JAARGANG 60 / JUNI 2017

6

2017

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik

BESCHOUWING

De CRP-sneltest bij lageluchtweginfecties

NHG-STANDAARD

Verdachte huidafwijkingen

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

6

WETENSCHAP

260 ONDERZOEK De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik
Wouter Spoelman, Tobias Bonten, Margot de Waal, et al.

264 BESCHOUWING Pre-expositieprofylaxe tegen hiv (PrEP)
Rob Hermanussen

268 De CRP-sneltest bij lageluchtweginfecties
Marloes Minnaard

273 COMMENTAAR CRP bij lageluchtweginfecties voldoet onvoldoende
Marijke Labots

274 CRP draagt bij aan best mogelijke diagnostiek
Rogier Hopstaken

NHG

276 NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen

290; S1 LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

KLINISCHE PRAKTIJK

291 COMMENTAAR Samenwerken vanuit één plan met persoonlijke doelen
Annet Wind

293 (VER)STAND VAN ZAKEN Palliatieve zorgbehoeften op tijd herkennen
Ineke Nugteren

294 NASCHOLING Vulvapathologie
Colette van Hees, Bram ter Harmsel

298 KLINISCHE LES De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap
Peter Leusink, Margriet Folkeringa-de Wijs

306 CATS Protonpompremmers slecht voor nieren
Emily Broeders, Antonette Smelt

307 PEARLS Betahistine bij draaiduizeligheid
Marjan Lange

308 IMPORT AAA: (hoog) tijd voor screening
Andrew Oostindjer

309 CASUÏSTIEK Dyspnoe bij nitrofurantoïne
Ellen Hoijtink, Marie Louise Moors

255 JOURNAAL
292 BOEKEN
302 SIGNAAL
303 KENNISTOETS
304 INTERVIEW
305 ECG-CASUS
310 INGEZONDEN
310 UW DIAGNOSE
311 IN MEMORIAM
312 COLOFON H&W

21 HET NHG

Stilstaan bij gezondheid

Vraagt u patiënten weleens wat zij onder gezondheid verstaan? Ik heb dat recent gedaan en zij bleken daar heel andere ideeën over te hebben dan ik. Aanleiding voor deze vraag was een lezing van Machteld Huber over 'positieve gezondheid'. Zij definieert gezondheid als het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Op haar definitie valt wel wat af te dingen, maar deze staat dichter bij ons huisartsgeneeskundig denken dan de definitie van de WHO uit 1948: 'gezondheid is een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en niet alleen van de afwezigheid van ziekte of gebreken.' Huber onderscheidt binnen haar concept van gezondheid zes dimensies: somatisch, psychoemotioneel, existentieel, kwaliteit van leven, participatie en dagelijks functioneren. Daarmee verplaatst zij het perspectief op gezondheid van de zorgprofessional naar de patiënt.

Stel dat we in onze praktijk aan patiënten vragen welk perspectief zij op hun gezondheid hebben en dat wat vaker leidend laten zijn bij consulten. Welke consequenties zou dit hebben? Het is interessant om met het concept van Huber in het achterhoofd de artikelen in deze H&W te lezen. Hermanussen pleit ervoor dat u mannen die seks hebben met mannen begeleidt bij pre-expositieprofylaxe (PrEP) tegen hiv. Heeft u enig idee wat deze mannen onder gezondheid verstaan? En weet u welke gezondheidsbedreigingen de vrouw ervaart die binnenkort bij u komt voor de abortuspil? Draagt kennis van haar kijk op gezondheid bij aan passende zorg? En wat te denken van de impact die vulvaire klachten kunnen hebben op door vrouwen ervaren gezondheid en kwaliteit van leven. Toch wachten zij vaak lang voordat zij met deze klachten bij u komen. Neemt u de tijd om samen met deze vrouw haar beleving van gezondheid systematisch in kaart te brengen en mee te nemen in het plan van aanpak?

Of het nu gaat over mannen die seks hebben met mannen, vrouwen die komen voor de abortuspil of vrouwen met vulvaire klachten; ik heb geen idee wat hun perspectief op gezondheid is. Vrijen behoor je volgens mij veilig te doen en met vulvaire klachten zou ik niet aarzelen om naar de huisarts te gaan. Deze visie draagt ongetwijfeld niet bij aan de gezondheid van patiënten; het concept positieve gezondheid misschien wel. Stel dat we als huisarts nu eens de definitie van Huber als uitgangspunt nemen. Dan stellen we het vermogen van patiënten om zich aan te passen en eigen regie te voeren in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van hun leven, centraal. Dat vraagt van ons dat we investeren in het kaart brengen van de eigen kijk op gezondheid van de patiënt en dit als vertrekpunt nemen bij ons handelen.

Ik ben inmiddels wel benieuwd naar de gezondheidsbeleving van die man die voor PrEP komt, van die vrouw die voor de derde keer voor een abortuspil komt en van die oudere dame die met de deurknop in de hand... u ook?

Marianne Dees

Curettage schadelijk voor volgende zwangerschap

Dilatatie van de cervix gevolgd door curettage is een gangbare gynaecologische ingreep voor zwangerschapsafbreking of om het bloedverlies bij een miskraam in korte tijd te beëindigen. De ingreep wordt algemeen beschouwd als veilig en complicaties als perforatie van de uterus, infectie of bloeding zijn zeldzaam. Enkele gynaecologen van het AMC ontdekten evenwel dat de ingreep nadelig is voor een volgende zwangerschap.

Ze analyseerden 21 cohortonderzoeken met bijna twee miljoen vrouwen die gecuretteerd waren en vergeleken de kans op vroeggeboorte bij een volgende zwangerschap met die van vrouwen die geen curettage hadden gehad. De kans op een prematuur (voor de 37e week) geboren kind in de curettagegroep bleek 29% verhoogd en de kans op een erg prematuur (voor de 32e week) geboren kind zelfs 69%. Absoluut gezien bleek de kans op prematuriteit 6% bij vrouwen zonder curettage in de voorgeschiedenis en 7,8% bij vrouwen die wel een currettage hadden gehad, corresponderend met 16 extra prematuren per 1000 gecuretteerde vrouwen. Het verhoogde risico bleek (in iets mindere mate) ook aanwezig als de behandelingsgroep werd vergeleken met een groep vrouwen bij wie de miskraam medicamenteus was beëindigd. De onderzoekers veronderstellen dat de dilatatie van de cervix permanente schade oplevert die de stevigheid van de cervix ondermijnt. Omdat prematuriteit gepaard gaat met veel neonatale morbiditeit, heeft medicamenteuze behandeling met misoprostol bij zwangerschapsafbreking of ter bevordering van de miskraam waar mogelijk de voorkeur. Bij een miskraam kan uiteraard ook een afwachtend beleid worden gevoerd. ■

Tjerk Wiersma

Lemmers M, et al. Dilatation and curettage increases the risk of subsequent preterm birth. A systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 2016;31:34-45.

Actieve rol huisarts bij rokende jeugd zinvol

Mensen die op kinderleeftijd beginnen met roken, kunnen daar als volwassene moeilijker mee stoppen. Actieve betrokkenheid van de huisarts bij rookpreventie en -behandeling op jonge leeftijd kan helpen.

Roken brengt grote gezondheidsrisico's en zorgkosten met zich mee. Van alle volwassen rokers is bijna 90% hier voor zijn achttiende jaar mee begonnen. Achttien procent van de jongeren in Canada heeft ooit sigaretten geprobeerd. Daarom analyseerden Canadese onderzoekers de rol van de huisarts bij roken onder 5- tot 18-jarigen. Als roken op deze leeftijd aangepakt wordt, kunnen ernstige gevolgen wellicht voorkomen worden.

In een review bekeken ze zeven gerandomiseerde onderzoeken over preventieve interventies. Deze onderzoeken verschilden sterk in type interventie, doelgroep en behandelingsduur. Kort na de interventie was de kans dat een kind met roken begon 18% lager dan in de controlegroep.

In drie andere gerandomiseerde onderzoeken bekeken ze de behandeling van rokende jeugd. De kans dat een kind na de interventie stopte met roken was 34% hoger dan in de controlegroep.

Er was een groot risico op bias in alle drie de onderzoeken en de betrouwbaarheidsintervallen waren erg breed. De kwaliteit van het bewijs in deze review is daarom laag. De resultaten suggereren dat interventies door huisartsen mogelijk zinvol zijn. De auteurs adviseren de huisarts om jongeren kort informatie en advies te geven over preventie en behandeling van roken. Ondanks de beperkingen van de onderzoeken is het goed dat de Nederlandse huisarts aandacht besteedt aan roken bij jongeren. Elke niet meer rokende jongere is er een! ■

Nicole Verbiest

Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on behavioural interventions for the prevention and treatment of cigarette smoking among school-aged children and youth. CMAJ 2017;189:E310-6.

De jongens tegen de meisjes

Vrouwelijke artsen doen het beter dan hun mannelijke collegae. Patiënten van vrouwelijke artsen hebben een kleinere kans om binnen dertig dagen na ontslag uit het ziekenhuis te overlijden of weer opgenomen te worden dan wanneer ze door een mannelijke arts behandeld zijn.

Voor dit cross-sectionele onderzoek werden gedurende vier jaar gegevens verzameld van meer dan anderhalf miljoen ziekenhuisopnames. Gekeken werd naar het verband tussen het geslacht van de behandelend internist, en de 30-dagenmortaliteit en heropnames na ontslag. Er werd gecorrigeerd voor verschillen in dokters-, patiënt- en ziekenhuiskenmerken. Vrouwelijke internisten hadden 0,43% (95%-BI 0,57% tot 0,28%) minder 30-dagenmortaliteit dan mannelijke collegae (NNT: 932 per jaar). Vrouwelijke internisten hadden 0,55% (95%-BI 0,71% tot 0,39%) minder heropnames (NNT: 728 per jaar). De gevonden verschillen waren gelijk voor de acht meest voorkomende aandoeningen en werden niet beïnvloed door de ernst van de aandoening.

Ondanks de statistisch significante verschillen is het de vraag of dit onderzoek een bijdrage levert aan het verminderen van de achterstelling van vrouwelijke artsen in de zorg. De NNT om minder heropnames te krijgen is erg groot en de wijze waarop patiënten zijn toegekend aan de verschillende behandelaars roept vragen op over de bruikbaarheid van dit soort onderzoek. Wat het meest opvalt is de impliciete koppeling tussen kwaliteit van zorg en geslachtskenmerken. Gaan we straks ook onderzoeken of de etniciteit of de seksuele geaardheid van de behandelaar van invloed is op de kwaliteit van de zorg? Het blijft van belang om kritisch te kijken of vooronderstellingen geen vooroordelen zijn. Dat onderdrukt hopelijk ook de neiging om correlaties voor oorzaken aan te gaan zien. ■

Bèr Pleumeekers

Tsugawa Y, et al. Comparison of hospital mortality and readmission rates for medicare patients treated by male vs female physicians. JAMA Intern Med 2017;177:206-13.

Matig alcoholgebruik loont

Al langere tijd wordt vermoed dat matig alcoholgebruik gepaard gaat met een lager risico op hart- en vaatziekten dan abstinentie of zwaar drinken. Theoretisch bestaat de mogelijkheid dat het gunstige effect van matig gebruik artificieel is, omdat drinkers vanwege gezondheidsbezwaren met hun alcoholgebruik kunnen zijn gestopt. Hierdoor zouden de cijfers van niet-gebruikers minder goed kunnen uitpakken. Engels onderzoek in een groot cohort maakt nu een eind aan de resterende twijfels.

De onderzoekers keken naar gegevens van bijna twee miljoen volwassenen van 30 jaar of ouder die bij inclusie geen cardiovasculaire aandoening hadden. Gegevens over hun alcoholgebruik berustten op zelfrapportages die prospectief verzameld waren door huisartsen of praktijkverpleegkundigen. De betrokkenen werden op basis daarvan geclassificeerd als geheelonthouder, voormalige drinker, incidentele drinker, matige drinker (dat wil zeggen: alcoholgebruik binnen de op dat moment aanbevolen hoeveelheden; in Engeland voor mannen drie en voor vrouwen gemiddeld twee consumpties per dag) en zware drinker. Ook werd van de betrokkenen informatie verzameld over eerste manifestaties van hart- en vaatziekten.

Circa 115.000 individuen kregen in de loop der tijd een cardiovasculaire diagnose. Bij de analyses fungeerden de matige drinkers als referentiegroep. Abstinentie was geassocieerd met een 12 tot 56% verhoogde kans op instabiele angina pectoris, myocardinfarct, sterfte aan hartinfarct, hartfalen, ischemische beroerte, perifeer arterieel vaatlijden en abdominaal aneurysma van de aorta. De analyses bij voormalige drinkers en incidentele drinkers lieten identieke verbanden zien. Zwaar drinken deed de kans op sterfte aan een hartinfarct, hartfalen, TIA, ischemische beroerte, intracraniële bloeding en perifeer arterieel vaatlijden met vergelijkbare percentages toenemen. Opmerkelijk is dat zware drinkers een zo'n 10 procent lager risico op een hartinfarct of stabiele angina pectoris hadden.

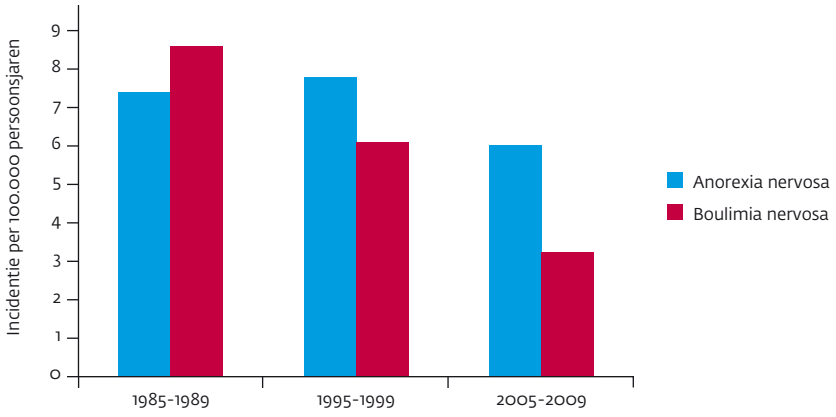
Matig alcoholgebruikis dus niet schadelijk voor het hart- en vaatstelsel. De kans op diverse cardiovasculaire ziektes is bij matige gebruikers niet alleen lager dan bij geheelonthouders, maar ook lager dan bij voormalige drinkers en incidentele drinkers. ■

Tjerk Wiersma

Bell S, et al. Association between clinically recorded alcohol consumption and initial presentation of 12 cardiovascular diseases: population based cohort study using linked health records. BMJ 2017;356:j909.

Daling boulimia nervosa in huisartsenpraktijk

Figuur Incidentie anorexia nervosa en boulimia nervosa per 100.000 persoonsjaren in de perioden 1985-1989, 1995-1999 en 2005-2009.



Eetstoornissen, zoals anorexia nervosa en boulimia nervosa, zijn ernstige psychiatrische aandoeningen die meestal ontstaan in de adolescentie. Bij anorexia nervosa is – naast voedselbeperking en een gestoord lichaamsbeeld – amenorroe vaak een van de vroege symptomen. Over de oorzaken van eetstoornissen is relatief weinig bekend.

Onderzoeken die langetermijntrends in de frequentie van stoornissen onderzoeken, kunnen maatschappelijke en socioculturele risicofactoren blootleggen en invloed hebben op beleid. Uit onderzoek blijkt dat het aantal nieuwe patiënten met boulimia nervosa is afgenomen. Het aantal patiënten met anorexia is gelijk gebleven.

De incidentie van boulimia nervosa nam substantieel af in de afgelopen drie decennia (van 8,6 per 100.000 persoonsjaren in 1985-1989 tot 6,1 in 1995-1999 en 3,2 in 2005-2009). De incidentie van anorexia nervosa bleef echter relatief stabiel (7,4 per 100.000 persoonsjaren in 1985-1989; 7,8 in 1995-1999 en 6,0 in 2005-2009 [**figuur**]. Boulimia nervosa is waarschijnlijk gevoeliger voor socioculturele ontwikkelingen die zich in de afgelopen drie decennia hebben voorgedaan, zoals de stijging van de gemiddelde BMI van de algemene bevolking. Overgewicht is 'normaler' geworden. Dit vermindert mogelijk de druk tot compenseren voor eetbuien. Dit compensatiegedrag is juist de kern van boulimia nervosa. Andere oorzaken voor de daling van boulimia nervosa zijn mogelijk de opkomst van preventiemaatregelen en de beschikbaarheid van – tegenwoordig vooral online – zelfhulpprogramma's.

Schaamte van de patiënt kan echter een grote rol spelen bij het al dan niet uiten van de symptomen van boulimia nervosa. Attent zijn op signalen blijft dus belangrijk voor huisarts en praktijkondersteuner, omdat een vroege diagnose en behandeling een betere prognose geeft. ■

Frédérique Smink, Gé Donker, Daphne van Hoeken, Hans Wijbrand Hoek

Smink FRE, et al. Three decades of eating disorders in Dutch primary care: decreasing incidence of bulimia nervosa but not of anorexia nervosa. Psychol Med 2016;46:1189-96.

Positieve resultaten door gesponsord onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek dat gesponsord wordt door de farmaceutische industrie laat vaker een positief resultaat zien dan onderzoek dat niet door de industrie gesponsord wordt. Daarnaast worden de bevindingen in de conclusieparagraaf van artikelen vaker gunstiger omschreven dan bij onderzoek dat op een andere wijze is gefinancierd.

In een literatuuronderzoek werden onderzoekspublicaties die door de farmaceutische industrie werden gesponsord vergeleken met onderzoeken die op andere wijze werden gefinancierd. Dit leverde in totaal 75 bruikbare artikelen op. In het door de industrie gesponsorde onderzoek was in 27% van de gevallen vaker sprake van gunstige resultaten van het onderzochte medicament dan voor onderzoeken die op andere wijze werden gefinancierd (statistisch significant). Het verschil in bijwerkingen was niet statistisch significant. Verder viel op dat in 17% van de door de industrie gesponsorde onderzoeken in de conclusieparagraaf de resultaten te rooskleurig werden voorgesteld. Dit verschil was statistisch significant.

De gevonden verschillen tussen wetenschappelijke publicaties, al dan niet gesponsord door de farmaceutische industrie, konden niet verklaard worden door de gebruikelijke oorzaken van bias die onderzoeken met zich mee kunnen brengen. Wat dan wel de reden is, blijft onduidelijk. Enerzijds kan winstbejag een motief zijn om wetenschappers onder druk te zetten de resultaten mooier voor te stellen dan ze zijn, anderzijds is de farmaceutische industrie mogelijk geneigd alleen die onderzoeken te financieren waar op voorhand de beste resultaten van te verwachten zijn en laat ze de in potentie minder succesvolle onderzoeken over aan overheden en ander financiers. Wetenschap en industrie zullen nog lang een problematische relatie houden. Zolang dat nog het geval is, blijft oplettendheid geboden. ■

Bèr Pleumeekers

Derry S, et al. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017;1:CD007393.

Therapie nabestaanden voor rouw na moord

Door het verlies van een naaste door moord of doodslag kunnen nabestaanden een emotioneel en traumatisch rouwproces doorlopen. Een onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen keek naar de psychopathologie bij nabestaanden van moordslachtoffers en naar het effect van een gecombineerde behandeling van EMDR en cognitieve gedragstherapie.

Via casemanagers van Slachtofferhulp Nederland en lotgenotenverenigingen werden de gegevens van 312 nabestaanden verzameld, die gemiddeld zeven jaar geleden een naaste hadden verloren. Met een vragenlijst werd de prevalentie van PTSS en gecompliceerde rouw gemeten, waaruit bleek dat 33% van de nabestaanden zelfgerapporteerde PTSS had en 83% gecompliceerde rouw. Ouders en partners ervoeren meer gecompliceerde rouwklachten dan andere familieleden en rapporteerden ook meer PTSS als het strafproces van de dader nog gaande was. Daarnaast is onder 85 nabestaanden het effect onderzocht van een gecombineerde behandeling van EMDR en cognitieve gedragstherapie om symptomen van PTSS en gecompliceerde rouw te verminderen. Na acht behandelingssessies bleken de symptomen van zowel PTSS (13,9 punten op de Impact of Event Scale; 0 tot 75) als gecompliceerde rouw (14,1 punten op de Inventory of Complicated Grief Scale; 0 tot 88) verminderd te zijn.

Met de gecombineerde EMCR en cognitieve gedragstherapie kunnen nabestaanden de gevolgen van rouw na moord aanpakken met de kans om geestelijk weer te herstellen. Momenteel wordt de onderzochte behandeling via Netwerk Traumatisch Verlies aangeboden. Er is maar een kleine kans dat een nabestaande van een moordslachtoffer op het spreekuur komt, maar omdat de emotionele impact groot is, is het goed om te weten dat voor hen een effectieve behandeling beschikbaar is. ■

Adinda Mailuhu

Van Denderen M. Grief following homicidal loss [proefschrift]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2017.

Minder antibiotica door meer te praten?

Nederlandse huisartsen zijn terughoudend in het voorschrijven van antibiotica vergeleken met hun Europese collega's. Toch schrijven ook Nederlandse huisartsen regelmatig antibiotica voor als NHG-Standaarden deze niet aanbevelen. De ruimte voor verstandiger voorschrijven lijkt vooral te zitten in het gesprek tussen patiënt en huisarts.

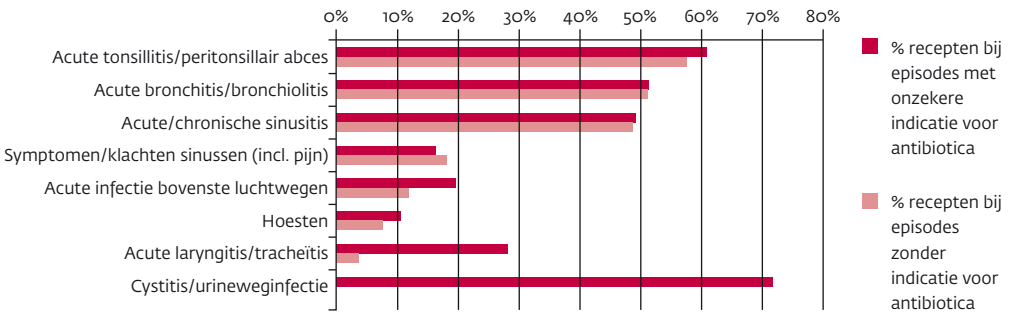
In twee recente onderzoeken analyseerden de onderzoekers gegevens uit NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze database bevat gegevens die worden verzameld bij ruim 500 huisartsenpraktijken met 1,7 miljoen ingeschreven patiënten. Met data uit 2014 is bepaald hoe vaak huisartsen antibiotica voorschrijven voor patiënten met luchtweginfecties of blaasontsteking. Per patiënt en episode is bepaald of er volgens de NHG-Standaard wel, geen of een onzekere indicatie voor antibiotica was. Daarnaast namen de onderzoekers een vragenlijst af onder leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg en interviewden zij patiënten en huisartsen.

Huisartsen blijken regelmatig antibiotica voor te schrijven bij luchtweginfecties en bij blaasontsteking, ook als daar volgens de NHG-Standaarden geen of een onzekere indicatie voor is. Bijvoorbeeld voor sinusitis wordt bij 51% van de episodes waarbij volgens de NHG-Standaard antibiotica niet geïndiceerd zijn, toch antibiotica voorgeschreven.

De huisartsen geven aan dat wensen van patiënten soms een rol spelen bij het afwijken van de NHG-Standaarden. Toch zeggen patiënten die bij hun huisarts zijn geweest voor hoesten, neusbijholteontsteking of blaasontsteking dat, als er over antibiotica is gesproken, hen meestal niet naar hun mening is gevraagd. Het is daarom de vraag of huisartsen daadwerkelijk op de hoogte zijn van de wensen van hun patiënten. In de vragenlijst geven bijna negen op de tien patiënten aan dat zij vinden dat bij alledaagse klachten antibiotica niet noodzakelijk zijn.

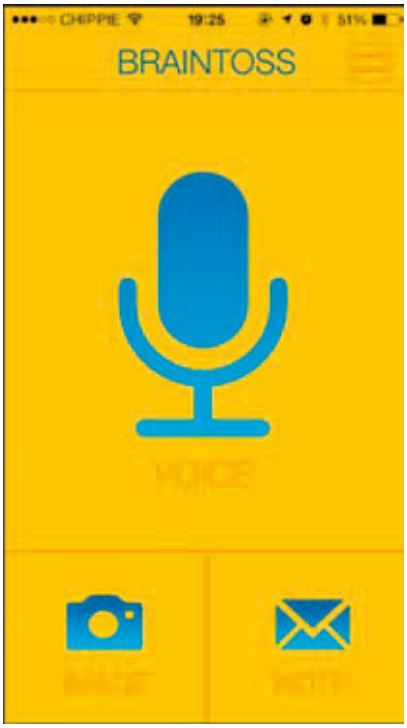
Hoewel Nederlandse huisartsen in vergelijking met hun Europese collega's terughoudend zijn in het voorschrijven van antibiotica, kan het voorschrijven mogelijk verder verminderd worden door meer met patiënten in gesprek te gaan en daarbij ook naar hun mening te vragen. ■

Thamar van Esch



Van Esch TEM, et al. Antibioticagebruik bij luchtweginfecties in de eerste lijn. Utrecht: NIVEL/IVM, 2016. www.nivel.nl.
Van Esch, TEM, et al. De rol van patiënten bij het afwijken van richtlijnen door huisartsen: een onderzoek naar het voorschrijven van antibiotica. Utrecht: NIVEL/Zorginstituut Nederland, 2017. www.nivel.nl.

Apptip Braintoss



Dit keer geen medische app, maar wel een app die iedereen zou moeten downloaden, zeker wanneer je werkt als huisarts. De makers van Braintoss hanteren de slogan: 'braintoss: your thoughts straight into your inbox', en dat is precies wat deze app doet.

Zit je in de auto en realiseer je je opeens dat je nog een patiënt terug moet bellen of iets met een collega moet overleggen, dan klik je op Braintoss en spreek je een korte zin in. Ook handig tijdens het lichamelijk onderzoek of om een hart- en ademfrequentie te noteren. Zodra je verbinding met internet maakt, verschijnt er een mailtje in je inbox met het eerder ingesproken bericht en de oorspronkelijke audioboodschap als bijlage. Tijdens een vergadering kun je met deze app op dezelfde manier een korte notitie naar jezelf sturen. Ook biedt de app de optie om een foto te maken, bijvoorbeeld van een visitekaartje of een interessante powerpointpresentatie. Deze afbeeldingen verschijnen eveneens in je inbox.

Braintoss staat bij ons beiden in het beginscherm, gewoon omdat we hem zoveel gebruiken. Zoals vaker geldt bij succesvolle apps: een zeer simpele functie, gebruikersvriendelijk uitgevoerd en daardoor zeer handig. ■

Annet Sollie, Bart Timmers

Ook een apptip? Mail naar Bart Timmers (b.timmers@me.com) of Annet Sollie (annetsollie@gmail.com).

Naam	Braintoss
Maker	Email Handyman (Richard Wolfe)
Doel	To do's of ideeën inspreken/typen of fotograferen en met één klik naar je inbox sturen
Platform	iOS en Android
Prijs	Gratis
Oordeel	●●●●●

Geen artroscopie bij meniscusscheur?

Er is al eerder bewezen dat een artroscopische knieoperatie niet nuttig is bij patiënten van middelbare leeftijd met een degeneratieve meniscusscheur. Tot op heden werd gedacht dat een operatie effectiever is wanneer een meniscus geopereerd werd na een traumatische meniscusscheur. Dit onderzoek maakt aannemelijk dat dat toch niet zo is.

Thorlund et al. onderzochten het effect van knie-artroscopieën. Patiënten met een degeneratieve scheur en traumatische scheur in hun meniscus, die geselecteerd werden uit een grote Deense database, werd 12 en 52 weken na de operatie gevraagd een gevalideerde vragenlijst in te vullen.

Interessant genoeg vinden zij dat het door de patiënt gerapporteerde herstel statistisch significant beter is bij patiënten met een degeneratieve meniscus zowel na twaalf weken als na een jaar. Het verschil tussen beide groepen was op geen enkel gebied groter dan tien punten (het vooraf gedefinieerde klinische relevante verschil) op een gevalideerde vragenlijst (schaal 0-100).

Omdat patiënten met een degeneratieve scheur meestal ouder zijn, vergeleken de onderzoekers de patiënten ook in een oudere groep waarin traumatische meniscusscheuren geopereerd werden. Ook hier deden de patiënten met een traumatische scheur het niet beter.

Omdat eerder bij gerandomiseerde placebogecontroleerde onderzoeken is aangetoond dat er geen positief effect is van een operatie bij degeneratieve meniscusscheuren, en nu traumatische scheuren het klinisch niet beter doen dan deze degeneratieve scheuren, concluderen de auteurs dat een ingreep aan een traumatische meniscusscheur waarschijnlijk niet effectief is.

Voor de huisarts betekent dit dat de indicatie voor verwijzen naar de orthopeed met meniscuslijden waarschijnlijk nog kleiner wordt. Dit onderzoek ondersteunt het advies van een afwachtend beleid, waar oefentherapie, conform de NHG-Standaard, de basis van de behandeling vormt. ■

Jurgen Damen

Thorlund JB, et al. Patient reported outcomes in patients undergoing arthroscopic partial meniscectomy for traumatic or degenerative meniscal tears: comparative prospective cohort study. BMJ 2017;356:j356.

ONDERZOEK

De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik

Samenvatting

Spoelman WA, Bonten TB, De Waal MWM, Drenthen T, Smeele IJM, Nielen MJM, Chavannes NH. De invloed van Thuisarts.nl op het zorggebruik. Huisarts Wet 2017;60(6):260-3.

ACHTERGROND Patiënten zoeken vaak online naar informatie over hun ziekte. In theorie kan betrouwbare gezondheidsinformatie het zorggebruik verminderen, maar bewezen is dat niet. Wij onderzochten of de website Thuisarts.nl in de eerste jaren na de lancering geleid heeft tot een afname van het zorggebruik in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

METHODE We voerden een onderbroken-tijdreeksanalyse uit op gegevens van de NIVEL Zorgregistratie eerste lijn, die gemiddeld 230 huisartsen betroffen. Het onderzoek was opgezet als 'natuurlijk experiment' over de periode 2009-2014, van drie jaar vóór tot drie jaar ná de lancering van Thuisarts.nl. Onze primaire uitkomstmaat was een mogelijke trendverandering in het aantal consulten per 1000 patiënten per maand. Daarbij vormden we een controlegroep met onderwerpen waarover Thuisarts.nl geen informatie gaf of weinig geraadpleegd werd. We voerden subgroepanalyses uit voor geslacht, leeftijd sociaal-economische status en type consult (enkel, dubbel, telefonisch).

RESULTATEN Het aantal consulten daalde na de lancering van Thuisarts.nl met −1,620 per 1000 patiënten per maand, wat twee jaar na de lancering neerkomt op een afname van 12% ten opzichte van de ongewijzigde trend. In de controlegroep zagen we geen trendbreuk. Uit de subgroepanalyse bleek dat vooral het aantal telefonische consulten daalde en dat die daling zich voordeed in alle welstandsklassen en op alle leeftijden, behalve bij kinderen onder de 16 jaar.

CONCLUSIE Na de lancering van Thuisarts.nl is het zorggebruik in de huisartsenpraktijk afgenomen, vooral het aantal telefonische consulten.

INLEIDING

Veel patiënten zoeken online naar gezondheidsinformatie, onder andere om te beslissen of ze al dan niet naar een dokter zullen gaan. Toch gaan nog steeds veel mensen naar de dokter vanuit hun behoefte aan betrouwbare informatie.[1,2] In theorie kan een website met betrouwbare informatie het zorggebruik dus verminderen, maar in eerder onderzoek werd zo'n effect niet gevonden.[3-10] Wel hadden deze eerdere onderzoeken de belangrijke beperking dat zij gebaseerd waren op zelfgerapporteerd zorggebruik en niet op registratiegegevens. Evenmin is er veel bekend over het effect van een dergelijke website op bevolkingsgroepen van verschillende sociaal-economische status (SES), leeftijd of geslacht. De meeste patiënten die online naar gezondheidsinformatie zoeken, zijn namelijk jonge, hoogopgeleide vrouwen.[11] En online gezondheidsinformatie heeft geen effect bij kinderen, zoals recent Nederlands onderzoek liet zien.[9]

In maart 2012 lanceerde het NHG de website Thuisarts.nl en al na een jaar bleek dat 90% van de huisartsen die website voor voorlichting gebruikte.[12] De invloed op het zorggebruik bij de huisarts is echter niet eerder nagegaan. Daarom stelden wij ons ten doel het verband tussen de website Thuisarts.nl en het zorggebruik in de huisartsenpraktijk te onderzoeken.

METHODE

Gegevensverzameling

Ons onderzoek was opgezet als 'natuurlijk experiment' voor en na de lancering van Thuisarts.nl. We onderzochten de trend in het aantal consulten voor en na maart 2012, toen Thuisarts.nl gelanceerd werd, op basis van gegevens uit de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn over de periode 2009-2014. De periode van drie jaar vóór tot drie jaar ná de lancering van Thuisarts.nl leverde voldoende datapunten op om trendveranderingen te kunnen analyseren.[13] We includeerden alleen praktijken waar meer dan 70% van de consulten geregistreerd was met gebruikmaking van ICPC-1-codes. Deze gegevens betroffen per jaar gemiddeld 230 huisartsenpraktijken met 911.177 patiënten (5,4% van de Nederlandse bevolking) en waren representatief. Voor dit onderzoek was geen toestemming van patiënten of van een medisch-ethische commissie nodig (Burgerlijk Wetboek, artikel 7:458).

Wat is bekend?

- Patiënten zoeken vaak online naar gezondheidsinformatie.
- De website Thuisarts.nl bleek al snel na de lancering in 2012 een doorslaand succes.
- Eerdere onderzoeken over het effect van online informatie op zorggebruik waren klein en berustten op zelfrapportage.

Wat is nieuw?

- De lancering van Thuisarts.nl bood de mogelijkheid het zorggebruik te vergelijken in een natuurlijk experiment.
- Twee jaar na de lancering van Thuisarts.nl was het aantal consulten 12% lager dan het anders geweest zou zijn; vooral het aantal telefonische consulten daalde.
- Thuisarts.nl beïnvloedt het zorggebruik in alle leeftijdsgroepen, inclusief 70-plussers, maar niet in de leeftijd 0 tot 16 jaar.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: W.A. Spoelman, arts, promovendus eHealth; dr. T.N. Bonten, huisarts-in-opleiding, epidemioloog, postdoc onderzoeker; dr. M.W.M. de Waal, epidemioloog; prof.dr. N.H. Chavannes, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. A.J.M. Drenthen, socioloog; dr. I.J.M. Smeele, huisarts, hoofdredacteur H&W. NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, afdeling Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: dr. M.M.J. Nielen, epidemioloog, senior onderzoeker Zorgregistraties eerste lijn • Correspondentie: t.n.bonten@lumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel werd eerder gepubliceerd als: Spoelman WA, Bonten TN, De Waal MW, Drenthen T, Smeele IJ, Nielen MM, Chavannes NH. Effect of an evidence-based website on healthcare usage: an interrupted time-series study. BMJ Open 2016;6:e013166. Publicatie gebeurt met toestemming.

Uitkomstmaten

Onze primaire uitkomstmaat was de trend in het aantal consulten per 1000 ingeschreven patiënten per maand voor en na de lancering van Thuisarts.nl. Hiertoe verzamelden we voor elk consult de ICPC-code en geslacht, leeftijd, postcode van de patiënt.

Onze secundaire uitkomstmaat was de trend in het aantal pageviews van de tien populairste onderwerpen op Thuisarts.nl: herpes zoster (ICPC-code S70); lagerugpijn (L02 en L03); blaasontsteking (U71); vaginale afscheiding (X14); schouderklachten (L08, L92); jicht (T92); obstipatie (D12); prikkelbaredarmsyndroom (D93); diarree (D11, D70, D73); sinusitis (R75). Het aantal pageviews werd geëxtraheerd uit Google Analytics.

Analyse

In een onderbroken-tijdreeksanalyse (*interrupted time series, ITS*) vergeleken we de trend in het aantal consulten voor en na de lancering van Thuisarts.nl.[13] Omdat andere factoren het zorggebruik ook beïnvloeden, vormden we een controlegroep uit consulten met ICPC-codes waarover de website geen informatie gaf of die erg weinig pageviews kregen. De betreffende ICPC-codes waren hoofdtrauma (N79, N80), premenstrueel syndroom (X09) en contacteczeem (S88).

Met een sensitiviteitsanalyse berekenden we het absolute verschil in het aantal consulten één en twee jaar na de lancering van de website. Verder voerden we vooraf gedefinieerde subgroepanalyses uit voor het type consult (enkel, dubbel, telefonisch), geslacht, leeftijd en SES. Voor details verwijzen wij naar ons originele artikel.[14]

RESULTATEN

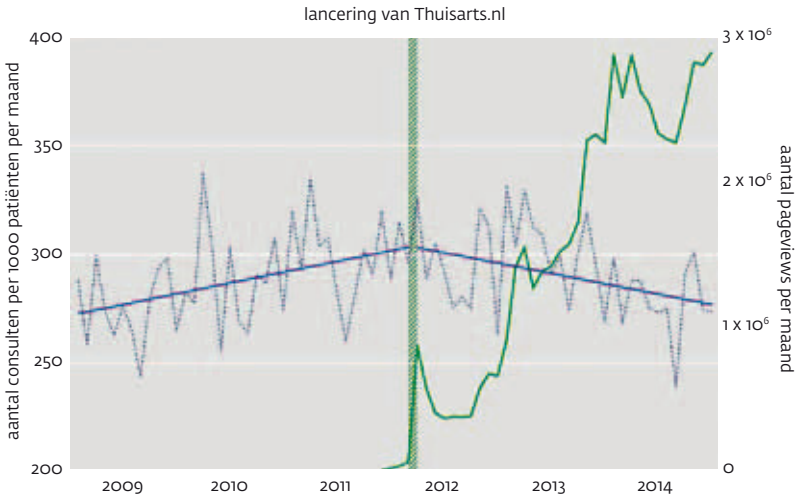
In 2009-2014 vonden er in totaal 18,1 miljoen consulten plaats, met inbegrip van telefonische consulten. Dat is een gemiddelde van 290 consulten per 1000 patiënten per maand (SD 21). Het aantal unieke pageviews bedroeg in totaal 56,6 miljoen en steeg van gemiddeld 450.000 per maand begin 2012 tot 2.900.000 per maand eind 2014.

