9. **In hetzelfde artikel worden uitkomsten besproken van een meetinstrument voor ondraaglijk lijden (State of Suffering-V (SOS-V)). Deze meet 69 symptomen in 5 domeinen. Welk van onderstaande domeinen hoort hier niet bij?**
   - **a.** Verlies van functie.
   - **b.** Psychische symptomen.
   - **c.** Omgevingsgebonden aspecten.
   - **d.** Aard en prognose van ziekte.

10. **Welke van de onderstaande opties is geen onderdeel van de zorgvuldigheidseisen voor de uitvoering van euthanasie?**
    - **a.** Er is sprake van een vrijwillig en weloverwogen verzoek van de patiënt.
    - **b.** Er is sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden.
    - **c.** De partner/familie accepteert de wens van de patiënt.
    - **d.** Er is ten minste één andere, onafhankelijke arts geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven.

De toetsvragen zijn gebaseerd op artikelen uit dit nummer van Huisarts en Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 280.

Jacqueline Stakenborg, Sjoerd Hobma

SPREEKUUR

Kinderen met hielpijn

WAT IS HET PROBLEEM?

Prevalentiecijfers van hielpijn bij kinderen in Nederland zijn niet bekend. Een Spaans onderzoek beschreef een prevalentie van 6% in de eerste lijn. Wel bekend is dat hielpijn de kwaliteit van leven van deze kinderen vermindert. Een adequaat beleid is om deze reden belangrijk. Differentiatie tussen de verschillende oorzaken van hielpijn is lastig omdat ze een vergelijkbaar klachtenpatroon laten zien. Hoe stel je de juiste oorzaak vast? En wat is vervolgens het juiste beleid?

WAT MOET IK WETEN?

Hielpijn is in meer dan 50% van de gevallen tweezijdig en komt het meest voor bij jongens van 8 tot 13 jaar. Belangrijkste oorzaak van hielpijn bij kinderen is apophysitis calcanei, ook bekend als de ziekte van Sever. Redelijk zeldzaam zijn oorzaken als fasciitis plantaris, achillespees tendinopathie, retrocalcaneaire bursitis, stressfractuur van de calcaneus, posterieur enkelimpingement, juveniele spondylartropathie en tumoren.

Bij apophysitis calcanei geldt de hypothese dat de hielpijn veroorzaakt wordt door recidiverende, overmatige tractie van de achillespees aan de nog kraakbeenachtige apofyse van de tuber calcanei. Bij onderzoek vindt men niet de typische 'itis'-verschijnselen rubor, calor en tumor, die de naam wel suggereert. Plots veel sporten, sporten met onvoldoende begeleiding, overgewicht, schoeisel met een lage hak, pes planovalgus en een kort gastrocnemius-soleus-complex zijn allemaal geassocieerd met apophysitis calcanei. Sport laat de pijn bij apophysitis calcanei toenemen. De pijn is typisch het hevigst net na het sporten.

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar de lokalisatie van de pijn. Is deze dubbelzijdig aanwezig? Vraag het beloop in de tijd uit en ga na of er sprake is van nachtpijn. Vraag naar een eventueel trauma, verandering in sportactiviteiten en het dragen van ander schoeisel. Diep provocerende en mitigerende factoren uit, zoals het effect van sport en rust op de pijn en de mate van beperking door de klacht. Vraag of het looppatroon is veranderd. Kinderen met apophysitis calcanei oefenen doorgaans zo min mogelijk druk uit op de calcaneus en lopen vaak op hun tenen. Dit noemt men het teken van Sever. Ga bij een 'niet-pluisgevoel' ook altijd na of er sprake is van koorts, malaise, moeheid of afvallen. Let bij het lichamelijk onderzoek op het postuur van het kind: is er sprake van overgewicht?

Let op de aanwezigheid van pes planovalgus en op beenlengteverschillen. Voer de squeeze-test uit: oefen mediaal én lateraal druk uit op de calcaneus, dit is pijnlijk bij apophysitis calcanei. Vraag de patiënt met een gestrekt been dorsaalflexie uit te voeren in de enkel. Bij apophysitis calcanei is dit vaak beperkt door pijn of door een kort gastrocnemius-soleus-complex. Palpeer ook de achillespees, let op verdikkingen en pijn. Let op aanwezigheid van rubor, calor en tumor. Aanvullend onderzoek heeft in de regel geen toegevoegde waarde.

Vraag bij alarmsymptomen als nachtpijn, gewichtsverlies, koorts, malaise of moeheid wel een röntgenfoto aan en verwijs bij een niet-pluisgevoel. De pijn dient snel te verminderen wanneer het sporten gestaakt wordt. Vraag een röntgenfoto aan indien dit niet het geval is en verwijs bij alarmsymptomen of als de klachten ondanks de adviezen toenemen. Als er na 6 tot 12 weken ondanks opvolging van de adviezen persisterende pijnklachten zijn, is verwijzen naar een orthopeed een mogelijkheid.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg de etiologie en het onschuldige karakter van de klacht uit. Leg bij apophysitis calcanei uit dat het een soort groeipijn is die meestal spontaan binnen een aantal maanden over gaat. Leg uit dat het hielbeen rond het zeventiende levensjaar volgroeid is en dat er tot die tijd opnieuw klachten kunnen ontstaan. Adviseer 6 weken te stoppen met sporten en leg uit dat de klachten hierdoor moeten afnemen. Adviseer ook dagelijks kuitspierrekoefeningen te doen. Raad bij pes planovalgus schoenen aan met een stevig hielstuk en eventueel steunzolen en leg uit dat een wat hogere hak de klachten mogelijk vermindert.

Instrueer de patiënt de gegeven adviezen 6 weken op te volgen en vraag weer contact op te nemen als daarna de klachten onvoldoende verminderd zijn. Bij symptomen als koorts, malaise, moeheid, gewichtsverlies, nachtpijn of wanneer de pijn alleen maar erger wordt, moet eerder contact worden opgenomen. ■

LITERATUUR

1 Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen bij kinderen. Tweede druk. Amsterdam: Reed Business Education, 2009.
2 Wiegerinck JI, Oudhof B, Van Weert HCPM, Struijs PA. Hielpijn bij kinderen. Huisarts wet 2012;5:260-65.
3 Chorley J, Powers RP. Clinical features and management of heel pain in the child or adolescent athlete. UpToDate 2014;http://www.uptodate.com/contents/clinical-features-and-management-of-heel-pain-in-the-child-or-adolescent-athlete.

Maastricht University, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: J.P.G. Stakenborg, masterstudent Geneeskunde; dr. S.O. Hobma, huisarts • Correspondentie: sjoerd.hobma@maastrichtuniversity.nl

Nicoline Bessems, Philippe Hoogsteder

Bedplassen bij kinderen

WAT IS HET PROBLEEM?

Bedplassen is een probleem voor zowel kind als ouders. Kinderen schamen zich ervoor en ouders verliezen het vertrouwen in hun opvoedkundige kwaliteiten. Bedplassen kent verschillende oorzaken en behandelingsmogelijkheden, maar het is vaak de vraag óf en wanneer een specifieke interventie nodig is.

