JAARGANG 58 / AUGUSTUS 2015

8

H&W

Huisarts en Wetenschap

2015

ONDERZOEK

Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose?

ONDERZOEK

Behandeling van contracturen van Dupuytren

NHG-STANDAARD

Acute hoest

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

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

8

WETENSCHAP

402 ONDERZOEK Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose?
Marinka Pouwelse, Victor van der Meer, Maria van den Boogaard, et al.

406 Behandeling van contracturen van Dupuytren
Arre Bekkering, Sanne Wubbels, Miranda Meijer, et al.

414 Steeds meer verdachte huidafwijkingen bij de huisarts
Cecile Koelink, Boudewijn Kollen, Feikje Groenhof, et al.

417 Controle na borstkanker: voorkeuren van patiënten
Carriene Roorda, Geertruida de Bock, Christian Scholing, et al.

420 COMMENTAAR Astma bij kinderen: een praktijkverbeterplan waardig
Patrick Bindels

422 NHG-STANDAARD
Acute keelpijn (derde herziening)
NHG-Werkgroep Acute keelpijn

KLINISCHE PRAKTIJK

413 PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE Ontbrekende waarnemingen
Hans van der Wouden, Marianne Dees

430 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Antibioticagevoeligheid van streptokokken
Gé Donker, Ellen Stobberingh

431 (VER)STAND VAN ZAKEN Nazorg darmkanker: toekomstige huisartszorg
Thijs Wieldraaijer

432 NASCHOLING Verklaring van overlijden
Wilma Duijst

435 De huisarts en overlijden
Diederik van Meersbergen

438 KLINISCHE LES Diabetes mellitus type 2 bij kinderen met obesitas
Diana Rietdijk, Bertien Hart

444 CASUÏSTIEK Jeuk en blaren bij zwangerschap
Marijke Maaskant, Annemieke Stokvis, Mieke Hulshof

446 IMPORT ARNi's: nieuwe medicatie bij hartfalen?
Ester Wesseling

447 Generieke geneesmiddelen, wat vinden we ervan?
Rob Essink

448 CATS Helpt magnesium tegen spierkrampen bij ouderen?
Marjan Lange

449 PEARLS Epley effectief bij behandeling BPPD
Elsbeth de Vries, Otto Maarsingh

399 JOURNAAL
442 INTERVIEW
445 KENNISTOETS
450 BOEKEN
452 COLOFON H&W

29 HET NHG

De huisarts, de HAP en een dode

Tijdens diensten heb je als huisarts af en toe te maken met een lijkvinding. Je wordt geroepen bij iemand die dood is gevonden en bij wie het moment van overlijden niet zeker is.

Lijkvinding

Ik kan me van zo'n twintig jaar geleden herinneren dat ik in een dorp waar ik een weekenddienst deed werd geroepen bij een man van in de zeventig die dood in zijn huis was gevonden. De familie had een week geen contact met hem gehad. Hij lag boven in de slaapkamer, tussen zijn bed en de deur op zijn buik op de grond. De deken en lakens lagen meegetrokken uit bed op de vloer. Het leek erop dat hij uit bed was opgestaan en onderweg naar de deur was neergevallen. Er waren geen verwondingen of tekenen van een gevecht. Volgens de familie was hij relatief gezond, alleen kwam hij een keer per jaar bij de cardioloog vanwege hartfalen. Met de dienstdoende politieagent heb ik aan de hand van de post op de deurmat geschat dat hij vier dagen daarvoor overleden moest zijn. Ik heb ingevuld dat het een natuurlijke dood was, waarschijnlijk door een cardiale oorzaak. Herkent u het gevoel dat je niet zeker weet of je het goed hebt gedaan? Weet u waar u op moet letten als u niet direct overtuigd bent van een natuurlijke doodsoorzaak?

Schouwen

Het komt vaak voor bij diensten dat u wordt gevraagd om te schouwen. Als de familie denkt dat iemand is overleden, moet u de dood vaststellen. Als waarnemer voor de eigen huisarts doe je dit in de functie van behandelend arts. In het verleden, toen de diensten binnen de hagro werden verdeeld, was je op de hoogte van de probleempatiënten en de terminale patiënten van je hagrocollega's. Tegenwoordig, bij de HAP, neem je waar voor ongeveer 200.000 patiënten. Je kent sommige collega's voor wie je waarneemt niet, laat staan hun patiënten. Toch zijn we ook bij deze waarneming de behandelend arts.

Niet bij alle HAP's heb je inzage in het dossier van de eigen huisarts en moet je het doen met het HAP-dossier. Als je moet schouwen bij een terminale patiënt is in het HAP-dossier vaak een overdracht van de huisarts aanwezig. Ook als er eerdere contacten zijn geweest geeft het HAP-dossier je enig inzicht in de voorgeschiedenis. Als het een onverwacht overlijden betreft en er is geen dossier, hoe zit het dan met uw positie als behandelend arts? En als de overledene te gast is en niet is ingeschreven bij een huisarts die is aangesloten bij de HAP? Bent u dan nog wel *behandelend arts*?

Goed gedaan?

Hoe zit het nu precies bij schouwen, lijkvinding of een niet-natuurlijke dood? Wat zijn de wettelijke regels bij het vaststellen van de dood? Welke medische handelingen moet u verrichten om een niet-natuurlijke dood uit te sluiten? In de serie 'Huisarts en recht' gaan Diederik van Meersbergen en Wilma Duijst in op de juridische en de medische kant van schouwen en lijkvinding. Hopelijk kunt u, na het lezen van deze twee stukken, de volgende keer na een schouw de deur achter u dichttrekken met de zekerheid dat u het goed heeft gedaan. ■

Just Eekhof

Tabletsplitters zijn onnauwkeurig

Voor veel mensen is het breken van tabletten met de hand moeilijk. Een tabletsplitter lijkt de oplossing. Met de hand kan men echter veel nauwkeuriger breken dan met een splitter.
Tabletten moeten voor kinderen vaak gebroken worden omdat er geen juiste tabletdosis voor hen bestaat en ze de drankvorm vies vinden. Ook vinden sommigen gebroken tabletten makkelijker door te slikken. Met de hand breken is soms moeilijk of pijnlijk en daarom worden vaak tabletsplitters gebruikt. Ook veel instellingen, die dagelijks grote hoeveelheden tabletten moeten halveren, gebruiken tabletsplitters.

Diana van Riet-Nales voerde een experiment uit: ze vergeleek het met de hand breken van een tablet met een tabletsplitter en een keukenmesje. Hiertoe halveerde een 24-jarige studente met goede handfunctie 100 paracetamoltabletten van 500 mg met de hand, met zes verschillende vrij verkrijgbare splitters en met een keukenmesje. De doseernauwkeurigheid en precisie van breken met de hand was veel beter dan met de zes splitters en het keukenmesje. De resultaten van de tabletsplitters en het keukenmesje voldeden bovendien niet aan de eisen die bij registratie van toepassing zijn wat betreft het gemiddeld gewicht per dosis, de gewichtsspreiding en het massaverlies na breken (hoeveelheid gruis). Zo mag het massaverlies niet meer dan 3% zijn. Dit betekent dat veel kinderen een onjuiste en wisselende hoeveelheid medicatie binnen krijgen. Er moet nog hard gewerkt worden aan kindvriendelijke toedieningsvormen van medicatie. Een eerste stap is dat alle tabletten makkelijk met de hand te breken zijn. ■

Lidewij Broekhuizen

Van Riet-Nales DA, et al. The accuracy, precision and sustainability of different techniques for tablet subdivision: breaking by hand and the use of tablet splitters or a kitchen knife. Int J Pharm 2014;466:44-51.

Nazorg bij huidtumoren

Patiënten met een niet-melanocytaire huidtumor zoals het basaalcelcarcinoom (BCC) of het plaveiselcelcarcinoom (PCC) hebben een grote kans om na verloop van tijd een recidief elders op het lichaam te krijgen. Naarmate de tijd verstrijkt na een eerste presentatie van een BCC of een PCC wordt de kans op een recidief wel kleiner. Echter, heeft patiënt eenmaal een eerste recidief gehad, dan stijgt de kans op een nieuw BCC of PCC exponentieel.
Voor dit onderzoek werden ruim 1200 patiënten met een histologisch bewezen niet-melanocytaire huidtumor gemiddeld 5,7 jaar (range van 0 tot 12,3 jaar) gevolgd. Bij de ene helft van de patiënten ging het om een eerste presentatie van een niet-melanocytaire tumor, bij de andere helft om een recidief.

Bij patiënten met een eerste presentatie werd na 1 jaar in 15% van de gevallen een recidief ontdekt, na 5 jaar in ruim 40% van de gevallen en na 10 jaar bij 60%. Als er al een of meer BCC of PCC verwijderd waren, dan was de recidiefkans na 1 jaar bijna 50%, na 5 jaar ruim 80% en na 10 jaar meer dan 90%. De recidiefpercentages verschilden niet voor basaal- of plaveiselcelcarcinomen. Wat verder opviel, was dat de kans op een recidief na de eerste presentatie, als er binnen 2 jaar nog geen nieuwe huidmaligniteit was ontstaan, in de daarop volgende jaren steeds kleiner werd en na 4 jaar minder was dan 5% per jaar. Na correctie voor verschillende confounders waren de kansen op een recidief niet significant anders. Met name het huidtype van de patiënt bleek geen goede voorspeller te zijn voor het optreden van een recidief.

Gezien de relatief grote kans op een recidief van een niet-melanocytaire huidtumor elders op het lichaam is een goede follow-up belangrijk. Zeker als het gaat om de follow-up van het BCC kan de huisarts, in goed overleg met de dermatoloog, een rol spelen. In de eerste jaren na een eerste presentatie lijkt jaarlijkse controle op de aanwezigheid van een recidief aangewezen. Als er binnen twee jaar geen recidief optreedt, kan de frequentie verlaagd worden. Treedt er wel een recidief op, dan moet patiënt verder jaarlijks gecontroleerd worden. ■

Bèr Pleumeekers

Mackenzie RW, et.al. Timing of subsequent new tumors in patients who present with basal cell carcinoma or cutaneous squamous cell carcinoma. JAMA Dermatol 2015;151:382-8.

Wat geef je de patiënt die alles heeft?

Huisartsen vinden het vaak lastig om heldere adviezen te geven aan patiënten met multimorbiditeit. Een Iers kwalitatief onderzoek beschrijft dat huisartsen een balans zoeken tussen evidence-based medicine en patiëntgerichte zorg.