In de [**figuur**] is het aantal consulten over de hele onderzoeksperiode uitgezet tegen het aantal pageviews op Thuisarts.nl; de [**tabel**] laat de gevonden trends zien. Vóór de lancering van Thuisarts.nl steeg het aantal consulten met gemiddeld 0,826 consult per 1000 patiënten per maand; ná de lancering van de website daalde het met gemiddeld –0,794 consult per 1000 patiënten per maand. Bij elkaar resulteert dit in een significante trendverandering van –1,620 consulten per 1000 patiënten per maand ($p < 0{,}001$). In de subgroepanalyse naar type consult bleek de geobserveerde daling bij alle consulten op te treden, maar alleen significant te zijn voor telefonische consulten (–1,056 consult per 1000 patiënten per maand).

Het totale aantal consulten was één jaar na de lancering van de website 6,2% lager dan het zonder Thuisarts.nl geweest zou zijn; na twee jaar werd dit een significant verschil van 11,6%. Voor de tien ICPC-codes die op de website de meeste pageviews trokken, zagen we een significant dalende trend van –0,169 consult per 1000 patiënten per maand ($p = 0{,}003$), in de controlegroep bleef het aantal consulten constant (trend –0,001; $p = 0{,}96$).

De subgroepanalyses naar leeftijd, geslacht en SES, lieten

Figuur **Consulten en pageviews voor en na de lancering van Thuisarts.nl**



De blauwe stippellijn toont het gemiddelde aantal consulten per 1000 patiënten per maand, de ononderbroken groene lijn toont het maandelijks aantal pageviews op Thuisarts.nl, de onderbroken blauwe lijn toont de trend in het aantal consulten. De verticale gearceerde lijn markeert de lancering van Thuisarts.nl (maart 2012).

een significante afname van het aantal consulten zien, behalve voor kinderen van 0 tot 16 jaar.

De sensitiviteitsanalyses bevestigden het resultaat van de primaire analyse.

BESCHOUWING

Dit 'natuurlijke experiment' maakt aannemelijk dat de evidence-based gezondheidsinformatie op Thuisarts.nl ervoor zorgde dat er na twee jaar 12% minder vaak een beroep gedaan werd op de huisarts. Omgerekend voor heel Nederland betekent dat dat het aantal consulten in maart 2014 675.000 lager lag dan in maart 2012.

Vergelijking met andere onderzoeken

Voor zover wij weten is ons onderzoek het eerste waarin gekeken is naar het effect van online gezondheidsinformatie op de algemene bevolking op nationale schaal. Eerdere onderzoeken waren lokaal, hadden een kleine groepsgrootte en maten het zorggebruik met vragenlijsten, wat al snel een onderschatting oplevert van het daadwerkelijke zorggebruik.[15]

Andere onderzoeken keken vooral naar de kenmerken, de motivatie en de keuzes van patiënten die online gezondheidsinformatie zoeken. Daaruit kwam naar voren dat deze patiënten juist vaker hun arts bezoeken.[5,6,8] Maar deze onderzoeken hadden lage responspercentages en waren gebaseerd op zelfrapportage.

Sterke punten en beperkingen

Een sterk punt van ons onderzoek is de opzet als 'natuurlijk experiment' voor en na een interventie. Ook het gebruik van een controlegroep is een sterk punt. Dat in de controlegroep het aantal consulten niet veranderde nadat Thuisarts.nl gelanceerd was, ondersteunt een causaal verband tussen de lancering van de website en onze resultaten. Een beperking was wel dat we voor de controlegroep de onderwerpen 'hoofdtrauma', 'premenstrueel syndroom' en 'contacteczeem' hebben geselecteerd, onderwerpen die zich wellicht minder goed lenen voor zelfzorg dan de toptienonderwerpen op Thuisarts.nl. Een controlegroep met veelvoorkomende zelfzorgaandoeningen was beter geweest, maar dat bleek niet doenlijk, omdat de meeste onderwerpen tijdens de onderzoeksperiode al te vinden waren op Thuisarts.nl. Desondanks blijven onze conclu-

Tabel **Aantal consulten per 1000 patiënten per maand, voor en na de lancering van Thuisarts.nl in maart 2012**

Waarde	T = 0*	Pre-interventietrend†	Postinterventietrend‡	Trendverandering	p-waarde
Alle ICPC-codes	272,109	0,826	-0,794	**-1,620**	< 0,001
Top 10 ICPC-codes	28,408	0,092	-0,077	**-0,169**	0,003
Controlegroep (3 ICPC-codes)	4,611	-0,005	-0,006	-0,001	0,96
Leeftijd					
< 16 jaar	202,665	-0,083	-0,647	-0,563	0,37
16-40 jaar	229,494	0,533	-0,713	**-1,245**	< 0,001
41-70 jaar	297,084	0,881	-0,873	**-1,754**	< 0,001
> 70 jaar	462,495	2,545	-1,604	**-4,149**	< 0,001
Sociaal-economische status					
laag	277,038	1,302	-0,914	**-2,216**	0,001
gemiddeld	277,756	0,608	-0,620	**-1,228**	< 0,001
hoog	259,988	0,692	-0,897	**-1,589**	< 0,001
Type consult					
telefonisch	62,357	0,726	-0,330	**-1,056**	0,001
enkel	185,095	-0,142	-0,603	-0,461	0,097
dubbel	24,234	0,267	0,172	-0,095	0,152

Significante trendveranderingen zijn vetgedrukt.
* Uitgangswaarde in januari 2009.
† Januari 2009-maart 2012.
‡ Maart 2012-december 2014.

sies overeind, want onze primaire vergelijking betrof de trend in consulten vóór en ná de lancering van de website.

Een ITS is het sterkste onderzoeksdesign als een RCT niet mogelijk is.[16] Toch kunnen factoren buiten Thuisarts.nl de uitkomsten beïnvloed hebben. Tijdens onze onderzoeksperiode steeg bijvoorbeeld het eigen risico, waarbij de huisarts weliswaar volledig vergoed bleef, maar eerdere rapporten laten zien dat een stabiel percentage van 3% van de Nederlandse bevolking zorg mijdt om financiële redenen. Dit percentage zorgmijders is niet toegenomen na het stijgen van het eigen risico; het zal onze resultaten dan ook weinig beïnvloed hebben.[17] Ook veranderde de registratie van en de zorg voor chronische ziekten, maar een aparte analyse voor niet-chronische aandoeningen gaf dezelfde resultaten als onze primaire analyse. Tot slot is het mogelijk dat andere websites of apps hebben bijgedragen aan de geobserveerde trend. Thuisarts.nl was tijdens onze onderzoeksperiode echter de grootste gezondheidswebsite; apps als 'Moet ik naar de dokter?' werden pas later gelanceerd.

Een laatste beperking is dat Google Analytics alleen inzicht biedt in het aantal pageviews en niet in de daadwerkelijke inhoud en duur van de bezoeken aan Thuisarts.nl.

Implicaties voor de praktijk en toekomstig onderzoek

De significante daling van het aantal telefonische consulten laat zich goed verklaren. Deze consulten gaan vaak over eenvoudige zorgvragen en ondervinden dus waarschijnlijk de meeste invloed van betrouwbare online informatie.[18] Tegelijkertijd zagen we een lichte, zij het niet significante stijging van het aantal dubbele consulten. Dit zou erop kunnen wijzen dat laagcomplexe zorg gedeeltelijk is vervangen door complexe zorg.

De trend naar minder consulten door online informatie gold niet voor de jongste leeftijdsgroep. Dat is in lijn met een recent Nederlands onderzoek naar het effect van online informatie bij kinderen met luchtwegklachten.[9] Kennelijk kan online informatie de behoefte aan geruststelling in persoonlijk contact voor kinderen niet vervangen. Dat het aantal consulten ook daalde onder 70-plussers weerlegt de zorg dat ouderen te weinig toegang zouden hebben tot online zorginformatie.[19]

Tot slot laat ons onderzoek zien dat eHealth een krachtige ondersteuning kan zijn bij zelfmanagement. Toekomstig onderzoek zou zich kunnen richten op de vraag of online gezondheidsinformatie ook daadwerkelijk de kwaliteit van zorg verbetert en wat de invloed is op het gesprek in de spreekkamer.

CONCLUSIE

Na de lancering van Thuisarts.nl is het zorggebruik in de huisartsenpraktijk afgenomen. Ons onderzoek maakt duidelijk dat eHealth een krachtig instrument kan zijn om zelfzorg te vergroten en zorggebruik te veranderen. Het duidelijke, onafhankelijke karakter en de goede integratie in het spreekuur van de huisarts lijken de sleutel tot het succes van Thuisarts.nl. ■

LITERATUUR

1 Diaz JA, Griffith RA, Ng JJ, Reinert SE, Friedmann PD, Moulton AW. Patients' use of the Internet for medical information. J Gen Intern Med 2002;17:180-5.
2 Van de Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kok G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. Br J Gen Pract 1992;42:313-6.
3 Azocar F, McCabe JF, Wetzel JC, Schumacher SJ. Use of a behavioral health web site and service utilization. Psychiatr Serv 2003;54:18.

De rest van de literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Rob Hermanussen

BESCHOUWING

Pre-expositieprofylaxe tegen hiv (PrEP)

Samenvatting

Hermanussen R. Pre-expositieprofylaxe tegen hiv (PrEP). Huisarts Wet 2017;60(6):264-7.

De Nederlandse hiv-behandelcentra zien nog steeds ongeveer duizend nieuwe patiënten per jaar. Dat aantal is gedaald door voorlichtingscampagnes, condoomgebruik en snellere behandeling, maar kan nog verder worden teruggebracht door pre-expositieprofylaxe (PrEP) bij hoogrisicogroepen, met name mannen die seks hebben met mannen. PrEP, een combinatie van de twee antiretrovirale middelen emtricitabine en tenofovir, is toegelaten door de EMA en mag door de huisarts worden voorgeschreven. Het middel werkt goed, heeft weinig bijwerkingen en kan kosteneffectief zijn, maar is duur en wordt in Nederland niet vergoed. Veel gebruikers kiezen daarom voor eigen import en informeel gebruik. Huisartsen zouden ook deze groep gebruikers moeten begeleiden.

De in 2016 verschenen Nederlandse PrEP-richtlijn geeft aanwijzingen voor indicatiestelling, begeleiding en gebruik. De gebruiker moet vooraf gecontroleerd worden op hiv om resistentieontwikkeling te voorkomen. Ook soa's, hepatitis B en C en de nierfunctie moeten gecontroleerd worden in verband met mogelijke bijwerkingen. Daarna is driemaandelijkse controle op soa's, hiv en nierafwijkingen geboden.

Mick, 34 jaar oud en jurist bij een groot bedrijf, komt op uw spreekuur. Hij heeft geen vaste partner, twee tot drie keer per maand heeft hij seks met andere mannen, soms is dat anale seks. Als huisarts weet u dat Mick het belangrijk vindt zich tegen hiv te beschermen, hij probeert elke keer een condoom te gebruiken. Soms gaat het echter mis met het condoom. U heeft Mick een paar maanden geleden behandeld voor een rectale gonokokkeninfectie, waarschijnlijk opgelopen toen hij aangeschoten met iemand in bed belandde en in de opwinding vergat een condoom te gebruiken.

Naar aanleiding van dit voorval heeft Mick een paar dagen geleden opnieuw een hiv-test gedaan. Hij komt voor de uitslag, deze was gelukkig goed, maar hij heeft ook een verzoek. Naast condooms wil hij pre-expositieprofylaxe (PrEP) gaan gebruiken om zich te beschermen tegen hiv-infectie. Hij wil voor zichzelf generieke emtricitabine/tenofovir uit Thailand laten bezorgen bij een vriend in Londen, en vraagt of u hem hierin wilt begeleiden.

INLEIDING

Onder andere door voorlichtingscampagnes, condoomgebruik, vroegtijdige opsporing en effectieve behandeling is het aantal patiënten dat jaarlijks bij de hiv-behandelcentra in Nederland komt, afgenomen van gemiddeld 1400 aan het begin van deze eeuw tot gemiddeld 1033 in 2015.[1] Er is een preventiestrategie die dit aantal verder kan verkleinen: pre-expositieprofylaxe (PrEP). PrEP houdt in dat iemand een combinatie van de antiretrovirale middelen emtricitabine en tenofovir gebruikt om infectie met hiv te voorkómen. In 2016 is deze combinatie geregistreerd bij het Europees geneesmiddelenbureau EMA en is een Nederlandse PrEP-richtlijn verschenen.[2] Deze richtlijn werd opgesteld op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Hiv Behandelaren in samenwerking met zeven andere organisaties, waaronder SeksHAG, de expertgroep Seksualiteit, soa en hiv van het NHG.

In Nederland komen hiv-infecties vooral voor bij mannen die seks hebben met mannen (MSM). In 2015 vertegenwoordigde deze bevolkingsgroep 65% van het totale aantal nieuwe hiv-infecties.[3] Er zijn verschillende strategieën om het aantal nieuwe infecties bij deze mannen te verminderen. De eerste strategie is condoomgebruik. In 2012 bleek dat MSM vaker condooms gebruiken dan andere mannen. Bijna de helft (48%) van de heteroseksuele mannen en 61% van de vrouwen die seks hadden met een losse partner rapporteerde dat daarbij de laatste keer geen condoom gebruikt was; bij anale seks waren de percentages 47% en 71%. In de groep MSM die anale seks had, had 33% de laatste keer geen condoom gebruikt.[4] Een tweede strategie is *treatment as prevention*: zo vroeg mogelijk opsporen en behandelen, want vroegtijdige behandeling vermindert de kans dat het virus wordt overgedragen.[5]

Om het aantal hiv-infecties in de groep MSM verder te laten dalen, zijn meer preventiestrategieën nodig. Onderzoekers, gebruikers en voorschrijvers trekken vaak een parallel met anticonceptie: vrouwen die niet zwanger willen worden, hebben de keus uit condooms, een spiraaltje of de pil. Mochten zij desondanks toch zwanger worden, dan hebben ze laagdrempelige toegang tot een abortuskliniek. Het aantal ongewenste zwangerschappen is laag doordat het systeem meerdere keuzes én een *second-best*-strategie aanbiedt. In deze

De kern

- Pre-expositieprofylaxe (PrEP) heeft tot doel een hiv-infectie te voorkomen bij hoogrisicogroepen die nog niet geïnfecteerd zijn.
- PrEP bestaat uit de virusremmers emtricitabine en tenofovir, een combinatie die sinds augustus 2016 voor dit is doel toegelaten op de Europese markt.
- PrEP reduceert de kans op hiv aanzienlijk en heeft weinig bijwerkingen, maar wordt in Nederland nog niet vergoed.
- PrEP mag door de huisarts worden voorgeschreven; veel gebruikers kiezen echter voor informeel gebruik om de kosten te drukken. De huisarts zou ook deze gebruikers moeten begeleiden.
- De nieuwe Nederlandse PrEP-richtlijn adviseert PrEP-gebruikers driemaandelijks te controleren op soa's, hiv en nierfunctie.

Huisartsenpraktijk Bos en Lommer, Amsterdam: R. Hermanussen, huisarts • Correspondentie: r.hermanussen@hpbl.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Marc Bruxelle/Shutterstock.

PrEP reduceert de kans op hiv aanzienlijk en heeft weinig bijwerkingen, maar wordt in Nederland nog niet vergoed.

vergelijking beschouwen sommigen PrEP als second-best-strategie en beschouwen anderen deze als een keuze in het verlengde van condooms.

PrEP met emtricitabine/tenofovir wordt in het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Noorwegen, Thailand, Zuid-Afrika en de Verenigde Staten al voorgeschreven aan hiv-negatieve mensen met een hoog risico op een hiv-infectie. In Nederland wordt PrEP officieel alleen gegeven in onderzoeksverband, namelijk in het onderzoek AmPrEP, waarin 370 Amsterdamse MSM prospectief worden gevolgd.

Emtricitabine/tenofovir is duur. In Nederland is het middel voor de indicatie PrEP alleen verkrijgbaar als de specialité Truvada®, het kost € 550 per maand en wordt niet vergoed (in een aantal andere landen wordt PrEP wél, of gedeeltelijk, vergoed). Het AmPrEP-onderzoek laat geen nieuwe gebruikers meer toe. Wanneer een huisarts of soa-poli het middel voorschrijft, moet de gebruiker het zelf betalen.

Een deel van de gebruikers kan of wil niet zoveel betalen en kiest voor informeel gebruik. Om de kosten te drukken, brengen ze het middel zelf mee uit landen waar het generiek verkrijgbaar is of krijgen ze het van vrienden en kennissen. Vooralsnog is de kwaliteit van deze generieke middelen goed, zeker wanneer de producent onder controle staat van de WHO.

PrEP zelf importeren

PrEP is officieel goedgekeurd door de EMA en mag door de huisarts worden voorgeschreven, maar is in Nederland duur en wordt niet vergoed. Het is verboden zelf medicatie te importeren, dus wanneer gebruikers generieke PrEP-medicatie in het buitenland bestellen en laten opsturen, zal de douane de zending in beslag nemen. Voor eigen gebruik mogen maximaal 300 pillen worden geïmporteerd (ook medicijnen van buiten de EU). Veel gebruikers gaan daarom naar een buitenlandse arts voor een recept en nemen daarna de PrEP-pillen mee naar Nederland. De pillen moeten herkenbaar als medicijn zijn verpakt. Tot 300 pillen beschouwt de douane als bestemd voor eigen gebruik; bij een groter aantal zal de douane eerst onderzoeken of het al dan niet voor eigen gebruik is.

EFFECTEN EN BIJWERKINGEN

Bij een goede therapietrouw is continu of intermitterend gebruik van PrEP zeer effectief. Onderzoeken laten zien dat de kans op infectie wordt gereduceerd met 86%.[6-8] Het middel is effectiever wanneer het trouw wordt gebruikt. In een Amerikaans onderzoek waarin het aantal wekelijks ingenomen PrEP-tabletten gemeten werd aan de hand van de bloedspiegel, werd geen enkele hiv-infectie per 100 persoonjaren gevonden in de groep die ≥ 4 tabletten per week nam.[9] In Londen daalde het aantal nieuwe hiv-infecties na het beschikbaar komen van PrEP in 2016 met 40%.[10]

Emtricitabine/tenofovir wordt over het algemeen goed verdragen. Bij 10% van de gebruikers treden voorbijgaande gastro-

Voor het starten met PrEP is counseling over therapietrouw en seksueel gedrag belangrijk. Benadruk daarbij het belang van condooms voor maximale zekerheid en om soa's te voorkomen.

intestinale klachten of hoofdpijn op, op langere termijn kan een daling van de leverfunctie optreden, een kleine, subklinische daling van de nierfunctie (bij 0,5%) of een daling van de botdichtheid (bij 1%).[6]

Recent Nederlands onderzoek liet zien dat PrEP ook bij de huidige prijs kosteneffectief is, mits op juiste indicatie voorgeschreven aan de hoogrisicogroep MSM. Voor deze hoogrisicogroep zijn de uitgaven aan PrEP gelijk aan de kosten die anders aan hiv-zorg zouden zijn besteed. Door PrEP toe te voegen aan bestaande hiv-preventie onder MSM kunnen in Nederland de komende tien jaar 1000 tot 2500 nieuwe hiv-infecties voorkomen worden; de besparing op behandelkosten is ongeveer € 13.000 per persoon.[11]

INDICATIES

De Nederlandse PrEP-richtlijn stelt dat PrEP als additionele preventie een optie is voor mensen met een 'substantieel risico'. Dat zijn met name de volgende groepen:

- MSM en transgenders die de laatste zes maanden anale seks zonder condoom hebben gehad met een partner van wie de hiv-status onbekend was of die een detecteerbare *viral load* had;
- MSM en transgenders die de laatste zes maanden een anale soa hadden;
- MSM en transgenders die de laatste zes maanden postexpositieprofylaxe (PEP) kregen.

Ook kan PrEP voorgeschreven worden aan prostitués die anale seks hebben zonder condoom en aan omschreven kwetsbare groepen.

STARTEN MET PREP

De Nederlandse PrEP-richtlijn geeft twee innameschema's, een voor dagelijks en een voor intermitterend gebruik. Intermitterend gebruik is geschikt voor mensen die incidenteel een hoger risico lopen, bijvoorbeeld op een partyweekend waar ze verwachten meerdere keren seks te zullen hebben. Bij intermitterend gebruik neemt de gebruiker 2 tot 24 uur voor de mogelijke blootstelling aan hiv 2 tabletten in, vervolgens zolang de seks duurt elke 24 uur 1 tablet en daarna 24 en 48 uur na afloop nogmaals 1 tablet.

Voorbereidingen voor PrEP
- Counseling.
- Controle op mogelijke interacties met andere geneesmiddelen (www.hiv-druginteractions.org).
- Uitsluiten van hiv-infectie.
- Volledig soa-onderzoek, inclusief hepatitis B en C.
- Zo nodig vaccinatie tegen hepatitis B.
- Bepaling van creatinineklaring, urine-eiwit en -glucose.

De Nederlandse PrEP-richtlijn benadrukt het belang van counseling over therapietrouw en seksueel gedrag alvorens te starten met PrEP. Voor maximale zekerheid en om soa's te voorkomen, moet daarbij het belang van condooms worden benadrukt. Ook moet vóór de start worden uitgesloten dat er al een hiv-infectie aanwezig is. Om het virus te onderdrukken en resistentie te voorkomen is een combinatie van minstens drie antiretrovirale middelen nodig; de PrEP-kuur bevat er slechts twee en zou dus tot resistentieontwikkeling kunnen leiden als het virus al aanwezig is. Verder wordt een volledig soa-onderzoek gedaan, de nierfunctie gecontroleerd en worden tests op hepatitis B en C uitgevoerd. Dragerschap van het hepatitis-B-virus is een contra-indicatie voor intermitterend gebruik, want tenofovir onderdrukt het virus en kan bij intermitterend gebruik opflakkeringen veroorzaken.

U vraagt Mick of hij de in voorafgaande weken een periode met koorts, huiduitslag of andere klachten heeft doorgemaakt die kunnen wijzen op een acute hiv-infectie, en vraagt laboratoriumonderzoek aan.[12] Op het aanvraagformulier kruist u de nierfunctie aan, *Chlamydia*- en gonorroe-onderzoek in keel, anus en urine, en onderzoek naar hepatitis C en syfilis. Onderzoek naar hepatitis B is niet nodig omdat Mick een paar jaar geleden hiertegen is gevaccineerd, en ook een hiv-test is niet nodig want hiv werd eerder deze week al uitgesloten. Onderzoek naar interacties is niet nodig, Mick gebruikt geen andere medicijnen.

Na een week komt Mick terug voor de uitslagen. De uitslagen zijn allemaal goed. Mick heeft inmiddels de generieke middelen ontvangen via zijn vriend in Engeland en gaat ze dagelijks innemen. U spreekt met Mick af dat hij zich voortaan elke drie maanden laat controleren op soa's en op bijwerkingen van de PrEP. U geeft Mick het advies mee om ook nu hij PrEP gebruikt condooms te blijven gebruiken, om de kans te verkleinen op andere soa's zoals hepatitis C, syfilis en lymphogranuloma venereum.

CONTROLES

De Nederlandse PrEP-richtlijn adviseert de hiv-test en de nierfunctiecontrole te herhalen een maand nadat de PrEP gestart

is. Als de uitslagen goed zijn, worden bij de gebruiker voortaan elke drie maanden soa's, hiv en nierfunctie gecontroleerd. Bij de nierfunctiecontrole wordt de creatinineklaring bepaald en wordt in de urine gekeken naar eiwit en glucose. Glucosurie of proteïnurie zonder leukocyturie kan wijzen op tubulaire toxiciteit van tenofovir. Op langere termijn kan het middel ook leiden tot osteoporose, maar hierop wordt niet standaard gecontroleerd.

Controles bij PrEP-gebruik
Eén maand na de start:
- Creatinineklaring
- Hiv-test
- Counseling
- Interacties

Elke drie maanden:
- Creatinineklaring, urine-eiwit en -glucose
- Hiv-test
- Counseling
- Interacties
- Gonokokken en *Chlamydia* in keel, anus en urine
- Hepatitis C

Vier maanden later belt Mick, hij heeft de avond tevoren onbeschermd passief anaal contact gehad met twee mannen. Hij is in paniek, hij weet helemaal niets over ze! Hij vraagt of hij nu postexpositieprofylaxe (PEP) moet starten. Desgevraagd vertelt hij dat de afgelopen weken keurig elke dag PrEP heeft ingenomen.

U vertelt Mick dat PEP (post expositie profylaxe) niet nodig is, hij moet doorgaan met de dagelijkse PrEP. PEP is pas geïndiceerd wanneer het PrEP-schema niet goed gevolgd is. Hij kan zich over twee weken laten testen op *Chlamydia* en gonokokken in keel, anus en urine; syfilis en hepatitis worden bij de eerstvolgende geplande controle al meegenomen.

Mick gebruikt PrEP als aanvullende preventie naast condooms. PrEP beschermt hem tegen een infectie wanneer het condoom scheurt of vergeten wordt. Tot nog toe is in onderzoeken geen toename van onbeschermd seksueel contact gezien onder PrEP-gebruikers, maar het is de vraag of dit bij grootschaliger gebruik in het echte leven ook zo zal zijn. Hoge soa-percentages zijn zowel vóór als na PrEP-gebruik gerapporteerd.[6,13]

DE TOEKOMST

PrEP is een veelbelovende, nieuwe preventiestrategie voor mensen met een groot risico op hiv. De Nederlandse PrEP-richtlijn geeft een duidelijke instructie hoe PrEP moet worden voorgeschreven en hoe gebruikers moeten worden gecontroleerd, zodat resistentieontwikkeling en nierfunctieproblemen voorkomen kunnen worden. Wanneer in Nederland net als in andere landen op grotere schaal PrEP wordt voorgeschreven aan hoogrisicogroepen, zal ook hier het aantal nieuwe hiv-infecties dalen.

De komende jaren verlopen de patenten op emtricitabine en tenofovir in Nederland. Mogelijk gaat de prijs daarna dalen. In Afrika kost generieke emtricitabine/tenofovir nu € 6 per maand, in Thailand € 50. In Nederland zou een dagelijks PrEP-kuur kosteneffectief worden bij prijzen tot € 165 per maand, intermitterende PrEP zou dat al zijn bij prijzen tot € 330 tot 385 per maand.[11]

Het is te hopen dat de Nederlandse zorgverzekeraars snel besluiten PrEP in hun vergoedingenpakket op te nemen, of dat er andere financiële regelingen getroffen worden. Tot die tijd zullen gebruikers zelf moeten blijven betalen en zullen velen van hen kiezen voor informeel gebruik. De huisarts heeft een taak om ook deze groep gebruikers goed te begeleiden. ■

DANKWOORD

Jan van Bergen en Paul Zantkuijl, beiden werkzaam bij Soa Aids Nederland, hielpen bij de totstandkoming van dit artikel.

LITERATUUR

1 Van den Broek I, Van Aar F, Van Oeffelen AAM, Woestenberg PJ, Heijne JCM, den Daas C, et al. Sexually transmitted infections in the Netherlands 2015. Bilthoven: RIVM, 2016.
2 Hoornenborg E, Rijnders B, et al. HIV Preexpositie profylaxe (PrEP) richtlijn Nederland. Amsterdam: Nederlandse Vereniging van Hiv Behandelaren, 2016.
3 Sighem AI, Boender TS, Wit FWNM, Smit C, Matser A, Reiss P. HIV monitoring report 2016. Amsterdam: Stichting HIV Monitoring; 2016.

De rest van de literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Marloes Minnaard

BESCHOUWING

De CRP-sneltest bij lageluchtweginfecties

Samenvatting

Minnaard MC. De CRP-sneltest bij lageluchtweginfecties. Huisarts Wet 2017;60(6):268-72.

De NHG-Standaard Acuut Hoesten adviseert C-reactief proteïne (CRP) te gebruiken als aanvullend onderzoek bij patiënten bij wie diagnostische twijfel bestaat of zij een pneumonie hebben. In mijn proefschrift *Diagnosing pneumonia in primary care: implementation of C-reactive protein point-of-care testing in daily practice* richt ik mij op CRP in de huisartsenpraktijk. Ik heb op basis van gegevens van individuele patiënten uit verschillende diagnostische onderzoeken uit de eerste lijn een meta-analyse gedaan om de toegevoegde diagnostische waarde van CRP te bepalen. Hieruit blijkt dat de verschillen in discriminatie mét en zónder CRP klein zijn. Bij de beoordeling van de risicoclassificatie komt naar voren dat de groep patiënten bij wie diagnostische onzekerheid blijft bestaan (na bepaling van het CRP) groot blijft. Uit implementatieonderzoek in Nederlandse huisartspraktijken wordt duidelijk dat het CRP de beslissing om wel of juist geen antibiotica voor te schrijven beïnvloedt – onder de streep verandert het totale aantal antibioticavoorschriften echter niet. Een aanzienlijk deel van de huisartsen die hebben meegewerkt aan het onderzoek gebruikt de test bij een andere groep patiënten dan de standaard voorstelt.

INLEIDING

Hoesten is een veelvoorkomende klacht en lageluchtweginfecties (LLWI's) komen in alle seizoenen geregeld voor. Voor huisartsen is het belangrijk om in het diagnostische behandelproces van LLWI's onderscheid te maken tussen ernstige aandoeningen, zoals pneumonie, en aandoeningen die vanzelf overgaan. Daarnaast is het belangrijk dat ze antibiotica niet nodeloos voorschrijven, bijvoorbeeld bij *self-limiting*-aandoeningen. Er zijn verschillende modellen ontwikkeld om pneumonie te voorspellen op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Daarnaast wordt het C-reactief proteïne (CRP) gezien als een veelbelovende aanvullende test om de voorspelling nog nauwkeuriger te maken. De huisarts kan CRP eenvoudig meten met een sneltest. Deze test meet de concentratie van CRP in capillair bloed, die te bepalen is via een vingerprik. Het resultaat is binnen een paar minuten beschikbaar. De huisarts kan de CRP-sneltest daarom tijdens een consult (laten) bepalen, om mede op basis van de resultaten daarvan te beslissen om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat de CRP-sneltest kosteneffectief is en dat het gebruik ervan het aantal antibioticavoorschriften laat dalen.[1-13]

De CRP-sneltest is opgenomen in de NHG-Standaard Acuut hoesten.[14] Deze en andere internationale richtlijnen adviseren wanneer CRP getest dient te worden, en geven aan hoe de uitslagen vervolgens kunnen worden geïnterpreteerd bij patiënten die zich bij de huisarts met acuut hoesten (minder dan 28 dagen) melden. De verschillende sneltestapparaten zijn even betrouwbaar (als het gaat om het voorspellen van pneumonie) als de laboratoriumtest.[15]

Vóór de publicatie van mijn proefschrift *Diagnosing pneumonia in primary care: implementation of C-reactive protein point-of-care testing in daily practice*,[16] waar deze beschouwing op gebaseerd is, was er weinig bekend over de mate waarin huisartsen de NHG-Standaard Acuut hoesten volgen. Het is interessant voor huisartsen om te weten hoe ze de CRP-sneltest in de dagelijkse praktijk kunnen gebruiken en om het eigen gebruik ervan tegen het licht te houden. In mijn proefschrift heb ik gekeken naar de invloed van de uitkomsten van de CRP-sneltest op de beslissing van huisartsen om wel of geen antibiotica voor te schrijven. Maar eerst heb ik een meta-analyse gedaan van de (toegevoegde) diagnostische waarde van CRP (toegevoegd aan de anamnese en het lichamelijk onderzoek).

TOEGEVOEGDE DIAGNOSTISCHE WAARDE VAN CRP

Voor de meta-analyse heb ik gebruikgemaakt van meetgegevens van individuele patiënten (n = 5308) uit eerder uitgevoerde diagnostische onderzoeken.[17-24] De onderzoeken voldeden aan de inclusiecriteria wanneer ze werden uitgevoerd bij (niet-verwezen) volwassen patiënten in de eerste lijn die op het spreekuur kwamen met symptomen van een LLWI of acuut hoesten (minder dan 28 dagen). De diagnose pneumonie werd gesteld aan de hand van een X-thorax, aangezien dit de gouden standaard is. Om de dagelijkse praktijk te weerspiegelen, heb ik een predictiemodel met informatie uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek ontwikkeld. Aan dit 'basismodel' heb ik vervolgens CRP toegevoegd, waarmee ik een tweede, 'uitgebreid model' verkreeg. We kunnen de mate van toegevoegde waarde van CRP bepalen door te kijken naar het verschil tussen het model zonder CRP (het basismodel) en het model mét CRP (het uitgebreide model). Dit verschil wordt op twee manieren weergegeven: aan de hand van discriminatie en risicoclassificatie.

Discriminatie

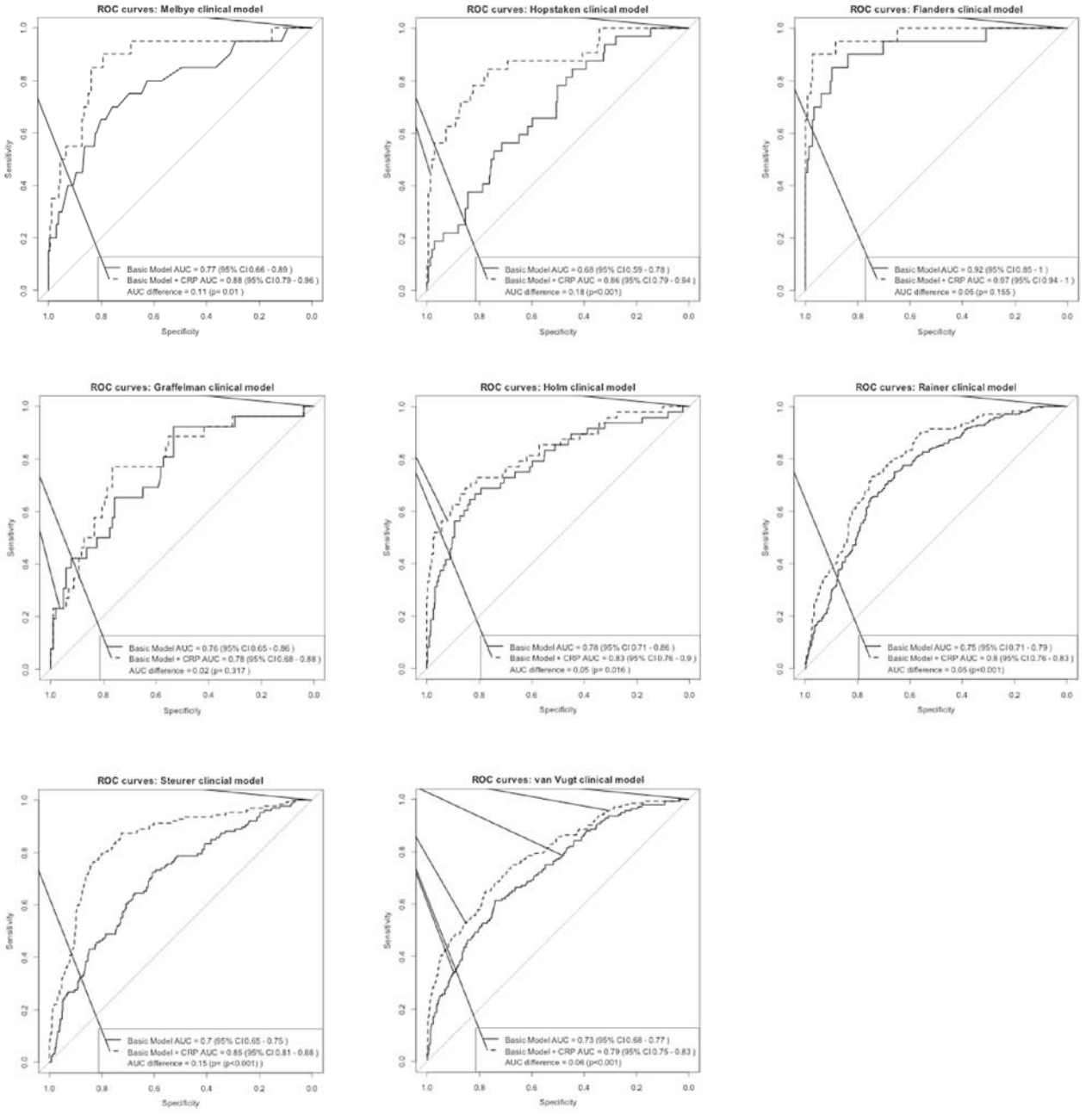
Discriminatie betreft de mate waarin een model onderscheid

De kern

- Een C-reactieve proteïnemeting heeft naast de anamnese en het lichamelijk onderzoek een kleine toegevoegde diagnostische waarde.
- Het grootste deel van de groep patiënten bij wie de huisarts een CRP-sneltest (laat) verricht(en), voldoet niet aan de criteria voor tests van de NHG-Standaard.