WAT MOET IK WETEN?

Er is sprake van enuresis nocturna (bedplassen) als een kind van 5 jaar in de afgelopen 3 maanden minstens tweemaal per week 's nachts in bed heeft geplast of als een kind van 7 jaar of ouder minstens eenmaal per maand in bed plast in afwezigheid van onderliggende pathologie.[1]

Een huisarts met een normpraktijk ziet 1 à 2 bedplassende kinderen per jaar. Op vijfjarige leeftijd plast 15% van de kinderen in bed. Bedplassen bij kinderen kent een gunstig beloop. Op 8-jarige leeftijd houdt 90% het bed 's nachts droog.

De precieze oorzaak van bedplassen is vaak onbekend. Een onvoldoende wekreactie op de volle blaas en psychosociale aspecten, waaronder problemen op school of in het gezin, spelen een evidente rol. Daarnaast is er een erfelijke component; een kind van wie beide ouders vroeger in bed plasten, heeft 77% kans op enuresis nocturna. Een verminderde functionele blaascapaciteit, overactiviteit van de blaas, obstipatie, slaapdiepte en seksueel misbruik kunnen een rol spelen, maar zijn onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd.

Er zijn verschillende manieren om enuresis nocturna te behandelen. Dit is pas effectief vanaf het vijfde levensjaar. Optimalisering van het gedrag van ouders en kind rond het bedplassen vormt de basis van de behandeling. Hoewel er weinig wetenschappelijke onderbouwing is, lijken een aantal simpele gedragsmatige behandelingen, zoals het nachtelijk opnemen en de motivatiemethode (positief belonen van een droge nacht), een positief effect te hebben.

De plaswekkermethode (wekker die afgaat bij bedplassen) is met een slagingspercentage van 70% volgens verschillende onderzoeken het meest effectief.[2] De plaswekker wordt maximaal 16 weken gebruikt of tot het moment waarop het kind 14 nachten achter elkaar droog is geweest. Kinderen die na 6 weken geen verbetering laten zien, hebben meestal geen baat bij deze behandeling.

Een andere mogelijkheid is het gebruik van medicamenteuze behandeling met desmopressine (eerste keus) of imipramine. Het effect van deze middelen is echter alleen op korte termijn aangetoond. Op de lange termijn lijken ze geen toegevoegde waarde te hebben. Vochtrestrictie en blaastraining worden in verschillende reviews afgeraden, vanwege een mogelijk tegenstrijdig effect.[3]

WAT MOET IK DOEN?

Evalueer met kind en ouders in welke mate het bedplassen een probleem vormt. Vraag naar symptomen die passen bij een mogelijk somatische oorzaak, zoals een urineweginfectie, diabetes mellitus en andere urologische aandoeningen. Informeer naar de aard van de enuresis, het mictiepatroon overdag en 's nachts (frequentie, hoeveelheid, urinestraal) en het voorkomen van broekpoepen. Vraag ook naar sociaal en psychisch functioneren van het kind, verloop van de zindelijkheidstraining, reeds geprobeerde interventies en mogelijke enuresis nocturna van ouders.

Verricht bij aanwijzingen voor mictiepathologie lichamelijk onderzoek van de genitalia externa en de buik en evalueer de algehele gezondheidstoestand. Controleer de urine bij een vermoeden van een urineweginfectie.

Of behandeling nodig is, hangt af van de impact van het bedplassen op kind en ouders. Indien de keuze daarop valt, is er een keur aan gedragsmatige therapieën, waaruit gekozen kan worden in overleg met de ouders, zo nodig onder begeleiding van de jeugdgezondheidszorg. Enkele voorbeelden zijn: nachtelijk opnemen, motivatiemethode, de plaswekker en de droogbedtraining (plaswekker gecombineerd met gedragsmatige therapie). De duur van de therapieën varieert van weken tot maanden.

Vertel de ouders duidelijk en consequent te zijn, positieve aandacht te geven, geen luiers te gebruiken en de verantwoordelijkheid voor het bedplassen bij het kind te leggen (zelf bed verschonen). Adviseer hun een mictiedagboek bij te houden met de vochtopname en urineproductie, inclusief mictiefrequentie. Bij onvoldoende effect kan de huisarts verwijzen naar een kinderarts of JGZ/GGZ voor een uitgebreide droogbedtraining.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat enuresis nocturna een goede prognose heeft, al is soms veel geduld nodig. De exacte oorzaak van bedplassen komt zelden boven water, maar een aantal simpele gedragsmatige therapieën kan al effectief zijn. Geef aan dat bedplassen bij kinderen kan leiden tot een negatief zelfbeeld en tot frustraties binnen het hele gezin als het lang duurt. De afweging over het al dan niet starten van een behandeling dient dan ook in overleg met het kind en de ouders te worden gemaakt. Verwijs ook naar: www.thuisarts.nl/bedplassen. ■

LITERATUUR

1 Boomsma LJ, Van Dijk PA, Dijkstra RH, Van der Laan JR, Van der Meulen P, Ubbink JTh, et al. NHG-Standaard Enuresis nocturna. Huisarts Wet 2006;49:663-71.
2 Kiddoo DA. Nocturnal enuresis. CMAJ 2012;184(8)doi:10.1503/cmaj.111652.
3 Caldwell PHY, Deshpande AV, Von Gontard A. Management of nocturnal enuresis. BMJ 2013;347:f6259.

Maastricht University, afdeling Huisartsgeneeskunde, CAPHRI School for Public Health and Primary Care, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: N.M.P.J Bessems, masterstudent geneeskunde; P.H.J. Hoogsteder, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: nmpj.bessems@student.maastrichtuniversity.nl

Chantal Panman, Jan Winters, Janny Dekker

CATS

Bekkenfysiotherapie bij genitale prolaps

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Een genitale prolaps komt veel voor en neemt toe met de leeftijd. Er zijn verschillende stadia van ernst en klachten kunnen bestaan uit een 'balgevoel' in de vagina, een zwaar gevoel in het bekkengebied en incontinentie dan wel obstructie van urine of ontlasting. De huisarts behandelt veel vrouwen met prolapsklachten zelf. Een veelgebruikte behandelmethode is bekkenfysiotherapie. Momenteel zijn er geen richtlijnen beschikbaar om prolapsklachten te behandelen. Dit heeft geleid tot de onderzoeksvraag: 'Geeft bekkenfysiotherapie vermindering van prolapsklachten bij vrouwen met een genitale prolaps in vergelijking met geen behandeling?'