Medicatieadviezen uit richtlijnen voor verschillende chronische ziekten kunnen met elkaar conflicteren. Bij patiënten met multimorbiditeit leidt dit regelmatig tot polyfarmacie, waardoor het risico op interacties, bijwerkingen en verminderde therapietrouw toeneemt.

De onderzoekers interviewden 20 huisartsen uit verschillende praktijken (plattelands-, stads- of gemixte praktijk, éénmans- of groepspraktijk, korter of langer dan 10 jaar huisarts) over 51 patiënten (mediane leeftijd 75 jaar, met gemiddeld 8,3 chronische ziekten en 10,6 voorgeschreven medicijnen) aan de hand van de medische status. Na 18 interviews verkregen ze geen nieuwe informatie meer.

Huisartsen ondervonden problemen bij voorschrijven als interactie tussen de verschillende ziekten en medicatie mogelijk was, als de wensen van de patiënt niet overeenkwamen met aanbevelingen uit richtlijnen of als er onvoldoende relevante wetenschappelijke ondersteuning was voor voorschrijven bij multimorbiditeit. Om dan een balans te bereiken tussen optimale medische zorg en tegelijk optimale patiëntgerichte zorg werden, afhankelijk van de situatie, de streefwaarden wat losser gehanteerd, werd een compromis met de patiënt gezocht of werd de 'beste inschatting' gevolgd. De huisartsen wilden liever een stabiele situatie handhaven dan de medicatie aanpassen, ook vanwege de arts-patiëntrelatie, behalve bij duidelijke bijwerkingen. Het oplossen van deze vraagstukken werd ondersteund door open communicatie met de patiënt. Vooral de jongere huisartsen losten de vraagstukken op deze manier op. Dit gold ook als er sprake was van een korte arts-patiëntrelatie. Overleg met collega-huisartsen, specialisten of apothekers droeg ook bij aan de besluitvorming. Tijdgebrek en het verschil tussen de specialistische blik en de generalistische benadering bemoeilijkte dit overleg soms. Tot slot was voldoende tijd, zowel in één consult als in continuïteit van zorg over verschillende consulten, van belang voor het medicatiemanagement.

Om polyfarmacie en suboptimaal ziektemanagement bij multimorbiditeit te verminderen, kunnen richtlijnen voor huisartsen open communicatie en continuïteit van zorg in hun adviezen integreren. ■

Sophie van Blijswijk

Sinnott C, et al. What to give the patient who has everything? A qualitative study of prescribing for multimorbidity in primary care. Br J Gen Pract 2015;65:e184-91.

Annemarije Kruis wint Telesphorusprijs 2015

Annemarije Kruis won dit jaar de prijs voor het beste proefschrift van 2013-2014 met haar proefschrift *The effectiveness of integrated disese management in COPD patients*. Zij ontving de prijs op de NHG Wetenschapsdag op 19 juni te Rotterdam.

Eens per twee jaar reikt de Geert Bremer Stichting de Telesphorusprijs uit aan een huisarts of huisarts-in-opleiding die een proefschrift heeft geschreven van uitzonderlijk belang en dito verdienste. Geert Bremer was in Leiden eerst lector en later in Groningen hoogleraar Huisartsgeneeskunde. Deze Leiden-Groningenverbinding komt ook tot uiting in de jury, die bestaat uit twee niet-huisartsgeneeskundige hoogleraren uit deze steden. Dit jaar bestond de jury uit Wilco Peul, hoogleraar neurochirurgie te Leiden en Henk Jan Verkade, hoogleraar kindergeneeskunde in Groningen, aangevuld met de hoofdredacteur van *Huisarts en Wetenschap*.

In de periode 2013-2014 waren er 30 proefschriften van praktiserend huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Een selectiecommissie, bestaande uit Jan Schuling en Jan Winters uit Groningen, nomineerde 6 proefschriften die door de jury werden beoordeeld. De jury lette bij de beoordeling op originaliteit, relevantie, methoden, toepasbaarheid en uitvoering. De andere genomineerde proefschriften waren:

- Marianne Dees *When suffering becomes unbearable. Perspectives of Dutch patients, close relatives and attending physicians in a request for euthanasia*.
- Jacquelien Dros *Dizziness in older patients in general practice: away from diagnostic nihilism.*
- Irene Drubbel *Frailty screening in older patients in primary care using routine care data.*
- Lonneke van der Mark *Children with asthma in general practice: the development of the clinical asthma prediction score.*
- Els Visser *Offering care to older community-dwelling women with urinary incontinence.*

Annemarije Kruis heeft in haar proefschrift in verschillende onderzoeken de geïntegreerde eerstelijnszorg voor COPD onder de loep genomen. Ze heeft onderzocht in welke mate deelnemers aan grote trials representatief zijn voor de eerstlijnspatiënten. Zij heeft een Cochrane-review gedaan naar geïntegreerde zorg bij COPD en ook een groot onderzoek gedaan onder de patiënten van 54 huisartsenpraktijken naar de effectiviteit van een geïntegreerd eerstelijnszorgprogramma bij COPD. Wij feliciteren Annemarije Kruis met haar prijs. ■

Lancering website Zicht op Zeldzaam

Iedere huisarts heeft patiënten in zijn of haar praktijk met een zeldzame ziekte. Het kan een uitdaging zijn om de juiste informatie te vinden over de betreffende ziekte op het moment dat de patiënt zich meldt met een (acute) zorgvraag. Recent is door de VSOP (Vereniging Samenwerkende Ouder- & Patiëntenorganisaties) de website gelanceerd die op termijn in deze behoefte wil voorzien.

Op dit moment zijn van 360 zeldzame aandoeningen beschrijvingen opgenomen op de website, afkomstig van het Erfocentrum (het nationaal informatiecentrum erfelijkheid, www.erfelijkheid.nl) en van patiëntenorganisaties. Voor een deel van de 360 aandoeningen is diepgaandere informatie beschikbaar in de vorm van een huisartsenbrochure (voor 41 zeldzame ziekten) of een zorgstandaard (voor 7 zeldzame ziektes). De huisartsenbrochures hebben een vaste indeling die ruwweg aansluit bij die van de NHG-Standaarden: feiten, symptomen, beleid, consultatie en verwijzing. Ze bevatten ook aandachtspunten voor de begeleiding van patiënten met zeldzame ziekten. Op dit moment zijn er brochures ontwikkeld over onder andere aangeboren hartafwijkingen, het syndroom van ehlers-danlos, narcolepsie en neurofibromatose 1 en 2. De brochures zijn ook te bekijken en te downloaden via de site van het NHG: https://www.nhg.org/thema/zeldzame-ziekten.

De site zichtopzeldzaam.nl geeft ook informatie over 200 patiëntenorganisaties en fondsen, inclusief contactinformatie en links naar hun website, Facebook, Twitter en LinkedIn. De site is een goede start voor informatievoorziening in het Nederlands over zeldzame ziektes. Aangezien er naar schatting meer dan 6000 zeldzame ziektes zijn, blijven huisartsen voorlopig voor veel ziektes nog aangewezen op internationale literatuur. De VSOP is overigens van plan om de site uit te breiden met koppelingen naar erkende expertisecentra voor zeldzame aandoeningen, die op dit moment in opdracht van VWS worden bepaald.

De website www.zichtopzeldzaam.nl kon worden gerealiseerd met financiële bijdragen van het ministerie van VWS, diverse patiëntenorganisaties, de Stichting Dioraphte en de Cornelia Stichting. ■

Annet Sollie

www.zichtopzeldzaam.nl

Beeldvorming niet zinvol bij ouderen met acute lagerugpijn

Nieuw ontstane lagerugpijn bij patiënten ouder dan 50 jaar is vaak reden om sneller beeldvormende diagnostiek te verrichten. Dit om een wervelmetastase of wervelfractuur uit te sluiten. Nieuw onderzoek laat echter zien dat beeldvorming ook bij deze categorie patiënten in de acute fase (< 6 weken) geen winst oplevert.

Amerikaanse onderzoekers gebruikten een cohort van 2876 patiënten ouder dan 65 jaar die zich bij de huisarts meldden met nieuw ontstane lagerugpijn met of zonder uitstraling. Bij 1523 patiënten (53%) werd binnen 6 weken beeldvorming (röntgenfoto, MRI of CT) verricht. Deze patiënten werden vergeleken met controlepatiënten bij wie geen beeldvorming werd verricht binnen 6 weken. Alle patiënten werden 1 jaar gevolgd, met als uitkomstmaten pijn en kankerdiagnosen.

De pijn na 1 jaar verschilde niet voor patiënten die binnen 6 weken beeldvorming kregen in vergelijking met de controlegroep. Bij slechts 1 patiënt (0,07%) werd bij vroege beeldvorming kanker aangetroffen, en dan ook nog eens niet in een wervellichaam (lymfoom bij MRI). Bij patiënten met röntgenfoto binnen 6 weken werd in het opvolgende jaar bij 1,7% de diagnose kanker gesteld. Bij patiënten zonder röntgenfoto binnen 6 weken was dat 2,2%. In dit onderzoek leverde het maken van een röntgenfoto binnen 6 weken dus geen winst op wat betreft het diagnosticeren van kanker. Wel werd er in de vroege-beeldvorminggroep vaker een wervelfractuur aangetoond (2,0% versus 0,6%).

Volgens de NHG-Standaarden Aspecifieke lagerugpijn en Lumbosacraal radiculair syndroom is leeftijd > 50 jaar een alarmsignaal en daarmee een reden om sneller beeldvorming te verrichten. Dit onderzoek laat echter zien dat dit niet zinvol is in de acute fase (< 6 weken) om eventuele wervelmetastasen aan te tonen. Bij persisterende lagerugpijn is dit mogelijk wel zinvol, mede vanwege de diagnostiek van wervelinzakkingen en de consequenties hiervan voor de behandeling van osteoporose. ■

Tobias Bonten

Jarvik JG, et al. Association of early imaging for back pain with clinical outcomes in older adults. JAMA 2015;313:1143-53.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van het vak. Bijdragen van lezers zijn van harte welkom (redactie@nhg.org).

Marinka Pouwelse, Victor van der Meer, Maria van den Boogaard, Cindy Hugen, Peter Merkus, Lisette van den Bemt

Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose?

Samenvatting

Pouwelse ML, Van der Meer V, Van den Boogaard M, Hugen C, Merkus P, Van den Bemt L. Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose? Huisarts Wet 2015;58(8):402-5.

ACHTERGROND Bij kinderen van 6-16 jaar die met een chronische aandoening bij de huisarts komen, is 'astma' de diagnose die het meest wordt gesteld. Doel van ons onderzoek was, vast te stellen hoe betrouwbaar die diagnose is.