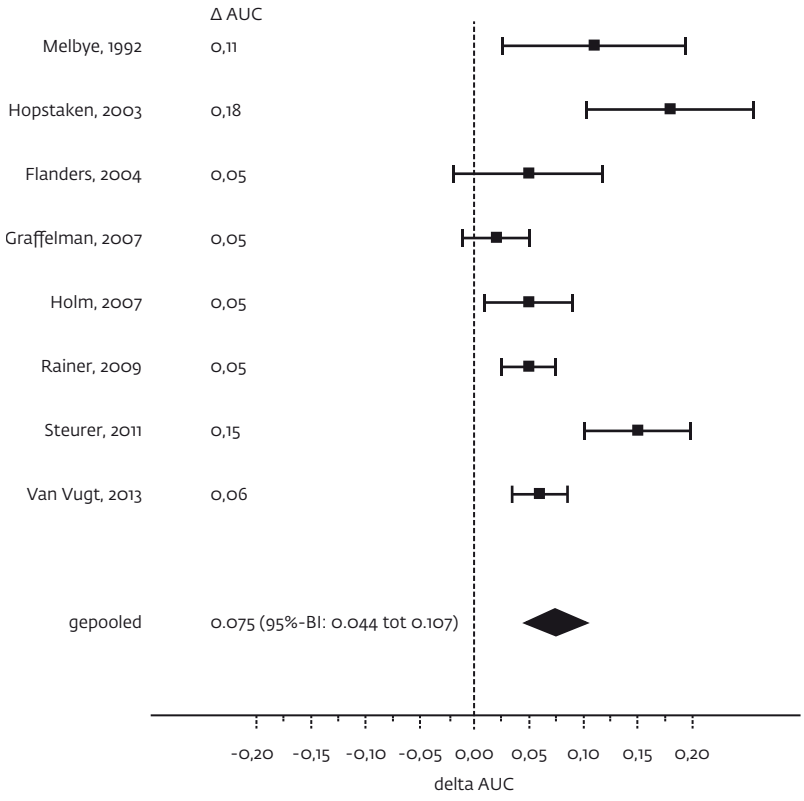
Dr. M.C. Minnaard, huisarts, destijds aiotho bij UMC Utrecht/Julius Centrum, Utrecht • Correspondentie: mc_minnaard@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 1 Receiver operating characteristic (ROC) curves met de area under the curve (AUC) voor het model zónder CRP (ononderbroken lijn) en het model mét CRP (stippellijn) voor de acht verschillende datasets



maakt tussen patiënten met de ziekte en patiënten zonder de ziekte. Indien de discriminatie bij het uitgebreide model toegenomen is in vergelijking met het basismodel spreekt men van een verbetering (in dit geval een toegevoegde waarde van CRP). In de (acht verschillende) datasets verbeterde de discriminatie na het toevoegen van CRP aan het predictiemodel, met een gemiddelde toename van de oppervlakte onder de *receiver operating characteristic curve* (een plot van sensitiviteit tegen 1-specificiteit) (Engels: *area under the ROC curve*, afgekort AUC) van 0,075 (variërend tussen 0,02 en 0,18). Dit is een significante, maar wel zeer kleine toename.[25] In [**figuur 1**] zijn voor de acht datasets de twee verschillende ROC-curves te zien. Het verschil in AUC (afgekort met ΔAUC) is gevisualiseerd in een forest-plot [**figuur 2**], waarbij van boven naar beneden eerst de ΔAUC per dataset te zien is, en onderaan de gepoolde ΔAUC, die de gemiddelde verbetering in discriminatie toont na het toevoegen van CRP aan het diagnostisch model.

Figuur 2 **Forest-plot van de toename in AUC, wanneer CRP wordt toegevoegd aan het model in de acht verschillende datasets, met onderaan de gepoolde ΔAUC met 95%-BI.**



Risicoclassificatie

Het verschil in risicoclassificatie tussen de beide modellen kunnen we inzichtelijk maken via een reclassificatietabel. Dit is een vorm van kalibratie waarbij de voorspelde kans wordt uitgezet tegen de geobserveerde ziekte (voor zowel het basismodel als het uitgebreide model). Ik heb gekozen voor opdeling in drie risicocategorieën (conform een eerder onderzoek waarbij predictiemodellen voor pneumonie zijn ontwikkeld[24]): patiënten met een laag (< 2,5%) risico op pneumonie, een hoog (> 20%) risico en een categorie daartussenin (intermediair risico). In deze laatste categorie houdt de huisarts een grote (diagnostische) twijfel/onzekerheid.

De modellen zónder en mét CRP kunnen we met elkaar vergelijken door te kijken naar de verschuivingen van patienten binnen de reclassificatietabel. Uit de reclassificatietabel [**tabel**] is te extraheren dat het toevoegen van CRP aan het predictiemodel op verschillende punten verbeteringen laat zien. De proportie patiënten zónder pneumonie die correct geclassificeerd werden als laagrisicopatiënten steeg na toevoegen van CRP aan het model van 28% (244 van 870) naar 36% (313 van 870). De proportie patiënten met een correct geclassificeerd hoog risico op pneumonie nam toe van 63% naar 70%, de proportie patiënten met pneumonie die (ten onrechte) in de laagrisicogroep terechtkwamen bleef gelijk (n = 4) en de proportie patiënten in de intermediaire risicogroep nam af van 56% naar 51%.[26]

Conclusie op basis van risicoclassificatie en discriminatie

De discriminatie tussen patiënten mét en zónder pneumonie wordt dus groter en de diagnostische risicoclassificatie verbetert mét het gebruik van CRP. We kunnen daarom concluderen dat CRP als aanvullend onderzoek toegevoegde waarde heeft boven op de anamnese en het lichamelijk onderzoek bij patiënten die op het spreekuur komen met symptomen van LLWI's.

CRP als aanvullende test is echter niet zo veelbelovend als het op het eerste gezicht lijkt; de verschillen tussen 'mét en zónder CRP' zijn namelijk bijzonder klein en de patiënten bij wie diagnostische onzekerheid blijft bestaan (na het uitvoeren van aanvullend onderzoek in de vorm van een CRP-(snel) test) blijft groot. De groep patiënten met een intermediair risico, bij wie de huisarts de diagnostische twijfel blijft houden, is de groep waarbij de NHG-Standaard het advies geeft om CRP te testen.

EFFECT CRP-SNELTEST OP PRAKTIJK

Om het effect van de CRP-sneltest op het aantal antibioticavoorschriften te bepalen, evenals de mate waarin de huisartsen de NHG-Standaard Acuut hoesten hebben gevolgd na de implementatie van de CRP-sneltest, hebben mijn collega's en ik een observationeel onderzoek uitgevoerd.[27] Hieruit bleek dat huisartsen de test vaak inzetten bij patiënten die het spreekuur bezoeken met lageluchtweginfecties – zelfs te vaak of voor verkeerde indicaties. Het totale aantal antibioticavoorschriften neemt niet af; overigens is het maar de vraag of dat het ultieme doel moet zijn. De CRP-sneltest kan de uiteindelijke beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven echter wel ondersteunen. Ik zal uiteenzetten hoe ik tot deze conclusies ben gekomen.

Voor het observationele onderzoek zijn van februari 2012 tot februari 2013 veertig huisartsen uit de regio Utrecht en Rotterdam geïnstrueerd om de CRP-sneltest volgens de huidige standaard te gebruiken bij volwassen patiënten die met acuut hoesten op het spreekuur kwamen. Na routinematige afname van de anamnese en het lichamelijk onderzoek rapporteerden de huisartsen of zij wel of niet van plan waren om antibiotica voor te schrijven (de 'pre-testbeslissing') en of zij al dan niet gebruik wilden maken van de CRP-sneltest. Wanneer zij besloten om de praktijkassistente een CRP-sneltest te laten uitvoeren, rapporteerden zij nadat zij de uitslag van de test terug hadden gekregen of zij bij hun beslissing bleven of niet (de 'post-testbeslissing'). De primaire uitkomstmaat was het verschil tussen de percentages patiënten bij wie de huisarts antibiotica voorschreef cq. van plan was voor te schrijven vóór en ná de CRP-sneltest. Tevens keken we bij hoeveel patiënten de huisarts zijn of haar initiële beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven veranderde op grond van het resultaat van de CRP-sneltest.

Daarnaast keken we of de huisartsen de NHG-Standaard op twee verschillende punten hadden gevolgd. Het eerste punt betrof de testindicatie; volgens de standaard is er alleen een indicatie om CRP te testen wanneer er sprake is van een intermediair risico op pneumonie, wat dus de patiënten betreft bij wie de huisarts twijfelt over de diagnose pneumonie. Bij de patiënten met een laag risico op pneumonie beveelt de standaard aan om géén antibiotica voor te schrijven, bij de patiënten met een hoog risico op pneumonie juist wel. In de intermediaire categorie wordt de uitslag van de CRP-sneltest meegenomen in de vorming van het advies om wel of geen antibiotica voor te schrijven: bij een uitslag < 20 mg/L luidt het advies om géén antibiotica voor te schrijven, bij een uitslag van > 100 mg/L wel. Wanneer de uitslag van de CRP-sneltest tussen de 20 en 100 mg/L ligt, is de klinische verdenking leidend bij het wel of niet voorschrijven.

Ten tweede keken we of het voorschrijven (of niet) van antibiotica (de 'post-testbeslissing') in overeenstemming met de standaard was. De resultaten laten zien dat de huisartsen in totaal 939 patiënten hebben geïncludeerd, van wie ze 78% hebben getest. Het percentage antibioticavoorschriften verschilde niet vóór en na het testen ('pre-test' 31% en 'post-test' 28%, 95%-BI −7 tot 1). Na de CRP-test veranderden de huisartsen bij 200 patiënten (27%) hun beslissing over het beleid.

Tabel **Toename in diagnostische risicoclassificatie nadat CRP is toegevoegd aan het diagnostisch onderzoek van pneumonie in een hypothetisch cohort van 1000 patiënten.**

	Voorspeld risico op pneunomie	Geobserveerde pneumonie (op X-thorax)		
		Ja	Nee	Totaal
Basismodel (zonder CRP)	Laag < 2,5%	4*	244*	248
	Intermediair 2,5 tot 20%	44	513	557
	Hoog > 20%	82	113	195
	Totaal	130	870	1000
Uitgebreid model (met CRP)	Laag < 2,5%	4	313	317
	Intermediair 2,5 tot 20%	35	470	505
	Hoog > 20%	91	87	178
	Totaal	130	870	1000

De cijfers in deze tabel zijn gebaseerd op een mediane prevalentie van pneumonie van 13% over de onderzoeken en de gepoolde sensitiviteit en specificiteit voor het basis- en uitgebreide model voor lage (2,5%) en hoge (20%) drempelwaarden. Bij de lage drempelwaarden waren de gepoolde sensitiviteitswaarden voor het basis- en uitgebreide model beide 0,97. De gepoolde specificiteit voor beide modellen was respectievelijk 0,28 en 0,36. Bij de hoge drempelwaarde was de gepoolde sensitiviteit voor het basis- en uitgebreide model 0,63 en 0,70, en de gepoolde specificiteit voor beide modellen respectievelijk 0,87 en 0,90.

*Rekenvoorbeelden: (1-0,97)*0,13*1000 = 4 patiënten met pneumonie op X-thorax krijgen een voorspeld risico van < 2,5% wanneer het basismodel wordt gebruikt. En 0,28*(1-0,13)*1000 = 244 patiënten zonder pneumonie op X-thorax krijgen een voorspeld risico van < 2,5% wanneer het basismodel wordt gebruikt.

DE NHG-STANDAARD EN TESTINDICATIE

Van de geteste patiënten viel 41% in de categorie intermediaire risicogroep, waarmee de indicatie om te testen in 41% van de gevallen in overeenstemming was met de NHG-Standaard. Bij de meerderheid van de tests gebeurde dit dus bij de 'verkeerde' patiënten. We hebben in het onderzoek niet specifiek gevraagd welke motivatie de huisartsen hadden om van de standaard af te wijken. Het is dus niet bekend welke redenen de huisartsen hiervoor hadden, maar het is mogelijk dat sommige huisartsen de patiënt er bijvoorbeeld graag van wilden overtuigen dat antibiotica niet nodig waren en daarbij de resultaten van het bloedonderzoek gebruikten. Een van de andere mogelijkheden is dat ze alvast het CRP wilden weten om de patiënt te kunnen volgen, zodat duidelijk zou worden of de antibioticakuur aansloeg.

DE NHG-STANDAARD EN ANTIBIOTICA

Om te zien of het wel/niet voorschrijven van antibiotica in overeenstemming is met de NHG-Standaard moeten we de drie verschillende risicogroepen apart bekijken. We zien dan dat de huisartsen bij 264 van de 335 (79%) laagrisicopatiënten geen antibiotica voorschreven (en dus volgens de standaard handelden). Bij de groep met een hoog risico schreven ze 44 van de 97 (46%) patiënten wel antibiotica voor (conform de standaard). In de intermediaire risicogroep bleek voor 244 van de 303 (80%) patiënten het voorschrift conform het advies in de standaard.

Het CRP werkt dus wel beslissingsondersteunend, maar onder de streep verandert het (totale) aantal antibioticavoorschriften niet. Hierbij moeten we echter opmerken dat in dit onderzoek het 'pre-testvoorschrijfpercentage' al erg laag was. De CRP-sneltest beïnvloedde een deel van de huisartsen dus wel bij hun beslissing om wel of geen antibiotica voor te schrijven, waarbij ik de kanttekening moet plaatsen dat een verandering van de beslissing niet per definitie een verbetering hoeft te zijn. Wat ook opviel was dat huisartsen de test vaker (59%) en anders gebruikten dan de standaard adviseert. Het is belangrijk dat zowel huisartsen als beleidsmakers zich hiervan bewust zijn.

KANS OP VERTEKENING VAN RESULTATEN

Zoals ik hierboven al aangaf, hebben we het CRP getest bij 78% van de geïncludeerde patiënten. Dit percentage is opvallend hoog en daarom hebben we ook een secundaire analyse uitgevoerd om te bepalen of de resultaten van het observationele onderzoek niet waren vertekend door selectieve inclusie van patiënten.[28] We keken welke patiënten in een aantal deelnemende huisartsenpraktijken in aanmerking kwamen voor inclusie (alle volwassen patiënten die op het spreekuur kwamen met acuut hoesten, dus korter dan 28 dagen) en vervolgens bepaalden we welk percentage hiervan daadwerkelijk was geïncludeerd. De groep die in aanmerking kwam voor inclusie bestond dus uit zowel geïncludeerde patiënten als niet-geïncludeerde patiënten. Deze twee groepen vergeleken we met elkaar voor onder andere het percentage CRP-tests en het percentage antibioticavoorschriften. Van alle 1473 patiënten die in aanmerking kwamen voor inclusie hebben we er 348 (24%) daadwerkelijk geïncludeerd. Bij deze geïncludeerde patiënten bepaalden huisartsen vaker het CRP en schreven ze vaker antibiotica voor dan bij de niet-geïncludeerde patiënten

Foto: Shutterstock

(respectievelijk 81% versus 6% en 44% versus 29%). De selectie geïncludeerde patiënten heeft geresulteerd in een overschatting van zowel het aantal uitgevoerde tests, als het aantal antibioticavoorschriften (wat nota bene al laag was – het werkelijke aantal antibioticavoorschriften ligt dus lager dan uit het onderzoek blijkt).

CONCLUSIE

De implementatie van de CRP-sneltest is niet zo eenvoudig als misschien op het eerste gezicht lijkt. Op de toegevoegde waarde van de test valt heel wat af te dingen. Bovendien gebruikt een aanzienlijk deel van de huisartsen in het implementatieonderzoek[27] de test niet volgens de NHG-Standaard. Tevens was het effect op (de reductie van) het percentage antibioticavoorschriften teleurstellend. Door de tegenstrijdigheden in de uitkomsten van dit observationele onderzoek en de in het verleden uitgevoerde gecontroleerde gerandomiseerde onderzoeken is er een belangrijke rol voor implementatieonderzoeken weggelegd. Het daadwerkelijk gebruik van innovaties in de eerstelijnsgezondheidszorg zal nauwlettend gevolgd moeten worden. Uit dit onderzoek blijkt echter dat er ook in observationeel implementatieonderzoek een aanzienlijk risico bestaat op vertekende resultaten door selectieve inclusie. De wijze waarop de NHG-Standaard momenteel adviseert de CRP-sneltest te gebruiken, komt niet overeen met de toepassing ervan in de dagelijkse praktijk. Daarom is het belangrijk dat beleidsmakers weten in hoeverre de theorie met de praktijk strookt en zal iedere huisarts zichzelf ook nog eens kritisch moeten afvragen wat voor hem/haar de daadwerkelijke reden is om de test te gebruiken.

Overigens wil ik een rol voor de CRP-sneltest in de eerste lijn niet uitsluiten. Het gebruik als aanvullende test zal verder onderzocht moeten worden, vooral met betrekking tot de vraag of herhaalde bepalingen van het CRP de huisarts kunnen helpen de diagnostische onzekerheid te reduceren, zowel bij LLWI's als bij andere veelvoorkomende infectieziekten in de huisartsenpraktijk. ■

LITERATUUR

1 Cals JW, Ament AJ, Hood K, Butler CC, Hopstaken RM, Wassink GF, et al. C-reactive protein point of care testing and physician communication skills training for lower respiratory tract infections in general practice: economic evaluation of a cluster randomized trial. J Eval Clin Pract 2011;17:1059-69.

2 Dahler-Eriksen BS, Lauritzen T, Lassen JF, Lund ED, Brandslund I. Near-patient test for C-Reactive protein in general practice: assessment of clinical, organizational, and economic outcomes. Clin Chem 1999;45:478-85.

3 Oppong R, Jit M, Smith RD, Butler CC, Melbye H, Mölstad S, et al. Cost-effectiveness of point-of-care C-reactive protein testing to inform antibiotic prescribing decisions. Br J Gen Pract 2013;63:465-71.

De rest van de literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

CRP bij lageluchtweginfecties voldoet onvoldoende

In haar beschouwing over het gebruik van de CRP-sneltest bij lageluchtweginfecties door de huisarts beschrijft Marloes Minnaard de conclusies uit haar proefschrift. Voor de dagelijkse praktijk is een test beschikbaar om het C-reactief proteïne (CRP) direct te bepalen. Bij een acuut optredend infectieus ziektebeeld kan een CRP-waarde de huisarts in de diagnostische fase ondersteunen. Mede daarop is de behandeling te baseren. De test kan dan ondersteuning geven bij het beleid wanneer de huisarts vermoedt dat er sprake is van een ernstige (bacteriële) infectie, óf om die uit te sluiten. Enerzijds kan dit ertoe leiden dat huisartsen minder vaak een antibioticum voorschrijven bij een lage CRP-waarde, en anderzijds kan de test het besluit tot het voorschrijven van een antibioticum of het verwijzen van de patiënt bij een hoge CRP ondersteunen.

Ik herinner me veel enthousiaste reacties na de publicatie van de NHG-Standaard Acuut hoesten en na het beschikbaar komen van de testapparatuur. De CRP-test werd alom aanbevolen, ook voor het gebruik op huisartsenposten. Het beschikbaar stellen van de testapparatuur door derden en de vergoeding van het testmateriaal door de verzekeraar stimuleerden daarbij. De verwachting was dat het invoeren van een bereikbaar, snel inzetbaar instrument duidelijke gevolgen zou hebben voor onder andere het aantal antibioticumrecepten. Bij twijfel over de vraag of de klachten wel of niet ernstig zijn, of viraal of toch bacterieel van aard zijn, is een aanvulling op de diagnostiek heel waardevol.

'De intermediaire ruimte tussen lage en hoge CRP blijkt vrij groot.'

De intermediaire ruimte tussen lage en hoge CRP blijkt vrij groot. Je hebt als huisarts in dit gebied, tussen de beide afkappunten, behoefte aan een ondersteunend diagnostisch hulpmiddel. Maar hier is de CRP-waarde nog te vaak intermediair. Die helpt je dan niet veel verder.

In haar onderzoek naar het aanvraaggedrag van huisartsen en hun behandelbeleid laat Marloes Minnaard zien of ze in de juiste situatie gebruikmaken van de CRP-sneltest en hun voorgenomen beleid na het bepalen van het CRP aanpassen. De verwachting was dat huisartsen graag gebruik zouden maken van deze test, dus vooral bij diagnostische twijfel. De onderzochte huisartsen testten (bij twijfel) in overeenstemming met de richtlijn (de NHG-Standaard), maar daarnaast in totaal bijna tweemaal vaker dan de richtlijn adviseert – bijvoorbeeld ook bij een zwak vermoeden van een ernstige bacteriële infectie. Ook pasten de huisartsen het voornemen een antibioticum voor te schrijven niet altijd aan wanneer de test op een laag risico wees.

WAARDE CRP IN HUISARTSENPRAKTIJK

Huisartsen hebben behoefte aan ondubbelzinnige ondersteuning bij het diagnostisch en prognostisch denkproces. De CRP-test voldoet hier duidelijk *niet* aan. Bij lage en hoge verdenking voegt de test niets toe: geen antibioticum en wel een consequente follow-up. Bij een ernstiger beeld: wel een antibioticum of verwijzen. In de twijfelsituatie is er te vaak sprake van een intermediaire uitslag. Vooral voor die situaties waarvoor de test bedoeld is, voldoet hij dus niet. Huisartsen moeten dus vertrouwen op hun pluis/niet-pluisgevoel en klinische blik. Om deze reden hebben wij de CRP-sneltest in onze huisartsenpraktijk niet ingevoerd.

Wanneer en hoe kan de test ons dan wel ondersteunen? De waarde van de CRP-test is in 78 huisartsenpraktijken onder 3000 zieke kinderen onderzocht met behulp van een klinische beslisregel. De conclusie luidt dat huisartsen de CRP-test moeten beperken tot kinderen bij wie een sterk vermoeden is van ernstig ziek-zijn. Bij een CRP < 5 mg/L kan de huisarts een verwijzing achterwege laten.[1]

Wat nu? Kan scholing verbetering brengen in het juiste gebruik van de test? Ik kan Minnaard ondersteunen: ook ná implementatie moeten we blijven leren. Bijvoorbeeld laagdrempelige scholing in diagnostische begrippen als positief en negatief voorspellende waarde, diagnostische waarden van een testuitslag, om er een paar te noemen. Wellicht kan de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG hierin een beslissingsondersteunende rol spelen. ■

LITERATUUR

1 Verbakel JY, Lemiengre MB, De Burghgraeve T, De Sutter A, Aertgeerts B, Shinkins B, et al. Should all acutely ill children in primary care be tested with point-of-care CRP: a cluster randomised trial. BMC Med 2016;14:131.

S.M. Labots-Vogelesang, huisarts, secretaris Commissie Wetenschappelijk Onderzoek NHG • Correspondentie: marijke@labots.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Rogier Hopstaken

CRP draagt bij aan best mogelijke diagnostiek

Foto: Andrey_Popov/Shutterstock

Er bestaat geen twijfel over de meerwaarde van de C-reactief proteïne (CRP)-test bij het onderscheiden van ernstige van niet-ernstige luchtweginfecties en als hulpmiddel voor rationeel antibioticagebruik.1-4 Het debat naar aanleiding van het proefschrift van Marloes Minnaard dient te gaan over diagnostische strategieën van de huisarts, de vertaling van ons diagnostisch dilemma naar wetenschappelijke 'maat en getal', goede indicatiestelling en gedragsverandering.

Huisartsen gebruiken verschillende diagnostische strategieën, die ze vaak impliciet toepassen tijdens het consult.[5] Soms blijft de diagnostische onzekerheid na anamnese en lichamelijk onderzoek (A/LO) te groot om de patiënt goed te kunnen adviseren over vervolgbeleid. Dit speelt in het bijzonder in de huisartsenzorg, waar patiënten zich veelal in een vroeg stadium, met vaak weinig uitgesproken en aspecifieke klachten melden. De diagnostische meerwaarde van afzonderlijke tests (A/LO) is meestal beperkt, bij een betrekkelijk kleine kans op aanwezigheid van een ernstige ziekte. De diagnostische onzekerheid wordt bij luchtweginfecties geregeld 'afgekocht' door het voorschrijven van een antibioticum.

DIAGNOSTISCH DILEMMA

CRP voorspelt ernstige luchtweginfecties veel sterker dan alle diagnostische tests (waaronder koorts, auscultatie) die de huisarts in de eigen praktijk ter beschikking heeft. Dat is ook de vertaling van de door Minnaard gepresenteerde ROC-curves.[6] De curve A/LO staat daarbij niet voor wat de huisarts in de eigen praktijk aan diagnostische informatie verzamelt. Nee, de curve is een theoretisch plaatje van een combinatie van statistisch significant scorende elementen uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Eén groot Europees onderzoek met licht zieke, hoestende patiënten domineert (53% van alle patiënten).[1] In dit onderzoek had slechts 4% van de ingesloten patiënten een temperatuur van > 37,8 °C. En bij slechts 3% van de patiënten dacht de huisarts aan pneumonie. In dit grote onderzoek is het dus niet gelukt om die patiënten te laten deelnemen bij wie de huisarts aanzienlijke diagnostische onzekerheid kent. Laat dat nu juist de categorie patiënten zijn

Saltro diagnostisch centrum, Utrecht: dr. R. Hopstaken, huisarts, vakspecialist POCT en huisartsgeneeskundige diagnostiek • Correspondentie: r.hopstaken@saltro.nl •Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

voor wie de NHG-Standaard Acuut hoesten aanbeveelt om een CRP-test te verrichten. Deze 'middencategorie' patiënten is dus een heel andere dan die Minnaard in dit tijdschrift presenteert. Hiermee marginaliseert zij ten onrechte de meerwaarde van CRP-POCT (*point of care testing*).

GOEDE INDICATIESTELLING IS CRUCIAAL

Goede indicatiestelling voor het inzetten van een extra hulpmiddel (CRP-POCT) is dus cruciaal. Niet voor niets luidt het advies om introductie van (CRP) POCT vergezeld te laten gaan van gerichte training en instructie. In haar methodologisch zwakkere, observationele onderzoek heeft Minnaard hier niet voor gekozen.[7] Daarmee is een kans om ook onnodig antibioticagebruik te verminderen bij voorbaat gemist. Daar komt bij dat huisartsen in dit onderzoek vooraf (theoretisch) moesten aangeven of ze antibiotica gingen voorschijven. Het resultaat was een extreem laag 'ja'-percentage van 32%, terwijl 70 tot 80% gebruikelijk is. Verdere reductie door CRP-POCT was dan ook moeilijk haalbaar. Een forse *recruitment bias* was een ander, door de onderzoekers, erkend zwak punt van het onderzoek.[8]

UPDATE VAN DE STETHOSCOOP

Na de introductie van Laennec's stethoscoop (1816) en enkele 'updates' hiervan is de accuratesse van klinische diagnostiek bij ondersteluchtweginfecties decennialang niet meer aantoonbaar verbeterd. In dit stille water gaf de introductie van de CRP-vingerprik een flinke rimpeling. Het is fascinerend om te zien dat de meest onderzochte en best bewezen diagnostische test bij ondersteluchtweginfecties juist het onderwerp van debat blijft. Zegt dat iets over de test of over de liefhebber van stilstaand water? Indien het laatste het geval is, zie ik uit naar de pro-con-debatten over het meten van lichaamstemperatuur, de waarde van de stethoscoop en de vraag 'hoe voelt u zich?' bij ondersteluchtweginfecties. Het antwoord zal dan zijn dat we deze tests niet meer hoeven uit te voeren, omdat ze (ook) niet perfect zijn.

GEDRAGSVERANDERING

Hoe borgen we de juiste indicatiestelling en interpretatie van CRP-testuitslagen, de juiste inbedding in het consult en de laboratoriumtechnische kwaliteit in de drukke praktijk van alledag? Om die gedragsverandering in de praktijk te bewerkstelligen zijn gerichte nascholing en training essentieel. Het idee dat we ook ná implementeren van de CRP-sneltest moeten blijven leren, is me dan ook op het lijf geschreven. Al wordt het tijd om te spreken over point-of-care testing,[9] waarbij de toegevoegde waarde is dat de test in een professionele context wordt aangeboden en geïnterpreteerd, daar waar de patiënt de zorg ontvangt. Zó kan de patiënt samen met de huisarts een rationeel besluit nemen over het vervolgbeleid. ■

LITERATUUR

1 Van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C, Zuithoff NP, De Jong PA, Coenen S, et al., on behalf of the GRACE consortium. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. BMJ 2013;346:f2450.

2 Verheij TJ, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP et al. NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). Huisarts Wet 2011;54:68-92.

3 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pneumonia: diagnosis and management of community-and hospital-acquired pneumonia in adults. Guideline development Group; 2014.

De rest van de literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen

NHG-werkgroep Verdachte huidafwijkingen

Kernboodschappen

- Maak volgens een stappenplan onderscheid tussen benigne en (pre)maligne huidafwijkingen. Hierbij bepalen kleur en oppervlak tot welke groep differentiaaldiagnoses de afwijking behoort. Verifieer de diagnose bij een diagnose à vue.
- Verwijs naar de dermatoloog bij een (sterk vermoeden van een) hoogrisico basaalcelcarcinoom, hoogrisico ziekte van Bowen, plaveiselcelcarcinoom, kerato-acanthoom of melanoom.
- Maak in samenspraak met patiënten met een (vermoeden van een) actinische keratose of een basaalcelcarcinoom of de ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken, de keuze tussen zelf behandelen of verwijzen.
- Verricht voorafgaand aan behandeling in de huisartsenpraktijk histopathologisch onderzoek, omdat de histopathologische diagnose bepalend is voor het beleid. Bij een sterk vermoeden van een actinische keratose of een atypische naevus volstaat een klinische diagnose.
- Histopathologisch onderzoek vindt plaats in de vorm van een stansbiopt; bij verdachte moedervlekken is ter uitsluiting van een melanoom een diagnostische excisie geïndiceerd.
- Inspecteer voorafgaand aan histopathologisch onderzoek en/of behandeling de volledige huid, omdat het bestaan van meerdere verdachte huidafwijkingen een reden kan zijn voor verwijzing naar de dermatoloog.
- Geef patiënten die in de huisartsenpraktijk worden behandeld instructie voor periodiek zelfonderzoek van de huid, met als doel recidieven en nieuwe uitingen van huidkanker tijdig te signaleren.

INLEIDING

De NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen geeft aanbevelingen voor de diagnostiek en behandeling van de meestvoorkomende vormen van huidkanker: het basaalcelcarcinoom, het plaveiselcelcarcinoom en het melanoom. Daarnaast besteedt deze standaard aandacht aan de diagnostiek en behandeling van premaligne huidafwijkingen, zoals actinische keratose en de ziekte van Bowen. Het plaveiselcelcarcinoom van de penis en vulva vallen buiten het bestek van deze standaard (zie hiervoor de NHG-Standaard Lichen sclerosus).

Aanleiding voor het ontwikkelen van deze standaard was dat huisartsen steeds vaker worden geconfronteerd met vragen over mogelijk (pre)maligne huidafwijkingen. Dit is te verklaren door de oplopende incidentie van huidkanker en de toenemende publieke aandacht hiervoor. De incidentie stijgt door een toename van de cumulatieve blootstelling aan de zon en zonnebanken in combinatie met een toegenomen levensverwachting. Tijdige herkenning en adequate behandeling zijn voor alle vormen van huidkanker van belang en de huisarts speelt hierbij een belangrijke rol.[1]

De standaard biedt een stappenplan om bij verdachte huidafwijkingen onderscheid te maken tussen benigne en (pre)maligne aandoeningen. Benigne huidafwijkingen presenteren zich vaak typischer en eenduidiger dan (pre)maligne huidafwijkingen. Voor het maken van onderscheid kan het dus helpen om benigne huidafwijkingen beter te herkennen. Daarom bevat de standaard kenmerken en afbeeldingen van relevante benigne huidafwijkingen. Wanneer de huisarts de diagnose à vue herkent, biedt de standaard handvatten om de diagnose te verifiëren aan de hand van de morfologische kenmerken en afbeeldingen. Bij een vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking wordt aanvullend onderzoek verricht en/of verwezen. Bij klinisch zeker benigne aandoeningen is aanvullend onderzoek niet nodig en volstaat meestal geruststelling.

De in deze standaard besproken (pre)maligne huidafwijkingen komen veel minder vaak voor bij mensen met donkere huidtypen en daarom richt deze standaard zich, vooral met betrekking tot de diagnostiek, primair op patiënten met lichtere huidtypes. Wel bevat de standaard achtergronden over huidkanker bij mensen met donkere huidtypen.

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. 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.

NHG-werkgroep Verdachte huidafwijkingen. NHG-Standaard Verdachte huidafwijkingen. Huisarts Wet 2017;60(6):276-90.

De werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Baaten GGG, Buis PAJ, Damen Z, De Haas ERM, Van der Heide WK, Opstelten W, Smeink P en De Vijlder HC.

Deze standaard is ontwikkeld in samenwerking met en sluit aan op richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV) en het IKNL.[2]

ACHTERGROND

Begrippen

- Verdachte huidafwijking: huidafwijking waarbij volgens de huisarts sprake zou kunnen zijn van een premaligne of maligne huidafwijking.
- Premaligne huidafwijkingen: huidafwijkingen waarvan wordt verondersteld dat zij een verhoogd risico hebben op maligne ontaarding, en dus een ander beleid vergen dan benigne huidafwijkingen. Hieronder vallen actinische keratose, ziekte van Bowen, lentigo maligna en de atypische/dysplastische naevus.
- Maligne huidafwijkingen: basaalcelcarcinoom, plaveiselcelcarcinoom (inclusief het kerato-acanthoom) en melanoom.[3]
- Moedervlek/naevus: in deze standaard wordt een melanocytaire naevus (naevus naevocellularis) bedoeld, dus een goedaardige huidafwijking opgebouwd uit pigmentcellen (melanocyten).
- Huidkleurig: zelfde kleur als de huid van de patiënt.
- Niet-huidkleurig: donkerder dan de huid van de patiënt, of andere kleur, zoals blauw of rood. Bij het bepalen van de kleur wordt roodheid door erytheem (dat berust op lokale vaatverwijding, en dus bij druk verdwijnt) buiten beschouwing gelaten.

Epidemiologie algemeen

Huidkanker is de meestvoorkomende vorm van kanker in Nederland. In het algemeen komt huidkanker het meest voor bij oudere patiënten, maar de incidentie neemt in alle leeftijdsgroepen toe.

Het aantal volwassen patiënten dat de huisarts consulteerde met een vraag over een (voor de patiënt) verdachte huidafwijking steeg van 61 per 1000 in 2000 naar 94 per 1000 in 2010. Het aandeel van huidkanker in deze consulten is gestegen van 1 op de 18 in 2000 naar 1 op de 10 in 2010. In 2013 werd in de huisartsenpraktijk 3,7 keer per 1000 patiëntjaren (alle leeftijden) de diagnose maligniteit huid/subcutis (ICPC S77) gesteld.[4]

Etiologie/pathofysiologie algemeen

De belangrijkste etiologische factor bij (pre)maligne huidafwijkingen is overmatige blootstelling aan uv-licht, waardoor het DNA van de huid irreversibel beschadigd raakt. Zowel uv-A- als uv-B-straling is hiervoor verantwoordelijk.[5] Een licht huidtype predisponeert voor beschadiging door zonlicht en voor het krijgen van huidkanker.[6] Patiënten met actinische keratose en patiënten die ooit een basaalcel- of plaveiselcelcarcinoom hebben gehad, hebben een verhoogd risico op alle vormen van huidkanker.[7] Patiënten met pigmentstoornissen, zoals albinisme (maar niet vitiligo), en patiënten met afwijkingen in het DNA-herstelmechanisme van de huid, zoals xeroderma pigmentosum, hebben vooral een verhoogd risico op basaalcel- en plaveiselcelcarcinoom. Hetzelfde geldt voor patiënten met een gestoorde immuniteit, al dan niet door het gebruik van immunosuppressieve medicatie, zoals na orgaantransplantatie.[8]

Actinische keratose

Actinische keratose is een huidaandoening met verstoorde verhoorning die zich soms ontwikkelt tot een plaveiselcelcarcinoom. Ruim een derde van de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar heeft actinische keratose. Ongeveer de helft heeft meer dan drie laesies.[9] Actinische keratose kan spontaan in regressie gaan, maar recidiveert vaak. Het risico dat actinische keratose zich ontwikkelt tot een plaveiselcelcarcinoom is niet goed bekend en waarschijnlijk per laesie klein; minder dan 1% per jaar. Het cumulatieve risico kan bij meerdere laesies die jaren bestaan bij een patiënt echter aanzienlijk zijn.[10]

Basaalcelcarcinoom

Het basaalcelcarcinoom ontstaat in keratinocyten van de epidermis. Er worden vier histologische groeitypes onderscheiden: nodulair, superficieel, sprieterig en micronodulair. Het basaalcelcarcinoom is de meestvoorkomende vorm van huidkanker en de incidentie ervan is de afgelopen decennia van alle vormen het sterkst toegenomen. De voor leeftijdsopbouw gestandaardiseerde incidentie is sinds 1973 bijna verviervoudigd naar 1,4 per 1000 personen per jaar in 2015. Naar schatting krijgt een op de vijf Nederlanders in zijn leven een of meerdere basaalcelcarcinomen. De gemiddelde leeftijd waarop patiënten een eerste basaalcelcarcinoom krijgen is 65 jaar. Het kan voorkomen op iedere leeftijd, maar vooral vanaf het dertigste levensjaar neemt de incidentie ervan toe. Er zijn geen belangrijke verschillen in incidentie tussen mannen en vrouwen.[9] Een half jaar na een eerste basaalcelcarcinoom wordt bij een op de tien patiënten een tweede basaalcelcarcinoom aangetroffen. Het cumulatieve vijfjaarsrisico op een tweede basaalcelcarcinoom is 30 tot 40%. Het risico op andere vormen van huidkanker is ongeveer met een factor drie verhoogd.[7]

Het basaalcelcarcinoom metastaseert vrijwel nooit (naar schatting bij 0,03% van de patiënten), maar kan door zijn invasieve groei grote lokale destructie van aangrenzende weefsels veroorzaken. Het risico op recidieven wordt bepaald door prognostische factoren; onder andere het histologische groeitype en de lokalisatie van het basaalcelcarcinoom [**tabel 1**]. Lokalisatie in de H-zone [**afbeelding 1**] geeft een verhoogd risico op infiltratieve groei vanwege de daar aanwezige embryonale splijtlijnen. In aanwezigheid van een of meer hoogrisicokenmerken moet een basaalcelcarcinoom agressiever behandeld worden dan zonder aanwezigheid hiervan. Zonder deze factoren is sprake van een laag (bij lokalisatie op de romp) of gemiddeld (overige lokalisaties) risico op recidieven.[11]

Ziekte van Bowen

De ziekte van Bowen is de in situ vorm van het plaveiselcelcarcinoom. De prevalentie is niet bekend.[9] Over het natuurlijk beloop en het risico op maligne ontaarding van de ziekte van Bowen tot een plaveiselcelcarcinoom is ook weinig

bekend.[10] Men vermoedt dat de ziekte van Bowen ≥ 2 cm of een recidief een hoger risico geven op maligne ontaarding en daarom worden ze beschouwd als hoogrisicofactoren voor de ziekte van Bowen.[11]

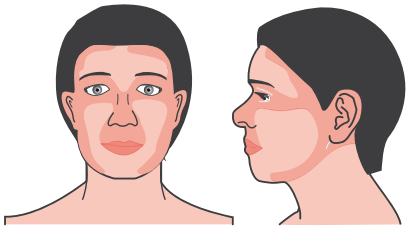
Plaveiselcelcarcinoom

Net als het basaalcelcarcinoom ontstaat het plaveiselcelcarcinoom in de keratinocyten van de epidermis. De incidentie van het plaveiselcelcarcinoom is de laatste 25 jaar verdubbeld naar 0,32 per 1000 patiënten per jaar in 2015. Voor mannen is de incidentie verdubbeld tot 0,40 per 1000 mannen per jaar; voor vrouwen is de incidentie verviervoudigd tot 0,25 per 1000 vrouwen per jaar. De gemiddelde leeftijd waarop patiënten een eerste plaveiselcelcarcinoom krijgen is 74 jaar. Het plaveiselcelcarcinoom komt vrijwel nooit voor bij patiënten jonger dan 45 jaar.[9] Een plaveiselcelcarcinoom kan zich ontwikkelen in een actinische keratose of de ziekte van Bowen, maar kan ook de novo ontstaan. Het risico op een plaveiselcelcarcinoom stijgt door blootstelling aan ioniserende straling, arsenicum, na PUVA-behandeling, in chronische wonden, littekens, brandwonden, ulcera of fistels en bij HPV-infectie.[12] Ook roken verhoogt het risico op een plaveiselcelcarcinoom.[13]

Na een plaveiselcelcarcinoom is het cumulatieve vijfjaarsrisico op een tweede plaveiselcel- of basaalcelcarcinoom ongeveer 35 tot 40%.[7]

De prognose van het plaveiselcelcarcinoom hangt af van het stadium van de tumor. Dit wordt onder andere bepaald door de grootte en dikte van de tumor, eventuele doorgroei in omliggende weefsels en eventuele metastasering (naar regionale lymfklieren en op afstand).[14] Gemiddeld treedt metastasering van een plaveiselcelcarcinoom op bij ongeveer 2% van de patiënten, gemiddeld twee jaar na de initiële behandeling. Meestal gaat het daarbij om metastasering naar regionale lymfklieren. De tienjaarsoverleving is 91%.[15]

Afbeelding 1 De H-zone



Tabel 1 Basaalcelcarcinoom: kenmerken die gepaard gaan met een verhoogd risico op recidieven

Lokalisatie	H-zone: ogen, oren, lippen, neus, nasolabiale plooi [**afbeelding 1**]
Grootte	≥ 2 cm
Eerdere therapie	recidieftumor (op dezelfde plaats)
Histologisch groeitype	sprieterig, micronodulair

Kerato-acanthoom

Het kerato-acanthoom is een huidtumor met centrale hoornprop, die moeilijk te onderscheiden is van een goed gedifferentieerd plaveiselcelcarcinoom. Daarom wordt het qua diagnostiek, verwijzing en follow-up beschouwd als een plaveiselcelcarcinoom.[16]

Cornu cutaneum

Het cornu cutaneum is een hoornpilaar die zich kan ontwikkelen in een actinische keratose of plaveiselcelcarcinoom, maar ook in een verruca seborrhoica of seborroïsch eczeem. De huisarts beoordeelt wat de onderliggende huidafwijking is en bepaalt op basis daarvan het verdere beleid.