Zoekstructuur In februari 2014 zochten we in de Cochrane Library met de zoektermen 'pelvic organ prolapse' en 'pelvic floor muscle training'. Dit leverde drie resultaten op, waarvan er één relevant was, een Cochrane-review uit 2011.[1] Daarnaast zochten we in PubMed met de zoektermen 'pelvic organ prolapse', 'pelvic floor muscle training', 'physiotherapy' en 'prolapse symptoms'. Negen artikelen, gepubliceerd na de zoekdatum van de Cochrane-review, werden gevonden. Op basis van titel en samenvatting was één artikel relevant voor onze vraagstelling.[2]

Resultaten De Cochrane-review bespreekt het effect van conservatieve behandelingen bij vrouwen met een symptomatische prolaps. De onderzoekers includeerden vier randomized controlled trials (RCT's) (n = 857) die bekkenfysiotherapie vergeleken met een controlegroep. Deelnemers werden geworven via een polikliniek gynaecologie (twee onderzoeken) en vanuit de bevolking rondom een ziekenhuis (één onderzoek). De mate van prolaps verschilde per onderzoek. De interventie bestond uit bekkenfysiotherapie gecombineerd met leefstijladviezen; patiënten uit de controlegroep kregen geen behandeling of alleen een leefstijladvies. In drie onderzoeken (follow-up 3 tot 6 maanden) werden prolapsklachten gemeten met behulp van vragenlijsten. Deze onderzoeken rapporteerden allemaal een significante verbetering van prolapsklachten in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Het was niet mogelijk om de data te poolen. Data over de ernst van een prolaps konden van twee onderzoeken wel gepoold worden en hieruit bleek dat bekkenfysiotherapie de kans op verbetering van de prolaps met 17% verhoogde ten opzichte van de controlegroep.

Hagen et al. onderzochten in een multicenter RCT 447 vrouwen (interventie n = 225, controle n = 222) met een symptomatische prolaps (stadium 1-3). Deze vrouwen werden geworven via een polikliniek gynaecologie. De interventie bestond uit 5 afspraken met een fysiotherapeut gedurende 16 weken, gecombineerd met een thuis-oefenprogramma en een folder met leefstijladviezen. De controlegroep kreeg alleen een folder met leefstijladviezen per post toegestuurd. Na 12 maanden bleek de interventiegroep een significant grotere afname van prolapsklachten te hebben dan de controlegroep (reductie POP-SS vragenlijst 3,77 ± 5,62 versus 2,09 ± 5,39; p = 0,0053). Het gemeten verschil (1,52; 95%-BI 0,46 tot 2,59) is groter dan de *minimally important change* (MCID tussen groepen = 1,5). Na 12 maanden hadden meer vrouwen in de bekkenfysiotherapiegroep het gevoel dat hun prolaps was verbeterd dan in de controlegroep (57% versus 45%; p = 0,0125).

Bespreking De meeste onderzoeken in de Cochrane-review hebben kleine onderzoeksgroepen en een korte follow-upduur. Van twee onderzoeken is de kwaliteit redelijk goed. Bij de beschrijving van de andere twee onderzoeken ontbreekt veel informatie om de kwaliteit goed te kunnen beoordelen, waardoor er een hoog risico op bias bestaat. In drie van de vier onderzoeken zijn prolapsklachten gemeten maar telkens met een andere vragenlijst, waardoor het niet mogelijk is om de gegevens te poolen.

De methodologische kwaliteit van het onderzoek van Hagen et al. is goed. De follow-up van dit onderzoek is 12 maanden maar voor een goede beoordeling van het langetermijneffect moet de follow-up langer zijn. Het gevonden verschil wordt door de auteurs als klinisch relevant beschouwd, terwijl het verschil ten opzichte van de MCID slechts minimaal is.

Voor beide artikelen geldt dat primair gekeken is naar klachtbeleving, waardoor het werkelijke effect mogelijk overschat wordt. Daarnaast heeft het onderzoek niet in de eerste lijn plaatsgevonden. Het is dus maar de vraag of deze uitkomsten te generaliseren zijn naar de huisartsenpopulatie.

Conclusie In een tweedelijnspopulatie is behandeling met bekkenfysiotherapie met een minimaal verschil effectief gebleken om prolapsklachten te verminderen ten opzichte van geen behandeling of alleen leefstijladviezen.

Betekenis Mogelijk vermindert bekkenfysiotherapie bij patiënten met prolapsklachten in de huisartsenpraktijk de klachtbeleving. Dit moet echter nog worden aangetoond in een onderzoek in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2011;12:CD003882.
2 Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2014;383:796-806.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, HPC FA20, Postbus 196, 9700 AD Groningen: C.M.C.R. Panman, aioto huisartsgeneeskunde; dr. J.C. Winters, huisarts, docent; dr. J.H. Dekker, universitair hoofdocent • Correspondentie: c.m.c.r.panman@umcg.nl

Eric van Rijswijk

Duloxetine redelijk effectief bij neuropathische pijn

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coordinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Neuropathische pijn kan ontstaan door beschadiging van centraal of perifeer zenuwweefsel, bijvoorbeeld als gevolg van diabetes mellitus. Antidepressiva, met name de tricyclische, zoals amitryptilline, worden al decennialang gebruikt voor de behandeling van dergelijke pijn. Maar ook andere antidepressiva, zoals duloxetine, hebben mogelijk een gunstig effect. Aangenomen wordt dat ze de pijn gunstig beïnvloeden door een direct effect op de zenuwvezels. Depressie en pijn komen immers vaak samen voor en beïnvloeden elkaar negatief. Antidepressiva worden daarnaast ook ingezet bij de behandeling van nociceptieve pijn, omdat ook daar centrale neurologische processen (onder andere centrale sensitisatie) een rol kunnen spelen. Dit is met name interessant bij fibromyalgie en chronischepijnsyndromen, waarbij vaak een comorbide depressie voorkomt.

Onderzoeksvraag Is duloxetine effectief bij neuropathische pijn of bij fibromyalgie, chronische pijn (ook bij patiënten met een depressie) of centrale pijn?

Conclusie auteurs De auteurs beschouwen een verbetering op een pijnschaal van 50% of meer als klinisch significant. Duloxetine is in dat geval, in doseringen van 60 of 120 mg, effectief in de behandeling van neuropathische pijn bij diabetes mellitus (DM) (NNT 5; 95%-BI 4 tot 7). Zo ook in de behandeling van pijn bij fibromyalgie (NNT 8; 95%-BI 4 tot 21) en pijn bij patiënten met een depressie (NNT 8; 95%-BI 5 tot 14) in een dosering van 60 mg. Duloxetine is dan niet effectief in de behandeling van centrale pijn.

Beperkingen Het merendeel van de geïncludeerde onderzoeken vergelijkt duloxetine uitsluitend met placebo. Slechts drie onderzoeken vergelijken met een ander medicijn. Verder wordt alleen de pijnscore als uitkomstmaat relevant geacht en is er geen aandacht voor stemming en angst. Het veelvuldig optreden van bijwerkingen is de belangrijkste reden voor een hoog uitvalpercentage in bijna alle geïncludeerde onderzoeken. Deze zijn nagenoeg alle gefinancierd door de producent van duloxetine.

COMMENTAAR

Voor de praktijk zijn reviews die verschillende behandelingen voor één ziekte of aandoening analyseren interessanter dan reviews die één interventie – al dan niet voor verschillende aandoeningen – als vertrekpunt hebben. Deze review valt onder de tweede soort. Uitgaande van één specifiek middel wordt een aantal mogelijke indicaties bekeken. In deze review zijn dat neuropathische pijn, fibromyalgie, pijn bij een depressieve stoornis en centrale pijn. Voor neuropathische pijn bestaat een anatomisch substraat, alle andere pijnsyndromen betreffen diagnoses waarover nog steeds discussie bestaat.