METHODE In zeven huisartsenpraktijken bepaalden we de puntprevalentie van de geregistreerde diagnose 'astma' bij kinderen van 6-16 jaar. De validiteit van de diagnose onderzochten wij aan de hand van in de status geregistreerde kenmerken, zoals luchtwegsymptomen, vastgestelde allergieën, gebruik van luchtwegmedicatie en aangetoonde reversibiliteit.

RESULTATEN Wij analyseerden 2458 patiëntendossiers van kinderen van 6-16 jaar. In 222 (9%) van deze dossiers stond de diagnose 'astma' geregistreerd; 218 daarvan konden wij gebruiken voor statusonderzoek. In 92 dossiers (42%) maakten de diagnostische gegevens de diagnose 'astma' waarschijnlijk, in 28 dossiers (13%) maakten zij astma onwaarschijnlijk en 98 dossiers (45%) bevatten onvoldoende diagnostische gegevens om een uitspraak te kunnen doen over de validiteit van de diagnose.

CONCLUSIE In de meeste gevallen konden wij de diagnose 'astma' van de huisarts niet verifiëren op basis van het medisch dossier. Een aantal kinderen lijkt ten onrechte in het dossier de registratie 'astma' te hebben gekregen. De diagnostiek en registratie van astma in de huisartsenpraktijk, met name bij kinderen jonger dan 6 jaar, verdient meer aandacht. Hetzelfde geldt voor de follow-up van die diagnose na de zesde verjaardag.

INTRODUCTIE

Astma is een veelvoorkomende chronische aandoening bij kinderen, die wordt gekenmerkt door aanvalsgewijze bronchusobstructie.[1] Volgens de Nederlandse huisartsregistraties over 2011 was de prevalentie van astma 4% in de leeftijdsgroep 5-14 jaar.[2] De diagnose 'astma' wordt gesteld op basis van het klinische beeld, allergologisch onderzoek en eventueel longfunctietests en inflammometrie.[1,3-5] Omdat bij kinderen jonger dan 6 jaar geen volledige diagnostiek mogelijk is, adviseert de NHG-Standaard Astma bij kinderen bij deze kinderen liever de symptoomdiagnose 'episodisch piepen' te gebruiken.[3] Toch stellen huisartsen de diagnose 'astma' regelmatig ook bij kinderen jonger dan 6 jaar, en vaak blijft deze diagnose jarenlang in het dossier aanwezig zonder dat er nader onderzoek is gedaan.[2,3] Dit kan leiden tot onterecht gebruik van luchtwegmedicatie.[6] In 2011 gebruikten 170.000 Nederlandse kinderen salbutamol, waarmee dit het door kinderen op een na meestgebruikte medicijn is,[7] maar ongeveer de helft van deze kinderen blijkt niet geregistreerd te zijn met astma.[8] Of hier sprake is van onderdiagnostiek of juist van overbehandeling, blijft in het ongewisse.

Doel van ons onderzoek was, te bepalen in hoeverre de diagnose 'astma' bij kinderen van 6-16 jaar in de huisartsenpraktijk gerechtvaardigd wordt door aanwijzingen in het medisch dossier.

METHODE

Opzet en populatie

In een dwarsdoorsnedeonderzoek zochten we in de medische dossiers van zeven huisartsenpraktijken in de regio Oost-Brabant naar de onderbouwing van de diagnose 'astma' bij patiënten van 6-16 jaar. De huisartsenpraktijken die wij benaderden, hadden zich opgegeven voor een zorgprogramma van zorggroep PoZoB dat gericht was op kinderen met astma. Ons onderzoek vond plaats in mei en juni 2013. In de huisartsregistratiesystemen van de deelnemende praktijken selecteerden wij de dossiers van alle kinderen geboren tussen 1 januari 1997 en 1 januari 2007 waarin ICPC-code R96 (astma) geregistreerd was.

Verificatie van de diagnose

Aan de hand van de astmarichtlijnen en de literatuur bepaalden we welke variabelen geassocieerd zijn met astma.[1,3-5] Een expertcommissie waarin alle auteurs zitting hadden, verdeelde deze variabelen over vijf categorieën, naar de mate waarin ze verondersteld werden de diagnose 'astma' al dan niet te ondersteunen. De expertcommissie stelde ook een algoritme op om de diagnostische informatie uit het medisch dossier zodanig te combineren dat het mogelijk werd een uitspraak te doen over de waarschijnlijkheid van de diagnose. Eén onderzoeker (MP) inventariseerde vervolgens alle dossiers van kinderen met een ICPC-registratie R96 en verdeelde de dossiers

Wat is bekend?

- De prevalentie van astma wordt veelal bepaald aan de hand van de huisartsenregistratie.
- In de huisartsenpraktijk is de prevalentie van astma bij kinderen van 6-16 jaar zeer hoog.

Wat is nieuw?

- Bij slechts vier op de tien kinderen met de diagnose 'astma' blijkt deze diagnose zonder meer uit de gegevens in het dossier.
- Meer dan de helft van de kinderen met de diagnose 'astma' had deze diagnose gekregen vóór zij 6 jaar oud waren.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: M.L. Pouwelse MSc, basisarts; dr. L. van den Bemt, gezondheidswetenschapper. Radboudumc, afdeling Kindergeneeskunde: C. Hugen MSc, kinderlongarts; dr. P.J.F.M. Merkus PhD, kinderlongarts. Zorggroep PoZoB, Veldhoven: dr. V. van der Meer PhD, huisarts en kaderarts astma/COPD; M. van den Boogaard, longverpleegkundige • Correspondentie: lisette.vandenbemt@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Registratie van astma door de huisarts bij kinderen van 6-16 jaar, en de waarschijnlijkheid van die diagnose volgens het medisch dossier

Praktijk	Alle patiënten	Kinderen 6-16 jaar								
		aantal	astma geregistreerd		astma mogelijk		astma onwaarschijnlijk		onvoldoende gegevens	
1*	3276	330	33	(10,0%)	15	(46,9%)	8	(25,0%)	9	(28,1%)
2	2377	289	11	(3,8%)	6	(54,5%)	1	(9,1%)	4	(36,4%)
3*	2763	304	16	(5,3%)	11	(73,3%)	0	(0,0%)	4	(26,7%)
4*	2860	400	75	(18,8%)	23	(31,1%)	13	(17,6%)	38	(51,4%)
5*	4921	554	23	(4,2%)	15	(68,2%)	0	(0,0%)	7	(31,8%)
6	3053	284	51	(18,0%)	10	(19,6%)	6	(11,8%)	35	(68,6%)
7	3064	297	13	(4,4%)	12	(92,3%)	0	(0,0%)	1	(7,7%)
Totaal	22.314	2458	222*	(9,0%)	92	(42,2%)	28	(12,8%)	98	(45,0%)

* In vier praktijken was telkens één dossier waarin astma geregistreerd was, incompleet. Daarom is het statusonderzoek uitgevoerd op 218 dossiers.

op basis van het algoritme in drie categorieën: de diagnose astma was gegrond ('astma mogelijk'), de diagnose astma was ongegrond ('astma onwaarschijnlijk') of de diagnose astma kon niet geverifieerd worden ('onvoldoende gegevens'). Nadat de inventarisatie van de eerste praktijk was afgerond, is deze geëvalueerd met de desbetreffende huisarts. Voor de overige praktijken werden onduidelijkheden bij de inventarisaties besproken met de mede-onderzoekers (VM, LB, MB).

Analyse

Wij berekenden de puntprevalentie van de geregistreerde diagnose en die van de drie waarschijnlijkheidscategorieën. Met de chikwadraattoets bepaalden we eventuele verschillen in geslacht, leeftijd of leeftijd bij diagnose tussen de drie groepen, waarbij we een *p*-waarde < 0,05 stelden als grenswaarde voor statistische significantie. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS 20.

RESULTATEN

Puntprevalentie van astma

De zeven huisartsenpraktijken die aan het onderzoek deelnamen, beschikten over de dossiers van in totaal 22.314 patiënten, onder wie 2458 kinderen tussen 6 en 16 jaar [**tabel 1**]. Bij 222 kinderen (9%) was ICPC-code R96 (astma) geregistreerd in het dossier, met grote verschillen tussen de praktijken. Van deze 222 kinderen waren er 143 (64%) jonger dan 6 jaar ten tijde van de diagnose.

Verifiëren van de diagnose astma

De diagnostische gegevens bevestigden de diagnose in 92 (42%) van de 218 geanalyseerde dossiers – met grote variatie (20-92%) tussen de verschillende praktijken. In 28 dossiers (13%) was astma onwaarschijnlijk en 98 dossiers (45%) bevatten onvoldoende diagnostische gegevens om de diagnose te kunnen verifiëren. Dit laatste was significant vaker het geval bij kinderen die ten tijde van de diagnose jonger waren dan 6 jaar [**tabel 2**].

[**Tabel 3**] toont de frequentie waarmee de verschillende met astma geassocieerde variabelen voorkwamen in de 218 onderzochte dossiers. Wij vonden registraties van piepen en/of dyspneu bij 197 kinderen ouder dan 4 jaar (90%). In 145 dossiers (67%) ging het om ten minste één episode en in 52 dossiers (24%) was sprake van exacerbaties en/of recidive (≥ 3 episoden). Spirometrie was verricht bij 55 kinderen (25%); reversibiliteit was aangetoond bij 24 spirometrieonderzoeken (44%).

DISCUSSIE

Bij slechts vier op de tien kinderen bij wie het dossier de diagnose 'astma' vermeldde, vonden wij daadwerkelijk aanwijzingen voor die diagnose in het dossier en bij maar liefst één op de acht was de diagnose zelfs onwaarschijnlijk op grond van de geregistreerde diagnostiek. De meeste dossiers bevatten onvoldoende diagnostische gegevens om een uitspraak te kunnen doen over de aan- of afwezigheid van astma. Dat was vaker het geval wanneer de diagnose vóór het zesde levensjaar gesteld was.

Abstract

Pouwelse ML, Van der Meer V, Van den Boogaard M, Hugen C, Merkus P, Van den Bemt L. Diagnosis of childhood asthma in primary care: could it be validated by information in the medical record of the child? Huisarts Wet 2015;58(8):402-5.

BACKGROUND Asthma is the most prevalent chronic disease in childhood that is diagnosed by general practitioners usually. The aim of the current study was to determine the validity of asthma diagnosis in children aged 6 – 16 years based on information in the medical record of the child in primary care.