Atypische/dysplastische naevus

De atypische naevus wordt, hoewel benigne, gezien als marker van een verhoogd melanoomrisico en is daarom in deze standaard ingedeeld onder de premaligne afwijkingen.[17] Aangetoond is dat de aanwezigheid van vijf of meer atypische naevi het risico op een melanoom met een factor zes doet toenemen.[18] Het risico dat uit een atypische naevus een melanoom ontstaat, is onbekend, maar wordt geacht dermate laag te zijn dat preventieve excisie van atypische naevi niet wordt aanbevolen. De meeste melanomen lijken de novo te ontstaan.

De diagnose atypische naevus wordt klinisch gesteld (zie *Diagnostiek*).

Als bij histopathologisch onderzoek van een naevus atypie (dysplasie) vastgesteld wordt, spreekt men van een dysplastische naevus.

Lentigo maligna

De lentigo maligna is de meestvoorkomende vorm van het in situ melanoom. In 2013 was de incidentie 0,38 per 1000 patiënten per jaar. De mediane leeftijd waarop de diagnose werd gesteld, was 71 jaar.[9] Het cumulatieve tienjaarsrisico voor patiënten met een lentigo maligna op een (lentigo maligna) melanoom is 1,0% voor mannen en 1,6% voor vrouwen.[10]

Melanoom

Het melanoom ontstaat in pigmentcellen (melanocyten) van de huid. Er wordt onderscheid gemaakt tussen superficieel spreidende, nodulaire, lentigo maligna en acrolentigineuze melanomen. De incidentie is in Nederland de laatste 25 jaar ruim verdubbeld naar 0,29 per 1000 personen per jaar in 2015. Het melanoom kan op iedere leeftijd voorkomen, maar vanaf het dertigste levensjaar neemt de incidentie ervan toe. Tot de leeftijd van 60 jaar komen melanomen aanzienlijk vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Boven de 60 jaar is de incidentie bij mannen hoger.[9] Patiënten uit families met het familiair melanoom of het 'familiar atypical multiple mole melanoma syndrome' (FAMMM-syndroom) (voorheen bekend als het dysplastisch naevussyndroom) hebben ten gevolge van genmutaties een sterk verhoogd risico op een melanoom (het lifetime-risico loopt op tot 70%). In deze families is ook de incidentie van pancreastumoren verhoogd. Ook de aanwezigheid van congenitale naevi groter dan 20 cm doorsnede (op volwassen leeftijd), honderd of meer moedervlekken en vijf of meer atypische naevi vormen een risicofactor voor het krijgen van een melanoom.[18]

De prognose van het melanoom hangt af van het stadium van de tumor.

Dit wordt onder andere bepaald door de dikte van de tumor (Breslowdikte), mitoseactiviteit en het bestaan van ulceratie of metastasering.[19] Gemiddeld is de tienjaarsoverleving na een melanoom 83%. Een melanoom met Breslowdikte ≤ 1 mm leidt gemiddeld niet tot een verminderde vijfjaarsoverleving. De prognose van een melanoom is, bij gelijke Breslowdikte, voor vrouwen jonger dan 60 jaar beter dan bij mannen, daarna voor beide geslachten gelijk.[20]

Patiënten met een donkere huidskleur

Bij personen met een donkere huidskleur in Nederland is de incidentie van huidkanker niet bekend. Aangenomen wordt dat naarmate het huidtype donkerder is, huidkanker zeldzamer is.

Blootstelling aan zonlicht speelt bij deze patiënten waarschijnlijk een kleinere rol, aangezien huidkanker bij hen vaker op niet aan zon blootgestelde huiddelen voorkomt, zoals onder de voetzolen, op bovenbenen en bij de anus. Basaalcelcarcinomen zijn bij patiënten met een donkere huidskleur in de helft van de gevallen gepigmenteerd tegenover 5% bij patiënten met een lichte huidskleur. Andere verschillen met patiënten met een lichte huidskleur zijn dat plaveiselcelcarcinomen relatief vaker voorkomen dan basaalcelcarcinomen, en dat het merendeel van de melanomen van het acrolentigineuze type is. De prognose voor het plaveiselcelcarcinoom en het melanoom is bij patiënten met een donkere huidskleur minder gunstig dan bij patiënten met een lichtere huidskleur. Dit komt waarschijnlijk doordat zowel artsen als patienten zich minder bewust zijn van het risico op maligne huidafwijkingen en zij daardoor deze huidafwijkingen in een later stadium herkennen.[21]

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

De diagnostiek staat samengevat in [**stroomschema 1**].

Anamnese

Vraag naar:

- de duur van het bestaan van de huidafwijking; eventuele veranderingen sinds het ontstaan (groei, vorm, kleur);
- klachten, zoals jeuk, pijn en bloeden.

Besteed bij zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek aandacht aan het inschatten van het risico van de patiënt op huidkanker [**kader 1**].

Lichamelijk onderzoek

Stap 1

Bepaal aan de hand van de kleur en het oppervlak tot welke groep differentiaaldiagnoses de huidafwijking behoort:[22]

- huidkleurige afwijking met een glad oppervlak: zie bijlage [**tabel 2**]; met keratotisch/schilferend oppervlak: zie bijlage [**tabel 3**];
- niet-huidkleurige afwijking met een glad oppervlak: zie bjilage [**tabel 4**]; met een keratotisch/schilferend oppervlak: zie bijlage [**tabel 5**].

Stap 2

Vergelijk de huidafwijking voor verdere differentiatie aan de hand van de volledige PROVOKE-kenmerken met de huidafwijkingen in de relevante tabel.

PROVOKE staat voor:

P: plaats/lokalisatie
R: rangschikking (bij multipele huidafwijkingen, hier meestal niet relevant)
O1: omvang/afmetingen
V: vorm
O2: oppervlak/omtrek: glad/keratotisch/squameus/papillomateus, scherpte van begrenzing
K: kleur
E: efflorescentie: plaque, macula, ulcus, papel, nodu(lu)s)

Bij diagnose à vue: verifieer de diagnose aan de hand van de relevante tabel.

Facultatief: beoordeel de huidafwijking met de dermatoscoop [**kader 2**].

Stap 2a (bij moedervlekken/naevi)

Bepaal bij huidafwijkingen waarbij op basis van stap 2 sprake lijkt te zijn van een moedervlek met behulp van het ABCDE-acroniem en het 'ugly duckling sign' in hoeverre kenmerken van een melanoom aanwezig zijn. Ga ook na of sprake is van een atypische naevus.

ABCDE-acroniem

Dit staat voor:

- **A**symmetrie
- **B**egrenzing (wisselend scherp/onscherp)
- **C**olor (niet-egale kleur, dit kan ook wit, blauw of rood zijn)
- **D**iameter (≥ 6 mm)
- **E**volutie (verandering/ groei)

'Ugly duckling sign'

Ga na of en in welke mate de moedervlek afwijkt van overige moedervlekken bij dezelfde patiënt. Bij een duidelijk verschil (positief 'ugly duckling sign') kan een vermoeden ontstaan van een melanoom.

Harde afkappunten om onderscheid te maken tussen onschuldige moedervlekken en melanomen zijn niet te geven, aangezien zowel het ABCDE-acroniem als het 'ugly duckling sign' niet is gevalideerd in de huisartsenpraktijk.[23]

Atypische naevi

Men noemt een naevus atypisch als er sprake is van een maculeuze of vlakke naevus met drie of meer kenmerken van atypie: asymmetrie, onscherpe begrenzing, niet-egale maar wel uitsluitend *bruine* kleur, diameter ≥ 5 mm, rondom erytheem. Maak bij vermoeden van een atypische naevus een foto van de huidafwijking en herbeoordeel de patiënt na zes tot twaalf weken. Pas als ook dan ook geen aanwijzingen bestaan voor een melanoom, kan de waarschijnlijkheidsdiagnose atypische naevus gesteld worden.[24]

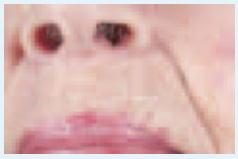
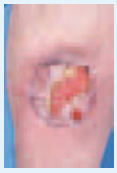
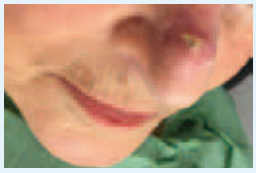
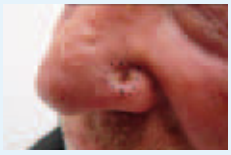
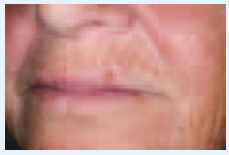
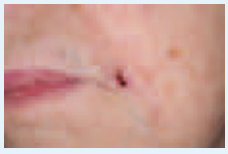
Stap 3

Stel een waarschijnlijkheidsdiagnose en eventueel differentiaaldiagnose en betrek hierin de inschatting van het risico op huidkanker bij de betreffende patiënt [**kader 1**].

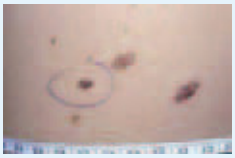
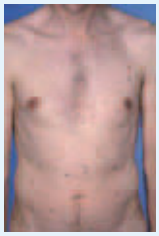
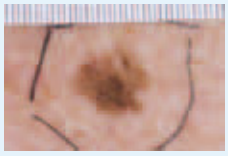
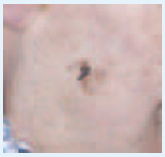
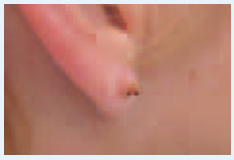
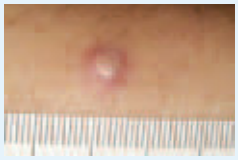
Stap 4

Inspecteer bij een verdachte huidafwijking de volledige huid. Denk hierbij ook aan voetzolen, handpalmen en de huid tussen de vingers en tenen. Een enigszins pragmatische aanpak, bijvoorbeeld ten aanzien van de genitaliën, is hierbij acceptabel. Het doel is te beoor-

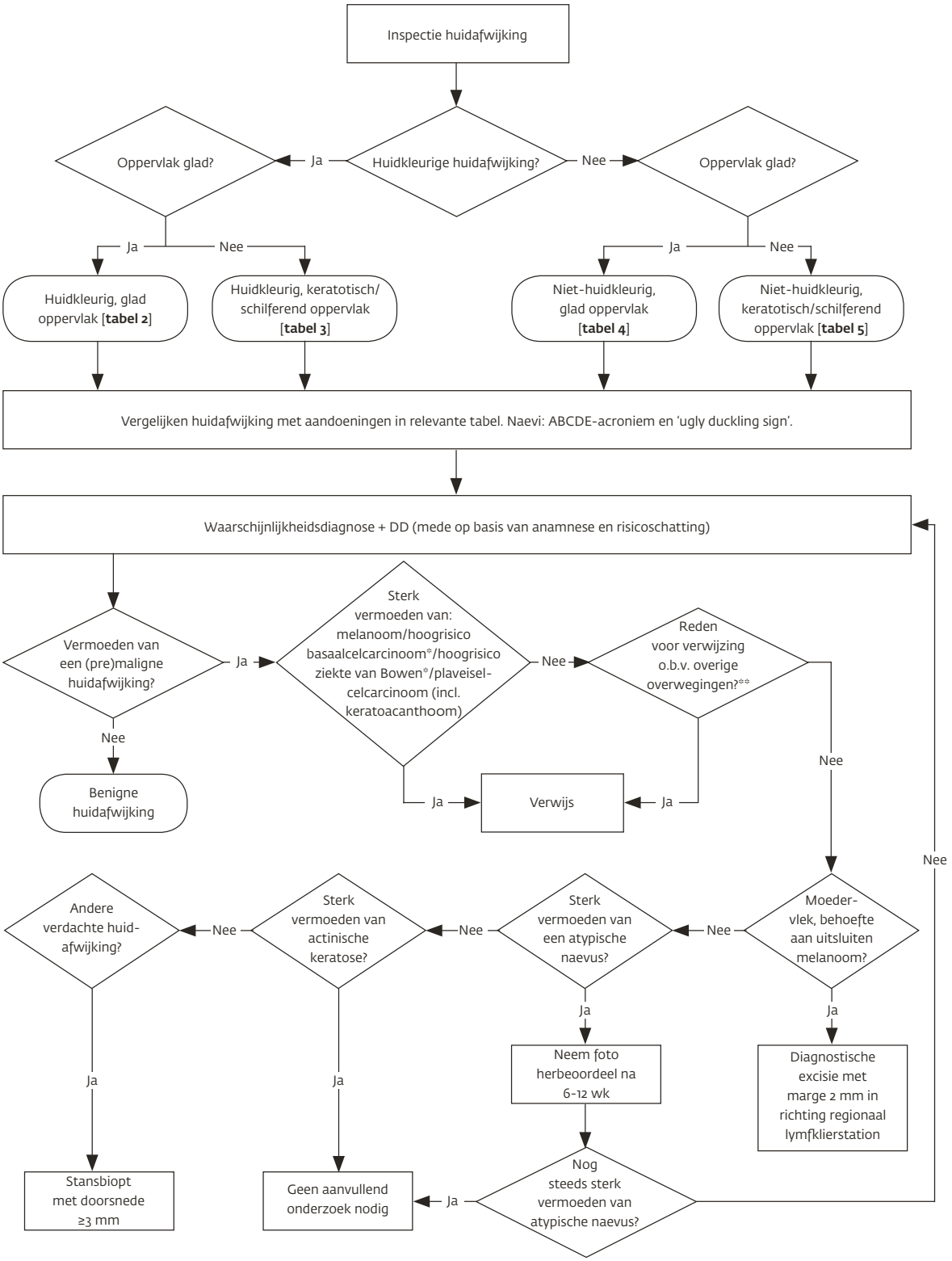
Samenvatting tabellen 2 tot en met 5*

Onderscheidende $PRO_{(1)}VO_{(2)}KE$-kenmerken en klinische symptomen			
Actinische keratose			
R: solitair of multipel V: onregelmatige vorm O_2: ruw verhoornd oppervlak K: huidkleurig tot iets donkerder E: plaque/papel Klinisch: asymptomatisch, soms jeuk			
M. Bowen			
V: begrensd O_2/K: erythematosquameus E: plaque Klinisch: asymptomatisch, langzaam groeiend			
Plaveiselcelcarcinoom			
O_2: ruw aanvoelend, soms verruceus, crusteus K: huidkleurig of lichtrood E: papel, plaque, soms met centrale ulceratie Klinisch: asymptomatisch, maar kan pijnlijk zijn			
Basaalcelcarcinoom			
Nodulair basaalcelcarcinoom			
O2: glanzend, parelmoerachtig oppervlak met fijne teleangiëctasieën, scherp begrensd E: nodus, soms ulcererend Klinisch: asymptomatisch			
Sprieterig basaalcelcarcinoom			
O2: glanzend, onscherp begrensd, verlittekend, soms met teleangiëctasieën E: papel (soms verzonken) of plaque Klinisch: asymptomatisch			
Superficieel basaalcelcarcinoom			
O: glanzend, scherp begrensd, erythematosquameus E: plaque Klinisch: asymptomatisch			
Gepigmenteerd basaalcelcarcinoom			
O2: glanzend, parelmoerachtig oppervlak met fijne teleangiëctasieën E: nodus, soms ulcererend Klinisch: asymptomatisch			

* Raadpleeg voor de uitgebreide tabellen met differentiaaldiagnoses de bijlagen bij de standaard op de website.

Onderscheidende $PRO_{(1)}VO_{(2)}KE$-kenmerken en klinische symptomen			
Atypische naevus			
O_1: ≥ 5 mm V: asymmetrisch O_2: onscherp begrensd K: niet egaal bruin (donkerder dan huidkleur) E: macula of plaque Klinisch: stabiel (geen groei of klachten) NB: overweeg de diagnose op basis van aanwijzingen in de hoofdtekst bij stap 2a bij Diagnostiek			
Lentigo maliga			
O_2: grillige randen K: (sterk) onregelmatig gepigmenteerd E: macula			
Melanoom			
Superficieel spreidend melanoom			
V: asymmetrisch O_2: wisselend scherp en onscherp begrensd, ulceratie en/of korstvorming K: onregelmatig gepigmenteerd met erythemateuze basis, soms witgrijze en/of roze gebieden E: macula plaque Klinisch: klachten, zoals jeuk, bloeden en pijn, kunnen voorkomen NB: overweeg de diagnose op basis van aanwijzingen in de hoofdtekst bij stap 2a bij Diagnostiek			
Nodulair melanoom			
Zie het superficieel spreidend melanoom (E: papel of tumor) Klinisch: kan in korte tijd ontstaan			
Lentigo maligna melanoom			
Zie het superficieel spreidend melanoom (E: macula) en lentigo maligna			
Acrolentigineus melanoom			
Zie het superficieel spreidend melanoom (P: op/onder handen en voeten)			
Kerato-acanthoom			
V: bolrond O_2: glad E: papel of tumor met centraal een krater gevuld met hoornprop Klinisch: groeit/ontstaat binnen zes weken en kan binnen enkele weken tot maanden spontaan in regressie gaan			

Stroomschema 1 **Diagnostiek verdachte huidafwijkingen**



* Hoogrisico basaalcelcarcinoom: ≥ 2 cm, en/of lokalisatie in H-zone [**afbeelding 1**], en/of recidief, en/of histologisch sprieterig of micronodulair groeitype. Hoogrisico ziekte van Bowen: ≥ 2 cm, en/of recidief.

** Zie *Verwijzing* en *consultatie*. Bepaal dit mede door middel van inspectie van de volledig aan zon blootgestelde huid.

Kader 1 Inschatting risico op huidkanker (anamnese en lichamelijk onderzoek)
Vraag naar:
- blootstelling aan de zon in het verleden: hobby's of werkzaamheden in de buitenlucht, langdurig of regelmatig verblijf in de tropen, zonnebaden, gebruik van zonnebanken;
- zonverbranding in het verleden: leeftijd, frequentie, blaren en locatie daarvan;
- voorgeschiedenis huidkanker;
- immuundeficiëntie (bijvoorbeeld het gebruik van immunosuppressieve medicatie)
- rookgedrag (nu en in het verleden);
- familieanamnese melanoom (vraag bij bevestigend antwoord bij wie en of er ook pancreastumoren voorkomen).

Beoordeel:
- het huidtype. Het lichtste type is type 1. Dit houdt in: lichte huid, sproeten, rossig tot lichtblond haar, lichte kleur ogen, snel verbrandend, bijna niet bruinend. Het donkerste type is type 6. Dit betreft negroïde patiënten;[6]
- of er sprake is van actinische schade, zoals rimpels (gezicht, decolleté), teleangiëctasieën en gehyper- of hypopigmenteerde maculae.

Het risico op een (pre)maligne huidafwijking is het grootst bij oudere patiënten met een licht huidtype, reeds aanwezige actinische schade/keratose of behandeling in het verleden vanwege een vorm van huidkanker of actinische keratose (zie *Achtergrond*).

delen of er nog meer verdachte huidafwijkingen bestaan, wat bijvoorbeeld gevolgen kan hebben voor het verwijsbeleid (zie *Verwijzing en consultatie*). De beschadiging van de huid door de zon beperkt zich immers niet tot de actuele verdachte huidafwijking, maar beslaat een uitgebreider huidgebied.[7] Het 'ugly duckling sign' kan hier ook van nut zijn (zie *stap 2a*).

Aanvullend onderzoek

Verricht bij een vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking histopathologisch onderzoek, afhankelijk van de vermoedelijke aandoening door middel van een stansbiopt of diagnostische excisie [**kader 3**], tenzij sprake is van:
- een verwijsindicatie of reden om te verwijzen op basis van overige overwegingen (zie *Verwijzing en consultatie*);
- een sterk vermoeden van een actinische keratose (klinische diagnose volstaat);
- een sterk vermoeden van een atypische naevus (klinische diagnose volstaat).

Teledermatologie wordt bij een vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking niet aanbevolen.[29]

Evaluatie

Bepaal of sprake is van:
- actinische keratose;
- atypische naevus (klinische diagnose, verwijsindicatie bij ≥ vijf);
- basaalcelcarcinoom, hoogrisico (verwijsindicatie):
  - lokalisatie in de H-zone [**afbeelding 1**], en/of
  - diameter ≥ 2 cm, en/of
  - een recidief, en/of
  - histopathologisch micronodulair of sprieterig groeitype[30]
- basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken; maak voor het beleid onderscheid tussen:
  - nodulair groeitype
  - superficieel groeitype
- ziekte van Bowen, hoogrisico (verwijsindicatie):
  - diameter ≥ 2 cm, en/of
  - recidief
- ziekte van Bowen zonder hoogrisicokenmerken
- plaveiselcelcarcinoom (verwijsindicatie)
- kerato-acanthoom (verwijsindicatie)
- dysplastische naevus (histopathologische diagnose, verwijsindicatie)
- melanoom of lentigo maligna (verwijsindicatie, beoordeling melanoom door de dermatoloog binnen twee werkdagen)

RICHTLIJNEN BELEID

Het beleid is samengevat in [**stroomschema 2**].

Kader 2 Dermatoscopie (facultatief)
Dermatoscopie kan bij deskundig gebruik helpen om benigne van maligne huidafwijkingen te onderscheiden.[25]

Gebruik van een dermatoscoop in de huisartsenpraktijk is facultatief. Voorwaarde is dat de huisarts voor het gebruik van de dermatoscoop geschoold is en in de dagelijkse praktijk voldoende ervaring kan opbouwen en onderhouden.

Voorlichting en bespreken behandelingsopties

Algemeen

Geef de volgende voorlichting en adviezen:
- overmatige blootstelling aan zonlicht en zonverbranding zijn de belangrijkste oorzaken van premaligne en maligne huidafwijkingen;
- het risico om in de toekomst meer premaligne of maligne huidafwijkingen te krijgen is aanzienlijk verhoogd;
- beperk blootstelling van de huid aan de zon en gebruik een zonnebrandcrème met minimaal beschermingsfactor 30 en een dagcrème met beschermingsfactor 15;
- inspecteer elke drie tot zes maanden de volledige huid en consulteer de huisarts bij verandering van een huidafwijking (geef de patiënt daartoe instructie conform de instructie op www.thuisarts.nl).[31]

Bied voorlichtingsmateriaal aan en verwijs naar de informatie op www.thuisarts.nl. De informatie op Thuisarts.nl is gebaseerd op deze NHG Standaard.

Actinische keratose

Leg de patiënt naast de algemene voorlichting het volgende uit:
- actinische keratose is goedaardig, maar kan zich ontwikkelen tot huidkanker (een plaveiselcelcarcinoom);
- het risico hierop is klein (< 1% per laesie per jaar), maar naarmate er meer en uitgebreidere laesies zijn, neemt het risico waarschijnlijk aanzienlijk toe;
- om die reden bestaat bij meerdere (arbitrair > vijf) laesies, grotere laesies (arbitrair > 1 cm) of actinische veldveranderingen een voorkeur om te behandelen;
- bij enkele kleine solitaire laesies op een voor de patiënt makkelijk controleerbare lokalisatie is te overwegen behandeling achterwege te laten;
- actinische keratose kan ook spontaan verdwijnen, maar recidiveert vervolgens vaak.

Bespreek de wens of noodzaak voor behandeling op basis van het aantal, de grootte en de uitgebreidheid van de laesies, en de hinder die de patiënt ervan

Kader 3 Aanbevelingen histopathologisch onderzoek bij een vermoeden van een (pre)maligne huidafwijking

Algemeen
- fotografeer de verdachte huidafwijking vooraf, zodat een eventueel later betrokken dermatoloog de uitgangssituatie kan beoordelen;
- voorkom verknijpingsartefacten en plaats het pincet *niet* op de huidafwijking;
- bewaar het weefsel in formaline (minimaal zeven keer het volume van het weefsel).

Aanvullend onderzoek moedervlek
- verricht een diagnostische excisie met een excisiemarge van 2 mm, tot in de subcutis;[26]
- excideer in de richting van het regionale lymfklierstation (dit is niet altijd in de richting van de huidlijnen);
- excideer in de lengterichting van de extremiteit;
- markeer door middel van een hechting het proximale deel van het verwijderde weefsel.

Aanvullend onderzoek overige verdachte huidafwijkingen
- neem een stansbiopt met een minimale doorsnede van 3 mm (bij biopten vanaf 4 mm is hechten met hechtdraad, weefsellijm of hechtpleister nodig);[27]
- neem biopten in het deel van de huidafwijking met de meest typerende kenmerken;
- bij een cornu cutaneum: knip eerst de hoornpilaar af en neem dan een biopt van de onderliggende huidafwijking.

Geen schaafbiopt
Het nemen van een schaafbiopt bij een verdachte huidafwijking wordt afgeraden, omdat hiermee alleen histopathologisch onderzoek mogelijk is van het op de huid gelegen deel van de afwijking en er geen mededelingen te doen zijn over doorgroei in de diepere lagen van de huid.

Geen therapeutische excisie zonder voorafgaand aanvullend onderzoek
Het verrichten van een therapeutische (in opzet radicale) excisie van een verdachte huidafwijking, zonder voorafgaand histopathologisch onderzoek, wordt afgeraden. Dit geldt ook voor het nemen van een grotere maat stansbiopt met therapeutische excisie als doel. De histopathologische diagnose is namelijk bepalend voor het beleid ten aanzien van therapeutische excisie (aanbevolen excisiemarge), eventuele niet-chirurgische behandelingsopties en de indicatie om te verwijzen.
Excisie zonder histopathologische diagnose kan leiden tot overbehandeling (onnodige excisie bij benigne huidafwijkingen of bij niet-chirurgische behandelingsopties, excisie met te grote marges, met als gevolg grotere littekens dan noodzakelijk en een risico op wondinfectie) of onderbehandeling (excisie met te kleine marge en/of niet-radicale excisie, waarna alsnog (re-)excisie met de juiste marge moet plaatsvinden, of ten onrechte niet verwijzen van patiënten).[37]
NB: radicaliteit is met stansbiopten niet te beoordelen.

Informatie bij PA-aanvraag
Stuur bij de PA-aanvraag de volgende informatie mee:[28]
- anamnestische gegevens: sinds wanneer opgemerkt, recente verandering, verschijnselen zoals jeuk of bloeden, afmetingen;
- klinische diagnose en differentiaaldiagnose;
- sterkte van vermoeden van (pre)maligne aandoening;
- aard van de ingreep;
- bij excisie de excisiemarge;
- (schematische) tekening met plaats van laesie gemarkeerd;
- vraagstelling.

Interpretatie PA-uitslag
Neem bij twijfel of onduidelijkheid over de PA-uitslag contact op met de dermatoloog of patholoog of verwijs (zie *Verwijzing en consultatie*).

ondervindt (pijn, jeuk, cosmetische hinder). Maak een keuze tussen de behandelingsopties aan de hand van [**tabel 6**].[32,33] Zie voor verwijsindicaties en behandelingsmogelijkheden in de tweede lijn *Verwijzing en consultatie*. Zie voor aanbevelingen voor de uitvoering van de behandelingen [**kader 4**]. Benadruk indien behandeling achterwege wordt gelaten het belang van het periodieke zelfonderzoek van de laesie(s) en de overige huid (zie *Richtlijnen beleid, Voorlichting en bespreken behandelingsopties, Algemeen*).

Basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken (histopathologisch bevestigd)
Leg de patiënt naast de algemene voorlichting het volgende uit:
- het basaalcelcarcinoom is de meestvoorkomende vorm van huidkanker;
- het basaalcelcarcinoom zaait niet uit, maar kan wel onderhuids doorgroeien en aanzienlijke lokale schade veroorzaken;
- de kans op een tweede basaalcelcarcinoom binnen drie jaar is ongeveer 30 tot 40%.

Nodulair basaalcelcarcinoom
Bespreek met de patiënt met een nodulair basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken dat therapeutische excisie met een marge van 3 tot 4 mm de aangewezen behandeling is [**kader 4**].[35] Deze methode is het meest effectief en biedt de mogelijkheid om histopathologisch te controleren of de behandeling radicaal is geweest.[35] Zie voor verwijsindicaties *Verwijzing en consultatie*.

Superficieel basaalcelcarcinoom
Bespreek met de patiënt met een superficieel basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken dat naast therapeutische excisie ook een niet-chirurgische behandeling te overwegen is, zoals behandeling met 5-fluorouracilcrème of cryotherapie. Bespreek deze behandelingsopties met de patiënt aan de hand van de gegevens in [**tabel 7**].[33,35] Zie voor verwijsindicaties en behandelingsmogelijkheden in de tweede lijn *Verwijzing en consultatie*. Zie voor aanbevelingen voor de uitvoering van de behandelingen [**kader 4**].

Ziekte van Bowen zonder hoogrisicokenmerken (histopathologisch bevestigd)
Leg de patiënt naast de algemene voorlichting uit dat de ziekte van Bowen geen huidkanker is, maar zich wel kan ontwikkelen tot een plaveiselcelcarcinoom. Daarom is behandeling noodzakelijk. Indien er geen hoogrisicofactoren zijn, is behandeling in de huisartsenpraktijk mogelijk.

Bespreek dat chirurgische excisie waarschijnlijk de meest effectieve behandeling is, hoewel bewijs hiervoor ontbreekt.[36] Op basis van patiëntkenmerken of patiëntvoorkeur kan een andere behandeling overwogen worden, zoals cryotherapie of 5-fluorouracilcrème. Bespreek deze behandelingsopties met de patiënt aan de hand van de ge-

gevens in [**tabel 7**].[33,36] Zie voor verwijsindicaties en behandelingsmogelijkheden in de tweede lijn *Verwijzing en consultatie*. Zie voor aanbevelingen voor de uitvoering van de behandelingen [**kader 4**].

Atypische naevus

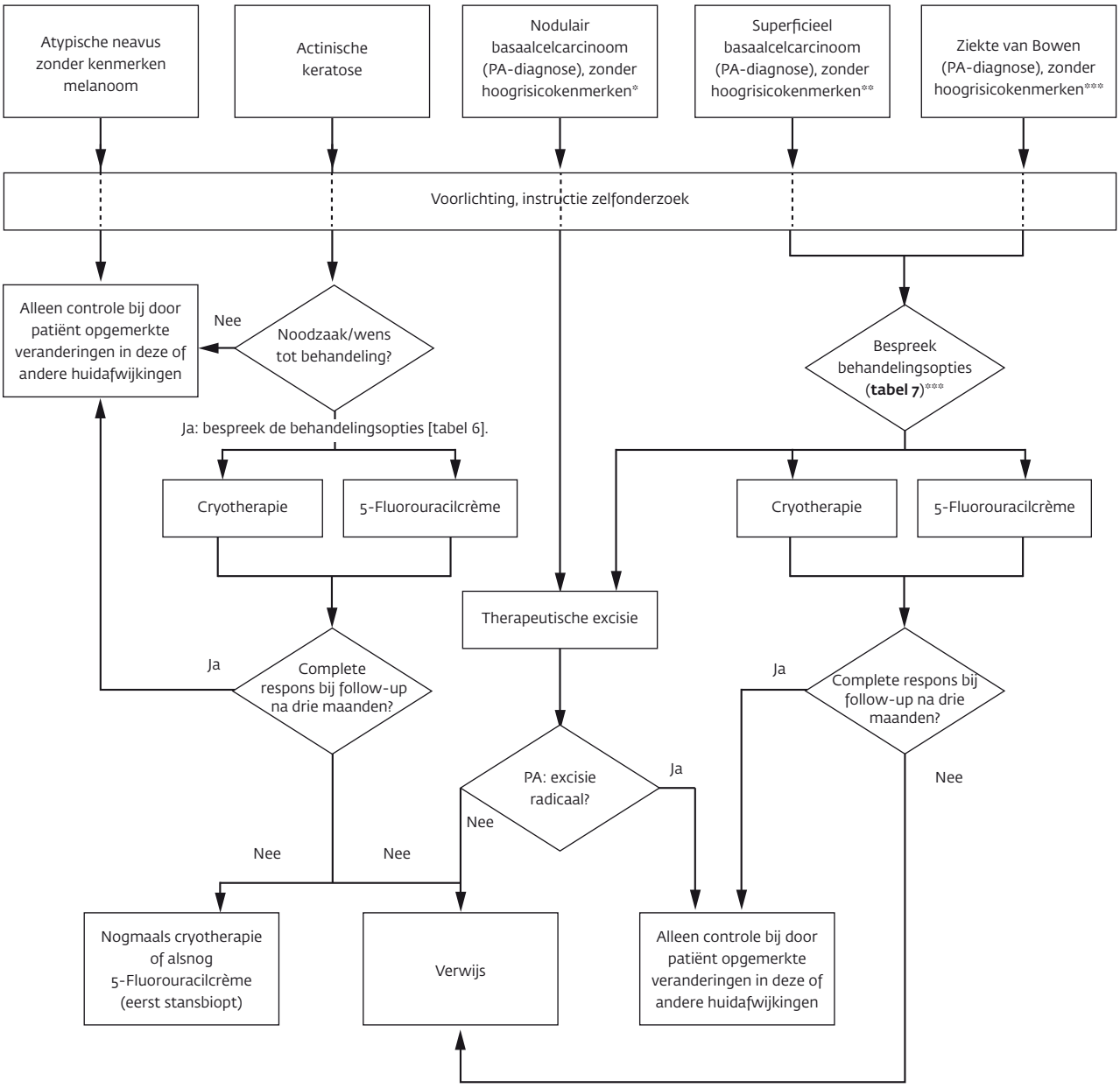
Leg de patiënt naast de algemene voorlichting uit dat:

- de atypische naevus een goedaardige naevus is, maar wel wordt gezien als aanwijzing voor het bestaan van een algemeen verhoogd risico op een melanoom;
- het preventief verwijderen van atypische naevi niet wordt aanbevolen, omdat de kans dat een melanoom ontstaat uit een atypische naevus klein is;[17]
- alleen het periodiek inspecteren van de huid door de patiënt aan te bevelen is (zie *Voorlichting en bespreken behandelingsopties, Algemeen*).

Niet-medicamenteuze en medicamenteuze behandeling

Zie [**kader 4**] voor aanbevelingen voor de

Stroomschema 2 Beleid verdachte huidafwijkingen



* Basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken: < 2 cm, lokalisatie buiten de H-zone [**afbeelding 1**], geen recidief en geen micronodulair of sprieterig histologisch groeitype.