Hoewel de auteurs een duidelijk positief effect vonden van duloxetine, geeft deze review dus geen eenduidig antwoord op de vraag wat nu het beste middel is voor de behandeling van neuropathische pijn. De geïncludeerde RCT's zijn met name placebogecontroleerd. Slechts drie onderzoeken vergelijken duloxetine direct met een ander middel tegen neuropathische pijn (2× amitryptilline, 1× gabapentine).

Nu zou een dergelijke review, waarin niet de aandoening maar de interventie centraal staat, ons kunnen helpen om mechanismes en factoren in het ontstaan of in stand houden van pijn te onthullen. Bijvoorbeeld door subgroepenanalyse. Maar ook hieraan besteden de auteurs helaas geen aandacht. In dit geval zijn er waarschijnlijk ook te weinig onderzoeken binnen één pijnsyndroom gevonden.

Zowel bij neuropathische pijn (en een chronische aandoening als DM) als bij fibromyalgie komen psychische problemen als depressies en angststoornissen vaker voor dan in de algemene bevolking. Daar duloxetine ook een middel is tegen depressie, is het interessant om eveneens het effect ervan op stemming en angst te analyseren. In een aantal van de geïncludeerde RCT's zijn inderdaad vragenlijsten over die onderwerpen gebruikt, maar de reviewers laten ze in hun resultaten en analyses helaas buiten beschouwing.

Een ander probleem vormen de bijwerkingen, waarvan meer dan 60% van de met duloxetine behandelde patiënten last had. Maar ook in de placebogroep kwamen veel bijwerkingen voor (ruim 40%), zoals we vaker zien in onderzoek naar antidepressiva. Hoe hoger de doses, hoe meer bijwerkingen. Voor ruim 10% van de patiënten uit de verschillende onderzoeken waren de bijwerkingen de belangrijkste reden om het gebruik van duloxetine te staken. Het is van belang hierover in de klinische praktijk goede voorlichting te geven.

In de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding raadt het NHG gebruik van duloxetine voor behandeling van neuropathische pijn door DM in de eerste lijn voorlopig af. Ondanks de tegenvallende resultaten maakt deze review wel duidelijk dat behandeling met duloxetine effectief kan zijn. Het is een goede tweede keus na tricyclische antidepressiva (TCA's), of wanneer die gecontra-indiceerd zijn. Zeker bij de gemiddeld oudere groep patiënten met DM zijn er bezwaren tegen het voorschrijven van TCA's.

De effectiviteit van duloxetine voor behandeling van fibromyalgie en de andere pijnsyndromen is minder krachtig bewezen. ■

LITERATUUR

1 Lunn M, Hughes R, Wiffen P. Duloxetine for treating painful neuropathy, chronic pain or fibromyalgia. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD007115.

Huisartsengroepspraktijk Hopveld, Hopveld 35, 5271 XP Sint Michielsgestel: dr. H.C.A.M. van Rijswijk, huisarts • Correspondentie: evanrijswijk.huisarts@gmail.com

Benzo's en Alzheimer

Met grote verontrusting las ik in de rubriek Journaal de bespreking 'Benzodiazepinen geven meer kans op Alzheimer' over een onderzoek van Billioti de Gage et al. [1,2]

De onderzoekers gingen het (langdurig) benzodiazepinegebruik (BZ) na van ouderen in een patiënt-controleonderzoek over de ziekte van Alzheimer en concludeerden dat medicament en ziekte samenhingen. Pleumeekers vat samen: 'Bij gebruikers van BZ < 90 dagen werd geen verhoogd risico (AR) op Alzheimer gevonden, bij 3-6 maanden 32% AR, bij langer dan 6 manden 84% AR.' Hij concludeert laconiek 'dat BZ er een contra-indicatie hebben bijgekregen'.

Mij onthutst de laconieke toon, mochten de bevindingen juist zijn, evenals trouwens het verder uitblijven van vervolgreacties. Er zijn medicamenten om minder uit de handel genomen. Met de Alzheimer-epidemie in volle gang zou dit gegeven moeten inslaan als een bom.

De importantie van de bevinding vraagt echter ook om een zeer nauwgezette bestudering van het oorspronkelijke artikel en de commentaren daarop. Daarbij valt op dat, zoals zo vaak, op basis van correlationeel onderzoek oorzaak-gevolgconclusies worden getrokken. Zie daarvoor het op dit artikel gegeven commentaar, ook van de auteur zelf.[2-4] Een van de alternatieve verklaringen is die van de 'reverse causality', in dit geval: is de behoefte aan BZ's voortgekomen uit vroege symptomen van de ziekte van Alzheimer, die nog niet als zodanig werden herkend? Verder wordt geen plausibel pathofysiologisch verklaringsmodel aangevoerd.

Toch is er reden om ongerust te blijven. Meerdere onderzoeken komen tot eenzelfde bevinding en er is een dosis-responsrelatie.

De zaak blijft dus even onbeslist maar verdient beslist meer aandacht en ook meer 'schrik' dan blijkt uit onderhavige bespreking, waarvoor desondanks veel dank, want van het een komt het ander. ■

Yvonne van Leeuwen, huisarts en universitair hoofddocent in Maastricht

LITERATUUR

1 Pleumeekers B. Benzodiazepinen geven meer kans op Alzheimer. Huisarts Wet 2015;58:4.
2 Billioti de Gage S, Paiente A, Begaud B. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia. Exp Opin Drug Saf 2015;14:1-15.
3 Kmietowicz Z. Benzodiazepines may be linked to Alzheimer's disease, study finds. BMJ 2014;349:g5555.
4 Salzman C, Shader R. Editorial: benzodiazepine use and risk for Alzheimer disease. J Clin Psychopharmacol 2015;35:1-3.

ANTWOORD

Ik dank Yvonne van Leeuwen voor haar reactie en deel haar verbazing. Die verbazing heeft dan vooral betrekking op het gemak waarmee de bevindingen van Billioti de Gage et al. terzijde worden geschoven en het gebrek aan kritische reacties uit de beroepsgroep. Ik ben trouwens niet alleen verbaasd over de gevolgen van het voorschrijven van benzodiazepines, zoals dit artikel beschrijft, maar ook over behandelingen die op basis van dubieuze indicaties aan grote groepen patiënten worden voorgeschreven. Bloedsuikerverlagers waarvan de cardiovasculaire effectiviteit niet is bewezen, psychofarmaca aan jonge kinderen waarvan het effect twijfelachtig is, cholesterolverlagers, borstkankerscreening en ga zo maar door. De moeite die het kost om negatieve gevolgen van een behandeling aan te tonen, is vele malen groter dan het opzetten van een RCT om een positief effect te bewijzen. We zullen het dus moeten doen met patiënt-controleonderzoeken, post-marketing surveillance en soms zelfs met eenvoudige case-reports als we iets meer te weten willen komen over bijwerkingen van behandelingen. Met deze beperking voor ogen ben ik bij de bespreking van het betreffende artikel dan ook redelijk voorzichtig geweest door termen te gebruiken als 'het lijkt' en te spreken van 'een relatie' en niet van 'een causale relatie'. Maar uiteindelijk zal iedere arts, op basis van de op dat moment beschikbare informatie, beslissingen voor zijn patiënt moeten nemen. De bespreking van het artikel van Sophie Billioti de Gage was daarom zeker niet laconiek bedoeld. Als huisartsen aan hun patiënten die chronisch benzodiazepines gebruiken, uitleggen dat ze hiermee een grotere kans lopen om dement te worden, kan die informatie voor patiënten doorslaggevend zijn om het middel al dan niet te continueren. Zelfs met de beperkingen van het onderhavige onderzoek wordt de patiënt belangrijke informatie onthouden als de arts dit niet vertelt. Ik ben daarom blij dat Yvonne van Leeuwen een aantal extra argumenten, die mijn kritiek op het chronisch voorschrijven van benzodiazepines bij ouderen verder onderbouwen, in haar reactie heeft toegevoegd. Benzo's zijn niet alleen slaapverwekkend voor de patiënt, maar kunnen blijkbaar ook het kritisch vermogen van de voorschrijver beïnvloeden. Mogelijk dat deze discussie dan ook het effect van een dubbele *wake up call* zal hebben. ■