METHODS Cross-sectional study in seven general practices based on information in the medical record of all children aged 6 – 16 years with a diagnosis of asthma. In a structured way all medical records were evaluated on asthma-related characteristics, like episodic wheezing, positive family history for atopic diseases, sensitivity for non-specific irritants, positive allergy test, and reversibility in pulmonary function tests. Based on an algorithm we postulated the likelihood for a valid diagnosis of asthma based on the medical record.

RESULTS The prevalence of registered asthma was 9% (n = 222); 45% (n = 98) of the medical records of children registered with asthma with a complete medical record (n = 218) did not contain enough information to make a judgment about the validity of the asthma diagnosis. In 42% (n = 92) of medical records we found indications for the diagnosis asthma. Episodic wheeze was the most frequent documented asthma characteristic.

CONCLUSION Asthma diagnosis could not be confirmed based on the medical record in the majority of children. It remains uncertain if this is due to a lack of registration in the medical record or misdiagnoses.

Tabel 2 Kenmerken van kinderen met de registratie 'astma' en waarschijnlijkheid van de diagnose

	Astma mogelijk (n = 92)	Astma onwaarschijnlijk (n = 28)	Onvoldoende gegevens (n = 98)	Totaal (n = 218)
Geslacht				
■ jongen	55	18	49	122
■ meisje	37	10	49	96
Leeftijd				
■ < 10 jaar	22	13	**44**	79
■ 10-13 jaar	34	6	29	69
■ ≥ 13 jaar	36	6	25	70
Leeftijd bij diagnose				
■ < 6 jaar	46	15	**73**	134
■ ≥ 6 jaar	46	13	25	84

Significante afwijkingen (p < 0,05) zijn vet gedrukt.

De puntprevalentie van astma die wij vonden, was met 9% veel hoger dan de 4% die de huisartsregistraties aangaven voor 2011.[2] De huisartsenpraktijken die aan ons onderzoek deelnamen, wilden starten met een astmazorgprogramma, dus het is mogelijk dat een hogere intrinsieke motivatie voor de diagnostiek en behandeling van astma hierin een rol speelt. Er waren twee praktijken met zeer hoge prevalenties, waarvan de diagnoses veelal niet geverifieerd konden worden in de dossiers [**tabel 1**]. Dit bleek geen verband te houden met een hoger percentage kinderen dat de diagnose astma vóór het zesde levensjaar gekregen had [**tabel 2**].

Dat de diagnose astma in maar liefst 58% van de dossiers niet geverifieerd kon worden, wijst op overrapportage. Overrapportage is onmiskenbaar in de dossiers waarin de diagnose niet eens waarschijnlijk was (13%), in de overige 45% kan ook gebrekkige documentatie een rol spelen. Eerder onderzoek naar de validiteit van de diagnose astma bij volwassenen liet zien dat ongeveer 30% van de diagnoses onjuist was.[9] Aangezien het vaststellen van astma bij kinderen nog complexer is dan bij volwassenen, ligt het totale percentage onjuiste diagnoses in ons onderzoek vermoedelijk hoger.

Dat overdiagnostiek overigens niet gelijkstaat aan overbehandeling, blijkt onder andere uit het feit dat 58% van de kinderen in ons onderzoek al meer dan een jaar geen luchtwegmedicatie had gebruikt. Bovendien hoeft het gebruik van

Tabel 3 Registratie van diagnostische kenmerken in 218 dossiers van kinderen tussen 6 en 16 jaar met ICPC-code R96 (astma)

Diagnostische variabele	Aanwezig/positief		Afwezig/negatief	
Eén of twee episoden van piepen en/of dyspneu > 4 jaar	145	(67%)	–	
Exacerbaties en/of recidive (≥ 3 episoden) van piepen en/of dyspneu > 4 jaar en indien positief:	52	(24%)	–	
■ anamnestische hyperreactiviteit	6	(3%)	3	(1%)
■ verlengd piepend expirium bij auscultatie	35	(16%)	3	(1%)
■ anamnestische benauwdheid en/of kortademigheid	49	(22%)	0	(0%)
■ anamnestisch hoesten	47	(22%)	1	(0%)
Eczeem	92	(42%)	6	(3%)
Allergische rinitis en/of conjunctivitis	52	(24%)	2	(1%)
Klachten van voedselallergie	27	(12%)	11	(5%)
Familieanamnese positief voor astma*	42	(19%)	16	(7%)
Familieanamnese positief voor andere atopische klachten*	41	(19%)	8	(4%)
Anamnestische verbetering op inhalatiecorticosteroïden	3	(1%)	0	(0%)
Luchtwegmedicatie in het afgelopen jaar*	102	(47%)	116	(53%)
Reversibiliteit op basis van spirometrie*	24	(11%)	31	(14%)
Reversibiliteit op basis van piekstroommeting*	0	(0%)	1	(0%)
Histamineprovocatietest*	4	(2%)	0	(0%)
Allergietest (IgE, huidpriktest)	76	(35%)	44	(20%)
Stikstofmonoxidetest*	1	(0%)	2	(1%)
Diagnose astma volgens een kinder(long)arts	47	(22%)	–	
Kinder(long)arts twijfelt aan de diagnose astma	2	(1%)	–	
Huisarts twijfelt aan de diagnose astma	11	(5%)	–	
Diagnose astma verworpen door een kinder(long)arts of alternatieve diagnose gesteld	8	(4%)	–	

* Voor extra informatie zie de online bijlage bij dit artikel (www.henw.org, rubriek Onderzoek).

luchtwegmedicatie niet altijd verband te houden met astma. Gebleken is dat huisartsen bij een groot aantal verschillende luchtwegsymptomen kortdurende inhalatiecorticosteroïden voorschrijven. Dat gebeurt op aandringen van de ouders en om lange discussies uit de weg te gaan, maar ook omdat huisartsen het beschouwen als een effectieve therapie voor kinderen die chronisch hoesten.[10] Verder bleek uit onderzoek in Nederlandse huisartsenpraktijken dat slechts de helft van de jongeren onder de 18 jaar die luchtwegmedicatie gebruiken de diagnose 'astma' heeft.[8]

Een betere methode om wetenschappelijk vast te stellen of de diagnose 'astma' voldoende onderbouwd is, is het afnemen van een uitgebreide anamnese, aangevuld met lichamelijk en aanvullend onderzoek, en dat vervolgens laten beoordelen door verschillende experts (bijvoorbeeld kaderhuisartsen). Wij moesten ons beperken tot dossieronderzoek. Weliswaar is onze zoekstrategie opgesteld door een team van deskundigen uit alle disciplines die belangrijk zijn voor astmamanagement, maar de daarbij noodzakelijke standaardisering doet geen recht aan de complexiteit van de astmadiagnostiek. Wellicht zou het oordeel van een onafhankelijke medicus anders zijn uitgevallen dan ons oordeel op basis van het algoritme. Afgaan op het medisch oordeel van één enkele arts is echter geen valide onderzoeksmethode. Daarom hebben wij ervoor gekozen om met ons algoritme alleen na te gaan welke factoren al dan niet vermeld waren in de dossiers, zonder een inhoudelijk oordeel te vellen.

Deze exercitie heeft plaatsgevonden voordat de derde herziening van de NHG-Standaard Astma bij kinderen gepubliceerd werd.[11] In overeenstemming met de voorgaande versie van deze NHG-Standaard hebben we de leeftijdsgrens bepaald op 16 jaar. Ook hebben we in onze resultaten geen melding gemaakt van de door ons geobserveerde duidelijke klinische afname van dyspneu en piepen na toediening van een kortwerkend bèta-2-sympathicomimeticum. Ons algoritme bevatte twee diagnostische tests die niet in de NHG-Standaard geadviseerd werden, de histamineprovocatietest en geëxhaleerd stikstofmonoxide, omdat andere richtlijnen deze tests adviseren. Slechts respectievelijk vier en drie van de onderzochte dossiers maakten melding van deze tests.

De prevalenties van geregistreerd astma liepen sterk uiteen in de zeven deelnemende huisartsenpraktijken. Om die reden moeten de resultaten van dit onderzoek voorzichtig geïnterpreteerd worden. Tussen huisartsenpraktijken bestaan grote onderlinge verschillen en een steekproef van zeven is waarschijnlijk te klein om een realistische doorsnede te vormen. Ons onderzoek laat echter wel zien dat er zowel in de diagnostiek als in de rapportage van astma grote ruimte is voor verbetering. Bij meer dan de helft van de kinderen registreerde de huisarts de diagnose 'astma' vóór hun zesde verjaardag, hoewel de NHG-Standaard adviseerde dat niet te doen.[3] Mogelijk noteren huisartsen om pragmatische redenen code R96 ook bij een vermoeden van astma – mede omdat er geen code is voor een symptoomdiagnose astma onder de 6 jaar – en vergeten ze vervolgens de diagnose te objectiveren (en eventueel te rectificeren) als het kind 6 jaar geworden is en de diagnostische mogelijkheden er wel zijn. Daarbij komt dat slechts een kwart van de kinderen een longfunctietest had gehad, terwijl de NHG-Standaard bij elk kind vanaf 6 jaar spirometrie adviseerde.[3]

In de deelnemende huisartsenpraktijken zijn de gegevens van het onderzoek gebruikt om kinderen bij wie de diagnose 'astma' onzeker was, op te roepen voor een herbeoordeling (hetzelfde gebeurde voor kinderen met aanwijzingen voor astma zonder diagnose). Een dossieronderzoek zoals het onze kan dus een manier zijn om de registratie van astma in de huisartsenpraktijk te verbeteren.

CONCLUSIE

De prevalentie van astma in de huisartsenpraktijk bij kinderen van 6-16 jaar is hoog, maar de diagnose 'astma' kan meestal niet geverifieerd worden in de medische dossiers. Huisartsen volgen lang niet altijd de richtlijnen voor het stellen en registreren van de diagnose 'astma' bij kinderen jonger dan 6 jaar.