** Ziekte van Bowen zonder hoogrisicokenmerken: < 2 cm en geen recidief.

*** Zie hoofdtekst. Verwijs indien geen van de behandelingsopties geschikt is.

Tabel 6 **Behandelingsopties actinische keratose**

	5-fluorouracilcrème	Cryotherapie
Geschikt voor	multipele laesies (maximaal 500 cm^2), maar kan ook bij solitaire laesies contra-indicatie: zwangerschap of lactatie	enkele solitaire (arbitrair ≤ vijf) laesies
Inhoud behandeling	5-fluorouracilcrème (een chemotherapeuticum) wordt dagelijks twee keer aangebracht gedurende vier weken	de laesies worden tijdens een consult twee keer aangestipt (bevroren) met vloeibare stikstof
Effectiviteit	genezing bij ongeveer 60% van de patiënten	genezing bij ongeveer 40% van de patiënten
Bijwerkingen	bij iedereen treden (heftige) lokale reacties op van de actinisch beschadigde huid: erytheem, erosie, crustae, ulcera, jeuk, zwelling (genezing duurt enkele weken) op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris) cosmetisch storend litteken	pijn (vooral tijdens het aanstippen) blaarvorming op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris) cosmetisch storend litteken vooral bij donkere huidskleur risico op hypo- of hyperpigmentatie of keloïdvorming[34]
Aandachtspunten	het effect is afhankelijk van therapietrouw de omvang van de actinisch beschadigde huid kan groter zijn dan met het blote oog waar te nemen is, waardoor de heftige huidreacties optreden in een groter gebied dan verwacht anticonceptieve maatregelen zijn noodzakelijk bij mannen en vrouwen in de vruchtbare levensfase tijdens en tot drie maanden na gebruik	werkwijze met wattenstaaf is niet te standaardiseren (effect daarom sterk afhankelijk van behandelaar)

Tabel 7 **Behandelingsopties superficieel basaalcelcarcinoom en ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken**

	Chirurgische excisie	5-fluorouracilcrème	Cryotherapie
Geschikt voor	alle in titel tabel genoemde aandoeningen	idem, maximaal 500 cm^2 contra-indicatie: zwangerschap of lactatie	tumoren ≤ 5 mm waarbij de patiënt het behandelingsresultaat goed kan controleren
Inhoud behandeling	de tumor wordt weggesneden met een marge van ongeveer 3 tot 5 mm, daarna wordt de wond gehecht het weggesneden weefsel wordt opgestuurd voor histopathologisch onderzoek	5-fluorouracilcrème (een chemotherapeuticum) wordt dagelijks twee keer aangebracht gedurende vier weken na drie maanden wordt het effect beoordeeld	de laesies worden tijdens een consult twee keer aangestipt (bevroren) met vloeibare stikstof na drie maanden wordt het effect beoordeeld
Effectiviteit*	94 tot 98% genezing		niet bekend
Kans op recidieven*	2 tot 17% na drie tot tien jaar	80% cumulatieve genezing na een jaar (complete respons én tumorvrij na een jaar)	ongeveer 13% na een jaar en 39% na twee jaar (na ogenschijnlijk initieel complete respons na behandeling)
Bijwerkingen	complicaties, zoals wondinfectie cosmetisch storend litteken (volgens artsen bij 30 tot 80% goed eindresultaat, volgens patiënten bij 80% goed eindresultaat) op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris)	bij iedereen treden (heftige) lokale reacties op van de aangedane huid: erytheem, erosie, crustae, ulcera, jeuk, zwelling (genezing duurt enkele weken) cosmetisch storend litteken (risico mogelijk kleiner dan na chirurgische excisie; volgens artsen bij 60% goed eindresultaat) op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris)	pijn (vooral tijdens het aanstippen) blaarvorming cosmetisch storend litteken (volgens patiënten bij 50% goed eindresultaat) vooral bij donkere huidskleur risico op hypo- of hyperpigmentatie of keloïdvorming[34] op onderbenen bij ouderen risico op vertraagde wondgenezing (ulcus cruris)
Aandachtspunten		het effect is afhankelijk van therapietrouw anticonceptieve maatregelen zijn noodzakelijk bij mannen en vrouwen in de vruchtbare levensfase tijdens en tot drie maanden na het gebruik	werkwijze met wattenstaaf is niet te standaardiseren (effect daarom sterk afhankelijk van behandelaar)

* De gegevens over effectiviteit en recidiefkans hebben betrekking op het superficiële basaalcelcarcinoom zonder hoogrisicokenmerken. Er zijn geen soortgelijke gegevens over de ziekte van Bowen beschikbaar.

uitvoering van de (niet-)medicamenteuze behandelingsopties bij actinische keratose en basaalcelcarcinoom en ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken.

Controles

Actinische keratose

Controleer de patiënt na drie maanden met het doel om het behandelingsresultaat te evalueren. Bij incomplete respons:

- na cryotherapie: overweeg het eenmalig herhalen van cryotherapie of alsnog behandeling met 5-fluorouracilcrème, of verwijs;
- na 5-fluorouracilcrème, ondanks goede therapietrouw: verwijs (zie *Verwijzing en consultatie*);
- verricht bij patiënten die niet verwezen worden, voorafgaand aan het herhalen van cryotherapie of behandelen met 5-fluorouracilcrème, alsnog een stansbiopt ter bevestiging van de diagnose.

Bij complete respons is verdere controle niet noodzakelijk. Benadruk nogmaals het belang van periodieke zelfcontrole (zie *Beleid, Voorlichting en bespreken behandelingsopties*).[38]

Basaalcelcarcinoom en ziekte van Bowen (beide zonder hoogrisicokenmerken)

Bespreek na therapeutische excisie de PA-uitslag in een vervolgconsult (eventueel telefonisch). Indien de huidafwijking irradicaal verwijderd is: verwijs voor re-excisie (zie *Verwijzing en consultatie*).

Controleer de patiënt drie maanden na niet-chirurgische behandeling (5-fluorouracilcrème, cryotherapie) en evalueer het behandelingsresultaat. Bij onvolledige respons: verwijs, mede vanwege het risico van *sampling error* in het stansbiopt. Mogelijk is er toch sprake van een hoogrisico basaalcelcarcinoom of bij de ziekte van Bowen van een invasieve component (zie *Verwijzing en consultatie*).

Bij complete respons of na radicale therapeutische excisie is verdere controle niet noodzakelijk. Benadruk nogmaals het belang van periodieke zelfcontrole (zie *Beleid, Voorlichting en bespreken behandelingsopties*).[38]

Hoogrisico basaalcelcarcinoom/hoogrisico ziekte van Bowen/plaveiselcelcarcinoom/melanoom

Het is vanwege het ontbreken van onderzoek niet mogelijk om aanbevelingen te doen over de rol van de huisarts bij de controle en follow-up van patiënten na behandeling in de tweede lijn vanwege een melanoom, plaveiselcelcarcinoom (inclusief het kerato-acanthoom), hoogrisico basaalcelcarcinoom of hoogrisico ziekte van Bowen.[38]

Verwijzing en consultatie

Verwijs voor diagnostiek en/of behandeling naar de dermatoloog bij:[39,40]

- een sterk vermoeden van, of reeds histopathologisch vastgesteld:
  - basaalcelcarcinoom, hoogrisico (diameter > 2 cm, en/of lokalisatie in de H-zone [**afbeelding 1**] en/of een recidief na behandeling;
  - plaveiselcelcarcinoom, inclusief het kerato-acanthoom;
  - ziekte van Bowen, inclusief de erythroplasie van Queyrat.

Kader 4
Uitvoering behandelingen actinische keratose, en basaalcelcarcinoom en ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken

Cryotherapie

Alleen vloeibare stikstof is effectief, methodes met dimethylether niet. Vloeibare stikstof in de vorm van spray verdient mogelijk de voorkeur boven de open methode met wattenstaafjes, omdat deze laatste methode moeilijker te standaardiseren is. Voor zowel de spray als de open methode gelden de volgende aanbevelingen:

- bevries tot de gehele laesie en 1 tot 2 mm om de huidafwijking een halo vormen;
- laat de laesie ontdooien (de halo verdwijnt) en herhaal de eerste stap tijdens dezelfde sessie.

Chirurgische excisie

Voor basaalcelcarcinomen zonder hoogrisicokenmerken is de aanbevolen excisiemarge 3 tot 4 mm. Voor de ziekte van Bowen geldt een excisiemarge van 3 tot 5 mm.[37] Stuur het verwijderde weefsel op voor histopathologisch onderzoek (zie de paragraaf *Diagnostiek, Aanvullend onderzoek* voor aanbevelingen).

5-Fluorouracilcrème

Bij keuze voor lokale medicamenteuze behandeling bij actinische keratose en superficiële basaalcelcarcinomen en de ziekte van Bowen gaat de voorkeur uit naar 5-fluorouracilcrème.[33]

Voor de toepassing van 5-fluorouracilcrème gelden de volgende aanbevelingen:

- geef 5-fluorouracilcrème 50 mg/g, tweemaal daags dun aanbrengen op de te behandelen plekken. Bij multipele laesies kan de crème op een huidgebied aangebracht worden, waarbij het geen bezwaar is als ook stukjes gezonde huid meebehandeld worden (maximaal te behandelen huidoppervlak 500 cm^2);
- leg de patiënt uit dat deze crème een vorm van lokale chemotherapie is, en dat het mede daarom van belang is bepaalde voorzorgsmaatregelen in acht te nemen:
  - goed de handen wassen na het aanbrengen van de crème;
  - contact tussen de crème en derden vermijden (vermijd het aanraken van anderen of objecten met de behandelde oppervlakken; dit is vooral relevant indien de crème op de handen wordt aangebracht);
  - contact tussen de crème en ogen en slijmvliezen vermijden;
- adviseer de patiënt daarnaast:
  - het behandelde gebied niet te bedekken met pleister of verband;
  - de crème niet in combinatie met andere huidmiddelen te gebruiken, tenzij de behandelend arts anders adviseert;
  - de behandelde huid met kleding of pet te beschermen tegen de zon;
- overweeg voorafgaand aan de behandeling curettage van keratotische plaques, bijvoorbeeld met een mesje;
- behandel gedurende vier weken (bij actinische keratose eventueel korter als de huid eerder erosief is);
- informeer de patiënt over te verwachten lokale effecten, inherent aan de werking van de crème (erytheem, erosie, crustae, ulcera, jeuk, zwelling), bij voorkeur met plaatjes [www.huidziekten.nl/folders/nederlands/efudix.htm];
- plan vanwege de lokale effecten de behandeling zorgvuldig (het herstel van de huid duurt ongeveer tot drie weken na het beëindigen van de behandeling);
- behandel eventueel na met een vette indifferente crème, zoals vaselinecetomacrogolcrème.

Controleer de patiënt tijdens de behandeling na twee weken en besteed daarbij aandacht aan therapietrouw en bijwerkingen. Controleer ook als de patiënt met actinische keratose vanwege erosie van de huid eerder dan na vier weken wil stoppen met de behandeling.

dief, en/of histopathologisch micronodulair of sprieterig groeitype[30];
  - ziekte van Bowen, hoogrisico: diameter > 2 cm, en/of recidief;
  - plaveiselcelcarcinoom;
  - kerato-acanthoom;
  - dysplastische naevus (doel: advies over follow-up en inschatting van het risico op huidkanker);[41]
  - melanoom of lentigo maligna (beoordeling melanoom binnen twee werkdagen).[42]
- actinische keratose of een basaalcelcarcinoom of ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken:
  - indien geen van de behandelingsopties in de huisartsenpraktijk geschikt is ;
  - na irradicale chirurgische excisie (niet relevant voor actinische keratose);
  - bij incomplete respons op niet-chirurgische behandeling conform aanbevelingen bij *Beleid, controles.*
- een verdachte huidafwijking in combinatie met een verhoogd risico op maligne huidafwijkingen (doel: advies over follow-up en inschatting van het risico op huidkanker):
  - immunosuppressie (orgaantransplantatie in voorgeschiedenis, immunosuppressieve therapie);
  - vijf of meer atypische naevi en/of honderd of meer banale moedervlekken;
  - aanwijzingen voor het FAMMM-syndroom: bij drie of meer melanomen in de familie, waarvan twee bij eerstegraads verwanten, waarbij twee tumoren mogen voorkomen bij één individu (de aangedane personen moeten dan ook eerstegraads verwanten zijn).

Overweeg om voor diagnostiek en/of behandeling te verwijzen bij:[39]
- uitgebreide of grote afwijkingen: vanwege de hogere complexiteit van diagnostiek en/of behandeling;
- lokalisatie in een risicogebied:
  - het onderbeen: bij ingeschat verhoogd risico op slechte wondgenezing kan het een overweging zijn om voor behandeling te verwijzen, vanwege het risico op het ontstaan van een ulcus cruris. Het risico geldt voor alle chirurgische en niet-chirurgische behandelingsopties in de huisartsenpraktijk;
  - het hoofd-halsgebied: dit is een sterke overweging om te verwijzen bij indicatie voor chirurgische excisie of diagnostische excisie (bij naevi), vanwege het risico op niet-radicale excisie en cosmetische schade.[1] Bij het basaalcelcarcinoom is er bij lokalisatie in het gezicht mogelijk een indicatie voor micrografische chirurgie (ook bekend onder de naam Mohs');
  - rond een gewricht, op een hand of voet: dit is een overweging om te verwijzen bij indicatie voor chirurgische excisie of diagnostische excisie (bij naevi), vanwege het risico op niet-radicale excisie en complicaties, zoals functionele beperkingen ten gevolge van peesletsel of littekens. Bij superficiële basaalcelcarcinomen en bij de ziekte van Bowen is ook niet-chirurgische behandeling te overwegen.
- een verdachte huidafwijking in combinatie met een verhoogd risico op maligne huidafwijkingen (doel: advies over follow-up en inschatting van het risico op huidkanker):
  - een maligne huidaandoening in de voorgeschiedenis;
  - uitgebreide actinische schade;
  - eerdere verdachte huidafwijkingen bij volledige huidinspectie.

Weeg in de keuze tussen zelf diagnostiek en/of behandeling doen of verwijzen ook patiënt- en artsgebonden factoren mee, zoals leeftijd, comorbiditeit, ingeschat risico op (pre)maligne huidafwijkingen van de patiënt en diagnostische en chirurgische vaardigheden van de huisarts, en beider voorkeur. Neem bij twijfel of onduidelijkheid over een PA-uitslag contact op met de dermatoloog of patholoog of verwijs.

Behandelingsopties in de tweede lijn

Voor patiënten met actinische keratose zijn behandelingsopties in de tweede lijn bijvoorbeeld:[43]
- preventief zwachtelen bij de behandeling (verkleint risico op slechte wondgenezing bij lokalisatie op het onderbeen);
- andere lokale medicamenteuze behandeling, zoals ingenolmebutaatgel (effectiviteit en bijwerkingen vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, hoeft maar drie keer aangebracht te worden, duurder dan 5-fluorouracilcrème) of imiquimodcrème (effectiviteit, bijwerkingen en gebruik vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, duurder, geen duidelijk voordeel);
- fotodynamische therapie (effectiviteit vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, geschikt voor uitgebreidere laesies, bij lokalisatie op onderbenen en bij problemen met therapietrouw, kan pijnlijk zijn, één of twee behandelingen in het ziekenhuis, relatief duur);
- andere oppervlaktebehandelingen, zoals chemische peelings (effectiviteit vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, geschikt voor uitgebreidere laesies, kan pijnlijk zijn en pigmentveranderingen veroorzaken, eenmalige behandeling in het ziekenhuis, relatief goedkoop) of laser (effectiviteit vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, geschikt voor uitgebreidere laesies, minder recidieven, kan pijnlijk zijn en littekenvorming en pigmentveranderingen veroorzaken, relatief duur).

Voor patiënten met een basaalcelcarcinoom of de ziekte van Bowen, beide zonder hoogrisicokenmerken, zijn behandelingsopties in de tweede lijn bijvoorbeeld:[43]
- preventief zwachtelen bij de behandeling (verkleint risico op slechte wondgenezing bij lokalisatie van de tumor op het onderbeen);
- fotodynamische therapie (effectiviteit bij superficiële basaalcelcarcinomen vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, geschikt voor uitgebreidere laesies, bij lokalisatie op het onderbeen en bij problemen met therapietrouw, kan pijnlijk zijn, één of twee behandelingen volstaan, duurder;
- micrografische chirurgie (ook bekend onder de naam Mohs'); weefselsparende techniek met volledig snijvlakcontrole, met laagste recidiefpercentage, met name geïndiceerd voor basaalcelcarcinomen in het gelaat, duur);
- radiotherapie (effectiviteit waarschijn-

lijk vergelijkbaar met chirurgische excisie, optimale weefselsparing, klein risico op late huidschade, zoals atrofie, teleangiëctasieën, fibrose, of secundaire huidmaligniteit, 15 tot 20 behandelingen in het ziekenhuis, zeer duur);
- imiquimod (effectiviteit, bijwerkingen en gebruik vergelijkbaar met 5-fluorouracilcrème, duurder, geen duidelijk voordeel).

TOTSTANDKOMING EN METHODEN

Zie voor het document Totstandkoming en methoden de webversie van deze standaard op www.nhg.org.

NOTEN EN LITERATUUR

De noten en literatuur staan bij deze NHG-Standaard op www.henw.org.

LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

Zorg op maat centraal

Lisette Verlee, namens de werkgroep LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

Bied kwetsbare ouderen zorg op maat die aansluit bij hun wensen en behoeften. Kijk daarbij naar de persoonlijke context. Bespreek afspraken tussen huisarts, wijkverpleegkundige en de desbetreffende oudere in een multidisciplinair overleg en leg dit vast in een gezamenlijk zorgplan. Dat zijn de belangrijkste boodschappen van de landelijke eerstelijns samenwerkingsafspraak (LESA) over kwetsbare ouderen. NHG en V&VN maakten deze samenwerkingsafspraak gezamenlijk.

De zorg voor ouderen in Nederland verandert sterk. Er is sprake van dubbele vergrijzing: zowel het aantal 65-plussers als het aantal 80-plussers neemt fors toe. Ook het perspectief van de ouderen verandert. Eigen regie en zelfbeschikking gelden steeds meer als belangrijke waarden. De meeste ouderen wonen zo lang mogelijk thuis, mits de omstandigheden dat toelaten. Dat is mogelijk omdat veel aandoeningen beter behandeld kunnen worden. Bovendien stimuleert de overheid het zo lang mogelijk thuis wonen van ouderen als dat verantwoord en doelmatig is.

KERNTEAM ALS SPIL

Doordat steeds meer – vaak hoogbejaarde – ouderen thuis wonen, verandert de zorg in de eerste lijn. Er is meer aandacht voor de monitoring van chronische aandoeningen, het bevorderen van zelfmanagement en een gezonde leefstijl. Daarbij is de zorg steeds complexer geworden. Meer ouderen met multimorbiditeit en meer zorgverleners rond dezelfde patiënt vergen gecoördineerde samenwerking tussen betrokken zorgverleners. De spil daarin is het kernteam van huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige.

EIGEN REGIE

De LESA Zorg voor kwetsbare ouderen verschijnt als bijlage bij deze Huisarts en Wetenschap en richt zich op afspraken tussen huisartsen (en hun team) en wijkverpleegkundigen (en hun team). De LESA kan daarnaast model staan voor samenwerkingsafspraken met andere relevante beroepsgroepen. Uitgangspunt is dat kwetsbare ouderen (en hun naasten) optimale zorg en ondersteuning krijgen. De zorgverlener stemt de zorg af op de wensen en behoeften van de betrokken ouderen en kijkt daarbij naar de mogelijkheden en omstandigheden. Hij maakt werkafspraken met andere zorgverleners in samenspraak met de oudere en zijn naaste. Eigen regie staat hierbij centraal: ouderen willen zo veel mogelijk zelf invulling geven aan hun leven en bepalen hoe zij wonen en met wie, samen met hun naasten. Daarnaast willen ouderen invloed hebben op de ondersteuning en zorg die zij ontvangen. Deze LESA vormt de basis voor gedetailleerde afspraken op regionaal, lokaal of wijkniveau over de samenwerking bij het signaleren, in kaart brengen en begeleiden van kwetsbare ouderen en ouderen met complexe problematiek. ■

Kernpunten LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

- De LESA biedt handvatten voor het maken van afspraken over de zorg voor en ondersteuning van kwetsbare ouderen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen.
- Bied ouderen zorg op maat die aansluit bij hun wensen en behoeften. Kijk daarbij naar de persoonlijke context. De kwaliteit van leven zoals de patiënt die zelf ervaart, staat hierbij voorop.
- Maak een gezamenlijk zorgplan, opgesteld door huisarts, wijkverpleegkundige en de desbetreffende oudere. Dit komt bij voorkeur tot stand in een multidisciplinair overleg, waar ook de patiënt (en mantelzorger) bij aanwezig is.
- Zorg voor een goede afstemming met de mantelzorg. Dit is een voorwaarde om de zorg voor de oudere zo lang mogelijk thuis te kunnen blijven bieden.

LITERATUUR

Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, et al. Landelijke Samenwerkings Afspraak Zorg voor kwetsbare ouderen. Huisarts Wet 2017:60(6) S1-12.

Nederlands Huisartsen Genootschap, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: E. Verlee, wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: l.verlee@nhg.org • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

De LESA Zorg voor kwetsbare ouderen is ontwikkeld in het kader van het Nationaal Programma Ouderenzorg met subsidie van ZonMw. Vertegenwoordigers van de specialisten ouderengeneeskunde, sociaal werkers en ouderen namen deel aan de werkgroep. De werkgroep LESA Zorg voor kwetsbare ouderen bestond uit: Verlee E, Van der Sande R, Abel R, Brandon S, De Groot J, Quist-Anholts GWL, Rijnbeek CM, Van Bruchem-Steen Redeker H, Wilbrink N, Wisselink H, De Bont M, Vriezen JA.

Annet Wind

Commentaar LESA Zorg voor kwetsbare ouderen

Samenwerken vanuit één plan met persoonlijke doelen

Zorg voor kwetsbare ouderen levert niemand alleen. Het gaat om kwaliteit van leven van de oudere op verschillende levensterreinen en hulpverleners vanuit zorg en welzijn vullen elkaar aan. Tegelijk weet iedere professional dat samenwerken niet altijd gemakkelijk is en dat werkafspraken helpen. De nieuwe LESA Zorg voor kwetsbare ouderen geeft aan hoe de samenwerking tussen huisarts, praktijkverpleegkundige (of praktijkondersteuner) en wijkverpleegkundige vorm krijgt. Met als doel het leveren van geïntegreerde, persoonsgerichte zorg: de juiste zorg, op de juiste plaats, door de juiste persoon.

In de LESA staan zowel de inhoud als de vorm van de beoogde samenwerking helder beschreven. Het kernteam (huisarts, praktijkverpleegkundige en wijkverpleegkundige) overlegt in een gestructureerd periodiek overleg (GPO) en levert generalistische zorg, met een verbinding tussen *care*, *cure* en het sociale domein. Een van de spelers maakt een brede probleeminventarisatie, inclusief *advance care*-planning en via *shared decision making* wordt een zorgplan opgesteld. Deelnemers aan het multidisciplinair overleg (MDO) bespreken het zorgplan. Dit alles met zoveel mogelijk behoud van eigen regie en sociale participatie van de oudere.

Deze inhoud sluit mooi aan bij de visie van het NHG, de LHV, InEen en Laego, die naar verwachting in juni 2017 vastgesteld wordt: passende en werkbare zorg. Mooie woorden, maar het gaat natuurlijk om de praktijk. In hoeverre gaat het lukken om deze werkwijze vorm te geven? Wat levert het op? En hoe gaan we de grote valkuil, aanbod-denken, vermijden? Hoe werken we daadwerkelijk persoonsgericht bij deze groep met complexe problematiek?

PASSENDE PERSOONSGERICHTE ZORG

Zoveel ouderen, zoveel wensen en behoeften. Tegelijk is iedere hulpverlener goed in een bepaald aanbod. Er is een flink verschil tussen wat hulpverleners vinden dat goed is voor een oudere en de behoeften van ouderen zelf.[1] Hoe kom je tot een passend en persoonsgericht aanbod? Dat kan alleen als de persoonlijke behoeften en voorkeuren van de betreffende ouderen duidelijk zijn. Voor ouderen zullen dit vaak behoeften zijn die hen in staat stellen om contacten te onderhouden en een zinvolle dagbesteding te hebben.[2] Voor veel mensen is het lastig om de vraag 'wat is voor u het meest van belang?' te beantwoorden. Het is noodzakelijk dat hier meer tijd en aandacht voor komt en er bijvoorbeeld keuzehulpmiddelen komen. Ook de positie, wensen en behoeften van mantelzorgers verdienen aandacht. Het team formuleert vervolgens doelen bij deze persoonlijke behoeften en spreekt acties af. Dat gebeurt in goede onderlinge afstemming, met vertrouwen in elkaar en met concrete evaluaties, zodat we zicht krijgen op de passendheid en effectiviteit van ons handelen.

Samenwerking tussen hulpverleners vanuit zorg en welzijn en praktische afstemming krijgen concreet vorm door het werken vanuit één plan, zoals de LESA beschrijft. Per oudere wordt een casemanager of coördinator aangesteld. Deze onderhoudt laagdrempelig contact met de oudere en diens mantelzorgers, draagt zorg voor de registratie en actualisatie van het plan en houdt de betrokken hulpverleners scherp. Dit is een cyclisch proces en vergt op gezette tijden evaluatie en bijstelling van het plan. Het zou mooi zijn als alle partijen investeren in veilige en handige informatie-uitwisseling en praktische bereikbaarheid.

OPBRENGST

Wat levert zo'n systematische integrale werkwijze op? Diverse NPO-onderzoeken konden de effectiviteit ervan niet aantonen. Terecht wordt deze werkwijze nog niet overboord gegooid. Veel hulpverleners merken dat zij meer grip hebben op de problematiek en minder achter de feiten aan lopen.[3,4] Er zijn diverse redenen voor het ontbreken van effect binnen de verschillende NPO-onderzoeken.[4,5] Enkele adviezen die hieruit voortkomen zijn: selecteer de juiste (kwetsbare, hoogrisico)groep; sluit goed aan bij de behoeften van ouderen; evalueer met de juiste uitkomstmaten; investeer in samenwerking. De beoogde werkwijze kan pas goed van de grond komen als er regionale samenwerkingsafspraken zijn die werken. Deze LESA helpt om deze afspraken goed te verankeren. Uit de praktijk moet blijken of het werkt. Neem daarom de tijd voor gezamenlijke evaluatie, op patiëntniveau, op wijkniveau en op regioniveau. De 145 kaderartsen eerstelijns ouderengeneeskunde (zowel huisartsen als specialisten ouderengeneeskunde), verspreid over heel Nederland (zie Laego.nl), helpen bij dit hele proces.

Samenvattend biedt deze LESA concrete handvatten om de samenwerking met wijkverpleegkundigen op een regionale schaal te structureren. Samenwerkingsafspraken met hulpverleners uit het sociaal domein worden hierin meegenomen. Het belangrijkste is dat de persoonlijke doelen van de oudere leidend zijn bij het gezamenlijk beleid en dat er op een inspirerende manier samengewerkt wordt, vanuit één plan. ■

LITERATUUR

1 Suijker JJM. Care for older people in Dutch general practice. Results from the FIT study [proefschrift]. Amsterdam: UvA, 2016.
2 CSO, NFU en ZonMw. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief. 2012.
3 Blom JW, Den Elzen W, Van Houwelingen AH, Heijmans M, Stijnen T, Van den Hout W, Gussekloo J. Effectiveness and cost-effectiveness of a proactive, goal-oriented, integrated care model in general practice for older people. A cluster randomised controlled trial: Integrated Systematic Care for older People - the ISCOPE study. Age Ageing 2016;45:30-41.
4 Van Rossum E, Van Hout H. Pro-actieve zorg voor kwetsbare ouderen: terug bij af? Huisarts Wet 2016;59:451-3.
5 Koffeman AR. Complexe interventies bij ouderen. Hoe bepaal je het effect? Ned Tijdschr Geneesk 2016;160:D816.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde, Leiden: dr. A.W. Wind, hoofd NHG-kaderopleiding Ouderengeneeskunde • Correspondentie: A.W.Wind@lumc.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

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

HANDBOEK DEPRESSIEVE STOORNISSEN

A Schene, B Sabbe, P Spinhoven, E Ruhé (redactie). Handboek depressieve stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2016. 606 pagina's. Prijs: € 49. ISBN 987-90-5898-303-9.

Doelgroep Dit handboek richt zich op de opleiding en scholing van alle beroepsgroepen die met depressie te maken hebben.
Inhoud Het boek bestaat uit 32 hoofdstukken van ruim zestig vooraanstaande auteurs uit België en Nederland. De depressieve stoornis wordt in 'alle' opzichten belicht: epidemiologie, etiologie, diagnostiek, beloop, psychiatrische en somatische comorbiditeit en interventies, waaronder psychotherapie en neurostimulatie.

In afzonderlijke hoofdstukken gaan de auteurs in op ouderen, kinderen, adolescenten, zwangerschap en kraambed, verslaving, seksespecifieke aspecten en cultuur. Het boek richt zich vooral op depressieve stoornissen; depressieve klachten die (nog) niet voldoen aan de DSM-5 criteria komen soms als minor depressie aan de orde.

In het hoofdstuk 'kortdurende psychologische interventies' worden de ook in de eerste lijn toegepaste behandelingen, zoals het KOP-model, beschreven.

Het hoofdstuk 'e-mental health' beschrijft de huidige ontwikkelingen en schetst een toekomstscenario met veel mogelijkheden voor behandeling. In het hoofdstuk 'farmacotherapie' wordt een fraai en kritisch overzicht gegeven van alle antidepressiva en een feitelijke onderbouwing van het beleid in de NHG-Standaard.

In het hoofdstuk over de eerste lijn worden onder andere de diagnostiek, psychologische en medicamenteuze behandelingen duidelijk beschreven. Daarmee wordt de eerste lijn sterk gepositioneerd in het geheel van de ggz. De poh-ggz wordt daarentegen alleen bij de 'verpleegkundige interventies' genoemd.
Oordeel Dit fraaie, goed leesbare boekwerk geeft een redelijk volledig en actueel beeld van alle aspecten van depressieve stoornissen; voor de praktiserende huisarts en poh-ggz biedt het geen nieuwe toepasbare informatie. Wel is het een omvangrijk naslagwerk dat voor docenten zeker bruikbaar is.

Richard Starmans

Waardering: ● ●

KLEINE KWALEN BIJ KINDEREN

J Eekhof, A Knuistingh Neven, S Bruggink, M Scherptong-Engbers (redactie). Kleine kwalen bij kinderen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016. 793 pagina's. Prijs: € 49,95. ISBN 987-90-3681-695-3.

Doelgroep Huisartsen(-in-opleiding), jeugdartsen, consultatiebureauartsen, kinderartsen.
Inhoud Deze vierde, geheel herziene druk behandelt 160 kleine kwalen bij kinderen. De redactie is erin geslaagd 27 nieuwe hoofdstukken toe te voegen. Het boek behandelt op een heldere manier veelvoorkomende, maar ook een aantal heel weinig voorkomende klachten bij kinderen.

Elk hoofdstuk wordt op duidelijke, wetenschappelijke manier onderbouwd met recente literatuur. Waar mogelijk wordt gebruikgemaakt van nieuwe incidentie- en prevalentiecijfers van het NIVEL. Elk hoofdstuk begint met een aantal kernpunten uit het betreffende hoofdstuk.

Qua lay-out is aangesloten bij de andere uitgaven in deze reeks. Twee kolommen per pagina en een indeling naar lichaamsdeel, voorafgegaan door een groot algemeen deel. Nieuw is de mogelijkheid om de kleine kwalen online te lezen. Dit biedt met name aios huisartsgeneeskunde de mogelijkheid de inhoud op verschillende locaties tot zich te nemen. Ook de toevoeging van gedragsproblemen bij kleine kinderen is van waarde voor jonge artsen zonder (eigen) kinderervaring. Klein kritiekpunt, zij het niet storend, zijn de vele type- en spelfouten in deze uitgave.
Oordeel Geweldig leuk boek. Dit boek mag niet ontbreken in een huisartsen-/opleidingspraktijk. Het behoort, net als de andere delen in deze serie, tot de verplichte literatuur voor de huisarts. Mooi boek voor een kleine prijs.

Carolien Hanewinkel, Meike Bruinsma

Waardering: ● ● ● ● ●

Ineke Nugteren

Palliatieve zorgbehoeften op tijd herkennen

Welke overwegingen leidden tot de belangrijkste onderzoeksvragen waarop deze arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker (aiotho) aan het promoveren is? Coördinatie: Nadine Rasenberg • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

PRAKTIJKVRAAG

Om patiënten met palliatieve zorgbehoeften tijdig te herkennen, zijn er hulpmiddelen ontwikkeld zoals de 'surprise question' (Zou ik verbaasd zijn als mijn patiënt binnen een jaar zou overlijden?). Zijn deze hulpmiddelen geschikt om te gebruiken in de eerste lijn of hebben ze aanpassingen nodig? En kan het HIS hierin nog een rol spelen?

HUIDIG BELEID

Het NHG-Standpunt Huisarts en palliatieve zorg (december 2009) stelt dat, zodra patiënten in de palliatieve fase komen, de huisarts de zorgbehoeftes van de patiënt systematisch in kaart moet brengen om adequate zorg te kunnen bieden. Artsen vinden het echter moeilijk om te bepalen wanneer de palliatieve fase begint, vooral bij patiënten met bijvoorbeeld hartfalen of COPD, zeer hoge leeftijd of multimorbiditeit. De levensverwachting wordt dan vaak overschat. Op dit moment zijn er nog geen goed gevalideerde hulpmiddelen beschikbaar om deze patiënten in de eerste lijn tijdig in beeld te krijgen.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Per jaar overlijden ongeveer 140.000 mensen in Nederland. Ruim de helft hiervan overlijdt aan een niet-acute aandoening, zoals kanker, chronisch hartfalen, COPD, dementie en/of ouderdom. Het overlijden van deze patiënten wordt vaak voorafgegaan door een periode waarin de ziektegerichte behandeling overgaat in palliatieve zorg. De huisarts is steeds vaker de verantwoordelijke zorgverlener in het laatste levensjaar, van wie kwalitatief goede (palliatieve) zorg wordt verwacht.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Door tijdige herkenning van palliatieve zorgbehoeften kan de huisarts een beter anticiperend beleid voeren. Uit onderzoek blijkt dat dit onder meer kan leiden tot verbeterde kwaliteit van leven, vermindering van depressieve klachten, minder ziekenhuisopnames, korter verblijf in het ziekenhuis en lagere zorgkosten.[1] De laatste jaren zijn er hulpmiddelen ontwikkeld om patiënten in een palliatieve fase te herkennen. Dit zijn bijvoorbeeld de Golden Standard Framework-Prognostic Indicator Guidance (GSF-PIG) en de Supportive & Palliative Care Indicators Tool (SPICT). Een vraag die ook veel wordt gebruikt om de eenjaarsoverleving te voorspellen – eveneens onderdeel van de GSF-PIG – is de 'surprise question'. De GSF-PIG en de SPICT zijn alleen getest in een ziekenhuispopulatie. Hieruit bleek dat na een jaar, respectievelijk 67,7% en 48% van de geïdentificeerde patiënten waren overleden.[2,3] Een validatieonderzoek van deze hulpmiddelen in de eerstelijnspopulatie is tot op heden nog niet verricht. Het is belangrijk om te weten of deze hulpmiddelen goed werken in de eerstelijnspopulatie of dat er nog aanpassing nodig is. Hiervoor is het ook nodig om te weten in hoeverre data uit het HIS een rol kunnen spelen in de herkenning van deze groep patiënten.

CONCLUSIE

Artsen zetten vaak (te) laat palliatieve zorg in doordat ze palliatieve zorgbehoeften niet op tijd herkennen. Om deze patiënten eerder in beeld te krijgen, zijn er verschillende identificatiehulpmiddelen ontwikkeld.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAGEN

Zijn de huidige identificatiehulpmiddelen ter herkenning van patiënten met palliatieve zorgbehoeften, zoals de 'surprise question', geschikt om in de huisartsenpraktijk te gebruiken? Welke rol kan het HIS hierin spelen? ■

LITERATUUR

1 Davis MP, Temel JS, Balboni T, Glare P. A review of the trials which examine early integration of outpatient and home palliative care for patients with serious illnesses. Ann Palliat Med 2015;3:99-121.
2 O'Callaghan A, Laking G, Frey R, Robinson J, Gott M. Can we predict which hospitalised patients are in their last year of life? A prospective cross-sectional study of the Gold Standards Framework Prognostic Indicator Guidance as a screening tool in the acute hospital setting. Palliat Med 2014;8:1046-52.
3 Highet G, Crawford D, Murray SA, Boyd K. Development and evaluation of the Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT): a mixed-methods study. BMJ Support Palliat Care 2014;3:285-90.

AMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: I.C. Nugteren huisarts-onderzoeker • Correspondentie: i.c.nugteren@amc.uva.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Colette van Hees, Bram ter Harmsel

NASCHOLING

Vulvapathologie

INLEIDING

Vulvaire aandoeningen kunnen leiden tot jeuk, pijn, branderigheid en dyspareunie, en hebben een grote invloed op de kwaliteit van leven en de seksualiteit.[1,2] Vanwege de lokalisatie vinden vrouwen het niet gemakkelijk om met de klachten naar buiten te komen; het duurt doorgaans lang voordat ze de huisarts bezoeken. Vervolgens blijkt het ook nog lastig te zijn om de juiste diagnose te stellen.

In deze nascholing bespreken we zes prevalente of gezien de morbiditeit belangrijke vulvovaginale aandoeningen. Aan de orde komen de diagnostiek, de behandeling en de indicaties voor verwijzing naar een dermatoloog of gynaecoloog.