Bèr Pleumeekers

Slordig met cijfers en onterechte conclusies?

In het artikel 'Mindfulnesstraining voor SOLK' presenteren Van Ravesteijn en Lucassen hun onderzoeksbevindingen op een verwarrende manier. Dat leidt maar al te gemakkelijk tot conclusies die niet bij de bevindingen passen.[1]

Diverse in de resultatenparagraaf genoemde scoreverschillen komen niet overeen met de in [**tabel 2**] gepresenteerde uitkomsten, waarbij wij op andere scoreverschillen uitkomen. Uit de [**tabel**] blijkt dat de *ervaren gezondheid*, gemeten met de EQ-5D, in de mindfulnessgroep na 3 maanden steeg met 5,6 punten ten opzichte van baseline, om na 12 maanden weer met 0,3 punten te dalen; dit komt neer op een stijging van 5,3 punten

ten opzichte van baseline en niet van 5,8 punten zoals in de tekst staat vermeld. In het oorspronkelijke artikel staan overigens dezelfde cijfers als in [**tabel 2**], maar daarbij worden andere meetmomenten benoemd (baseline, einde behandeling en 9 maanden). Misschien verklaart dit de discrepantie tussen tabel en tekst?

Onzes inziens problematischer is echter dat de auteurs een opmerkelijke bevinding helemaal niet bespreken. Het beloop van het *psychisch functioneren* (gemeten met de MCS-schaal van de SF-36) laat namelijk iets bijzonders zien: in de mindfulnessgroep wordt na 3 maanden een significante stijging gemeten van 3,1 punten ten opzichte van baseline (in plaats van de in de tekst vermelde 3,9 punten); na 12 maanden pakt de meting echter weer wat lager uit en is dan nog slechts 2,7 punten hoger dan op baseline. In de gebruikelijke zorggroep was er na 3 maanden een MCS-stijging van 0,7 punten, maar na 12 maanden steeg dit verder naar een 4,8 punten hogere score dan op baseline. Het psychisch functioneren in de controlegroep was dus na 12 maanden ruim 2 punten meer toegenomen/verbeterd ten opzichte van baseline dan in de mindfulnessgroep.

Het verbaast ons daarom dan ook zeer dat de auteurs toch onverkort menen te mogen concluderen dat mindfulnesstraining een positief effect heeft op het psychisch functioneren. Op de korte termijn is dat wellicht terecht, maar op langere termijn lijkt gebruikelijke zorg het in dat opzicht ook heel behoorlijk of zelfs iets beter te doen. ■

Gerda van der Weele, Hèlen Woutersen-Koch, huisartsen en senior medewerkers NHG

LITERATUUR

1 Van Ravesteijn H, Lucassen P. Mindfulnesstraining voor SOLK. Huisarts Wet 2015;58:62-5.

ANTWOORD

Het artikel in H&W betreft een samenvatting van drie artikelen over mindfulnesstraining voor patiënten met onverklaarde lichamelijke klachten die eerder zijn gepubliceerd. Er is inderdaad een verschil tussen de gemiddelde waarden die staan weergegeven in [**tabel 2**], en het in de tekst gepresenteerde scoreverschil van 5,8 punten. Deze waarden verschillen van elkaar door het uitvoeren van een ANCOVA. Het scoreverschil dat is berekend met de ANCOVA wordt gezien als de meest precieze schatting van het effect. Bij het beschrijven van de andere verschilscores, zoals het psychisch functioneren, geldt ditzelfde principe.

Voor de leesbaarheid van het artikel in H&W hebben we ervoor gekozen de meetmomenten als volgt weer te geven: baseline, na 3 maanden, na 12 maanden. Dit schept mogelijk enige verwarring bij het lezen van het oorspronkelijke artikel, omdat we daarin de volgende meetmomenten gebruikten: baseline, na 3 maanden, na 9 maanden follow-up. Het betreft echter dezelfde meetmomenten, de schrijfwijze is enkel anders.

Het psychisch functioneren verbeterde zowel in de groep die mindfulnesstraining had ontvangen als in de groep die de gebruikelijke zorg kreeg. De verbetering na 12 maanden in de groep die de gebruikelijke zorg kreeg, is opmerkelijk. Dit zou verklaard kunnen worden door natuurlijk herstel of door de kwaliteit van de gebruikelijke zorg in Nederland. De verbetering in de groep die mindfulnesstraining ontving, trad echter eerder op: al 3 maanden na baseline werd er een significante verbetering gevonden van het psychisch functioneren (MCS, SF-36).

Dit was het eerste onderzoek naar de effecten van mindfulnesstraining bij SOLK in de eerste lijn. Gezien de snellere verbetering van het psychisch functioneren, de afname van angst voor ziekte en de afname van het gebruik van ziekenhuiszorg, vinden wij dat mindfulnesstraining bij SOLK verder onderzoek verdient. Om vast te stellen of mindfulnesstraining tot klinisch relevante verschillen leidt, is vervolgonderzoek nodig waarin deze aanpak vergeleken moeten worden met de gebruikelijke zorg en met cognitieve gedragstherapie. ■

Hiske van Ravesteijn, Peter Lucassen

Uw diagnose

Fotoquiz van de maand mei

De thuiszorg vraagt de huisarts naar de hand van deze 86-jarige patiënte te kijken.
Ze denkt dat er sprake is van een 'omloopje'.
Wat is uw diagnose?

a. Reuma noduli
b. Paronychia
c. Jicht tophi
d. Panaritium

Wilt u het goede antwoord weten?
Kijk op www.henw.org.

Foto: Maarten Jacobs, huisarts in Ede/Nijmegen

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. b
Geutjes PJ, Van den Ouweland JMW. Combinatiescreening op vitamine-B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2015; 58(5):234-7.

2. b
NHG-werkgroep Anemie. NHG-Standaard Anemie (eerste herziening). www.nhg.org.