DANKWOORD

De auteurs danken de medewerkers van de huisartsenpraktijken die hebben meegewerkt aan dit onderzoek. ■

LITERATUUR

1 Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Herzien 2012. Beschikbaar via: www.ginasthma.org.
2 Nationaal Kompas Volksgezondheid, versie 4.6.1. Utrecht: RIVM, 2012 [updated 31-01-2012; cited 2012 07-02-2012]. Beschikbaar via: www.nationaalkompas.nl.
3 Bindels PJE, Van der Wouden JC, Ponsioen BP, Brand PLP, Salom, PL, Van Hensbergen W, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen. Huisarts Wet 2006;49:557-72.
4 Sectie Kinderlongziekten van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK). Richtlijn Astma bij kinderen. Herzien 2007. Beschikbaar via: www.nvk.nl.
5 Long Alliantie Nederland. Zorgstandaard Astma Kinderen & Jongeren. Oktober 2012. Beschikbaar via: www.zorgstandaarden.nl.
6 Zuidgeest MG, Koster ES, Maitland-van der Zee AH, Smit HA, Brunekreef B, Leufkens HG, et al. Asthma therapy during the first 8 years of life: a PIAMA cohort study. J Asthma 2010;47:209-13.
7 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Top 20 geneesmiddelen veilig voor kinderen. Pharmaceutisch weekblad 2012;147(46).
8 Zuidgeest MG, Van Dijk L, Smit HA, Van der Wouden JC, Brunekreef B, Leufkens HG, et al. Prescription of respiratory medication without an asthma diagnosis in children: a population based study. BMC Health Serv Res 2008;8:16.
9 Marklund B, Tunsater A, Bengtsson C. How often is the diagnosis bronchial asthma correct? Fam Pract 1999;16:112-6.
10 Klok T, Kaptein AA, Duiverman E, Oldenhof FS, Brand PL. General practitioners' prescribing behaviour as a determinant of poor persistence with inhaled corticosteroids in children with respiratory symptoms: mixed methods study. BMJ open 2013;3(4).
11 Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, Van Hensbergen W, Steenkamer TA, Uijen JHJM, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen. Huisarts Wet. 2014;49:557-72.

Arre Bekkering, Sanne Wubbels, Miranda Meijer, Tjard Schermer

Behandeling van contracturen van Dupuytren

Samenvatting

Bekkering GM, Wubbels SPA, Meijer GMP, Schermer TRJ. Behandeling van contracturen van Dupuytren. Huisarts Wet 2015;58(8):406-12.

ACHTERGROND Percutane naaldfasciotomie (PNF) is een behandeltechniek voor patiënten met contracturen van de vingers die worden veroorzaakt door M. Dupuytren. In Nederland worden deze patiënten meestal behandeld door (plastisch) chirurgen. Ons onderzoek evalueert de kortetermijnresultaten (zes weken) van PNF-behandeling, uitgevoerd door een huisarts.

METHODEN Het betreft een ongecontroleerd klinisch onderzoek bij patiënten met M. Dupuytren die een PNF-behandeling kregen van een specifiek daarvoor getrainde huisarts, in de eigen praktijk. De primaire effectmaat was de verbetering van de totale passieve extensiebeperking (*total passive extension deficit*, TPED) van de contracturen. Secundaire effectmaten waren verbetering van de functionaliteit van de handen (score op DASH-DLV-vragenlijst) en de complicaties die optraden door de PNF-behandeling. We vergeleken onze resultaten met die van een eerder onderzoek van plastisch chirurgen, dat dezelfde effectmaten gebruikte.

RESULTATEN In totaal heeft de huisarts 68 patiënten aan 102 vingers met PNF behandeld. De verbetering van de contracturen in TPED was na 6 weken gemiddeld 63%, nagenoeg gelijk aan de verbetering bij de plastisch chirurgen (62%) in het referentieonderzoek. De resultaten waren zowel bij de huisarts (85% verbetering) als bij de plastisch chirurgen (75% verbetering) het beste in de metacarpofalangeale gewrichten. De gemiddelde DASH-DLV-scores voor de algemene handfunctionaliteit vóór, respectievelijk 6 weken na PNF-behandeling door de huisarts waren 10,8 (95%-BI 7,6 tot 13,9) en 4,4 (95%-BI 2,5 tot 6,4). De PNF-behandeling veroorzaakte geen ernstige complicaties.

CONCLUSIE Ondanks verschillen in onderzoeksopzet lijken de kortetermijnresultaten van PNF-behandeling door de huisarts in dit onderzoek vergelijkbaar met die van twee Nederlandse plastisch chirurgen in het referentieonderzoek. Verder volgen van de behandelde patiënten moet duidelijk maken of de resultaten ook op de langere termijn vergelijkbaar zijn. Er is vooralsnog geen reden voor deze huisarts om te stoppen met het aanbieden van de PNF-behandeling in zijn praktijk.

INLEIDING

De ziekte van (M.) Dupuytren is een fibromatose van de palmaire fascie van de hand en vingers, die vaak leidt tot kromstand van de vingers (contracturen), waardoor functiebeperking optreedt.[1] De oorzaak van M. Dupuytren is nog onbekend. In de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar heeft 4,2% een kromstand van één of meer vingers door M. Dupuytren.[2] In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de incidentie van huisartsenbezoek voor M. Dupuytren ongeveer 1/1000 patiëntjaren.[3]

Behandeling van de contracturen bestaat doorgaans uit operatie in de vorm van selectieve fasciectomie of poliklinische percutane naaldfasciotomie (PNF).[1] PNF is de voorkeursbehandeling bij oudere patiënten en patiënten die het grotere risico op een vroeg recidief vinden opwegen tegen de voordelen van PNF: een snel herstel, laag complicatierisico en minimaal invasief karakter.[4] De behandelresultaten van PNF bij patiënten met een contractuur > 90° zijn minder goed: zij krijgen daarom het advies om voor operatieve behandeling te kiezen.[5-7]

Tot op heden voeren in Nederland alleen (plastisch) chirurgen zowel PNF als operatieve behandeling van contracturen door M. Dupuytren uit. Doel van dit onderzoek was om de kortetermijnresultaten van PNF-behandeling door één huisarts te evalueren in termen van verbetering van contracturen, functionaliteitsverbetering van de handen en aantal en aard van de complicaties. De huisarts was specifiek getraind in de uitvoering van deze behandeling bij patiënten met M. Dupuytren.

METHODEN

Onderzoeksopzet

Het betreft een ongecontroleerd, ongeblindeerd onderzoek naar het kortetermijneffect van PNF-behandeling door één

Wat is bekend?

- Kromstand van de vingers (contracturen) als gevolg van de ziekte van Dupuytren komen veel voor, met een prevalentie van 4,2% onder de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar.
- Behandeling van deze contracturen bestaat doorgaans uit operatie (selectieve fasciectomie) of poliklinische percutane naaldfasciotomie (PNF) door de plastisch chirurg.
- PNF is de voorkeursbehandeling bij oudere patiënten en patiënten die het grotere risico op een vroeg recidief vinden opwegen tegen de voordelen van PNF; een snel herstel, een laag complicatierisico en het minimaal invasieve karakter van de behandeling.

Wat is nieuw?

- De PNF-behandeling is in dit onderzoek uitgevoerd door een daarin getrainde huisarts.
- De kortetermijnresultaten van PNF-behandeling voor contracturen bij M. Dupuytren door een getrainde huisarts lijken overeen te komen met de eerder gerapporteerde resultaten van Nederlandse plastisch chirurgen in termen van verbetering van contracturen en handfunctionaliteit, en aard en aantal van de complicaties.

Huisartsenpraktijk Rheden, Haverweg 55b, 6991 BR Rheden: G.M. Bekkering, huisarts; G.M.P. Meijer, praktijkassistent en onderzoeksmedewerkster. Radboudumc Nijmegen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde: S.P.A. Wubbels, geneeskundestudent; dr. T.R.J. Schermer, senioronderzoeker • Correspondentie: huisartsbekkering@nlzorg.net • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

isarts. Het onderzoek is in de periode 2011-2013 uitgevoerd in een huisartsenpraktijk in Rheden (Gelderland). Om de bevindingen in perspectief te kunnen plaatsen, vergeleken we ze met een gerandomiseerd experiment waarin twee Nederlandse plastisch chirurgen de PNF-behandeling uitvoerden ('externe referentie').[5]

De Commissie Mensgebonden Onderzoek regio Arnhem-Nijmegen bepaalde dat het onderzoek niet valt aan te merken als WMO-plichtig onderzoek (registratienummer 2011/099). Alle patiënten gaven *informed consent*.

Werving, inclusie en exclusie

De huisarts (auteur GMB) stuurde in maart 2011 een e-mail aan alle 126 huisartsenpraktijken in het verzorgingsgebied van de Centrale Huisartsenpost Regio Arnhem, waarin hij vroeg om patiënten met een contractuur van Dupuytren en behandelwens naar hem te verwijzen. Als minimale totale extensiebeperking voor een behandelindicatie kozen we een *total passive extension deficit* (TPED) van ten minste 20°. Als richtlijn voor exclusie gold een TPED van 90° of meer, omdat de behandelresultaten van PNF dan minder gunstig zijn.[5-7] Om te bepalen of de patiënt geschikt was voor behandeling en onderzoeksdeelname keek de behandelend huisarts naar de extensiebeperking, vroeg hij waar de patiënt in het dagelijks leven last van had en besloot hij samen met de patiënt al dan niet te behandelen.

Behandeling

Alle behandelingen werden uitgevoerd door één getrainde huisarts. Om de PNF-techniek te leren, was hij gedurende twee jaar om de week een middag 'in opleiding' bij een chirurg, onder wiens supervisie hij vijftig PNF-behandelingen heeft uitgevoerd.

Vóór de behandeling markeerde de huisarts de aangedane vinger met een stift [**figuur 1**], desinfecteerde hij de hand met jodium en dekte hij deze steriel af. Met een 5 cc injectiespuit spoot hij de te behandelen vinger(s) in met een mengsel van 4 cc lidocaïne 2% en 1 cc triamcinolonacetonide 40 mg/ml. Vervolgens perforeerde hij de verdikte fascie in de straal met dezelfde naald, waarna hij deze geforceerd strekte [**figuur 2**]. Na behandeling reinigde en verbond hij de hand. Hij instrueerde de patiënt om het verband de volgende dag te verwijderen en 6 weken lang iedere dag 5 maal 3 minuten de handpalm te masseren en de behandelde stra(a)l(en) zover mogelijk te strekken. In totaal duurde een behandeling (inclusief voorbereiding en nabespreking) circa 25 minuten.