VULVOVAGINALE CANDIDIASIS

Bijna alle vrouwen die met jeukklachten een vulvapoli bezoeken, zijn eerder behandeld voor een veronderstelde candida-infectie! Het is belangrijk te onthouden dat alleen vrouwen in de vruchtbare leeftijd vaginale candidiasis kunnen hebben. In de vulva kunnen candida-infecties wel optreden vóór de puberteit en na de menopauze, bijvoorbeeld bij vrouwen met diabetes mellitus of een verminderde afweer.[3]

Bij jonge vrouwen komen vaak recidiverende (vulvo)vaginale candida-infecties voor; deze kunnen leiden tot vulvodynie. Wat de beste aanpak is, is nog niet overtuigend bewezen. In de praktijk lijkt 150 mg fluconazol per os, tweewekelijks gedurende drie maanden, effectief. Lokale antimycotica zijn ook effectief, maar kunnen vooral bij vrouwen met een atopische aanleg irritatie van de huid veroorzaken.[4]

LICHEN SCLEROSUS

De aandoening die het vaakst op vulvapoli's wordt gezien, is lichen sclerosus. Dit is een chronische inflammatoire niet-infectieuze dermatose die voorkomt bij 1 tot 2% van de bevolking, bij vrouwen vijf tot tien maal zo vaak als bij mannen.[5-7] Lichen sclerosus wordt beschouwd als een auto-immuunziekte en kan op iedere leeftijd voorkomen, met een piek postmenopauzaal. Lichen sclerosus op de kinderleeftijd zal bij 30 tot 70% van de patiënten rond de puberteit in remissie gaan. De klachten bestaan voornamelijk uit jeuk en daarnaast soms uit branderigheid, pijn en oppervlakkige dyspareunie. De diagnose wordt gesteld op het klinisch beeld, dat bestaat uit veranderingen in de anatomie en de huid van de vulva en/of het perineum en de perianale regio. De vagina is nooit aangedaan.

De veranderingen kunnen worden herkend door, samen met de patiënte die met een spiegel meekijkt, te kijken naar de grootte van de labia minora en de zichtbaarheid van de clitoris. De labia minora kunnen gedeeltelijk of geheel 'verstrijken' en dus kleiner worden. Dit kan leiden tot fusie van het preputium van de clitoris, waardoor deze niet of nauwelijks meer zichtbaar is. De clitoris zelf is nooit aangedaan, maar kan wel moeilijker te stimuleren zijn door de verkleving van het bovenliggende preputium. Door de anatomische veranderingen kan de introïtus vernauwd zijn en dat kan leiden tot oppervlakkige dyspareunie, meestal door inscheuren van de huid bij het perineum. Dyspareunie kan echter ook zonder vernauwing van de introïtus ontstaan, bij actieve lichen sclerosus die veel klachten geeft. De huid van vulva, perineum en/of de perianale regio is porseleinwit verkleurd en kan zowel atrofisch als hyperkeratotisch zijn [**figuur 1**]. Daarnaast kunnen roodheid, fissuren, ecchymosen en wondjes aanwezig zijn. Soms zijn de veranderingen minimaal; ook de anatomie kan geheel normaal zijn.

De differentiaaldiagnose van lichen sclerosus omvat onder andere eczeem, fysiologische atrofie, vitiligo, dermatomycose, genitale (erosieve) lichen planus en (pre)maligniteit.[4] Bij kinderen kan nog aan seksueel misbruik worden gedacht.

De behandeling van lichen sclerosus bestaat uit een zalf met een sterkwerkend corticosteroïd (bijvoorbeeld clobetasolproprionaat 0,05%), ondersteund door emollientia (bijvoorbeeld vaselineparaffine ana). Bij actieve lichen sclerosus start men met een corticosteroïd voor de nacht, eenmaal daags gedurende vier weken. In de daaropvolgende maanden gebruikt de patiënt de corticosteroïdzalf gemiddeld vier aaneengesloten nachten per week; na enkele maanden kan men proberen deze frequentie te verminderen tot twee tot vier maal per week. Het is essentieel dat de patiënt gedurende de hele behandeling meerdere malen per dag vaselineparaffine of een andere vettende zalf opbrengt, bijvoorbeeld na iedere toiletgang.

Een langdurig regime van intermitterend insmeren met corticosteroïden is veilig en verbetert de symptomen. Bijwerkingen ontstaan vooral wanneer het middel buiten het aan-

De kern

Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

- Vulvapathologie komt vaker voor dan men denkt; vrouwen zwijgen vaak over de klachten als er niet gericht naar gevraagd wordt.
- Patiënten met mucosale lichen planus of een premaligne vulvaire afwijking moeten altijd verwezen worden.
- Vulvaire jeuk wordt niet altijd veroorzaakt door een schimmelinfectie.
- Het onderzoek moet gericht zijn op afwijkingen van de huid en de anatomie (architectuur) van de vulva.
- Betrek de vrouw bij het onderzoek door een handspiegel te gebruiken.

Erasmus MC, afdeling Dermatologie, Rotterdam: C.L.M. van Hees, dermatoloog. Roosevelt kliniek, Leiden: dr. W.A. ter Harmsel, gynaecoloog • Correspondentie: c.vanhees@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur 1 Een vrouw met uitgebreide lichen sclerosus, te herkennen aan een witte verkleuring rond vulva en anus die de vorm heeft van een 8 (figure-of-8), een vernauwde introïtus door fusie van de labia minora en een 'begraven' clitoris

gedane gebied op de normale huid terechtkomt (wat vaak te voorkomen is door de vrouw tijdens het onderzoek te laten meekijken met een handspiegel), wanneer de vrouw de zalf langdurig dagelijks opbrengt in plaats van intermitterend en wanneer naast het corticosteroïd geen emollientia gebruikt worden. De frequentie van insmeren kan individueel bepaald worden. Er is steeds meer bewijs dat zo'n regime leidt tot minder anatomieverlies en een kleiner risico op (pre)maligne ontaarding.[8]

Verwijzing is geïndiceerd bij twijfel aan de diagnose, wanneer de behandeling na vier weken onvoldoende effect heeft, bij een vermoeden van (pre)maligniteit (persisterende defecten, hyperkeratose, pijnklachten), bij seksuele disfunctie en wanneer de patiënt nog een kind is.[4]

Ook wanneer lichen sclerosus goed onder controle is, moet de patiënt jaarlijks worden gecontroleerd door huisarts of specialist, mede gezien de kans op maligne ontaarding van 2 tot 5%.[8] Bij de controles moet aandacht besteed worden aan het smeerschema en aan de seksualiteit.

LICHEN PLANUS

Er bestaan twee belangrijke vormen van lichen planus in het vulvaire gebied.[10] Op de labia majora en in de pubisstreek ziet men de klassieke cutane vorm met jeukende, vlakke, livide papels op een gekeratiniseerde huid. In het vestibulum en in de vagina kan een mucosale vorm van lichen planus voorkomen, waarbij pijn op de voorgrond staat. In het anogenitale gebied komt mucosale lichen planus vaker voor dan cutane lichen planus; er zijn meer en ernstigere klachten en de aandoening is moeilijker te behandelen.

Op het slijmvlies is een felrood erytheem te zien met vaak meer of minder talrijke Wickham-striae die een netwerk vormen van witte lijntjes. Net zoals bij lichen sclerosus kunnen de labia minora verstrijken en kan het preputium van de clitoris fuseren [**figuur 2**]. Wanneer naast het genitale slijmvlies ook het mondslijmvlies is aangedaan, spreekt men van het 'vulvovaginaal-gingivaal syndroom'. Bij lichen planus kunnen verschillende vormen naast elkaar voorkomen, dus kunnen ook de huid, het behaarde hoofd en de nagels aangedaan zijn. Daarom moet men de patiënt van top tot teen onderzoeken.

De klachten zijn vaak pijn, dyspareunie, overvloedige vaginale afscheiding en pijn tijdens de mictie. De behandeling van mucosale lichen planus is moeilijk en wordt bij voorkeur uitgevoerd door een specialist.

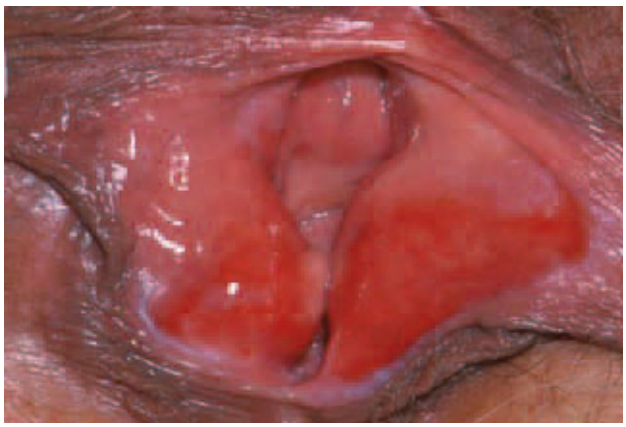
VULVAIR ECZEEM

Eczeem is per definitie een polymorfe eruptie die wordt gekenmerkt door het naast elkaar voorkomen van roodheid, schilfering, papels, blaasjes, 'natten', korstvorming en lichenificatie.[10]

Atopisch eczeem

Atopisch of constitutioneel eczeem is een autosomaal erfelijke aandoening, onderdeel van het atopisch syndroom, met een sterk wisselende ernst. Dit eczeem komt voor bij 15 tot 20% van de kinderen en verdwijnt bij zo'n 80% voor de puberteit. Als een vrouwelijke patiënt met een atopische constitutie met klach-

Figuur 2 Lichen planus met felrood erytheem en Wickham-striae



Tabel 1 Belangrijkste kenmerken van vulvaire aandoeningen

Diagnose	Jeuk	Pijn	Architecturale veranderingen	Fluor	Leeftijd/ omstandigheid	Premaligne
Candida vaginaal	+++	–	–	+	fertiele leeftijd	–
Candida vulvair	+++	+	–	–	diabetes	–
Lichen sclerosus	+++	+	+++	–	alle	+
Mucosale lichen planus	–	++	++	++	50 tot 60 jaar	+
Lichen simplex	+++	+	–	–	alle	–
Vulvair eczeem	+++	+	–	–	alle	–
VIN-HSIL	+	+	–	–	30 tot 40 jaar	+
dVIN	+	+	++	–	> 65 jaar	+++
Vulvodynie provoked	–	+++	–	+	20 tot 30 jaar	–
Vulvodynie unprovoked	–	+++	–	–	> 65 jaar	–

ten komt van jeuk en irritatie, en u ziet bij inspectie erytheem met of zonder schilfering anogenitaal en vaak ook in de bilplooi, dan kan dit wijzen op vulvair atopisch eczeem.

De behandeling is allereerst dagelijks insmeren met emollientia. Bij actief eczeem kan daarnaast een matig sterkwerkend corticosteroïd worden gebruikt zoals triamcinolonacetonide 0,1%, om te beginnen dagelijks en na enkele weken intermitterend (bijvoorbeeld vier dagen per week).

Contacteczeem

Contacteczeem is het gevolg van contact met irriterende (ortho-ergische) of allergene stoffen. Ortho-ergisch contacteczeem door huidbeschadiging komt veruit het meest voor. Oorzaken zijn onder andere overmatig zeepgebruik, veelvuldig watercontact, chronisch contact met urine bij incontinentie en gebruik van inlegkruisjes.[11,12] De behandeling bestaat uit lokale applicatie van emollientia en eventueel een matig sterkwerkend corticosteroïd, zoals bij constitutioneel eczeem.

Bij vermoeden van een contactallergie kan de patiënt worden verwezen naar de dermatoloog voor een epicutane allergietest.[13]

Lichen simplex

Lichen simplex is de meestvoorkomende vorm van vulvair eczeem. Jeuk geeft aanleiding tot krabben en wrijven, waardoor eczeem ontstaat en de jeuk verergert. Zo ontstaat een vicieuze jeuk-krabcyclus. Er vormt zich een matig tot scherp begrensde gelichenificeerde plaque die lichte schilfering kan vertonen; meestal zijn er ook excoriaties door het krabben [**figuur 3**].[4] Patiënten met lichen simplex zijn vaak atopisch en de aandoening is stressgevoelig.

De behandeling bestaat uit kortdurende lokale applicatie van een sterk corticosteroïd (klasse 3 of 4) voor de nacht, koelzalf of vaselineparaffinezalf zo vaak als nodig, het 's nachts dragen van katoenen handschoenen en eventueel sederende antihistaminica om de slaap te bevorderen.

VIN EN HSIL

Intra-epitheliale afwijkingen in de vulva, zoals vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN) en *high-grade squamous intraepithelial lesions* (HSIL), kunnen jeuk of pijn veroorzaken, maar soms is er alleen maar een witte, rode of bruine plek die niet veel klachten geeft.[14] Vaak ziet men scherp begrensde, wittige hyperkeratotische plaques, soms rode erosieve afwijkingen. Soms ook ziet men in de hele anogenitale regio wat men vroeger 'bowenoïde papulose' noemde: bruine, gladde papels en plaques [**figuur 4**].

De klachten kunnen veroorzaakt zijn door een HPV-infectie, die soms maligne ontaardt, of door een jarenlang aanwezige lichen sclerosus.[15,16] Een patiënte bij wie men de genoemde laesies ziet, moet verwezen worden, de behandeling van intra-epitheliale aandoeningen is een zaak van ervaren specialisten.[17]

Figuur 3 Lichen simplex met schilfering en excoriatie

Figuur 4 High-grade squamous intraepithelial lesions (HSIL) met hyperkeratose rond het distale deel van de linker kleine schaamlip, papels en erosies

VULVODYNIE (VULVAIRE PIJN)

Pijn aan de vulva kan veel verschillende oorzaken hebben naast infecties en dermatosen. Soms is er sprake van vulvaire pijn zonder dat er duidelijke afwijkingen zichtbaar zijn; men onderscheidt twee vormen.[18,19]

De diagnose *localized provoked vulvodynia* wordt meestal gesteld bij jonge vrouwen met oppervlakkige dyspareunie. De klachten ontstaan door een overactieve bekkenbodem, die soms ook leidt tot obstipatie en blaasklachten. De behandeling is gericht op ontspannen van de bekkenbodem en desensitiseren van de overgevoelige introïtus. Afhankelijk van de anamnese wordt de behandeling gestart bij de bekkenfysiotherapeut of bij de seksuoloog.

De diagnose *generalized spontaneous vulvodynia* komt vooral voor bij oudere vrouwen met klachten over een pijnlijke, brandende vulva. De klachten treden op tijdens zitten, maar kunnen ook continu aanwezig zijn. Bij onderzoek zijn er geen afwijkingen. Deze vorm wordt beschouwd als neuropathische pijn, vergelijkbaar met aangezichtspijn, postherpetische neuralgie of glossodynie. De behandeling bestaat uit uitleg over de diagnose en een middel tegen neuropathische pijn, zoals amitriptyline (1 dd 10 tot 50 mg ante noctem) of pregabaline (2 dd 75 mg).

BESCHOUWING

De huisarts speelt een belangrijke rol in het tijdig boven tafel krijgen van vulvaire klachten en vulvapathologie. Helaas komen op iedere vulvapoli patiënten die veel te lang met de klachten zijn blijven lopen doordat ze er zelf over zwegen, door *doctor's delay* of door een combinatie van beide.

Wanneer er duidelijk sprake is van lichen sclerosus kan de huisarts een behandeling starten volgens de NHG-Standaard Lichen sclerosus en de multidisciplinaire richtlijn.[5,6] Bij onvoldoende resultaat van de behandeling, twijfel aan de diagnose of behoefte aan meer informatie is een verwijzing op zijn plaats. Vervolgcontroles kunnen dan, afhankelijk van het interessegebied van de huisarts, weer plaatsvinden in de huisartsenpraktijk. Mucosale lichen planus is zo lastig te behandelen dat verwijzing altijd noodzakelijk is. Ook bij hardnekkig eczeem en bij een vermoeden van contacteczeem is verwijzing op zijn plaats, evenals bij premaligne vulvaire afwijkingen en vulvodynie.

Bij de behandeling van zowel lichen sclerosus als lichen planus en eczeem wordt altijd een emolliens voorgeschreven, eenmaal per dag of vaker aan te brengen. Daarnaast hebben lokale corticosteroïden een belangrijke functie. Matig sterke en sterke lokale corticosteroïden mogen nooit vaker dan eenmaal daags worden aangebracht, omdat bij een hogere frequentie het effect niet toeneemt en het risico op bijwerkingen wél. ■

LITERATUUR

1 Lawton S, Littlewood S. Vulval skin conditions: disease activity and quality of life. J Low Genit Tract Dis 2013;17:117-24.
2 Van der Meijden WI, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Assen: Van Gorcum, 2007.
3 Fischer G. Chronic vulvovaginal candidiasis: what we know and what we have yet to learn. Australas J Dermatol 2012;53:247-54.
4 NHG-werkgroep Standaard Fluor vaginalis. NHG-Standaard Fluor vaginalis (tweede herziening). Huisarts Wet 2016;59:204-10.
5 Glansdorp A, Van Kimmenade R, Lemaire E, Vliet Vlieland C, De Vries L, Burgers J, et al. NHG-Standaard Lichen sclerosus. Huisarts Wet 2012;55:510-4.
6 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Multidisciplinaire richtlijn anogenitale lichen sclerosus. Utrecht: NVDV, 2012.
7 Chan MP, Zimarowski MJ. Vulvar dermatoses: a histopathologic review and classification of 183 cases. J Cutan Pathol 2015;42:510-8.
8 Lee A, Bradford J, Fischer G. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosus: a prospective cohort study of 507 women. JAMA Dermatol 2015;151:1061-7.
9 Carlson JA, Ambros R, Malfetano J, Ross J, Grabowski R, Lamb P, et al. Vulvar lichen sclerosus and squamous cell carcinoma: a cohort, case control and investigational study with historical perspective; implications for chronic inflammation and sclerosis in the development of neoplasia. Hum Pathol 1998;29:932-48.
10 Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Multidisciplinaire richtlijn lichen planus. Utrecht: NVDV, 2012.
11 Crone AM, Stewart EJC, Wojnarowska F, Powell SM. Aetiological factors in vulvar dermatitis. J Eur Acad Derm Venereol 2000;14:181-6.
12 Vermaat H, Smienk F, Rustemeyer T, Bruynzeel DP, Kirtschig G. Anogenital allergic contact dermatitis, the role of spices and flavour allergy. Contact Dermatitis 2008;59:233-7.
13 Al-Niaimi F, Felton S, Williams J. Patch testing for vulval symptoms: our experience with 282 patients. Clin Exp Dermatol 2014;39:439-42.
14 Bornstein J, Bogliatto F, Haefner HK, Stockdale CK, Preti M, Bohl TG, et al. The 2015 International Society for the Study of Vulvovaginal Disease (ISSVD) terminology of vulvar squamous intraepithelial lesions. J Low Genit Tract Dis 2016;20:11-4.
15 Van Seters M, Van Beurden M, Ten Kate FJ, Beckmann I, Ewing PC, Eijkemans MJ, et al. Treatment of vulvar intraepithelial neoplasia with topical imiquimod. N Engl J Med 2008;358:1465-73.
16 Preti M, Van Seters M, Sideri M, Van Beurden M. Squamous vulvar intraepithelial neoplasia. Clin Obstet Gynecol 2005;48:845-61.
17 Van Hees CLM, Spitzer MJ, Ter Harmsel WA. Vulvaire premaligne aandoeningen. In: Beljaardts RC, Neumann HAM, Bergman W, redactie. Handboek dermato-oncologie. Heemstede: DCHG, 2015.
18 Lindström S, Kvist LJ. Treatment of provoked vulvodynia in a Swedish cohort using desensitization exercises and cognitive behavioral therapy. BMC Womens Health 2015;15:108.
19 Goldstein AT, Marinoff SC, Haefner HK. Vulvodynia: strategies for treatment. Clin Obstet Gynecol 2005;48:769-85.

Peter Leusink, Margriet Folkeringa-de Wijs

KLINISCHE LES

De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap

INLEIDING

In 2016 verschenen enkele publicaties over huisartsenzorg bij ongewenste zwangerschap. De NHG-Expertisegroep Seksuele gezondheid publiceerde, onder andere in samenwerking met Fiom, de *Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* en de *Landelijke samenwerkingsafspraken ongewenste zwangerschap*.[1,2] Ook verscheen het *NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk*.[3] In datzelfde jaar ontstond er een maatschappelijke discussie of en onder welke condities de huisarts de abortuspil zou mogen voorschrijven. Minister Schippers van Volksgezondheid diende een voorstel in tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) en SGP-kamerlid Van der Staaij kwam met de initiatiefnota *Verbeter de hulpverlening aan ongewenst zwangere vrouwen*. Beiden zien voor de huisarts een prominente rol weggelegd.[4-6] In deze klinische les beschrijven we de huidige rol van de huisarts bij ongewenste zwangerschap en de actuele stand van zaken rondom 'de abortuspil'. Zodra de abortuspil door de huisarts mag worden voorgeschreven, komen we met een vervolg op deze klinische les.

ONGEWENSTE ZWANGERSCHAPPEN

Het aantal zwangerschapsafbrekingen in Nederland is al jaren stabiel. In 2015 werd een lichte stijging gezien: in dat jaar vonden in Nederland 30.803 zwangerschapsafbrekingen plaats, waarvan 13% bij vrouwen die in het buitenland woonachtig waren. Bij 28% ging het om een overtijdbehandeling en bij 43% van die behandelingen werd de abortuspil gebruikt. Van de vrouwen die een overtijdbehandeling kregen, meldde 45% zich rechtstreeks bij een abortuskliniek, van de vrouwen bij wie de zwangerschap pas later werd afgebroken was dat 21%.[7]

Samenvatting

Leusink P, Folkeringa-de Wijs MA. De rol van de huisarts bij onbedoelde zwangerschap. Huisarts Wet 2017;60(6):298-301.

In 2016 ontstond er een maatschappelijke discussie of en onder welke condities de huisarts de abortuspil zou mogen voorschrijven. In een ministerieel voorstel tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap (Waz) en een initiatiefnota van de SGP is een prominente rol weggelegd voor de huisarts. In deze klinische les beschrijven we de huidige rol van de huisarts bij ongewenste zwangerschap en de actuele stand van zaken rondom 'de abortuspil'. Zodra de abortuspil door de huisarts mag worden voorgeschreven, komen we met een vervolg op deze klinische les.

Praktijk De Huisarts, Gouda: P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS. It Peldershûs, Burgum: M.A. Folkeringa-de Wijs, huisarts • Correspondentie: leusinkp@knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Nederland telt ongeveer 11.000 huisartsen, dus elke huisarts heeft per jaar ongeveer twee tot drie vrouwen met een ongewenste zwangerschap in de praktijk. Iets meer dan de helft (56%) van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn, gaat eerst naar de huisarts.[7] Huisartsen houden zich dus nu al bezig met verwijzing, voorlichting en nazorg; ook buiten kantoortijden wordt op huisartsenzorg gerekend, want vrouwen die in een kliniek de abortuspil krijgen, wordt geadviseerd bij problemen 's avonds en in het weekend de huisartsenpost te bellen. Zodra huisartsen legaal de abortuspil mogen voorschrijven, kunnen ongewenst zwangere vrouwen vaker een beroep doen op de huisarts.

Jenny

Jenny is 17 jaar, ze woont in Friesland en komt samen met haar oudere zus op het spreekuur. Ze is ongewenst zwanger. Ze vertelt heel duidelijk dat ze deze zwangerschap niet wil. Ze zit in 6 vwo en wil volgend jaar gaan studeren. Ze heeft weliswaar sinds 4 maanden een leuke vriend, maar ze weet überhaupt niet of ze wel met hem een kind wil opvoeden. Bij navraag vertelt Jenny dat ze geen zwangerschap wil uitdragen om het kind vervolgens ter adoptie of aan een pleeggezin af te staan. Ze wil een kind noch een zwangerschap.

Yvonne

Yvonne is 39 jaar. Ze meldt met enige schaamte dat ze zwanger is. Ze heeft al 2 kinderen van 9 en 11 jaar, en deze zwangerschap was niet gepland. Ze is vorig jaar met de pil gestopt en haar partner gebruikte sindsdien een condoom. Yvonne en haar man maken momenteel carrière; een extra kind zou niet passen in hun leven. Hoe heeft dit mis kunnen gaan? Yvonne vindt de gedachte aan abortus heel erg, ze is dol op kinderen. Wat te doen?

WAT WILT U WETEN?

Allereerst gaat u na hoe zeker de zwangerschap is: is er al een test gedaan of is de vrouw alleen over tijd? Welke anticonceptie gebruikte zij en wat is de reden dat deze gefaald heeft? Hoe lang denkt de vrouw zwanger te zijn, wat was de eerste dag van de laatste menstruatie en hoe is haar cyclus?

Vervolgens is het van belang te achterhalen hoe zeker het is dat de vrouw deze zwangerschap niet wil. Wil ze geen kind? Hoe is ze in deze situatie gekomen? Was er sprake van onvrijwillige seks of kan er een ander probleem meespelen, zoals een soa?

Als de partner ook bij het consult is, moet u proberen dui-

De kern

- De huisarts speelt van oudsher een belangrijke rol in de begeleiding, verwijzing en nazorg bij ongewenste zwangerschappen, maar mag geen overtijdbehandelingen uitvoeren.
- De medicamenteuze overtijdbehandeling in de eerste lijn is bewezen effectief en veilig.
- Er ligt een wetsvoorstel waarin het huisartsen wordt toegestaan de 'abortuspil' te geven.

delijk te krijgen in hoeverre zwangerschapsafbreking de eigen keuze van de vrouw is. Zo nodig moet u haar alleen terugvragen; uiteindelijk is de vrouw degene die besluit wat zij wil. U doet er goed aan u rekenschap te geven van uw eigen waarden en normen, maar ook rekening te houden met eventuele culturele en religieuze gevoeligheden van de vrouw.

Als er enige twijfel is over de zwangerschapsduur vraagt u een transvaginale echo aan. Op de aanvraag geeft u duidelijk aan dat de zwangerschap onbedoeld en ongewenst is; het is belangrijk dat deze echo op korte termijn kan plaatsvinden.

REFLECTIES OP DE CASUS

Noodsituatie

In de casus maakt Jenny een duidelijke keuze; het doet niet ter zake of u deze keuze invoelbaar of juist verwerpelijk vindt. Wettelijk heeft een vrouw het autonome recht op een abortus, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.[8] Eén van die voorwaarden is dat er sprake moet zijn van een noodsituatie. De wetgever definieert niet expliciet wat een noodsituatie is, maar uit evaluatieonderzoek blijkt dat wat de betreffende vrouwen onder een noodsituatie verstaan goed overeenkomt met de opvattingen die huisartsen daarover hebben.[9] Van de huisarts wordt geen inhoudelijk oordeel gevraagd, maar wel de zekerheid dat de keuze van de vrouw zorgvuldig en vrijwillig gemaakt is en dat ze geen voor haarzelf aanvaardbaar alternatief heeft.[10]

Dat Jenny nog niet meerderjarig is, betekent niet dat zij niet zelf mag beslissen. De huisarts doet er bij verzoeken van minderjarigen goed aan na te gaan of er ook een volwassene op de hoogte is van de situatie, maar desnoods mogen vrouwen van 16 tot 17 jaar zelfstandig beslissen. In de leeftijd van 12 tot 15 jaar is toestemming van een volwassene wel noodzakelijk, maar indien dit door omstandigheden niet de eigen ouder of voogd kan zijn, is een andere volwassene ook een optie.

Ambivalentie

In de tweede casus is Yvonne ambivalent over haar keuze. U kunt samen met haar exploreren wat haar gedachten en gevoelens zouden zijn in beide situaties, na het afbreken van de zwangerschap of na het behouden ervan. Ook alternatieven zoals adoptie of plaatsing in een pleeggezin kunnen besproken worden als de vrouw daarnaar vraagt.

Of de huisarts de vrouw in dit besluitvormingsproces kan begeleiden, zal afhangen van de eigen competenties en interesses, en van het vermogen de eigen waarden en normen tijdelijk opzij te zetten. Praktische tips zijn te vinden in de *Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap* en in *Zwanger! En dan?*[1,11] De belangrijkste taak voor de huisarts is te signaleren of de vrouw ambivalent blijft, zodat ze tijdig kan worden verwezen naar Fiom. Deze organisatie biedt neutrale hulp in de besluitvorming bij ongewenste zwangerschap, online of in persoonlijk gesprekken (zie ook http://www.zwangerwatnu.nl).

In de praktijk is het advies de vrouw te verwijzen als ze na twee gesprekken of tien dagen nog geen besluit heeft kunnen nemen.[1]

Foto: Shutterstock

Bij zwangerschapsafbreking is de huisarts voor de ongewenst zwangere vrouw vaak een belangrijk persoon.

WAT LEGT U UIT?

Als de vrouw inderdaad zwanger is en de zwangerschap niet wil, is de zwangerschapsduur belangrijk voor het vervolg. We spreken van 'over tijd' bij een zwangerschapsduur korter dan 6 weken en 2 dagen, dat wil zeggen tot en met dag 16 na de eerste uitgebleven menstruatie. Let op dat dit ook afhangt van de duur van de cyclus van de vrouw: de genoemde termijn geldt bij een cyclus van 28 dagen.

Het juridische begrip 'over tijd' is mede gebaseerd op het feit dat een jonge zwangerschap, tot ongeveer zes weken, nog

Jenny

Jenny heeft een regelmatige cyclus van 28 dagen en is vandaag drie dagen over tijd. Ze heeft zelf een zwangerschapstest uitgevoerd en die was positief. Ze heeft gehoord over de abortuspil en zou die graag willen gebruiken. Ze wil niet naar een abortuskliniek, want daarvoor moet ze helemaal naar Groningen reizen en een dag vrij nemen van school. U mag haar geen abortuspil voorschrijven, maar u kunt haar wel naar een gynaecoloog verwijzen. Helaas voeren de gynaecologen in het regionale ziekenhuis geen overtijdbehandelingen uit, dus is verwijzing naar de kliniek in Groningen toch de enige optie. U zou pas aan Jenny's hulpvraag kunnen voldoen als uzelf de abortuspil mocht voorschrijven. Uw geheimhoudingsplicht belet u Jenny's ouders in te lichten over de situatie, maar u doet er goed aan Jenny te motiveren haar ouders er toch bij te betrekken.

Yvonne

U heeft Yvonne verwezen naar Fiom voor hulp bij de besluitvorming. Na 3 maanden ziet u haar terug in verband met een vermeende longontsteking. Ze vertelt opgelucht dat zij en haar partner hebben besloten het kind te behouden. Ze gaan beiden hun werkzame leven anders inrichten. Ze hebben inmiddels ook hun kinderen over de zwangerschap verteld en die vinden het erg leuk en spannend.

Tabel Verschillen tussen zuigcurettage en medicamenteuze zwangerschapsafbreking

	Zuigcurettage	Medicamenteuze zwangerschapsafbreking
Zwangerschapstermijn	< 13 weken (eerste trimester)	< 9 weken (overtijdbehandeling tot 6 + 2 weken)
Methode	zuigcurettage met plaatselijke verdoving	1 pil oraal, 4 pillen vaginaal
Duur behandeling	ongeveer 10 minuten in de behandelkamer en ongeveer 30 minuten in de rustkamer	dag 1: enkele minuten dag 2 tot 3: bloedingen starten binnen enkele uren
Voortgaande zwangerschap	< 7 weken: 2,3% < 9 weken: 0,5%	< 7 weken: 0,5 tot 1,1% < 9 weken: 0,9%
Nadeel	vervelende houding op gynaecologische stoel	na inbrengen medicijnen soms 24 uur wachten op resultaat
Voordeel	operatieve ingreep, is snel en gecontroleerd	eigen omgeving; behandeling lijkt op natuurlijke afstoting (miskraam)
Pijn	kortdurende felle kramp tijdens de behandeling, soms krampen nadien	langer aanhoudende krampen
Bloeding	duur varieert sterk (1 tot 30 dagen), hoeveelheid enkele druppels tot heftig met stolsels	duur varieert sterk (1 tot 30 dagen), langduriger dan bij zuigcurettage, hoeveelheid enkele druppels tot heftig met stolsels heftig bloedverlies vooral bij zwangerschapsduur > 8 weken
Complicaties	waarschijnlijk even vaak als bij medicamenteuze zwangerschapsafbreking ziekenhuisopname wegens transfusie of een ernstige infectie: 0,16 tot 0,26% curettage wegens abortus incompletus: 4,8%	waarschijnlijk even vaak als bij zuigcurettage ziekenhuisopname wegens transfusie of een ernstige infectie: 0,16 tot 0,26% curettage wegens abortus incompletus: 4,8%

Bronnen: NHG-Standpunt;[3] Farmacotherapeutisch Kompas;[14] Otterlo werkgroep.[16]

niet met zekerheid levensvatbaar is. Ruim 10% van de zwangerschappen (oplopend tot 40% bij zwangeren > 40 jaar) eindigt dan nog in een spontane miskraam.[12] Het embryo bevindt zich nog in de indifferente ('geslachtloze') fase en de aanleg van het zenuwstelsel, organen en bloedvaten is nog niet voltooid.[13] Voor de vrouw is de beslissing soms emotioneel minder belastend als ze weet dat de zwangerschap zo pril is dat er nog niet over abortus, maar over 'overtijdbehandeling' wordt gesproken. Een overtijdbehandeling valt buiten de Waz en een bedenktijd van vijf dagen is daarom niet nodig.

Vanaf zes plus twee weken heet de zwangerschapsafbreking 'abortus'. Abortus is toegestaan tot een zwangerschapsduur van maximaal 24 weken (abortusklinieken leggen de grens soms bij 22 weken). Voordat tot abortus wordt overgegaan moet de vrouw een wettelijke bedenktijd van vijf dagen hebben gehad, vanaf het eerste gesprek met een arts. Het is dan ook belangrijk dat de huisarts in de verwijsbrief aan de kliniek of gynaecoloog de datum van dit eerste consult vermeldt. In de verwijsbrief kan ook een aantal andere nuttige zaken vermeld worden: of de zwangerschap met zekerheid ongewenst is of dat de vrouw er nog ambivalent tegenover staat; de eerste dag van de laatste menstruatie (ELM); de cyclusduur; de gynaecologische en obstetrische voorgeschiedenis; of er een soatest gedaan is en of er in het (recente) verleden sprake was van seksueel misbruik.

Tot slot kan in de verwijsbrief nog vermeld worden of plaatsing van een IUD na behandeling gewenst is en wie de nacontrole doet. Ongeveer de helft van de vrouwen kiest na de overtijdbehandeling of de abortus voor controle bij de huisarts; driekwart krijgt anticonceptie voorgeschreven door de abortuskliniek.[7] De huisarts kan de vrouw aanmoedigen om na de overtijdbehandeling of abortus nog eens terug te komen om te bespreken hoe het gaat en om vragen over anticonceptie te bespreken.[2]

BEHANDELING

Momenteel vindt 91% van de zwangerschapsafbrekingen plaats in 14 abortusklinieken verspreid over Nederland. Hulp via een abortuskliniek wordt betaald uit de AWBZ.

Tot een amenorroeduur van 9 weken (63 dagen na de ELM) kan een zwangerschap met de abortuspil worden afgebroken. De 'abortuspil' is in feite niet 1 pil maar bestaat uit 5 pillen. Op dag 1 van de behandeling neemt de vrouw 1 tablet mifepriston 200 mg in. Mifepriston is een antiprogestageen dat de effecten van progesteron op het endometrium en myometrium tegengaat. Op dag 2 of 3 brengt de vrouw 4 tabletten misoprostol 0,2 mg tegelijkertijd vaginaal in. Misoprostol zorgt voor uteruscontracties, met als gevolg een miskraam die binnen enkele uren start. Contra-indicaties voor de abortuspil zijn extra-uteriene zwangerschap, zwangerschap > 63 dagen, onbevestigde zwangerschap, chronische bijnierinsufficiëntie, ernstig (onbehandelbaar) astma, acute porfyrie en overgevoeligheid voor prostaglandinen.[12]

De zwangerschap kan ook niet-medicamenteus worden afgebroken ('instrumentele abortus'). In het eerste trimester gebeurt dat door middel van zuigcurettage, bij een zwangerschapsduur ≥ 13 weken door middel van een zogeheten instrumentele abortus met dilatatie, curettage en evacuatie. Bij beide ingrepen kan worden gekozen voor lokale verdoving of voor een roesje, de mogelijkheden verschillen per kliniek. Meer informatie over behandelingen is te vinden in de Richtlijn Begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen.[10]

COMPLICATIES

Medicamenteuze zwangerschapsafbreking is veilig; er is weinig kans op complicaties. De ervaring met overtijdbehandeling via een abortuskliniek is goed. Die behandeling wordt gegeven tot een zwangerschapsduur van 9 weken (5 weken over tijd), meestal bij de vrouw thuis.

Er zijn onvoldoende goede onderzoeken gedaan om de effecten en complicaties van medicamenteuze versus instrumentele zwangerschapsafbreking goed te kunnen vergelijken.[3] Als complicaties worden genoemd: doorgaande zwangerschap (≤ 1 tot 2%); niet-complete abortus (4,8%); ernstig bloedverlies (0,09% bij zwangerschapsduur ≤ 13 weken, dus lager bij zwangerschapsduur ≤ 9 weken).[3,15,16]

In 2014 traden bij 2,2% van alle medicamenteuze en instrumentele zwangerschapsafbrekingen in Nederland complicaties op in de vorm van incomplete abortus of forse nabloeding.[7] Bij een medicamenteuze behandeling is het bloedverlies en de pijn in het algemene heftiger en houdt het bloedverlies langer aan.[11,16] Het NHG-Standpunt Medicamenteuze overtijdbehandeling concludeert dat overtijdbehandeling effectief en veilig kan worden toegepast door de huisarts.[3] De [**tabel**] zet enkele kenmerken van de medicamenteuze en instrumentele behandeling op een rij.

NAZORG

Vier weken na de zwangerschapsafbreking is een zwangerschapstest noodzakelijk. Eerder is niet zinvol omdat de test erg gevoelig is en het HCG langzaam daalt, wat tot foutpositieve uitslagen kan leiden. Een standaard controle-echo is niet noodzakelijk, alleen als er na vier weken nog sprake is van een positieve zwangerschapstest of bloedingen.[11]

Tijdens de nacontrole besteedt de huisarts aandacht aan eventuele zwangerschapskenmerken en vaginale bloedingen, aan de zwangerschapstest, aan anticonceptie en aan emoties en gedachten over de afbreking. Vooral bij adolescenten is het nodig anticonceptie, soa en seksualiteit geïntegreerd te bespreken. Vertrouwen, serieus nemen, respecteren van autonomie en privacy zijn belangrijke aspecten in de communicatie.[17] De huisarts kan de beleving waar nodig normaliseren door aan te geven dat gevoelens als verdriet of schuld aanvankelijk aanwezig kunnen zijn, maar niet noodzakelijkerwijs hoeven te leiden tot blijvende spijt.