3. a
Farmacotherapeutisch kompas. www.fk.cvz. NHG-werkgroep Anemie. NHG-Standaard Anemie (eerste herziening). www.nhg.org.

4. a
Bertens LCM, Reitsma JB, Van Mourik Y, Lammers JWJ, Moons KGM, Hoes AW, et al. COPD-screening bij ouderen heeft weinig effect. Huisarts Wet 2015;58(5):242-4.

5. b / 6. d / 7. d
Smeele IJM, Van Weel C, Van Schayck CP, Van der Molen T, Thoonen B, Schermer T, et al. NHG-Standaard COPD (tweede herziening). www.nhg.org.

8. b / 9. b
Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten. Huisarts Wet 2015; 58(5):238-41.

10. c
VI.07. Standpunt Federatiebestuur KNMG inzake euthanasie 2003. www.knmg.nl

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Janine Freeke aan de hand van verschillende bronnen. De vragen zijn ter beoordeling voorgelegd aan Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, Annet Sollie, Wim Verstappen, Hans van der Wouden
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Chris Janssen (030) 638 52 09, c.janssen@springermedia.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementsprijs (print + online toegang): € 220,-.
Abonnementsprijs (enkel online toegang): € 132,-.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

De patiënt als Thuisarts

Voordat ze naar het spreekuur komen zijn onze patiënten steeds actiever. Het aantal van hen dat al naar informatie op Thuisarts.nl heeft gezocht neemt gestaag toe en dat is een heel goede zaak! Immers, met een al goed geïnformeerde patiënt kun je een beter gesprek voeren, bijvoorbeeld over de te maken keuzes. 'Ben je al met je griepklachten naar de dokter geweest?' 'Nee, met griep ben ik mijn eigen Thuisarts.'

Ook zelfmanagement en zelfzorg zijn tegenwoordig 'hot'. Logisch eigenlijk, denk maar eens aan een diabetespatiënt die het grootste deel van zijn behandeling zelf moet uitvoeren. Daarmee vergeleken zijn bezoekjes aan de huisartsenpraktijk kleine voorvallen in een leven van zelfmanagement waarin leefstijl centraal staat.

Sommige mensen denken dat zelfmanagement de gezondheidszorg niet alleen beter maar ook goedkoper zal maken en zij dringen aan op een snelle implementatie van de *tools* daarvoor. Zelf verwacht ik niet dat er veel kostenbesparing zal zijn, maar ik denk wel dat de kwaliteit van zorg kan verbeteren als we de patiënt digitaal ondersteunen, zoals in het project *Zelfzorg Ondersteund!* gebeurt. Patiënten krijgen daarmee de mogelijkheid meer controle te houden over hun aandoening.
'Gij zult aan zelfmanagement doen' impliceert echter een paradox die ons waarschuwt voorzichtig te zijn met het opdringen ervan. Het is goed als huisarts en patiënt de taakverdeling samen afstemmen op basis van hun beider kennis en vaardigheden.

Op 19 mei is het Wereldhuisartsendag. Wat mij betreft staat die dag in het teken van de 9.000 huisartsen die met een optimale informatievoorziening 17 miljoen Nederlanders in staat stellen om een goede Thuisarts te zijn.

Rob Dijkstra

Regionale bijeenkomsten *Preventie in de buurt*

Tijdens deze regionale bijeenkomsten komen succesvolle praktijkvoorbeelden van samenwerking tussen huisartsenpraktijk, gemeente en GGD aan bod. In interactieve workshops en tijdens de plenaire afronding delen de aanwezigen de *lessons learned* en hun opgedane ideeën, zodat zij met concrete handvatten de bijeenkomst verlaten.

Ook belangstelling?
De eerste twee bijeenkomsten in Meppel en Haarlem waren een succes. Deze maand zullen de laatste drie bijeenkomsten plaatsvinden. Er zijn al veel aanmeldingen voor deze geaccrediteerde bijeenkomsten, dus als ook u erbij wilt zijn moet u snel zijn!
Op www.nhg.org/preventieindebuurt vindt u meer informatie over het programma van de bijeenkomsten en over de praktijkvoorbeelden. U kunt zich daar ook inschrijven.

Foto: Shutterstock

De bijeenkomsten vinden plaats op:
12 mei – Den Haag
21 mei – Utrecht
28 mei – Nijmegen

Landelijk formulier voor stop-met-rokenzorg

Onlangs is een formulier ontwikkeld waarmee u de zorg rond stoppen-met-roken kunt aanvragen bij *alle* zorgverzekeraars. De verschillende formulieren die de zorgverzekeraars tot dusver gebruikten komen hiermee dus te vervallen. Dat is mooi, want met de versimpeling van het formulier wordt het aanvragen van stop-met-rokenzorg veel laagdrempeliger.

Wel zijn voor de intensieve begeleiding van patiënten bij het stoppen met roken een aanvullende opleiding en opname in het Kwaliteitsregister Stoppen-met-roken vereist. De NHG-scholingen over stoppen met roken – de Stipcursus *Start met stoppen* en de gelijknamige vervolgcursus – behoren tot de opleidingen die zijn erkend voor opname in het Kwaliteitsregister.

De nieuwe StiP-Colleges van NHG-Scholing:

Zes standaarden per avond!

NHG-Scholing heeft een nieuw aanbod: de StiP-(Standaard in Praktijk-) Colleges. Tijdens deze bijeenkomsten van één avond presenteren de makers van de standaarden in vogelvlucht de belangrijkste richtlijnen, compleet met relevante achtergronden en tips voor de implementatie.

Wilt u deelnemen aan StiP?
Het eerste StiP-College vindt plaats op donderdag 21 mei in de Domus Medica te Utrecht. Die avond passeren de volgende standaarden de revue: *Hoofdtrauma, Astma bij volwassenen, COPD, Stabiele angina pectoris, Urinesteenlijden* en *Decubitus*.
De StiP-Colleges zijn geaccrediteerd voor drie punten voor huisartsen en praktijkondersteuners.
Meer informatie kunt u vinden op www.nhg.org/scholing/nhg-stip-college. U kunt zich hier ook inschrijven.

nhg scholing

Wat wilt ú van het NHG?

Zo'n 850 leden gaven zich al op voor het NHG-ledenpanel. Begin april ontvingen zij een korte, gerichte vragenlijst over hun persoonlijke voorkeuren voor leerstijlen en scholingsvormen. Ook werd hun mening gevraagd over het gebruik van de NHG-LiteratuurWijzer (de online bibliotheek van het NHG), het gebruik van e-health en het NHG-Formularium. Maar wat wilt ú eigenlijk van het NHG?

Vragen per e-mail

Door deel te nemen aan ledenpanels en -raadplegingen stelt u het NHG in staat om de ontwikkeling van producten en diensten af te stemmen op uw wensen en behoeften. Daarom zal nog voor de zomer opnieuw een ledenraadpleging plaatsvinden, dit keer gericht aan álle NHG-leden. Per e-mail ontvangt u een vragenlijst die u digitaal kunt invullen en terugsturen. De vragen spitsen zich toe op wat u in uw dagelijkse praktijk nodig heeft om uw werk optimaal te kunnen uitvoeren. Ook komt de communicatie tussen de leden en het NHG aan de orde.