Effectmetingen

De gebruikte effectmaten in dit onderzoek zijn dezelfde als in die van het referentieonderzoek van de plastisch chirurgen[5] en veel andere onderzoeken:[8]

- *Contracturen*: de primaire effectmaat was de mate van extensiebeperking van de aangedane vinger(s). Eén onderzoeksmedewerker (M.M.) heeft de metingen uniform verricht met een goniometer. Ze legde de ernst van de contractuur per gewricht (het metacarpofalangeale gewricht (MCP), het proximale interfalangeale gewricht (PIP), het distale interfalangeale gewricht (DIP)) in graden vast in de *passive extension deficit* (PED). Door de PED's op te tellen heeft ze de TPED per aangedane vinger berekend. De contracturen werden vlak voor de behandeling, direct daarna en na zes weken gemeten; verbetering van de TPED werd in procenten en graden uitgedrukt.
- *Handfunctionaliteit*: de secundaire effectmaat was verandering van de functionaliteit van de handen, gemeten met behulp van de DASH-DLV-vragenlijst (*Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand – Dutch Language Version*[9,10]). De DASH-DLV bestaat uit 23 standaardvragen met een antwoordschaal van 1 tot en met 5 over de functionele beperkingen en ernst van de symptomen die de patiënt in de week voor de afname heeft ervaren door problemen met de handen. Daarnaast zijn er tweemaal vier optionele vragen voor de subdomeinen 'functionaliteit tijdens sport of bespelen van muziekinstrumenten' en voor 'functionaliteit tijdens werk'. Er wordt een totaalscore bepaald voor de standaardvragen, die vervolgens wordt uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100 (hoe hoger de score, hoe meer functionaliteitsverlies).[11] Daarnaast hebben we aparte scores berekend voor de twee genoemde subdomeinen.
- *Complicaties*: dezelfde onderzoeksmedewerker die de metingen heeft verricht, heeft direct na de behandeling en zes

Abstract

Bekkering GM, Wubbels SPA, Meijer GMP, Schermer TRJ. Treatment of Dupuytren's contracture. Huisarts Wet 2015;58(8):406-12.

AIM Percutaneous needle fasciotomy (PNF) is a treatment for Dupuytren's contracture of the fingers, and in the Netherlands this intervention is usually performed by a plastic surgeon. This study investigated the short-term (6 weeks) results of PNF carried out by a general practitioner.

METHOD This non-controlled clinical study involved patients with Dupuytren's contracture treated with PNF by their GP in the practice office. The GP had received appropriate training. The primary outcome was improvement in the total passive extension deficit (TPED) of the contractures. Secondary outcomes were improvement in hand function (score on the DASH-DLV questionnaire) and complications of PNF. Results were compared with those of a previous study using the same outcomes and involving two plastic surgeons.

RESULTS The GP treated 102 fingers of 68 patients with PNF. The mean TPED improvement after 6 weeks was 63%; it was 62% in the reference study involving plastic surgeons. Most improvement was seen in the metacarpophalangeal joints, namely, 85% improvement for PNF performed by the GP and 75% improvement for PNF performed by the plastic surgeons. The mean DASH-DLV scores for hand function before and 6 weeks after PNF performed by the GP were 10.8 (95% CI 7.6–13.9) and 4.4 (95% CI 2.5–6.4), respectively. PNF did not cause severe complications.

CONCLUSION Despite study differences, it would seem that the short-term results of PNF are similar regardless of whether treatment is provided by a GP or plastic surgeon. Patients should be followed up for longer to see whether treatment results remain similar in the long term. For the moment, there is no reason to stop GPs from performing PNF.

Figuur 1 Situatie voor en na PNF-behandeling van contracturen door M. Dupuytren in de huisartsenpraktijk

PNF = percutane naaldfasciotomie.

Figuur 2 De huisarts perforeert de fascie van de aangedane straal en strekt vervolgens de vinger

weken daarna alle ongewenste effecten en complicaties geïnventariseerd.

Analyse

We hebben de gegevens geanalyseerd met SPSS, versie 20. Gemiddelde veranderingen in de effectmaten hebben we vergeleken met gepaarde Student-*t*-toetsen en we hebben 95%-betrouwbaarheidsintervallen (95%-BI) berekend. Statistische significantie hebben we gesteld op $p < 0{,}05$. In het referentieonderzoek van de plastisch chirurgen is PNF vergeleken met operatieve behandeling; voor de vergelijking met onze bevindingen keken we alléén naar de resultaten in de PNF-groep.[5] Om vergelijking te vergemakkelijken, presenteren we deze cijfers in de resultatensectie naast onze eigen bevindingen.

RESULTATEN

Patiëntenpopulatie

In totaal hebben 34 huisartsen in de regio Arnhem en omgeving 86 patiënten doorverwezen, van wie 69 geschikt werden bevonden voor de behandeling [**figuur 3**]. Na de behandeling is één patiënt met het onderzoek gestopt. Vier patiënten kregen op een later moment een behandeling aan de andere hand. De huisarts heeft dus 72 handen behandeld, met in totaal 102 stralen (vingers). Daaronder bevonden zich 19 vingers met een TPED < 20° of > 90°. We hebben deze patiënten toch geïncludeerd vanwege hun ervaren last en behandelwens.

Van de 68 behandelde patiënten was 71% man [**tabel 1**]. De gemiddelde leeftijd was 68 jaar (spreiding: 46-88). Eenentwintig procent was in het verleden al eens behandeld door een plastisch chirurg (allen minimaal 3 jaar geleden). Van de

102 behandelde stralen waren er 73 aangedaan in het MCP-gewricht, 71 in het PIP-gewricht, met een gemiddelde extensiebeperking van 33° in beide gewrichten. Slechts 14 vingers hadden een extensiebeperking in het DIP-gewricht, met een gemiddelde beperking van 15°.

Effect van PNF-behandeling op contracturen

De TPED per vinger vóór behandeling was gemiddeld 50°, na zes weken 19° [**tabel 2**], een verbetering van 63% ten opzichte van de uitgangssituatie. Berekend op patiëntniveau bedroeg de gemiddelde contractuurverbetering 31° (95%-BI 25,7 tot 36,1) en 65% (95%-BI 57,3 tot 72,3). Het beste behandelresultaat werd geboekt bij de MCP-gewrichten, met een gemiddelde verbetering van 28° (95%-BI 24,4 tot 31,6) (85% verbetering).

Effect van PNF-behandeling op functionaliteit van de hand

Van de 72 ingevulde DASH-vragenlijsten konden we bij 9 patiënten geen scores berekenen omdat er te veel antwoorden ontbraken. De gemiddelde score op de 63 geanalyseerde DASH-lijsten voor het algemene deel was vóór behandeling 10,8 (95%-BI 7,6 tot 13,9) en zes weken na de behandeling 4,4 punten (95%-BI 2,5 tot 6,4) [**tabel 3**]. Ook hebben we een significante verbetering in DASH-score gevonden voor sport of het bespelen van een muziekinstrument en werk.

Complicaties door PNF-behandeling

Bij 17 van de door de huisarts behandelde handen (24%) ontstond een complicatie, waarvan 15 huidfissuren door het 'strekken' bij de PNF-behandeling. Na 6 weken waren op 1 na alle wondjes volledig gesloten. Na 6 weken werden door 2 patiënten sensaties in de vinger beschreven ('gevoelig',

Figuur 3 Stroomdiagram van verwezen en met PNF behandelde patiënten bij de huisarts

PNF = percutane naaldfasciotomie.
TPED = total passive extension deficit.

Tabel 1 Karakteristieken van de met PNF behandelde patiëntenpopulatie bij de huisarts en bij de plastisch chirurgen

	Patiënten bij huisarts (n = 68) (huidig onderzoek)		Patiënten bij plastisch chirurgen (n = 57)[5]	
Mannen	47	69%	49	86%
Gemiddelde leeftijd, jaren	68		64	
Positieve familieanamnese	27	40%	23	40%
Eerdere behandeling bij plastisch chirurg	14	21%	NB	
Comorbiditeit:				
■ epilepsie	0		2	4%
■ diabetes	5	7%	9	16%
Gebruik van anticoagulantia	13	19%	20	35%
Tubiana-classificatie*				
■ Klasse 1 (0-45°)	52	51%	28	32%
■ Klasse 2 (45-90°)	43	42%	38	43%
■ Klasse 3 (90-135°)	7	7%	16	18%
■ Klasse 4 (135-180°)	0		6	7%
Gewrichten met contractuur				
■ MCP	73	72%	83	94%
■ PIP	71	70%	57	65%
■ DIP	14	14%	10	11%

* De Tubiana-classificatie per vinger wordt berekend door de extensiebeperking in MCP en PIP op te tellen.
NB: niet bekend, dat wil zeggen niet gerapporteerd; MCP = metacarpofalangeale gewricht; PIP = proximale interfalangeale gewricht; DIP = distale interfalangeale gewricht.

Tabel 2 Gemiddelde extensiebeperking (PED) van behandelde vingers door de huisarts (huidig onderzoek, n = 102) en door de plastisch chirurgen[5] (n = 88) vóór en zes weken na PNF-behandeling. Weergave per gewricht (MCP, PIP, DIP) en vinger (TPED)

	MCP		PIP		DIP		TPED	
	Huisarts (n = 73) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 83) (referentie-onderzoek)	Huisarts (n = 71) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 57) (referentie-onderzoek)	Huisarts (n = 14) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 10) (referentie-onderzoek)	Huisarts (n = 102) (huidig onderzoek)	Plastisch chirurgen (n = 88) (referentie-onderzoek)
Vóór behandeling, graden (95%-BI)	33° (29,4 tot 37,1)	44°	33° (28,2 tot 38,5)	34°	15° (9,4 tot 21,5)	16°	50° (44,3 tot 55,7)	66°
Na 6 weken, graden (95%-BI)	5° (3,0 tot 7,5)	NB	20° (15,6 tot 24,7)	NB	10° (4,0 tot 15,6)	NB	19° (15,4 tot 23,6)	NB
Verbetering ten opzichte van vóór behandeling, graden (95%-BI)	28° (24,4 tot 31,6)	NB	13° (9,7 tot 16,7)	NB	6° (0,3 tot 11,1)	NB	31°* (25,9 tot 35,2)	NB
Verbetering ten opzichte van vóór behandeling, % (95%-BI)	85% (79,7 tot 90,9)	75% (69,6 tot 80,4)	41% (29,6 tot 52,4)	33% (24,2 tot 41,8)	36% (4,7 tot 66,9)	61% (48,7 tot 73,3)	63%† (56,6 tot 69,6)	62% (55,3 tot 68,7)

* gemiddeld 31° (sd 30,9) verbetering op patiëntniveau (95%-BI 25,7 tot 36,1).
† gemiddeld 65% (sd 64,8) verbetering op patiëntniveau (95%-BI 57,3 tot 72,3).
95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; DIP = distale interfalangeale gewricht; MCP = metacarpofalangeale gewricht; NB = niet bekend, dat wil zeggen gegevens niet beschikbaar; PIP = proximale interfalangeale gewricht; PNF = percutane naald fasciotomie; sd = standaarddeviatie; TPED = total passive extension deficit.