Wel is het zaak alert te zijn op risicofactoren bij vrouwen die al kwetsbaar waren voor de abortus. Psychiatrische problematiek, een psychiatrische stoornis, recente negatieve gebeurtenissen en relatieproblemen verhogen de kans op psychische gevolgen na een abortus.[18] Abortus is zelden zelf de oorzaak van een psychische stoornis, maar kan een bestaand probleem wel verergeren en kan dan bijvoorbeeld leiden tot meer ongewenste zwangerschappen.[18] Vrouwen die kampen met verwerkingsproblemen kunnen ook terecht bij Fiom.

De discussie rond de abortuspil

Al enkele jaren wordt, onder andere in *Medisch Contact*, betoogd dat huisartsen de abortuspil zouden moeten kunnen verstrekken zodat vrouwen zorg op maat krijgen, dicht bij huis en met meer keuzevrijheid.[20-22] Organisaties als KNMG, LHV en NHG ondersteunen dit streven in principe. Het in 2016 verschenen NHG-Standpunt constateerde dat de abortuspil in de eerste lijn effectief en veilig kan worden voorgeschreven, maar dat de juridische randvoorwaarden nog geregeld moeten worden.[3] De minister van Volksgezondheid wil de rol van de huisarts bij ongewenste zwangerschap vergroten, met onder andere als argument dat het aantal abortussen zal dalen door betere continuïteit van zorg – goede anticonceptie na een overtijdbehandeling voorkomt herhalingen.

Op dit moment valt de overtijdbehandeling niet onder de Waz en ook niet onder de basiszorg. Huisartsen met morele bezwaren kunnen naar elders verwijzen. In februari 2017 heeft de minister de Tweede Kamer voorgesteld de overtijdbehandeling onder de werking van de Waz te brengen. Ook huisartsen zouden dan, onder strenge voorwaarden en met een Waz-vergunning, de overtijdbehandeling mogen geven. Huisartsen vragen zich echter af of zo'n vergunning niet een averechts effect zal hebben. Ze verwachten dat weinig huisartsen hem zullen aanvragen en enkele huisartsen hebben zelfs een juridische procedure aangespannen om te voorkomen dat de overtijdbehandeling onder de Waz wordt gebracht.[23]

In afwachting van definitieve wetgeving – die afhankelijk van de politieke ontwikkelingen nog wel tot 2018 op zich kan laten wachten – zijn kaderhuisartsen van UrogynHAG en SeksHAG bezig nascholing te ontwikkelen. Samen met beroepsorganisaties wordt gekeken onder welke voorwaarden het voorschrijven van de abortuspil te zijner tijd verantwoord kan plaatsvinden.

CONCLUSIE

Van oudsher zijn huisartsen betrokken geweest bij de begeleiding, verwijzing en nazorg van ongewenst zwangere vrouwen. Sinds kort is de maatschappelijke en politieke trend dat die rol kan worden uitgebreid met de abortuspil.

In deze klinische les hebben we de moeilijkheden en de huidige mogelijkheden beschreven van begeleiding, verwijzing en nazorg bij zwangerschapsafbreking. De huisarts – of die nu wel of niet de abortuspil mag voorschrijven – is voor de vrouw vaak al een belangrijke persoon bij deze beladen gebeurtenis.[19] De mogelijkheid dat huisartsen in de toekomst medicamenteuze overtijdbehandelingen mogen geven, maakt het noodzakelijk dat zij zich daar ook verantwoordelijk voor voelen en zich erin bekwamen. ■

LITERATUUR

1 Leidraad voor huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap. Utrecht: Fiom/NHG-Expertgroep Seksuele gezondheid, 2015.
2 Landelijke samenwerkingsafspraken ongewenste zwangerschap. Utrecht: NGvA, NGOV, KNOV, Fiom, NHG-Expertgroep Seksuele gezondheid, 2016.
3 NHG-Standpunt Effectiviteit en veiligheid van medicamenteuze overtijdbehandeling in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2016.

De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Els Roelofs, Brigitt Demmer

Veilig omgaan met cytostatica

Een patiënte levert urine in bij de huisartsenpraktijk met de vraag of zij een blaasontsteking heeft. Zij heeft vijf dagen geleden een chemokuur ondergaan. Is het wel veilig als een zwangere doktersassistente deze urine nakijkt?

Met de toenemende overleving van kankerpatiënten neemt het aantal patiënten dat wordt behandeld met cytostatica ook toe. Cytostatica worden uitgescheiden via urine en ontlasting, maar ook via sputum, transpiratievocht of braaksel. Dat kan gevolgen hebben voor iedereen die daarmee in aanraking komt, waaronder zorgverleners. Hoe kunnen we onbedoeld contact en 'besmetting' met cytostaticaresten voorkomen? En wat te doen als dat toch gebeurt?

Tot nu toe waren er voor de huisartsenpraktijk geen richtlijnen, voor de rest van het veld was er juist een wirwar aan regels. Gelukkig verscheen in 2016 de 'Handreiking Veilig omgaan met cytostatica' van het IKNL (Integraal Kankercentrum Nederland), zie www.oncoline.nl. De Handreiking is een concreet, praktisch document met achtergrondinformatie en links naar de beschikbare informatie in actuele bronnen zoals richtlijnen en Arbocatalogi. Dit document bevat voorbeeldwerkbladen over toedienen van cytostatica, verzorgen van de patiënt, schoonmaken van bijvoorbeeld sanitair, medisch handelen en handelen bij besmetting (direct met cytostatica of via lichaamsvloeistoffen).

Relevantie voor de huisartsenpraktijk

Van alle cytostatica is bekend hoelang beschermende maatregelen nodig zijn na de laatste toediening. Deze informatie is te vinden op de 'crashkaart cytostatica' van de Handreiking en op www.sibopmaat.nl, een nuttige website met patiënteninformatie. Voor capecitabine (Xeloda) is dat bijvoorbeeld twee dagen. Uit praktisch oogpunt of als het cytostaticum niet bekend is (patiënt weet het niet, er is nog geen brief) wordt voor de zekerheid een risicoperiode van zeven dagen aangehouden.

De maatregelen bij urineonderzoek in laboratoria zijn niet anders dan bij 'niet-besmette' urine, namelijk werken met handschoenen aan die vervangen moeten worden voordat de volgende urine wordt nagekeken. Bij kans op morsen wordt een schort geadviseerd, met lange mouwen.

Gelden deze regels ook in de huisartsenpraktijk? Wat zijn daar de eventuele risico's, werken wij wel veilig?

Het is een feit dat risico's bij sporadisch contact niet bekend zijn. In de patiëntenfolder in de Handreiking staat: 'een sporadisch contact met cytostaticaresten is tot nu toe niet als schadelijk bewezen.' Kortom, er is geen reden tot zorg maar wel reden om voorzichtig te zijn.

Voor zorgverleners ligt het anders. Uit veiligheidsoverwegingen worden de toxische effecten die zijn aangetoond bij een hoge dosering cytostatica als uitgangspunt gebruikt voor effecten bij een lage dosering. Voorzichtigheid is hier dus geboden. Voor zwangere werknemers verwijst de Handreiking naar het Arbokennisdossier Cytostatica, waarin staat dat de voorgeschreven maatregelen een zodanig hoog beschermingsniveau geven dat er geen risico is voor zwangere werknemers bij veilig werken.

De chemokuur bestond uit doxorubicine en cyclofosfamide. De periode waarin dit in de urine aantoonbaar is, betreft respectievelijk zes en drie dagen. De zwangere doktersassistente had haar collega gevraagd de urine na te kijken, deze had voor de zekerheid handschoenen aangedaan. Achteraf was dit de juiste methode, ook in het geval van zwangerschap.

In de praktijk

In onze casus was het bekend dat de patiënte cytostatica gebruikte, maar weten we dat altijd? Wat als er in een hete zomer een zwetende patiënt op de onderzoeksbank ligt die capecitabinetabletten gebruikt? De Handreiking adviseert dan onderzoek te doen met handschoenen aan. Het besmette onderzoekspapier gaat in een aparte afvalzak, die wel op de gebruikelijke manier kan worden afgevoerd.

En wat te doen op huisbezoek bij een brakende patiënt? Waar moeten we op letten? Eigenlijk zijn handschoenen en beschermende kleding nodig, maar we willen de patiënt ook zien als mens en geen onnodige barrières opwerpen. Wat is het werkelijke risico? Dit is niet bekend. Er blijven vragen waarop de Handreiking geen duidelijk antwoord heeft. Bij individuele patiënten is het raadzaam om te overleggen met de oncoloog/ziekenhuisapotheker of beter: de betrokken (gespecialiseerde) oncologieverpleegkundige van het ziekenhuis.

Aandachtspunten

- Cytostatica(resten) zijn dichterbij dan u denkt, dit heeft mogelijk consequenties voor de manier van werken in de huisartsenpraktijk.
- Vraag bij urineonderzoek altijd: Heeft u chemotherapie gehad in de laatste zeven dagen? Welk middel?
- De 'Handreiking Veilig omgaan met cytostatica' is een aanwinst, maar geeft niet op alle vragen antwoord. De betrokken oncologieverpleegkundige kan uitkomst bieden.
- Er is onderzoek nodig naar de risico's van laagfrequent contact met cytostaticaresten in de eerste lijn en de benodigde maatregelen. ■

E.G. Roelofs, huisarts Leiden, werkgroeplid 'Veilig omgaan met cytostatica' namens het NHG; B.C.M. Demmer-Borggreve, adviseur richtlijnen IKNL Utrecht • Correspondentie: eroelofs@zonnet.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

KENNISTOETS: VRAGEN

1. **Lichen sclerosus (LS) leidt tot anatomische veranderingen aan de vulva en (porselein)witte verkleuring van de huid. De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld. Welke locaties kunnen aangedaan zijn bij LS?**
   - **a.** Alleen de huid van de vulva.
   - **b.** De huid van de vulva, het perineum en de perianale regio.
   - **c.** De huid van de vulva, het perineum, de perianale regio en het vaginaal slijmvlies.

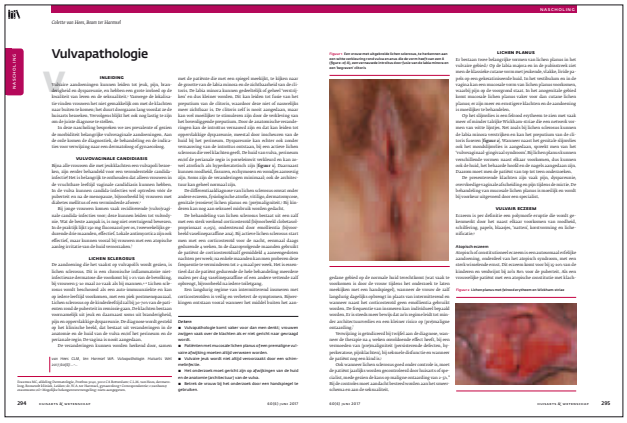
2. **Lokale corticosteroïden nemen bij de behandeling van lichen sclerosus, lichen planus en vulvair eczeem een belangrijke plaats in. De auteurs doen aanbevelingen voor het gebruik van (sterke) corticosteroïden op de vulva. Welke aanbeveling is correct?**
   - **a.** Hanteer een maximale toedieningsfrequentie van tweemaal daags.
   - **b.** Pas corticosteroïden niet langer dan twee maanden achter elkaar toe.
   - **c.** Start met een corticosteroïd op crèmebasis.
   - **d.** Wissel het corticosteroïd af met paraffine/vaseline.

3. **Een candida-infectie kan bij vrouwen op de vulva en/of vaginaal gelokaliseerd zijn. In welke leeftijdsfase(n) komt de vaginale candidiasis voor?**
   - **a.** Alleen in de fertiele levensfase.
   - **b.** In de fertiele en postmenopauzale fase.

4. **Lichen simplex is de meest voorkomende vorm van vulvair eczeem. De primaire oorzaak is jeuk. De veranderingen aan de huid ontstaan door krabben. De onderbenen zijn vaak ook aangedaan. Het krabben gebeurt uit gewoonte of door een psychische stoornis. Welke huidveranderingen zijn kenmerkend bij deze aandoening?**
   - **a.** Blaasjes en korstvorming.
   - **b.** Papels en schilfering.
   - **c.** Plaques en lichenificatie.

5. **Naar schatting 5% van de vrouwen met vulvaire lichen sclerosus ontwikkelt op den duur een plaveiselcelcarcinoom. De huisarts dient vrouwen met LS daarom jaarlijks te controleren. Alarmsymptomen voor maligne ontaarding zijn zwellingen, niet genezende ulcera, unilaterale afwijkingen en vergrote liesklieren. Wat is nog meer een alarmsymptoom?**
   - **a.** Aanhoudende jeuk.
   - **b.** Fissuurvorming.
   - **c.** Persisterende pijn.

6. **Recidiverende vulvovaginale candidiasis wordt vaak gezien bij jonge vrouwen. De NHG-standaard Fluor vaginalis geeft bij deze aandoening de voorkeur aan lokale behandeling vanwege minder kans op bijwerkingen. Van Hees daarentegen meldt dat lokale behandeling met antimycotica irritatie van de huid kan geven, met name bij atopici. Ze geeft aan dat lokale noch orale behandeling superieur is. Welke orale behandeling beveelt zij aan?**
   - **a.** Eenmaal per twee weken fluconazol 150 mg capsule oraal gedurende drie maanden.
   - **b.** Fluconazol 150 mg capsule op dag vijf van de menstruatie gedurende drie maanden.
   - **c.** *On demand* behandeling met fluconazol 150 mg oraal, drie stuks.



7. **Mevrouw McEwan, 42 jaar, komt op het spreekuur omdat ze bultjes heeft gevoeld in haar schaamstreek. Ze heeft er geen last van. Ze vraag aan de huisarts of de bultjes behandeld moeten worden. Bij onderzoek van de vulva ziet de huisarts plaatselijk verdikte witte huid en gladde, bruine papels. Wat is in dit geval het aangewezen beleid?**
   - **a.** Clobetasolproprionaat 0,05% zalf.
   - **b.** Podofyllotoxine 0,5% oplossing 2 dd, gedurende drie dagen.
   - **c.** Verwijzen naar de specialist.

8. **Mevrouw Eckert, 58 jaar, belt op omdat ze al enig tijd last heeft van vaginale jeuk. Ze vertelt dat ze 25 jaar geleden last had van recidiverende vaginale schimmelinfecties. Ze herkent de jeukklachten van vroeger. Alleen de brokkelige afscheiding ontbreekt. Ze vraagt om een kuur tegen schimmelinfectie. Wat is het aangewezen beleid?**
   - **a.** Vaginaal capsule miconazol.
   - **b.** Oraal eenmalig fluconazol (diflucan).
   - **c.** Uitnodigen op het spreekuur.

De kennistoets gaat over één artikel in dit nummer van H&W, namelijk: Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.
Daarnaast is gebruikgemaakt van de volgende bronnen:
- Glansdorp A, Van Kimmenade R, Lemaire EKG, et al. NHG-Standaard Lichen sclerosus. Huisarts Wet 2012;55:510-4. www.nhg.org
- NHG-werkgroep Fluor vaginalis. NHG-Standaard Fluor vaginalis (tweede herziening). Huisarts Wet 2016;59:204-10. www.nhg.org
- www.huidziekten.nl

De vlucht vooruit: dilemma's aan het einde van het leven

Els van Wijngaarden voelde zich gegrepen door de discussie over voltooid leven. Ze voerde gesprekken met mensen die hun leven als voltooid beschouwen, wat leidde tot haar promotie aan de Universiteit voor Humanistiek op het proefschrift *Ready to give up on life*. De kunst voor de huisarts die wordt geconfronteerd met de doodswens vanwege een voltooid leven, is om niet direct in oplossingen te denken, stelt ze. Zoek de verbinding.

Foto: Fjodor Buis.

Els van Wijngaarden: 'Benader een patiënt die zegt dat zijn leven voltooid is zo open mogelijk.'

'Ik voel me net een afgezaagde boom', vertelde een van de 25 mensen die Els van Wijngaarden interviewde voor haar promotieonderzoek naar voltooid leven. Dit trof haar. 'Zeker omdat hij nog een latrelatie en zelfs een seksleven had, terwijl hij al in de negentig was. Anders dan zijn overleden vrouw natuurlijk, maar toch. Een gouden randje, zo noemde hij het zelf, en dan nog die eenzaamheid voelen. Het geeft aan hoe lastig die eenzaamheid op te lossen is. Een nieuwe relatie is blijkbaar een afleidingsmanoeuvre geworden, een incident.'

De week van het voltooide leven in februari 2010 triggerde Van Wijngaarden tot haar onderzoek. Ze vertelt: 'Ik zag portretten op tv van mensen bij wie ik me het moe zijn van het leven kon voorstellen. Maar ik verbaasde me over de rationele afweging van het leven willen beëindigen versus het fysiek nog gezond zijn.' Van Wijngaarden, opgeleid als geestelijk verzorger, vroeg zich af wat achter die besluitvastheid verscholen lag. 'Hoe is het om zo oud te worden en het niet meer te zien zitten zonder echt suïcidaal te zijn', wilde ze weten. 'Want dat is het toch ook weer niet, hoewel er nog geen onderzoek is gedaan naar het onderscheid.'

De verbinding verloren

Hoe zou Van Wijngaarden het begrip voltooid leven definiëren? 'De rode draad in alle verhalen was: zich niet meer kunnen en willen verbinden met het leven', zegt ze, 'in alle opzichten de verbinding met het leven verloren hebben. Het is niet alleen een besluit, maar ook een innerlijke onmogelijkheid. Die kluwen is nauwelijks te ontwarren.'

Het begrip 'voltooid leven' geeft een te rooskleurige kijk op de feiten, vindt ze: 'Als ik een klus heb voltooid, is die afgerond. Maar ik gebruik het woord voltooid niet als die klus is mislukt. Sommige mensen die ik interviewde, vonden dat ze een geslaagd leven hadden gehad, maar anderen wilden eerder een trein van mislukkingen stoppen. In beide gevallen vind ik voltooid een misleidend woord. Zeker omdat ik zag dat deze mensen soms nog gewoon plannen ontwikkelden, zelfs een draaiboek schreven over hoe ze dood wilden. In dat opzicht waren die levens dus ook biografisch gezien gewoon nog niet klaar. Wat ik vaak bespeurde, was een achterliggend verlangen om maatschappelijk te blijven bijdragen, maar het besef daarvoor niet meer gevraagd te worden. Het is dus meer capituleren dan voltooien, het is een vlucht vooruit. De terminologie "lijden aan het leven" die de KNMG eerder hanteerde, erkent meer waarom het gaat.'

Spanningsveld

Van Wijngaarden bespeurde in de gesprekken die ze voerde een dichotomie van autonomie versus kwetsbaarheid en afhankelijkheid. 'Die twee polen waren in al die mensen aanwezig', zegt ze. 'Ze willen regie over hun eigen leven hebben en ervaren daarin meer moeite naarmate hun kwetsbaarheid toeneemt. Dat spanningsveld begrijp ik, maar het lijkt erop of ze de afhankelijkheid en de kwetsbaarheid niet onder ogen willen zien. Die fase willen ze niet ingaan en zeker niet vergaand. Als je die kwetsbaarheid eerder in je leven nooit hebt ervaren is het moeilijk om die te aanvaarden en er misschien zelfs ook iets van waarde in te kunnen vinden. Ik begreep – tot op een bepaalde hoogte – de schaamte die ik voelde bij bijvoorbeeld de mannen die me vertelden over hun incontinentie en impotentie, maar daarover met naasten niet kunnen praten maakt hun eenzaamheid alleen maar groter.'

Enkele geïnterviewden hebben inmiddels daadwerkelijk hun leven beëindigd. Uit contact met hun nabestaanden leerde Van Wijngaarden dat die soms het gevoel hadden tekortgeschoten te zijn. 'Afgezien van de mensen die echt helemaal niemand meer hebben, stap je meestal niet in een vacuüm uit het leven, maar in verbondenheid met kinderen, vrienden of zelfs nog een partner. Het gaat me te ver om te stellen dat die beslissingsrecht hebben, maar in de discussie over het voltooid leven gaat het nu wel te veel over de wil van het individu. Die wil blijkt vaak heel diffuus en bovendien gaat dit voorbij aan die naasten.'

Open vizier

Wat mag nu worden verwacht van een huisarts die in de spreekkamer wordt geconfronteerd met een patiënt die zegt dat zijn leven voltooid is? Het beste uitgangspunt is exploreren, stelt Van Wijngaarden. 'U zegt nogal wat, vertel eens'. Wat het hierbij lastig maakt, is dat mensen heel eisend kunnen zijn en van de huisarts verwachten dat het geregeld wordt. 'Dat leidt tot paniek bij de huisarts: "O help, wat komt er nu op me af." Het is dan zaak niet meteen in oplossingen te denken, maar het heel open te benaderen. Te vragen waarom de wens om het leven te beëindigen speelt, hoe vaak en in welke omstandigheden. Dat zijn trage, existentiële vragen, maar ze helpen wel om tot echt contact te komen. Oplossingen bieden gaat voorbij aan de ervaring van het nu. Laat iemand dus vertellen, dan kun je hem beter begrijpen en help je hem om het complete en complexe verhaal neer te zetten. Het levert een heel ander gesprek op, dat ook de ruimte geeft om te vragen wat iemand zou helpen. Stel je die vraag vanuit de innerlijke wens, dan krijg je een ander antwoord dan wanneer je dit doet vanuit het juridisch kader van de wilsverklaring. Juist in dit gesprek kan de huisarts een belangrijke rol spelen.'

Van Wijngaarden is ervan overtuigd dat veel huisartsen dit kunnen, maar beseft tegelijkertijd dat het veel van ze vraagt niet meteen in klinisch redeneren te vervallen. 'Een huisarts die ertoe in staat is dat te ontstijgen, kan de kern raken', zegt ze. 'De zelfgekozen dood wordt doorgaans gepresenteerd als autonomie, maar er blijkt vaak ook een verlangen achter te zitten om van een arts te horen dat je verlangen naar de dood legitiem is, dat het goed is dat je gaat. Het lijkt soms bijna een seculier sacrament. Het gaat dan ten diepste niet over autonomie, het gaat over een verlangen naar verbondenheid.' ■

Frank van Wijck

Els van Wijngaarden is auteur van: Voltooid leven: over leven en willen sterven. Amsterdam: Atlas Contact, 2016.

Robert Willemsen, Karen Konings

ECG-casus 'Slechte conditie'

Casus

Patiënt: Vrouw, 56 jaar.

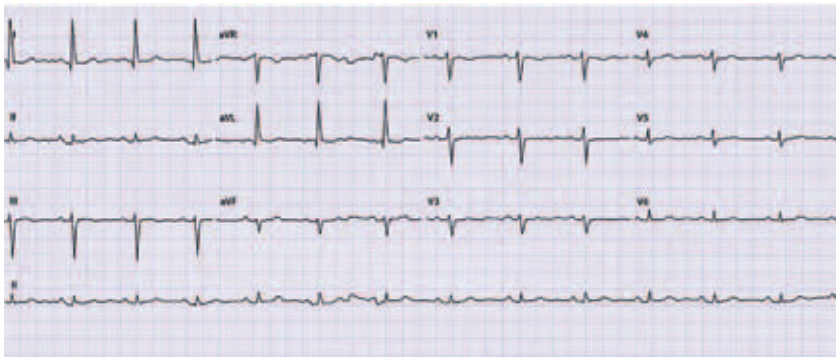
Voorgeschiedenis: Roken, alcoholgebruik fors (vier tot acht eenheden per dag), dyspnoe d'effort met piepen. Patiënte is nooit gemotiveerd geweest voor cardiovasculaire risico-inventarisaties, spirometrie of interventies voor middelengebruik.

Medicatie: Geen.

Anamnese: Sinds drie maanden is ze erg teruggetrokken, ze zit en ligt veel. Dit is begonnen met griep. Daarvóór was ze wel dagelijks meermaals buiten.

Lichamelijk onderzoek: Bloeddruk 128/80 mmHg. Pols 76/min, regulair. Normale harttonen, geen souffle.

ECG



OPGAVE

De patiënte is nu wel gemotiveerd om aanvullend onderzoek te laten verrichten. Dit onderzoek bestaat uit spirometrie (conclusie: COPD met matige obstructie), CVRM (conclusie: SCORE 23%), een thoraxfoto (conclusie: hyperinflatie) en een ECG.

1. Beschrijf het ECG systematisch volgens ECG-10+.[1]
2. Wat is uw beleid?

Het juiste antwoord vindt u op www.henw.org/oplossingcasus. ■

1 Konings KTS, Willemsen RTA. ECG10+: systematisch ECG's beoordelen. Huisarts Wet 2016;59:166-70.

Emily Broeders, Antonette Smelt

CATS

Protonpompremmers slecht voor nieren

Vraagstelling Protonpompremmers (PPI's) worden frequent voorgeschreven. Dit is echter niet geheel ongevaarlijk, aangezien PPI-gebruik mogelijk leidt tot chronische nierinsufficiëntie. Zorgen PPI's voor achteruitgang in de nierfunctie (Chronische Nier Schade, CNS) gedefinieerd als een glomerulaire filtratie (eGFR) < 60 ml/min/1,73 m?

Zoekstructuur We doorzochten PubMed met de zoektermen: Chronic/longterm AND renal/kidney AND insufficiency/failure in combinatie met synoniemen voor *proton pump inhibitors* en merknamen. We vonden 182 artikelen waaronder geen systematic reviews. Op basis van screening op titel en abstract vonden we drie relevante originele onderzoeken. We vonden geen relevante informatie op de website van Lareb, Farmacotherapeutisch Kompas en het Geneesmiddelenbulletin.

Resultaten Lazarus et al. beschreven twee prospectieve cohortonderzoeken.[1] In het eerste cohort (n = 10.482) werd PPI-gebruik vastgesteld door zelfrapportage en CNS gerapporteerd aan de hand van gerapporteerde diagnosecodes bij ziekenhuisopname. Bij het tweede cohort (n = 248.751) werd gebruik van een PPI of H2-antagonist verondersteld wanneer deze was voorgeschreven en werd de aanwezigheid van CNS gecontroleerd met laboratoriumonderzoek. Met de Cox proportional hazard regression test werden hazard ratio's voor het ontstaan van chronische nierschade berekend. Er werd gecorrigeerd voor bekende risicofactoren zoals obesitas, hart- en vaatziekten, sociaal-economische status, roken en gebruik van nefrotoxische medicatie. In beide cohorten was er na respectievelijk gemiddeld 13,9 en 6,2 jaar sprake van meer CNS bij PPI-gebruikers (aangepaste hazard ratio (HR) respectievelijk 1,50; 95%-BI 1,14 tot 1,96 en 1,24; 95%-BI 1,20 tot 1,28). Hieruit blijkt dat PPI-gebruikers in vergelijking tot patiënten die geen PPI gebruiken een 20-50% hoger risico hebben op het ontwikkelen van CNS. Dit verband werd niet aangetoond bij H2-antagonisten.

Het cohortonderzoek van Xie et al. volgde het effect op de nierfunctie van PPI (n = 173.321) en H2 antagonistengebruikers (n = 20.270) gedurende vijf jaar.[2] Ook hier werd medicatiegebruik verondersteld wanneer dit aan de patiënt was voorgeschreven. Door middel van een Cox survival model werden resultaten aangepast op bovenstaande riscofactoren.[1] De PPI-groep had een groter risico op CNS (HR 1,28; 95%-BI 1,23-1,34) en het NNH (*Number Needed to Harm*) bleek 90. Daarnaast werd aangetoond dat een langere behandeling een hogere kans geeft op nierfunctieverlies (HR eGFR < 60: < 30 dagen: 1.0; HR 360 tot 720 dagen 2,7).

Arora et al. onderzochten hetzelfde effect met behulp van een retrospectief case-control onderzoek tussen 2001 tot 2008.[3] In totaal ontwikkelden 19.311 van de 76.462 patiënten een nieuwe CNS. Een prospectieve logistische analyse toonde een hogere odds-ratio voor het ontstaan van CNS bij PPI-gebruikers ten opzichte van niet-gebruikers (OR 1,10; 95%-BI 1,05 tot 1,16). Ook na correctie voor risicofactoren door middel van een sensitiviteitsanalyse bleek dit verband te bestaan.

Bespreking De beschreven onderzoeken hebben een gelijke bewijskracht. Er was sprake van goede validiteit: er werd gecorrigeerd voor ongelijkheid van basisgroepen, de follow-up was voldoende lang, er was sprake van nieuwe ziektegevallen. De grootste beperking is dat met deze onderzoeksmethode geen causaal verband kan worden aangetoond en dat de gevonden relaties kunnen berusten op een onbekende confounder. De resultaten zijn echter vrij sterk, omdat er verschillende sensitiviteitsanalyses zijn gedaan die dezelfde resultaten laten zien. Een ander bezwaar is dat in enkele cohorten is aangenomen dat voorgeschreven PPI's daadwerkelijk door de patiënten werd ingenomen. De onderzoeken hebben echter eenzelfde conclusie als het onderzoek waarbij PPI-gebruik telefonisch werd geverifieerd.

Conclusie Er zijn sterke aanwijzingen dat chronisch PPI-gebruik een verhoogd risico geeft op achteruitgang van de nierfunctie (CNS).

Betekenis Het is van belang per patiënt de voor- en nadelen van chronisch PPI-gebruik af te wegen en zo mogelijk te kiezen voor een minder schadelijke H2-antagonist. Bij afname van de nierfunctie moet overwogen worden de PPI te staken. Wellicht is het zinvol om bij chronische PPI-gebruikers regelmatig de nierfunctie te controleren. Hoe vaak dit zou moeten gebeuren, zou nader onderzocht moeten worden. In de volgende revisie van de NHG-Standaard Maagklachten moet melding gemaakt worden van het verhoogde risico op nierfunctiestoornissen bij chronisch PPI-gebruik. ■

LITERATUUR

1 Lazarus B, Chen Y, Wilson FP, Sang Y, Chang AR, Coresh J, et al. Proton pump inhibitor use and the risk of chronic kidney disease. JAMA Intern Med 2016;176:238-46.
2 Xie Y, Bowe B, Li T, Xian H, Balasubramanian S, Al-Aly Z. Proton pump inhibitors and risk of incident CKD and progression to ESRD. JASN 2016;27:3153-3163.
3 Arora P, Gupta A, Golzy M, Patel N, Carter RL, Jalal K, et al. Proton pump inhibitors are associated with increased risk of development of chronic kidney disease. BMC Nephrology 2016;17:112.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Leiden: E. Broeders, huisarts-in-opleiding; dr. A.F.H. Smelt, huisarts en epidemioloog • Correspondentie: a.f.h.smelt@lumc.nl• Belangenverstrengeling: niets gemeld.

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. Coördinatie: Marianne Dees en Ivo Smeele • Correspondentie: redactie@nhg.org

Marjan Lange

Bètahistine bij draaiduizeligheid

Context Draaiduizeligheid (vertigo) komt bij volwassenen relatief veel voor. De lifetime-prevalentie wordt geschat op 7%; de incidentie op de leeftijd van 25 tot 44 jaar is 2 per 1000 per jaar en bij mensen ouder dan 75 jaar 14 per 1000 per jaar.
Klinische vraag Wat is de effectiviteit en de veiligheid van bètahistine bij patiënten met draaiduizeligheid?
Conclusie auteurs Er werden 17 RCT's geïncludeerd (n = 1025). De onderzoekspopulatie bestond uit volwassenen van alle leeftijden. In zestien onderzoeken werd bètahistine vergeleken met een placebo. In één onderzoek kregen de patiënten, naast bètahistine, ook bewegingsoefeningen voorgeschreven. De onderzoeken duurden drie maanden of korter. Alle vormen van draaiduizeligheid werden geïncludeerd. Er werden verschillende doseringen bètahistine gebruikt, variërend van 16 tot 48 mg per dag. Primaire uitkomstmaat was vermindering van klachten van draaiduizeligheid (intensiteit, frequentie en duur) en daarnaast werd gekeken naar het optreden van bijwerkingen. Bètahistine was in vergelijking met placebo vaker effectief (RR 1,30; 95%-BI 1,05 tot 1,60). De absolute risicoreductie was 13,9% (95%-BI 2,3 tot 27,7) ten gunste van de met bètahistine behandelde patiënten. Dit komt overeen met een NNT van 7. Er was geen verschil in het optreden van bijwerkingen tussen de interventie- en de placebogroep, respectievelijk 15% en 16% (RR 1,03; 95%- BI 0,76 tot 1,40). Meestal ging het om gastro-intestinale klachten of hoofdpijn en deze waren niet ernstig van aard. In beide groepen viel 16% uit (RR 0,96; 95%-BI 0,65 tot 1,42). Er is geen verschil in werkzaamheid aangetoond tussen de verschillende doseringen.
Beperkingen Alle onderzoeken vonden plaats in een klinische setting met een zeer heterogene patiëntensamenstelling. De kwaliteit van de meeste onderzoeken was laag, zowel voor wat betreft het vaststellen van effectiviteit als voor het optreden van bijwerkingen. Randomisering en blindering gaven vaak aanleiding tot bias. De patiënten moesten de mate van duizeligheid aangeven met behulp van niet-gevalideerde vragenlijsten of scorelijsten. Zes onderzoeken werden door de industrie gesubsidieerd, bij tien onderzoeken was geen conflict of interest vermeld en slechts één onderzoek rapporteerde geen financiële relatie met de farmaceutische industrie.

COMMENTAAR

Deze review suggereert een gunstig effect van bètahistine op alle vormen van draaiduizeligheid. Een op de zeven patiënten die bètahistine gebruikt, zal hier uiteindelijk ook baat bij hebben op basis van de vragenlijsten, die divers en niet gevalideerd waren. De klinische relevantie hiervan is niet duidelijk, omdat ook niet onderzocht is in welke mate de patiënten zich beter voelden. Er is alleen onderzocht of de duizeligheidsklachten verminderden. Ook is niet gekeken naar bijvoorbeeld kwaliteit van leven of de hoeveelheid valincidenten. Slechts drie onderzoeken keken naar objectieve vestibulaire tests,

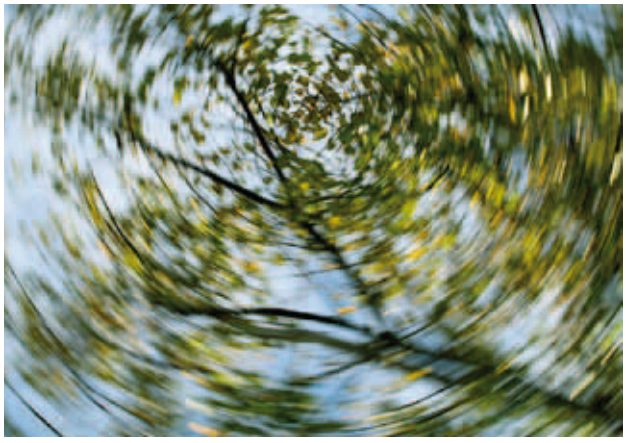


Foto: Shutterstock

maar analyse van deze gegevens was door een slechte methodiek niet mogelijk. Alle patiënten kwamen uit de tweede lijn, waardoor de resultaten moeilijk te interpreteren zijn voor patiënten in de huisartsensetting.

De NHG-Standaard Duizeligheid raadt het voorschrijven van bètahistine af. Het lijkt dat terughoudendheid geboden is bij het voorschrijven ervan met het oog op de lage kwaliteit van de onderzoeken, de heterogene patiëntengroepen die niet uit de eerste lijn afkomstig zijn en de mogelijke financiële belangenverstrengeling. Maar voor een kleine groep, met name oudere patiënten met ernstige klachten die niet reageren op bewegingsoefeningen of deze oefeningen niet kunnen uitvoeren, zou bètahistine voorgeschreven kunnen worden en mogelijk effectief kunnen zijn. Dit zou in de laagste dosering die het Farmacotherapeutisch Kompas voorschrijft, namelijk 3 dd 8 mg, gegeven kunnen worden, voor de duur van ten hoogste drie maanden. ■

LITERATUUR

1 Murdin L, Hussain K, Schilder AGM. Betahistine for symptoms of vertigo. Cochrane Database Syst Rev 2016;6:CD010696.

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. Coördinatie: Hans van der Wouden • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl.

Huisartsenpraktijk Zorgpunt Lombardijen, Rotterdam: M. Lange, huisarts, kaderarts Ouderengeneeskunde • Correspondentie: marjanlange@planet.nl

Andrew Oostindjer

IMPORT

AAA: (hoog) tijd voor screening

INLEIDING

Een aneurysma van de aorta abdominalis (AAA) is een aandoening die over het algemeen asymptomatisch verloopt, totdat er een ruptuur optreedt. De prevalentie ligt tussen de 4 en 9%, de aandoening komt voornamelijk voor bij mannen van 65 jaar en ouder. Voor een normpraktijk van 2150 patiënten, van wie circa 10% mannen van 65 jaar en ouder, zijn dat tussen de 9 en 20 patiënten per jaar. De mortaliteit van een acuut aneurysma van de aorta abdominalis (AAAA) ligt tussen de 50 en 80%. In Nederland overlijden er jaarlijks zo'n 1400 patiënten aan een AAAA (ongeveer 1% van de overlijdens). Het lijkt gezien de opbrengsten en kosten zinvol te screenen op AAA, daarover ontstaat internationaal steeds meer overeenstemming. In verschillende landen bestaat een screeningsprogramma waarbij mannen van 65 jaar of ouder eenmalig worden gescreend. Een groep Canadese onderzoekers ging na wat de effecten van screening zijn, ter ondersteuning van de besluitvorming over de implementatie van een AAA-screeningsprogramma.

ONDERZOEK

Opzet De onderzoekers verrichtten een meta-analyse van de bestaande literatuur, waarbij zij drie vragen formuleerden. 1) Wat is het effect van een eenmalige, echografische screening voor AAA op gezondheidsuitkomsten bij asymptomatische patiënten van 50 jaar of ouder? Hierbij namen zij factoren mee als geslacht, leeftijd, familiaire belasting, roken, etniciteit en het risico op hart- en vaatziekten (HVZ). 2) Wat is het effect van herhaald screenen op gezondheidsuitkomsten en AAA-incidentie bij asymptomatische patiënten van 50 jaar of ouder? Hier namen zij dezelfde factoren mee en zij keken ook naar het interval tussen de screeningsmomenten. 3) Wat zijn de consequenties van screening, zoals operatieve AAA-ingrepen, en eventueel schadelijke effecten (perioperatieve mortaliteit en morbiditeit, en kwaliteit van leven) van echografisch screenen. Om deze vragen te beantwoorden, gebruikten de onderzoekers een eerdere meta-analyse van het Amerikaanse screeningsprogramma. Zij hebben deze opnieuw beoordeeld en uitgebreid met recente literatuur.