Ook voor uw assistente!

Een van de NHG-beleidsspeerpunten van dit jaar is de verdere professionalisering van het ondersteunend team. Diverse activiteiten en producten richten zich al op de praktijkondersteuner, maar ook de assistente verdient natuurlijk alle aandacht. Daarom zal het NHG tijdens twee bijeenkomsten in mei en juni inventariseren wat de assistente nodig heeft in haar werk: haar wensen en behoeften. Dit gaat in samenspraak met de NVDA.

Natuurlijk vindt u de belangrijkste bevindingen uit de ledenraadpleging te zijner tijd terug op de NHG-website en in deze kolommen!

Verandering in de planning van de PIN's

Omdat de NHG-Standaard *Urineweginfectie/urinesteenlijden* in dit nummer van H&W verschijnt, is besloten om het bijbehorende Programma voor Individuele Nascholing een maandje naar voren te halen. De in mei geplande PIN over Ouderenzorg verschijnt nu dus in juni.

Foto: Shutterstock

Hoe staat het ervoor met de Toekomstvisie?

De publicatie van de *NHG/LHV-Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022* dateert alweer van drie jaar geleden. Welke ambities zijn er in die tijd al gerealiseerd? En waar moeten nog kleine of grote stappen worden gezet? Het NIVEL heeft hiernaar onderzoek gedaan en presenteerde onlangs de tot dusver behaalde resultaten.

Zeventien ambities, drie thema's

In de Toekomstvisie zijn zeventien ambities geformuleerd waaraan de huisartsenzorg in 2022 idealiter zou moeten voldoen. Deze zijn onder te verdelen in drie thema's:

- de vertrouwensrelatie tussen huisarts en patiënt;
- de huisarts en zijn omgeving (waaronder samenwerking met andere zorgaanbieders);
- de ondersteunende faciliteiten van de huisartsenzorg (waaronder ICT).

Het NIVEL vertaalde deze ambities waar mogelijk naar meetbare indicatoren en onderzocht vervolgens hoe de huisartsenzorg er per ambitie voor staat.

De eerste resultaten

Vijf van de zeventien ambities zijn goeddeels gerealiseerd en vergen nog slechts kleine stapjes. Het gaat hierbij vooral om de relatief goed ontwikkelde organisatiegraad van de beroepsgroep en om de duurzame vertrouwensband met de patiënt. Meer werk moet nog worden verricht op het gebied van de coördinatierol van de huisarts, ofwel: de samenwerking binnen de eerste lijn, de continuïteit van zorg, de zorgcoördinatie na verwijzing en de (geïndiceerde) preventie.
De meeste aandacht verdienen nog de ambities die te maken hebben met de organisatie van de huisartsenpraktijk, zoals flexibele openingstijden en het actief en innovatief gebruik van ICT.

NHG-AGENDA 2015 data

- **NHG-Wetenschapsdag** 19 juni
- **Algemene Ledenvergadering** 25 juni
- **G-I-N-Conference** 7-10 oktober
- **NHG-Congres 2015 'Onder belicht'** 13 november

Meer informatie over alle NHG-activiteiten vindt u op www.nhg.org

Digitale ggz in de huisartsenpraktijk

Onder e-health verstaan we elke vorm van digitaal ondersteund contact tussen huisarts en patiënt. Bij ggz gaat het dan vooral om digitale, online hulpprogramma's die patiënten via internet zelfstandig of onder begeleiding van een zorgverlener kunnen doorlopen. Veel van deze programma's zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en *problem solving therapy*, die oorspronkelijk zijn ontwikkeld en gevalideerd voor de tweede lijn. Maar wat houdt goede e-health in de eerstelijns-ggz eigenlijk in?

De mogelijkheden tot dusver

E-health speelt vooral een rol bij zelfzorg, bij digitaal contact met de patiënt en bij de eigenlijke behandeling. Bij dit laatste hebben begeleide of 'blended' online interventies meestal betere resultaten. Met andere woorden: zorgverlener en patiënt werken samen aan het programma en informeren elkaar over de voortgang. De meeste ggz-programma's richten zich op depressie, angststoornissen, stress en problematisch alcoholgebruik, en dan vooral de milde vormen daarvan. Ook digitale klachtenexploratie is mogelijk, bijvoorbeeld met behulp van apps waarmee je gemakkelijk een 4DKL kunt afnemen. Voor diagnostiek en monitoring zijn er vooralsnog minder mogelijkheden, maar wel bestaan er diverse zelftests. Daarvan is echter niet altijd helder of en hoe deze zijn gevalideerd.

Goede e-health in de praktijk

Wat zijn verstandige keuzes als een huisartsenpraktijk e-health wil aanbieden of als de patiënt daarom vraagt? Er bestaat geen goedkeuringsstempel voor e-health-oplossingen, maar gezond verstand en opgedane ervaringen helpen ons wel op weg.

- *Werkzaamheid*: online interventies moeten bijdragen aan de behandelingsdoelstellingen en aansluiten bij de richtlijnen van de beroepsgroep, waaronder de NHG-Standaarden.
- *Stepped care en 'blenden'*: e-health-oplossingen moeten optimaal aansluiten bij het stepped-care-model zoals in de ggz is aanbevolen. Online interventies onder begeleiding van een zorgprofessional hebben veelal de voorkeur.
- *Toegankelijkheid en gebruiksgemak*: online interventies zijn tot nu toe vooral geschikt voor hogeropgeleiden; het is belangrijk dat ze ook toegankelijk worden voor andere doelgroepen.
- *Transparantie aanbod en aanbieder*: de onderbouwing van het aanbod en de deskundigheid van de aanbieders van e-health moeten transparant zijn (vermelding van bronnen, methodiek en financieringswijze).
- *Terugkoppeling naar huisarts/poh*: de in een online programma bijgehouden gegevens moeten eenvoudig via het HIS of KIS kunnen worden teruggekoppeld naar de huisarts/poh.
- *Waarborg van privacy*: e-health-aanbieders moeten uiterst voorzichtig omgaan met de door de patiënt geregistreerde gegevens; ook de wijze waarop dit gebeurt moet transparant zijn.

Voorlichtingswebsites over psychische problematiek

- Thuisarts.nl
- Medicijngebruik.nl
- Depressievereniging.nl
- Depressie.org
- Loketgezondleven.nl
- Adfstichting.nl (Angst, Dwang en Fobie stichting)
- Apotheek.nl
- Psychischegezondheid.nl
- Mentaalvitaal.nl

Op Thuisarts.nl genoemde online-programma's

- *Mentaalvitaal.nl*: portal over psychische gezondheid met onder andere een zelftest depressie en verwijzing naar andere programma's.
- *Kleurjeleven.nl*: zelfhulpprogramma ter vermindering van depressieve klachten, met of zonder begeleiding door poh-ggz (huisartsenzorg) of psycholoog (generalistische basis-ggz).
- *Psyfit.nl*: zelfhulpprogramma om de mentale fitheid te verbeteren.
- *Rouwverwerking.mirro.nl* en *burnout.mirro.nl*: zelfhulpprogramma's.
- *Drinktest.nl*: anonieme zelftest met advies op maat over alcoholgebruik.
- *Minderdrinken.nl*: gratis en anoniem zelfhulpprogramma om alcoholgebruik te minderen.