'stijf', 'koud'), die zouden kunnen duiden op paresthesie. (De huisarts heeft geen sensibiliteitstest gedaan om dit te objectiveren.) In het referentieonderzoek werden 60 handen met PNF behandeld, waarbij bij 55% een complicatie ontstond: 29 huidfissuren, 4 patiënten beschreven sensaties die konden duiden op paresthesie. (Geen van deze patiënten had echter afwijkende resultaten bij een sensibiliteitstest.)[5]

BESCHOUWING

In dit onderzoek hebben we het kortetermijneffect onderzocht van PNF-behandeling bij patiënten met contracturen door M. Dupuytren die door een specifiek daarin getrainde huisarts is uitgevoerd. We hebben de resultaten vergeleken met die van een Nederlands onderzoek naar PNF-behandeling door plastisch chirurgen.[5] De gemiddelde vermindering van de contracturen uitgedrukt als TPED was bij de huisarts 63% (31°) en bij de plastisch chirurgen 62%. Net als in het referentieonderzoek[5] vonden we ook bij de huisartspatiënten een significante verbetering in de functie van de handen (dat wil zeggen een lagere DASH-score), hoewel de ervaren functionaliteitsbeperking vóór de behandeling al relatief laag was. Bij een op de vier handen traden complicaties op, overwegend (voorbijgaande) huidfissuren.

Tabel 3 Gemiddelde DASH-DLV-scores per onderdeel (algemeen, sport/muziek en werk) van patiënten bij de huisarts en bij de plastisch chirurgen vóór behandeling en zes weken na PNF-behandeling

	Vóór PNF-behandeling (95%-BI)	6 weken* na PNF-behandeling (95%-BI)	Verschil
Huisarts (huidige onderzoek)			
DASH-DLV algemeen, score (n = 63)	10,8 (7,6 tot 13,9)	4,4 (2,5 tot 6,4)	−6,3† (−8,7 tot −4,0)
DASH-DLV sport/muziek, score (n = 36)	25,0 (14,7 tot 35,3)	9,4 (2,1 tot 16,6)	−15,6‡ (−25,4 tot −5,9)
DASH-DLV werk, score (n = 28)	6,9 (2,7 tot 11,1)	1,3 (−0,6 tot 3,2)	−5,6§ (−9,5 tot 1,7)
Plastisch chirurgen (referentieonderzoek[5])			
DASH-DLV algemeen, score (n = 50) gemiddelde (sd)	16 (14)	9 (NB)	

* In het referentieonderzoek met PNF-behandeling door plastisch chirurgen[5]: 5 weken na behandeling.
† Gepaarde Student-*t*-toets, p < 0,001.
‡ Gepaarde Student-*t*-toets, p < 0,003.
§ Gepaarde Student-*t*-toets, p < 0,010.
DASH-DLV = Disability of the Arm and Shoulder – Dutch Language Version; sd = standaarddeviatie; NB = niet bekend, dat wil zeggen niet gerapporteerd; PNF = percutane naaldfasciotomie.

Bespreking van de resultaten

De plastisch chirurgen hebben gemiddeld genomen ernstiger aangedane MCP-gewrichten behandeld dan de huisarts, waardoor de gemiddelde TPED in het referentieonderzoek hoger was.[5] Enerzijds zouden de plastisch chirurgen hierdoor 'in het nadeel' kunnen zijn, omdat ernstiger contracturen wellicht lastiger te behandelen zijn. Anderzijds was 98% van de behandelde vingers bij de plastisch chirurgen aangedaan in het MCP-gewricht, tegenover 72% bij de huisarts. Dit kan de huisarts juist weer een nadeel hebben gegeven, omdat de beste behandelresultaten (zowel bij de huisarts als bij de plastisch chirurgen) in de MCP-gewrichten werden behaald.

Patiënten die door de plastisch chirurgen werden behandeld, scoorden zowel vóór de behandeling als zes weken erna hoger op het algemene deel van de DASH-vragenlijst dan patiënten bij de huisarts. De extensiebeperking in het MCP-gewricht (en daarmee dus ook de TPED) was gemiddeld groter bij de plastisch chirurgen, wat een verklaring kan zijn voor de slechtere ervaren functionaliteit. De gemiddelde DASH-scores in het onderzoek met de plastisch chirurgen waren gelijk aan normatieve gegevens uit de Verenigde Staten,[12] en de DASH-scores bij de huisarts lagen dus nog lager. Dit suggereert dat het ervaren functionaliteitsverlies bij de huisartspatiënten vóór de behandeling minder ernstig was, maar er kunnen voor patiënten ook andere redenen zijn om zich te laten behandelen, bijvoorbeeld cosmetische.

Bij de huisarts ontstonden relatief minder complicaties dan bij de plastisch chirurgen. In twee andere onderzoeken naar PNF traden bij 16%[13] respectievelijk 9%[6] van de behandelde patiënten huidfissuren op. Overigens is het ontstaan van een huidfissuur een logisch gevolg van het geforceerd strekken van de vingers tijdens de behandeling. Deze 'complicatie' is niet ernstig en herstelt over het algemeen snel.

Sterke en zwakke punten van het onderzoek

Een sterk punt van ons onderzoek is dat er voor het eerst naar PNF-behandeling in de eerste lijn is gekeken. Daarnaast versterken onze bevindingen de wetenschappelijke basis voor de effectiviteit van PNF in het algemeen, die nog smal is.[14,15] Een ander sterk punt is dat de gebruikte effectmaten dezelfde zijn als in het referentieonderzoek van de plastisch chirurgen. Als we de resultaten van PNF-behandeling door de huisarts voorzichtig vergelijken met die in het referentieonderzoek[5], lijkt het erop dat de huisarts in elk geval op de korte termijn vergelijkbare resultaten boekt: de behandeleffecten komen sterk overeen.

De onderzoeksopzet was niet optimaal: in het ideale geval zouden we een geblindeerd, gerandomiseerd experiment hebben uitgevoerd, waarbij we patiënten met M. Dupuytren die in aanmerking komen voor PNF willekeurig zouden toewijzen aan behandeling door de huisarts of door de plastisch chirurg. Door verschillen in patiëntenpopulatie, in- en exclusiecriteria en precieze uitvoering van de behandeling tussen ons onderzoek en het referentieonderzoek[5] zijn de twee onderzoeken niet volledig vergelijkbaar. Zo werden in het referentieonderzoek patiënten geëxcludeerd als zij al eerder een behandeling hadden ondergaan. Bij de huisarts was dit niet zo. Andersom werd in ons onderzoek triamcinolon mee-geïnjecteerd, in het referentieonderzoek niet. De extensiebeperking moest bij de plastisch chirurgen minimaal 30° zijn in het MCP-, PIP- of DIP-gewricht. Dit verklaart waarschijnlijk waarom de contractuur in het MCP-gewricht vóór behandeling gemiddeld ernstiger was in het referentieonderzoek.

Implicaties voor de praktijk

Dit onderzoek laat zien dat PNF-behandeling door deze huisarts tot goede behandelresultaten leidt. Er is voor hem dus geen reden om te stoppen met het aanbieden ervan. Idealiter zouden we nog in een gerandomiseerd experiment moeten onderzoeken of PNF-behandelingen door de plastisch chirurg of de (getrainde) huisarts inderdaad even effectief en veilig zijn, ook op de lange termijn. Daarbij zouden we verwachten dat ongeveer de helft van de patiënten 3 tot 5 jaar later een recidief van de contractuur zal vertonen.[13] Met een incidentie van 1 contractuur door M. Dupuytren per 1000 patiëntjaren in de huisartsenpraktijk is het efficiënt noch wenselijk om iedere huisarts deze behandeling te laten uitvoeren.[3] Wel kunnen we denken aan de situatie waarin per regio één huisarts deze behandeltechniek beheerst, wat kan leiden tot eerdere en meer laagdrempelige behandeling, uitstel of afstel van chirurgie (wat het risico op complicaties verkleint[4]) en kostenreductie van deze ingreep. Hoewel er recentelijk naar de kosteneffectiviteit van PNF versus fasciotomie is gekeken,[15,16] is de setting waarin de PNF-behandeling uitgevoerd wordt (eerste versus tweede lijn) nog niet aan een economische evaluatie onderworpen.

CONCLUSIE

De kortetermijnresultaten van PNF-behandeling bij contracturen door M. Dupuytren door een specifiek getrainde huisarts lijken overeen te komen met de eerder gerapporteerde resultaten van Nederlandse plastisch chirurgen wat betreft vermindering van contracturen, verbetering van de handfunctionaliteit en de aard en het aantal van de complicaties. De resultaten waren het best bij behandeling van de MCP- en PIP-gewrichten. De behandeling in de huisartsenpraktijk lijkt dus effectief te zijn, zonder veel complicaties te veroorzaken. Er is vooralsnog geen reden voor deze huisarts om te stoppen met het aanbieden van de PNF-behandeling in zijn praktijk. Deze behandeltechniek kan ook door andere huisartsen worden uitgevoerd. Het vergt echter een uitvoerige scholing om je hierin te bekwamen.