Resultaten 1) Eenmalige screening geeft een reductie van 43% in AAA-gerelateerde mortaliteit in de eerste 3 tot 5 jaar (number needed tot screen (NNS) = 796). Deze werd ook na 13 tot 15 jaar niet minder (reductie 42%; NNS = 212). De kans op een AAAA daalde met 38 tot 53%.

2) In de gescreende populatie werden meer electieve AAA-operaties uitgevoerd. Er was geen significant verschil in postoperatieve 30-dagenmortaliteit tussen gescreende patiënten en niet-gescreende patiënten. 3) Er werden significant minder spoedoperaties (AAAA) uitgevoerd in de gescreende populatie (50 tot 59%). Ook hier was er geen significant verschil in de postoperatieve 30-dagenmortaliteit. Er was geen significant verschil in kwaliteit van leven tussen gescreende AAA-patiënten en degenen die dat niet waren. Verder was er te weinig bewijs om de selectie toe te spitsen op bepaalde subgroepen (zoals rokers).

Conclusie van de auteurs Eenmalige screening van mannen van 65 jaar of ouder laat een significante reductie zien in AAA-gerelateerde mortaliteit en rupturen. Screening draagt eraan bij onnodig AAA-gerelateerd overlijden te voorkomen. Er is geen bewijs voor een positief effect van AAA-screening bij vrouwen. Er is te weinig bewijs voor herhaald screenen of voor alleen screening bij patiënten met risicofactoren voor HVZ.

INTERPRETATIE

Deze recente meta-analyse van Ali et al. toont aan dat AAA-screening zinvol is en reductie van AAA-gerelateerde mortaliteit oplevert van ongeveer 50%. Screening geeft geen reductie in kwaliteit van leven, dus patiënten lijken de tikkende tijdbom niet zo te beleven. Het onderzoek is in lijn met eerdere meta-analyses. Onderzoek in Nederland laat een prevalentie van AAA zien van 8 tot 9%. Verschillende analyses toonden al aan dat screenen op AAA kosteneffectief is voor de Nederlandse situatie. Tel daarbij op dat de behandelingsmogelijkheden steeds beter worden: door het gebruik van stents is de perioperatieve morbiditeit en mortaliteit ten opzichte van abdominale benadering fors verbeterd.

Gezien de hoge prevalentie, aangetoonde kosteneffectiviteit en betere behandelmogelijkheden lijkt het zinvol om ook in Nederland over te gaan tot screening van mannen van 65 jaar en ouder. Mogelijk dat we dan een aanzienlijk deel van de 1400 overlijdens gerelateerd aan AAA kunnen voorkomen. Ik roep het NHG daarom op huisartsen te adviseren om mannen van 65 jaar en ouder een eenmalige echo te laten ondergaan en zou graag zien dat serieus werd gekeken naar het opzetten van een bevolkingsonderzoek bij deze patiëntengroep. ■

LITERATUUR

1 Ali MU, Fitzpatrick-Lewis D, Miller J, Warren R, Kenny M, Sherifali D, et al. Screening for abdominal aortic aneurysm in asymptomatic adults. J Vasc Surg 2016;64:1855-68.

Praktijk Oostindjer, Oldenzaal: A. Oostindjer, huisarts • Correspondentie: A.Oostindjer@bvthoon.nl

Ellen Hoijtink, Marie Louise Moors

Dyspnoe bij nitrofurantoïne

Casus

Een 65-jarige vrouw komt op de spoedeisende hulp (SEH) met acuut ontstane dyspnoe, misselijkheid en braken. De klachten ontwikkelden zich 3,5 uur na inname van nitrofurantoïne. De dag ervoor was de patiënte met het middel gestart en toen had zij, zes uur na inname, ook kort last van de klachten gehad maar die waren toen minder erg. Er was geen huidreactie, zwelling van het gelaat of jeuk. Voor eerdere urineweginfecties had zij een ander antibioticum gekregen. Bij lichamelijk onderzoek had de huisarts een saturatie van 77% gemeten, die met 15L zuurstof via een non-rebreathing masker (NRM) verbeterde naar 90%. Op de SEH knapte de patiënte op, bij lichamelijk onderzoek was de saturatie 97% bij 15L zuurstof NRM, ademhalingsfrequentie 25/min, bloeddruk 155/79 mmHg, hartfrequentie 130/min en temperatuur 40,2 °C. Auscultatie van de longen liet aan beide kanten fijne crepitaties basaal horen, zonder piepen. Laboratoriumonderzoek toonde een normaal aantal leukocyten (10,9 10^9/l) met linksverschuiving (neutrofiel segmentale granulocyten (absoluut) 9,96 10^9/l) en een normaal aantal eosinofiele granulocyten (0,16 10^9/l). Het CRP (C-reactief proteïne) was verhoogd (100 mg/l). Het arteriële bloedgas toonde een pO2 van 88% zonder zuurstof. De thoraxfoto liet een normaal cardiopulmonaal beeld zien. De patiënte hield een blijvende zuurstofbehoefte tot 2L en werd daarom opgenomen. De werkdiagnose luidde acute pulmonale toxiciteit bij nitrofurantoïne, de behandeling bestond uit clemastine 2 mg en prednison 25 mg intraveneus eenmalig. We staakten de behandeling met nitrofurantoïne en startten met ceftriaxon 2000 mg intraveneus.

Denk bij dyspnoeklachten en gebruik van nitrofurantoïne aan pulmonale toxiciteit.

BESCHOUWING

Nitrofurantoïne is een wereldwijd gebruikt antibioticum bij de behandeling en preventie van urineweginfecties. Er is weinig resistentie, maar er zijn veelvoorkomende bijwerkingen zoals misselijkheid, diarree, flatulentie, huiduitslag en hoofdpijn.[1,2] Pulmonale reacties komen minder vaak voor, maar zijn niet zeldzaam. De frequentie wordt geschat op 1:5000 na een eerste toediening onafhankelijk van de dosering. De grootste groep patiënten betreft vrouwen (85 tot 95%), aangezien zij de grootgebruikers zijn. De gemiddelde leeftijd is 40 tot 50 jaar.[2-4] Pulmonale klachten – zoals dyspnoe, hoesten en sporadisch cyanose – vallen het meest op, maar symptomen als koorts, exantheem en pijn op de borst komen ook voor. Artsen denken bij de differentiaaldiagnose aan astma/COPD, pneumonie, longembolie of een cardiaal probleem. Bloedonderzoek laat vaak een leukocytose zien met verhoogde neutrofiele granulocyten en na enkele dagen eosinofilie. De thoraxfoto kan bilaterale interstitiële infiltraten tonen met soms pleurale effusie. In 10% van de gevallen zien we echter geen afwijkingen, zoals in deze casus.[2-4] Dyspnoe lijkt vaak sterk op pneumonie en wordt daarom vaak op dezelfde manier behandeld. De juiste behandeling is het staken of vervangen van nitrofurantoïne. De klachten verbeteren meestal binnen 24 tot 48 uur. Behandeling met antihistaminica en prednisolon wordt genoemd, maar daarvoor lijkt goed bewijs te ontbreken.[2,4]

Er is onderscheid tussen de acute en chronische vorm van pulmonale reacties. De acute vorm komt het meest voor, de klachten ontwikkelen zich in drie tot acht dagen (soms ook nog na vier weken).[2-4] Na langdurig gebruik van meer dan zes maanden kan de chronische vorm ontstaan. De oorzaken daarvan zijn onduidelijk. Bij de acute vorm lijkt een type III reactie (immuuncomplex gemedieerd) het meest waarschijnlijk, bij de chronische vorm de direct toxische reactie door vrije zuurstof-radicalen.[2]

De diagnostische moeilijkheid zit in de verschillende manieren van presentatie zoals een pneumonitis, eosinofiele pneumonie, pulmonale fibrose en niet-cardiogeen pulmonaal oedeem.[5] Bovendien krijgen patiënten vaak niet direct na inname klachten, zoals in onze casus.

Concluderend: pulmonale toxiciteit bij nitrofurantoïne is een vaak onderkende bijwerking die we met name bij chronische gebruikers slecht herkennen. Denk bij dyspnoeklachten en gebruik van nitrofurantoïne zeker aan deze oorzaak. ■

LITERATUUR

1 Huttner A, Verhaegh EM, Harbarth S, Muller AE, Theuretzbacher U, Mouton JW. Nitrofurantoin revisited: a systematic review and meta-analysis of controlled trials. J Antimicrob Chemother 2015;70:2456-64.
2 www.lareb.nl.
3 Williams EM1, Triller DM. Recurrent acute nitrofurantoin-induced pulmonary toxicity. Pharmacotherapy 2006;26:713-8.
4 Holmberg L, Boman G. Pulmonary reactions to nitrofurantoin. 447 cases reported to the Swedish adverse drug reaction committee 1966-1976. Eur J Respir Dis 1981;62:180.
5 www.pneumotox.com.

Radboudumc, afdeling SEH, Nijmegen: E. Hoijtink, huisarts-in-opleiding; M.L. Moors, SEH-arts Radboudumc • Correspondentie: ellen.hoijtink@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Rol van de huisarts bij aanbod preconceptie dragerschaps-screening

In het maartnummer van H&W verwoordt Tjerk Wiersma het NHG-Standpunt Dragerschapsscreening. We zijn verheugd over de opbouwende toon en onderschrijven dat onderzoeksresultaten afgewacht moeten worden voordat er tot brede implementatie kan worden overgegaan. Deze zullen in de loop van 2017 bekend worden.

Graag willen we een aantal onjuistheden corrigeren in de beschrijving van het huidige aanbod van dragerschapsscreening in Nederland. Allereerst refereert Wiersma aan genetische diagnostiek; het gaat echter om screening. Sinds begin 2016 wordt preconceptionele dragerschapsscreening voor vijftig (zeer) ernstige autosomaal recessieve aandoeningen aangeboden in Groningen en Amsterdam. Dit aanbod komt voort uit (langlopend) vooronderzoek, waaruit blijkt dat er behoefte is aan deze vorm van screening in de Nederlandse zorg.[1-3] In Groningen vond het aanbod plaats met de (hiertoe opgeleide) huisarts als aanbieder binnen de context van een wetenschappelijk onderzoek, waarbij vrouwelijke patiënten (18 tot 40 jaar) van dertien huisartsen in Noord-Nederland werden uitgenodigd om zich samen met hun partner desgewenst (gratis) te laten testen. In dit project werden geen individuele uitslagen verteld, maar kregen paren van hun huisarts te horen of zij dragerpaar waren of niet. Daarnaast wordt door alle afdelingen klinische genetica in Nederland dragerschapsscreening aangeboden aan paren uit hoogrisicogroepen, dus op medische indicatie. Zij kunnen door de huisarts worden verwezen en krijgen de counseling en test vergoed. Paren zonder medische indicatie kunnen zich tot slot bij het AMC ook zonder verwijzing (online) aanmelden voor counseling en test. Zij betalen de kosten zelf. Desgewenst wordt eerst een van de partners getest, of beiden gelijktijdig. Individuele resultaten worden teruggekoppeld. Ook dit aanbod wordt geëvalueerd. Beide centra (UMCG en AMC/VUmc) onderzoeken de deelname, mate van geïnformeerde keuze, praktische haalbaarheid en psychologische gevolgen van hun aanbod van dragerschapsscreening.

Binnen de landelijke VKGN/VKGL Werkgroep Preconceptie Dragerschapsscreening wordt ook gewerkt aan verantwoorde implementatie en richtlijnen. Begin april heeft de Hoge Gezondheidsraad van België advies uitgebracht over verantwoorde implementatie van dragerschapsscreening in de zorg.[4] Ook hier wordt een belangrijke rol aan de huisarts toegekend. Wij hopen samen met het NHG en andere stakeholders tot een verantwoord Nederlands aanbod te komen.

Mirjam Plantinga, onderzoeker UMCG
Lidewij Henneman, onderzoeker VUmc
Phillis Lakeman, klinisch geneticus, AMC
Irene van Langen, klinisch geneticus, UMCG

LITERATUUR

1 Henneman L, Borry P, Chokoshvili D, Cornel MC, Van El CG, Forzano F, et al. Responsible implementation of expanded carrier screening. Eur J Hum Genet 2016;24:e1-e12.
2 Plantinga M, Birnie E, Abbott KM, Sinke RJ, Lucassen AM, Schuurmans J, et al. Population-based preconception carrier screening: how potential users from the general population view a test for 50 serious diseases. Eur J Hum Genet 2016;24;1417-23.
3 Plass, AM. NIVEL Kennisvraag 2015: het maatschappelijk draagvlak voor preconceptie dragerschapscreening in Nederland. Utrecht: Nivel, 2015.
4 Superior Health Council of Belgium. Expanded carrier screening in a reproductive context. Towards a responsible implementation in the healthcare system. Advisory report of the Superior Health Council of Belgium, no. 9240.

Uw diagnose

Een 40-jarige man heeft sinds drie weken een snelgroeiende afwijking aan de binnenzijde van de wang. Hij rookt (26 'pack years'). De afwijking is een verheven, makkelijk bloedende plek van circa 1 x 1 cm in doorsnede. Wat is uw diagnose?

a. Chronisch ulcus door een slecht gebit
b. Lichen planus mucosae
c. Plaveiselcelcarcinoom
d. Aft

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

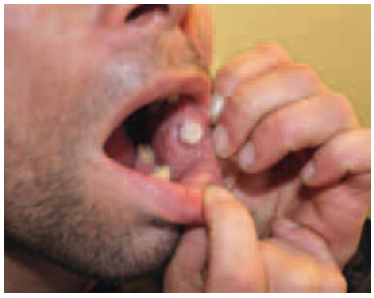


Foto: Bèr Pleumeekers, huisarts, Rotterdam

Fotoquiz van de maand juni

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, liefst staand (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.

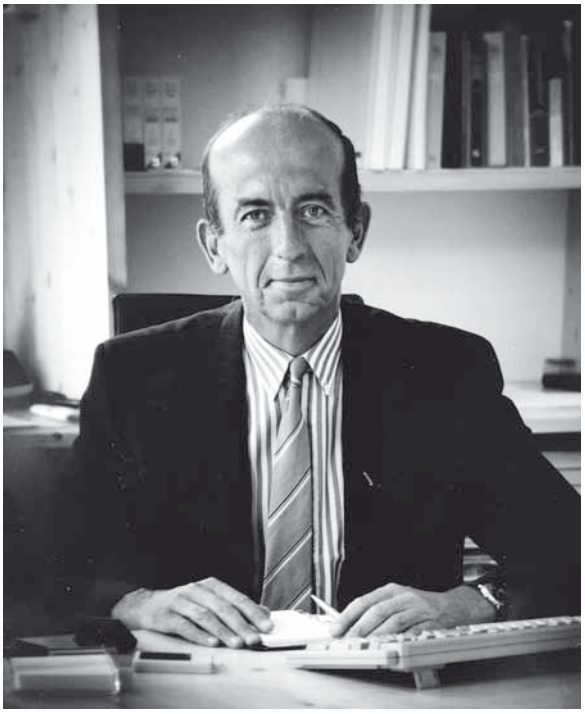
In memoriam: Paul Cromme

Op 10 april jl. bereikte ons het droevige nieuws dat oud-NHG-voorzitter Paul Cromme na een kortstondig ziekbed is overleden.

Paul Cromme, tot begin 2006 huisarts in Twello, was voorzitter van het NHG van 1980 tot 1984. Toen, maar ook daarvoor en daarna, heeft hij veel voor het NHG betekend. Hij was actief lid van meerdere NHG-commissies. Tijdens zijn voorzittersperiode werd de geleidelijke verandering van het NHG van een club van liefhebbers (de Gideonsbende) in een professionele organisatie in gang gezet. Onder zijn voorzitterschap werd een poging gedaan kwaliteitsvoorwaarden te stellen aan het NHG-lidmaatschap. Tegelijk werd de professionalisering van het bureau ter hand genomen. Dat mondde uit in een aantal kwaliteitsprojecten, onder meer op het gebied van hart- en vaatziekten en intercollegiale toetsing.

Paul Cromme heeft voor de huisartsenautomatisering grote betekenis gehad. Hij was in feite grondlegger van het NHG-automatiseringsbeleid, dat nu, dertig jaar later, nog steeds succesvol richting geeft aan de ontwikkelingen op dit gebied. Na zijn NHG-voorzitterschap werd hij voorzitter van de Werkgroep Coördinatie Informatisering en Automatisering (WCIA), die het NHG en de LHV in 1984 samen oprichtten. De WCIA gaf in 1985 voor het eerst het *WCIA-HIS-Referentiemodel* uit. Dit werd later verschillende malen geactualiseerd en aangevuld met toetsingen van de diverse HIS'en aan de functionele eisen van dit model.

Paul Cromme was daarnaast een van de eerste Nederlandse huisartsen die actief was op het gebied van de diabeteszorg, zowel nationaal als internationaal. Hij was medeauteur van de eerste NHG-Standaard, Diabetes mellitus type 2 (1989). In 1991 promoveerde hij op het proefschrift *Glucose tolerance in a typical Dutch community. Prevalence, determinants and diagnosis in the elderly.* Ook was hij voorzitter van de Saint Vincent Declaration Primary Care Diabetes Group, waarin de WHO en de lnternational Diabetes Federation samenwerkten met als doel de kwaliteit van de diabeteszorg te verbeteren. In 2008 werd op de Primary Care Diabetes Europe Conference de Paul Cromme Lecture ingesteld, een prijs voor een Europese eerstelijns bekendheid actief op het gebied van de diabeteszorg.



Het Nederlands Huisartsen Genootschap is dankbaar voor de bijdrage die Paul Cromme aan de ontwikkeling van het NHG en de beroepsgroep heeft geleverd. Wij verliezen in hem een markant man, met uitgesproken meningen. Wij wensen zijn naasten veel sterkte.

Ron Helsloot, Ben Bottema, Guy Rutten en Henk Westerhof

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1b
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

2d
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

3a
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

4c
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.
www.huidziekten.nl.

5c
Glansdorp A, Van Kimmenade R, Lemaire EKG, et al. NHG-Standaard Lichen sclerosus. Huisarts Wet 2012;55:510-4. www.nhg.org

6a
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

7c
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

8c
Van Hees CLM, Ter Harmsel WA. Vulvapathologie. Huisarts Wet 2017;60(6):294-7.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij de Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap
wordt uitgegeven onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).
www.henw.org

Redactie
Ivo Smeele, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Ben Crul, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Victor van der Meer, Bèr Pleumeekers, Nadine Rasenberg, Annet Sollie, Wim Verstappen.

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.
Auteursinformatie: www.henw.org/voorauteurs

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Judith Mulder, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, fax 030-2823501, redactie@nhg.org

Uitgever: Bohn Stafleu van Loghum,
Postbus 246, 3990 GA Houten

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
Tel. 030-2823500, fax 030-2823501

Advertenties
Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030–6383603
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij: traffic@bsl.nl, Roos De Bie, tel. 030-6383874

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl of door contact op te nemen met de abonnementenadministratie.
Abonnementsprijs: (print + online toegang) € 245,00, online-only abonnement (enkel online toegang) € 147,00. Studenten ontvangen 50% korting.

Het abonnement kan elk gewenst moment ingaan en wordt automatisch verlengd tenzij twee maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd.
Abonnementenadministratie: Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten.
Telefoon: 030-6383736. Bij wijziging van de tenaamstelling en/of adres verzoeken wij u de adresdrager met de gewijzigde gegevens op te sturen naar de afdeling klantenservice of wijzigingen door te geven via het formulier op www.bsl.nl/contact

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing, tevens raadpleegbaar op www.springermedia.nl. De voorwaarden worden op verzoek toegezonden.
Het overnemen en vermenigvuldigen van artikelen en berichten uit dit tijdschrift is slechts geoorloofd met bronvermelding en met schriftelijke toestemming van de uitgever. Het verlenen van toestemming tot publicatie in deze uitgave houdt in dat de Standaardpublicatievoorwaarden van Springer Media B.V., gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernummer 3210/635, van toepassing zijn, tenzij schriftelijk anders is overeengekomen. De Standaardpublicatievoorwaarden voor tijdschriften zijn in te zien op www.bsl.nl/schrijven-bij-bohn-stafleu-van-loghum/auteursinstructies of kunnen bij de uitgever worden opgevraagd.
www.bsl.nl

© 2017
ISSN 0018-7070

Delegeren is organiseren

We hebben er gemak van dat een aantal van onze taken door een doktersassistente, praktijkondersteuner of triagist wordt verricht. Denk aan het maken van uitstrijkjes, het controleren van een diabetespatiënt of het inschatten van de urgentie van een hulpvraag. De huisarts kan deze taken pas delegeren als hij zeker weet dat degene die deze taken oppakt in staat is ze uit te voeren, dat er voldoende instructie of onderwijs is gegeven en dat helder is wat de werkafspraken zijn. De verantwoordelijkheid maak je waar door kennis en vaardigheden te toetsen. Het is dus niet zo dat

je van een eenmaal gedelegeerde taak mooi af bent. Hoe toets je of de uitstrijkjes in je praktijk goed uitgevoerd worden? Van sommige collega's hoor ik dat ze diabetespatiënten helemaal niet meer zien en het aan de praktijkondersteuner overlaten.
De Diabetesvereniging Nederland stelt terecht dat de huisarts elke diabetespatiënt minstens eenmaal per jaar zou moeten zien. Ook bij de triage op de huisartsenpost komen we knelpunten tegen: we zien te veel patiënten die helemaal niet naar de post hadden hoeven komen. Veel huisartsen geven aan dat de TriageWijzer te streng is of dat de triagist daar vrijer mee om moet gaan. Het is goed dat de TriageWijzer steeds kritisch op zijn validiteit wordt bezien. Toch denk ik dat het hier niet om de TriageWijzer zelf gaat, maar om de toepassing ervan. We moeten niet van de triagist vragen om zelfstandig gemotiveerd af te wijken; het betreft hier namelijk een gedelegeerde taak. Als we als huisarts niet zelf aan de telefoon willen zitten, laten we het dan zo organiseren dat een triagist die twijfelt of een patiënt wel moet komen, makkelijk met ons kan overleggen. Die tijd winnen we terug doordat minder mensen naar het spreekuur hoeven te komen.

Rob Dijkstra

Zelfafnameset baarmoederhalskanker

Vrouwen die het moeilijk vinden om een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts, kunnen vanaf nu gebruik maken van een zelfafnameset (ZAS). De ZAS kan een manier zijn om te zorgen dat zij toch meedoen met het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Met de ZAS neemt de vrouw zelf thuis vaginaal materiaal af. Dit stuurt zij op naar het laboratorium waar het getest wordt op HPV. De zelfafnameset is niet hetzelfde als een uitstrijkje. Wordt HPV gevonden dan is alsnog een uitstrijkje nodig bij de huisarts voor een cytologische beoordeling.

Aanvragen

Vrouwen die niet op de uitnodiging van het bevolkingsonderzoek reageren ontvangen vier maanden later een herinneringsbrief. Daarbij zit een aanvraagformulier voor de zelfafnameset. De set kan ook door de vrouw zelf worden aangevraagd vanaf het moment dat zij uitnodigingsbrief heeft ontvangen. Aanvragen kan telefonisch of per e-mail bij de screeningorganisatie in haar regio.

Gratis e-learning

Over alle veranderingen van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is een gratis Programma Individuele Nascholing (PIN) gemaakt in samenwerking met het NHG, RIVM, Centrum voor Bevolkingsonderzoek en de screeningsorganisaties. De PIN Vernieuwde bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (20/01) is te vinden op de NHG-leeromgeving.

Alle actuele informatie vindt u in het NHG-Dossier Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker op www.nhg.org.

nhg
nederlands huisartsen genootschap
Huisarts Universalis
Nieuwsgierig in ontwikkeling!
NHG-Congres 2017 • 17 november • RAI - Amsterdam

Nieuw boek over palliatieve zorg

De zorg en begeleiding bij ernstig of terminaal zieke patiënten die uiteindelijk thuis overlijden vergen kennis en vaardigheden in de hele breedte van het huisartsenvak. Met het boek *Palliatieve zorg in de huisartsenpraktijk* wil het NHG de huisarts hierbij ondersteunen. Het boek is breed opgezet met de nieuwste inzichten, sluit aan op de praktijk van alledag en gaat dieper in op de sleutelrol van de huisarts bij palliatieve zorg.
Bij de aanschaf van het boek Palliatieve Zorg ontvangt u een gratis e-book met stappenplannen en protocollen.

Geïnteresseerd?

U kunt het boek *Palliatieve Zorg* bestellen via www.nhg.org/winkel. Een exemplaar kost € 45,- voor NHG-leden; niet-leden betalen € 64,30.

Interview met Jako Burger, strategisch hoogleraar Promoting personalised care in clinical practice guidelines

"Het fundament van mijn leerstoel is persoonsgerichte zorg ondersteund door richtlijnen"

Werken volgens richtlijnen en persoonsgerichte zorg bieden sluiten elkaar niet uit, stelt hoogleraar Jako Burgers. Ze kunnen elkaar juist versterken, als de huisarts in het gesprek met de patiënt zijn kennis uit de richtlijnen gebruikt om samen met die patiënt tot gedeelde besluitvorming te komen over de zorg die moet worden geboden.

Jako Burgers werd op 2 juni 2016 benoemd tot strategisch hoogleraar *Promoting personalized care in clinical practice guidelines*. Naast huisarts is Burgers ook hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap van het NHG. Op vrijdag 16 juni aanstaande houdt hij om 16.30 uur zijn inaugurele rede onder de titel 'Persoonsgerichte zorg in richtlijnen: contradictie of paradox?'. De strategische leerstoel (0,2 fte) is ondergebracht bij de vakgroep huisartsgeneeskunde van de Universiteit Maastricht, onderdeel van de School for Public Health and Primary Care (CAPHRI). Inbedding in CAPHRI geschiedt binnen het programma 'Promoting Health and Personalized Care' waarvan professor Hein de Vries (vakgroep gezondheidsbevordering) en professor Trudy van der Weijden (vakgroep huisartsgeneeskunde) de programmaleiders zijn. Zowel CAPHRI als het NHG kunnen zich met deze leerstoel profileren door het ontwikkelen en stimuleren van onderzoek en scholing op het gebied van richtlijnen en de toepassing daarvan op de individuele patiënt.

> *"Het Calimerogevoel van de huisarts is mede dankzij de NHG-Standaarden verdwenen."*

Burgers is ook actief in het internationale *Guidelines International Network* voor internationaal overleg over richtlijnontwikkeling en hij heeft in het buitenland gewerkt. "Daarvan heb ik geleerd hoe goed we het hier in Nederland doen", zegt hij. "Het buitenland kijkt jaloers naar hoe we hier de eerstelijns gezondheidszorg hebben opgezet, hoe we de huisartsopleiding hebben vormgegeven en hoe groot de belangstelling onder studenten is om voor het huisartsenvak te kiezen. We zijn een beetje gewend om te klagen over onze eerste lijn, maar die is juist heel erg sterk."

Tegen welke achtergrond is dit hoogleraarschap tot stand gekomen?

"De missie van het NHG is de wetenschappelijke gefundeerde uitoefening in de huisartsgeneeskunde te bevorderen. Richtlijnontwikkeling speelt daarin een belangrijke rol, maar ook de ontwikkeling van wetenschapsbeleid en de nationale taak om onderzoek en onderwijs te faciliteren. Voor dit laatste vervult het NHG een brugfunctie tussen de acht faculteiten in ons land. In de jaren negentig heeft Richard Grol een leerstoel vervuld, in het kader waarvan hij een belangrijke rol heeft gespeeld in de ontwikkeling én de implementatie van richtlijnen. Hij heeft daarmee een grote bijdrage geleverd aan het rond maken van de kwaliteitscirkel in de huisartsgeneeskunde, maar in 2000 is hij algemeen hoogleraar geworden en is de leerstoel in het slop geraakt. De gedachte was om daar weer nieuw élan aan te geven en met dit nieuwe hoogleraarschap de brug te slaan tussen richtlijnen en praktijk. Nu lijken het volgen van richtlijnen en het leveren van persoonsgerichte zorg soms strijdig aan elkaar."

Het NHG heeft die richtlijnen – de standaarden – toch juist ontwikkeld om de huisartsen te ondersteunen in hun werk?

"Zeker, en dat was ook nodig. In de loop der jaren zagen we de ontwikkeling dat de druk om de patiënt naar een medisch specialist te verwijzen steeds groter werd. Met als gevolg dat de huisarts alleen een poortwachter was en niet langer een zelfstandig behandelend arts. We hebben in reactie daarop de standaarden ontwikkeld om te laten zien dat de huisarts ook heel goed in staat was om behandelingen binnen de huisartsenpraktijk te houden en dus niet door te verwijzen naar de tweede lijn. Dat begon met de standaard voor diabetes, toen kwam anticonceptie, enkeldistorsie, urineweginfectie en ga zo maar door. We hebben heel veel mooie onderwerpen gevonden die ons in staat stelden ons vak neer te zetten, en huisartsen een handvat te bieden om patiënten te laten zien wat ze voor hen kunnen betekenen. De ontwikkeling van die standaarden leidde vanzelfsprekend tot literatuuronderzoek, dat zich verdiepte tot evidence based medicine en dat de huisartsen tot voorlopers maakte op het gebied van evidence based richtlijnontwikkeling. Zo ontstond communis opinio over richtlijnontwikkeling, waarvan ook de medisch specialisten veel voordeel hebben gehad. De huisarts is mede dankzij de NHG-Standaarden een zelfstandig specialist geworden en zijn Calimerogevoel is daardoor verdwenen."

Maar: dit bleef niet zonder gevolgen.

"De aanvankelijke weerstand van huisartsen tegen het gebruik van richtlijnen als basis voor het werk werd snel overwonnen. Maar nu zijn er heel veel richtlijnen, misschien wel te veel, en er zijn bovendien externe partijen – zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het Tuchtcollege – die zijn ze gaan gebruiken voor zorginkoop, toezicht en tuchtrecht. Ze dienen dus meer doelen dan alleen het veld ondersteunen en dat wekt nieuwe weerstand. Aan de ene

kant zien we nu huisartsen die er heel consciëntieus mee omgaan, maar aan de andere kant ook huisartsen die zeggen: 'Ik weet wat goed is voor mijn patiënten en mijn patiënten zijn tevreden, laat mij dus.' De leerstoel is bedoeld om weer terug te keren naar het kader van de huisartsgeneeskundige zorg waarin richtlijnen een hulpmiddel zijn voor de huisarts om zijn behandelbeleid te bepalen én om aan de patiënt diens keuzemogelijkheden hierin te laten zien. Dit sluit aan bij de beweging van het NHG die al in gang is gezet om in de richtlijnen de informatie te bieden die nodig is om tot gedeelde besluitvorming te komen. En het sluit aan bij de beweging van 'Het Roer Moet Om'. Huisartsen hebben hiermee – op een manier die respect afdwong – aandacht gevraagd voor het doorslaan in het volgen van richtlijnen en het verantwoording afleggen op basis daarvan. Het NHG en de LHV hebben die beweging en haar gedachtegoed omarmd. De vervolgstap is dat we moeten waken voor versnippering. Naast HRMO, het NHG en de LHV, hebben we ook nog InEen en de Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen. Voor externe partijen, maar ook voor onze eigen huisartsleden, is het vaak onduidelijk wie het aanspreekpunt is op bepaalde dossiers. Misschien is een koepel zoals de Federatie Medisch Specialisten zo gek nog niet. Dan kun je samen een vuist maken met als gemeenschappelijk doel het steunen en versterken van huisartsen en huisartsorganisaties in ons zorgsysteem."

"Richtlijnen moeten voor de huisarts een hulpmiddel zijn voor zijn handelen."

U benadrukt in uw oratie dat de vraag wat goede zorg is vooral in de spreekkamer moet worden beantwoord, in het gesprek tussen de huisarts en patiënt, met als basis de kennis die de huisarts vanuit de richtlijnen heeft. Weten we voldoende hoe huisartsen en patiënten in die spreekkamer met de kennis uit die richtlijnen omgaan?

"Nee, wat er in die interactie gebeurt weten we nog niet zo goed. Daarin wil ik met deze leerstoel meer duidelijkheid creëren. En daar zit ook een onderwijscomponent aan. Studenten worden opgeleid in wat ze moeten doen, terwijl de praktijk persoonlijke afstemming vereist door samen met de patiënt een afweging te maken. Richtlijnen kunnen daarbij als basis worden gebruikt omdat deze zijn opgesteld op grond van de combinatie van literatuur, professionele expertise én patiëntervaringen. In de praktijk gaat het om dezelfde combinatie waarbij de richtlijn als bron van kennis wordt gehanteerd. Te eenzijdig naar de richtlijn kijken leidt tot kookboekgeneeskunde. Alleen op je professionele expertise varen kan je blind maken voor andere inzichten. En aan patiëntervaringen zit ook een grens. Patiënten kunnen bijvoorbeeld geen behandeling eisen die aangetoond ineffectief is. Het gaat dus om de dialoog met de patiënt in de praktijk op basis van de beschikbare kennis en ervaring. Het bevorderen van persoonsgerichte zorg ondersteund door richtlijnen, dat is het fundament van de leerstoel." [FvW]

HAweb.nl is geheel vernieuwd

Op 10 mei 2017 is het nieuwe HAweb.nl gelanceerd; het platform is nu nog overzichtelijker en gebruiksvriendelijker. Al meer dan vijf jaar is HAweb.nl hét online netwerk voor huisartsen. Toch werd het tijd voor een nieuw jasje. We willen blijven aansluiten op de wensen van de huisarts als gebruiker en daarnaast ook veilig en toekomstbestendig zijn binnen de veranderende eisen van de digitale wereld.

Deel kennis en ervaring met elkaar

Het Ledenforum is dé plek waar huisartsen uiteenlopende vragen aan collega's stellen, handige tips delen en met elkaar kunnen discussiëren over een specifiek medisch onderwerp of iets uit de media. Ook zijn op werkdagen medewerkers van de LHV en het NHG op het forum aanwezig om waar nodig mee te discussiëren, dan wel om vragen te beantwoorden.
Het forum is in verschillende categorieën ingedeeld, zodat snel en eenvoudig op onderwerp gezocht kan worden. De discussies uit de oorspronkelijke groep 'Weer wat geleerd' is verhuisd naar het Ledenforum. Hierdoor staan alle open groepen nu op één centrale plek – het Ledenforum – en kunnen nog meer collega's een waardevolle bijdrage leveren aan de discussies. Bovendien kunt u de informatie van HAweb.nl nu op al uw apparaten zoals pc, tablet en mobiel goed leesbaar zoeken en verwerken.

Werken in groepen

Het samenwerken in groepen is eenvoudiger en gebruiksvriendelijker geworden. Elke gebruiker kan de groep(en) inrichten naar eigen wens en behoefte. Indien u lid bent van meerdere groepen kunnen die er dus verschillend uitzien. Binnen uw groep kunt u veilig diverse documenten delen of een enquête of peiling houden. Nieuw is de chatfunctie, waarmee groepsleden eenvoudig met elkaar kunnen overleggen. Voor het plannen van de gezamenlijke activiteiten is een datumprikker ontwikkeld.

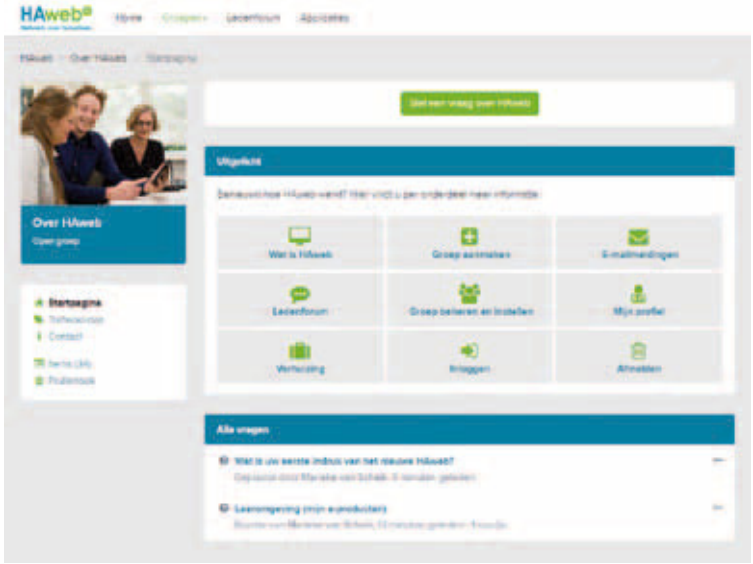
Groepseigenaren bepalen zelf welke functies en gebruikersrechten aan- en uitstaan. Hierdoor bepaalt de eigenaar ook welke groepsleden alleen mogen lezen, of documenten mogen toevoegen, dan wel of een groepslid alleen bepaalde documentmappen mag inzien.

Inloggen is ongewijzigd

Voor NHG- en/of LHV-leden is de manier van inloggen ongewijzigd. Zij kunnen direct inloggen op HAweb.nl met de persoonlijke inloggegevens via www.nhg.org of www.lhv.nl. De inloggegevens van niet-leden zijn niet meeverhuisd. Zij dienen zich opnieuw op HAweb.nl te registreren als zij gebruik willen blijven maken van HAweb.nl.

Heeft u vragen?

Alle informatie over de verhuizing van HAweb.nl is terug te vinden op www.haweb.nl/verhuizing/faq. Wilt u meer weten? Neem dan gerust contact op met de HAweb Helpdesk via telefoonnummer 030-2823645 of stuur een e-mail naar helpdesk@haweb.nl.



'Heldere vormgeving, meteen duidelijk wat je er kan, en waar naartoe je verder kan doorklikken'.

Colofon

Redactie NHG-Nieuws
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma.

Eindredactie
Ellen Olbers, Susan Umans.

Contact
Ellen Olbers, NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht. Telefoon 020 – 2823500. E-mail: e.olbers@nhg.org.

Bijdragen
Aan dit nummer droegen bij: Simone Sinjorgo en Frank van Wijck.

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.