Foto: Shutterstock

Verdere invoering

Het Trimbos-instituut deed onderzoek naar de knelpunten bij een bredere invoering van e-health bij de door de huisarts verleende ggz. De diverse betrokken beroepsverenigingen werken nu aan het wegnemen van enkele belemmeringen. Daartoe worden diverse e-health-mogelijkheden in kaart gebracht, compleet met de kwaliteit en inzetbaarheid daarvan. Doel is het bieden van zorg op maat, afgestemd op de wensen en behoeften van de patiënt: online, offline of in een combinatie daarvan.

Zie voor meer informatie het *ggz-dossier* op www.nhg.org, informatie over *e-health in de ggz* op www.trimbos.nl of de langere versie van dit artikel op HAweb.

Jaco van Duivenboden,
wetenschappelijk medewerker NHG (j.vanduivenboden@nhg.org)

ONDER BELICHT

Interview met NHG-Congresvoorzitter Toine Lagro-Janssen:

‘Urogynaecologie en seksuologie verdienen een huisartsgeneeskundige aanpak’

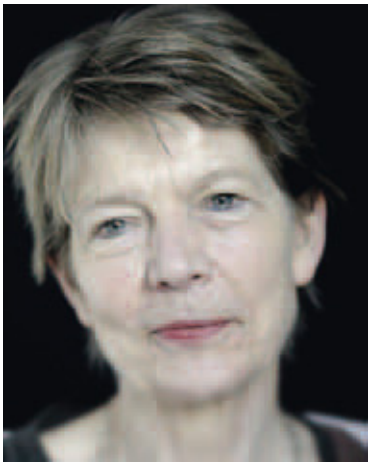


Foto: Bert Beelen

Het NHG-Congres 2015 gaat over urogynaecologie en seksuele gezondheid, ofwel: ‘Onder belicht’. Voorzitter van de wetenschappelijke programmacommissie is Toine Lagro-Janssen, huisarts en emeritus hoogleraar *Vrouwenstudies Medische Wetenschappen* te Nijmegen. In een interview licht ze de eerste tipjes op van de sluier over het congresprogramma.

Waarom ben jij gevraagd als congresvoorzitter?
‘Vermoedelijk omdat ik het onderwerp urogynaecologie min of meer voor huisartsen op de kaart heb gezet. Ik heb de kaderopleiding hierover geïnitieerd en ontwikkeld in de vaste overtuiging dat huisartsen een belangrijke stem hebben in dit onderwerp. Met een goede anamnese en gespreksvoering en met deskundig lichamelijk onderzoek kunnen huisartsen veel betekenen voor patiënten, mits ze over de juiste kennis beschikken. Tegelijkertijd zijn er ook verbeteringen mogelijk wat betreft attitude en het integreren van psychosociale factoren. Maar tegenwoordig kan de huisarts beschikken over prima standaarden met voldoende ondersteuning voor het bieden van een goede kwaliteit van zorg.’

Waar zal het programma zich vooral op richten?
‘De huisarts moet op de hoogte zijn van nieuwe diagnostische mogelijkheden en behandelingen die we voor het voetlicht zullen brengen. Maar ook is er volop aandacht voor communicatievaardigheden en attitudeaspecten, omdat die zeker bij klachten op urogynaecologisch en seksuologisch terrein een belangrijke rol spelen. Durf je er als dokter wel over te praten en hoe doe je dat dan? Maak je het onderwerp gemakkelijk bespreekbaar voor je patiënt? Daarbij komen best veel vaardigheden kijken.’

Kun je al iets vertellen over de keynote lezingen?
‘Stine Jensen, een uitstekend spreker en bekend van de tv, houdt een lezing over de rol van schaamte binnen een cultuur. De tweede keynote speaker is gynaecologe Mariëlla Withagen, die het zal hebben over de functies en stoornissen van de bekkenbodem en de relatie daarvan met allerlei klachten.’

En is er al iets bekend over de sessies?
‘In een van de semiplenaire sessies, “Let’s talk about sex”, komen de voor de gespreksvoering benodigde vaardigheden aan de orde. Het is bijvoorbeeld belangrijk om je eigen grenzen en taboes te kennen, maar ook moet je over voldoende kennis beschikken over de diagnostische en behandelingsmogelijkheden bij bijvoorbeeld soa’s. En je moet gevoelig zijn voor mogelijke verschillen tussen mannen en vrouwen, want naast overeenkomsten bij “talking about sex”, zijn er ook belangrijke verschillen.
De tweede semiplenaire sessie, “Er komt een plasje bij de dokter”, richt zich op klachten van urologische en gynaecologische aard. Hier staat somatische kennis meer centraal en zien we hoe een gewoon plasje kan uitnodigen tot veel meer differentiële diagnoses dan alleen een blaasontsteking. Beide sessies zijn heel interactief, inspirerend en uitnodigend, en er is heel veel humor!
Daarnaast komen er meer dan twintig prachtige workshops waaruit de congresgangers een keuze kunnen maken. In de vaardighedencarrousels kunnen maar liefst 240 huisartsen oefenen in bijvoorbeeld het plaatsen van een suprapubische katheter bij de man, het inbrengen van een pessarium, implanon en verschillende soorten IUD’s. Er is aandacht voor de betreffende standaarden, complexe anticonceptie, ongewenste zwangerschap, seksualiteit in andere culturen en virale soa’s. Er zijn workshops over mictieklachten bij mannen en de normale seksuele ontwikkeling. En nog heel veel meer!’

Komt er ook weer een voorprogramma? En wat zijn de plannen voor het feest?
‘Ja, we zijn druk bezig met een programma op de avond vóór het congres. De programmacommissie houdt van beeldende dingen, dus het wordt vast een heel mooie voorstelling, net als de vrolijke en artistieke congresafsluiting. En het feest - natuurlijk heel swingend! - zal plaatsvinden in het World Forum zelf; dat is in elk geval erg prettig.’

Wat hoop je dat de deelnemers zullen opsteken tijdens het congres?
‘Ik hoop vooral dat ze veel inspiratie opdoen en dat ze ervan overtuigd raken dat urogynaecologie en seksuele gezondheid echt een huisartsgeneeskundige aanpak verdienen. De huisarts is op dit gebied zo belangrijk voor mensen: met goede kennis en vaardigheden kun je al gauw zo’n 90% van de klachten bespreekbaar maken en zelf behandelen. De huisarts is laagdrempelig, heeft kennis van de context en geschiedenis van de patiënt en ziet deze door de tijd heen. Dat laatste is bijvoorbeeld belangrijk bij seksueel misbruik; het is goed dat je daarvan kennis hebt als zich later eens een *life event* aandient. Ik zou dus tegen huisartsen willen zeggen: kom je vooral op het congres laven aan nieuwe ideeën en kennis!’ (AS)

Colofon

Redactie NHG-nieuws
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Contact
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina’s terug