DANKWOORD

De auteurs bedanken zorgverzekeraar Menzis voor de ondersteuning bij dit project, de verwijzende huisartsen in de regio

Arnhem en omgeving voor hun medewerking en drs. Hans Bor en dr. Kees van Boven van de afdeling Eerstelijnsgeneeskunde van het Radboudumc voor het verschaffen van het incidentiecijfer van M. Dupuytren in de huisartsenpraktijk uit respectievelijk de Continue Morbiditeits Registratie Nijmegen (CMR) en het Transitieproject. ■

LITERATUUR

1 Van Rijssen AL, Werker PM. Behandeling van de ziekte van Dupuytren: een overzicht van de mogelijkheden. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:A129.
2 Lanting R, Van den Heuvel ER, Westerink B, Werker PM. Prevalence of Dupuytren disease in The Netherlands. Plast Reconstr Surg 2013;132:394-403.
3 Okkes IM Oskam SK, Van Boven K, Lamberts H. EFP. Episodes of Care in Family Practice. Epidemiological data based on the routine use of the International Classification of Primary Care (ICPC) in the Transition Project of the Academic Medical Center/University of Amsterdam (1985-2003). In: Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H (eds). ICPC in the Amsterdam Transition Project. Amsterdam (cd-rom).
4 Van Rijssen AL, Ter Linden H, Werker PM. Five-year results of a randomized clinical trial on treatment in Dupuytren's disease: percutaneous needle fasciotomy versus limited fasciectomy. Plast Reconstr Surg 2012;129:469-77.
5 https://www.fysionet.nl/kennisplein/vakinhoud/meetinstrumenten/disabilities-of-the-arm.pdf. Geraadpleegd op 22 december 2014.
6 Van Rijssen AL, Gerbrandy FS, Ter Linden H, Klip H, Werker PM. A comparison of the direct outcomes of percutaneous needle fasciotomy and limited fasciectomy for Dupuytren's disease: a 6-week follow-up study. J Hand Surg Am 2006;31:717-25.
7 Foucher G, Medina J, Navarro R. Percutaneous needle aponeurotomy: complications and results. J Hand Surg Br 2003;28:427-31.
8 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC). Richtlijn 'Ziekte van Dupuytren'. http://www.nvpc.nl/stand.php?flag=richt&portion=9.
9 Ball C, Pratt AL, Nanchahal J. Optimal functional outcome measures for assessing treatment for Dupuytren's disease: a systematic review and recommendations for future practice. BMC Musculoskelet Disord 2013;14:131.
10 Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C. Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected]. The Upper Extremity Collaborative Group (UECG). Am J Ind Med 1996;29:602-8.
11 Veehof MM, Sleegers EJ, Van Veldhoven NH, Schuurman AH, Van Meeteren NL. Psychometric qualities of the Dutch language version of the Disabilities of the Arm, Shoulder, and Hand questionnaire (DASH-DLV). J Hand Ther 2002;15:347-54.
12 Hunsaker FG, Cioffi DA, Amadio PC, Wright JG, Caughlin B. The American academy of orthopaedic surgeons outcomes instruments: normative values from the general population. J Bone Joint Surg Am 2002;84-A:208-15.
13 Badois FJ, Lermusiaux JL, Masse C, Kuntz D. Non-surgical treatment of Dupuytren disease using needle fasciotomy. Rev Rhum Ed Fr 1993;60:808-13.
14 Chen NC, Srinivasan RC, Shauver MJ, Chung KC. A systematic review of outcomes of fasciotomy, aponeurotomy, and collagenase treatments for Dupuytren's contracture. Hand (N Y) 2011;6:250-5.
15 Anonymous. Technology assessment review: Needle or open fasciotomy for Dupuytren's contracture: a review of the comparative efficacy, safety, and cost-effectiveness – an update [internet]. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 2013. Available From http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195701.
16 Chen NC, Shauver MJ, Chung KC. Cost-effectiveness of open partial fasciectomy, needle aponeurotomy, and collagenase injection for dupuytren contracture. J Hand Surg Am 2011;36:1826-34.e32.

INTERMEZZO

Ferdinand Schreuder

Op controle komen

We controleren wat af! Onze suikerpatiënten de CVRM-klanten, astmatici, COPD-ers, hoogbejaarden: noem maar op. Vaak betreft het mensen met weinig klachten, meestal mensen zonder hulpvraag. We geven adviezen, stellen medicatie bij, motiveren en informeren. Allemaal heel nuttig en 'evidence-based'.

Gek alleen dat dokters zelf zich onttrekken aan al dit heilzame gedoe. Ik ken geen dokter die braaf op bloeddrukcontrole komt, die zijn astma laat controleren (of die van zijn kinderen), die enkele malen per jaar bij de POH komt voor zijn suiker. Voor onszelf kunnen we het belang van deze controles kennelijk beter relativeren dan voor onze patiënten. We laten ons afrekenen op of nemen elkaar de maat over een controletrouw die we voor onszelf overdreven of niet nodig vinden.

Misschien zijn dokters meer dan anderen geneigd tot verdringen, misschien zijn zij beter in zelfmanagement, misschien hebben zij een grotere weerzin tegen afhankelijkheid en pillen: mij is daar geen onderzoek over bekend.

Het lijkt mij dat dit fenomeen erop wijst dat andere factoren dan het bewezen medische nut bepalend zijn voor de gang naar de dokter en dat arts-patiënten die anders (beter?) wegen dan andere patiënten. Misschien moeten we het tegemoet komen aan díe factoren wat meer gaan meewegen in de organisatie van ons werk. Dat lijkt me belangrijker dan het turven hoe vaak we welke meting bij wie hebben gedaan. ■

Hans van der Wouden, Marianne Dees

Ontbrekende waarnemingen

PRAKTIJKPROBLEEM

Lang geleden, toen er nog geen NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement was, waren veel huisartsen gewend om de rookgewoontes van de patiënt alleen in het dossier te vermelden als de patiënt ook daadwerkelijk rookte. Voortschrijdend inzicht wees uit dat dit niet zo handig is. Het ontbreken van een rooknotitie kan twee dingen betekenen: deze patiënt rookt niet, of het is hem nooit gevraagd en we weten het niet.

Ook bij wetenschappelijk onderzoek kan onduidelijkheid bestaan over de interpretatie van op het eerste gezicht duidelijke informatie. Waar moet je op letten bij het lezen van onderzoeksartikelen als het gaat om ontbrekende gegevens?

ACHTERGROND

Bij wetenschappelijk onderzoek hebben we vaak te maken met ontbrekende waarnemingen, en die zijn er in vele soorten. Het komt voor dat deelnemers aan een vragenlijstonderzoek niet alle vragen beantwoorden. In cohortonderzoeken waarbij deelnemers op gezette tijden metingen ondergaan, zijn er mensen bij wie sommige metingen niet gedaan (blijken te) zijn. In een randomised controlled trial ontbreken van sommige deelnemers bijvoorbeeld de laboratoriumbepalingen omdat er iets mis is gegaan met de bloedafname.

UITWERKING

Vaak is het ontbreken van een deel van de gegevens niet zo erg: bij de mislukte bloedafname zal toeval een grote rol spelen en het is dan niet waarschijnlijk dat de bloedwaarden van deze persoon erg afwijken van die van de andere deelnemers.

Anders is het wanneer mensen uitvallen vanwege aan het onderzoek gerelateerde redenen. Neem het voorbeeld van een gerandomiseerde placebogecontroleerde trial waarbij patiënten in de interventiegroep de interventie zo belastend vinden in verhouding tot het ervaren effect, dat ze er na enige tijd geen zin meer in hebben. Als de uitvallers zich onttrekken aan de vervolgmetingen, zijn de overblijvers geen goede afspiegeling van de hele groep en volgen er te rooskleurige conclusies.

Soms is uitval inherent aan het onderzoek. De Leiden 85-plus Studie, waarin een grote groep mensen van 85 jaar en ouder werd gevolgd om inzicht te krijgen in factoren die samenhangen met ziekte en sterfte op hoge leeftijd, had begrijpelijkerwijs bij ieder volgend meetmoment te maken met een steeds kleiner wordende onderzoekspopulatie.

Bij het beoordelen van onderzoeken, bijvoorbeeld bij het schrijven van Cochrane-reviews, zijn ontbrekende metingen een belangrijk criterium om de kans op vertekende resultaten in te schatten. Het follow-uppercentage dat nog door de beugel kan is een arbitraire keuze. Bij Cochrane-reviews wordt de grens gelegd bij 80%. Is in een trial het percentage deelnemers van wie vervolgmetingen zijn verkregen lager dan 80%, dan krijgt het onderzoek op dit onderdeel als oordeel 'high risk of bias'.

Er zijn oplossingen voor het probleem van de ontbrekende waarnemingen, ook als de dataverzameling al is afgesloten. Een simpele werkwijze is om, wanneer de bloeddruk van enkele deelnemers niet gemeten is, hiervoor de laatst bekende meting te gebruiken, of bij de personen zonder meting het gemiddelde van alle metingen in te vullen. De laatste decennia zijn er statistische technieken ontwikkeld om ontbrekende waarnemingen op een meer verantwoorde manier 'op te vullen'. We noemen dit imputeren. Daarbij wordt voor een ontbrekende waarde in de gegevens gebruikgemaakt van de waarden van vergelijkbare deelnemers, maar bovendien een snufje toeval *(random error)* toegevoegd. Bij zogenaamde multipele imputatie wordt op deze wijze eenzelfde dataset op verschillende manieren aangevuld en vindt de uiteindelijke analyse plaats op meerdere datasets. Deze techniek is tegenwoordig de *state of the art.*

BETEKENIS

In onderzoeken zijn ontbrekende waarnemingen vaak niet te voorkomen. Het is immers altijd mogelijk dat een meting (bijvoorbeeld bloeddrukmeting) mist omdat de patiënt niet kwam opdagen of omdat de onderzoeker de meting was vergeten uit te voeren. Let bij het lezen van onderzoeksartikelen op de omvang van de uitval, de beschrijving van de follow-up en eventuele verklaringen voor de ontbrekende waarnemingen. Een hoge uitval vermindert de betrouwbaarheid van de resultaten, vooral als de uitval niet willekeurig was. Er zijn statistische technieken beschikbaar om ontbrekende gegevens aan te vullen. ■

LITERATUUR

1 Donders AR, Van der Heijden GJ, Stijnen T, Moons KG. Review: a gentle introduction to imputation of missing values. J Clin Epidemiol 2006;59:1087-91.
2 Bell ML, Fiero M, Horton NJ, Hsu CH. Handling missing data in RCTs; a review of the top medical journals. BMC Med Res Methodol 2014;14:118.

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit.
Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

EMGO+ VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam: dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent. Radboudumc, IQ healthcare: dr. M.K. Dees, senior onderzoeker • Correspondentie: j.vanderwouden@vumc.nl

Cecile Koelink, Boudewijn Kollen, Feikje Groenhof, Klaas van der Meer, Wouter van der Heide

Steeds meer verdachte huidafwijkingen bij de huisarts

Samenvatting

Koelink CJL, Kollen BJ, Groenhof F, Van der Meer K, Van der Heide WK. Steeds meer verdachte huidafwijkingen bij de huisarts. Huisarts Wet 2015;58(8):414-6.

ACHTERGROND Waarschijnlijk vormt huidkanker een toenemende belasting voor de zorg én voor de huisarts, maar onderzocht is dit nooit. Wij analyseerden welke invloed verdachte huidafwijkingen hebben op de zorgvraag in de huisartsenpraktijk.

METHODE Wij analyseerden de gegevens van het Registratie Netwerk Groningen (RNG), met een gemiddelde jaarlijkse populatie van ruim 22.000 patiënten van 18 jaar en ouder. Aan de hand van ICPC-codes selecteerden wij voor de periode 2001-2010 alle consulten voor een verdachte huidafwijking. Naast het aantal patiënten en de jaarlijkse toename daarin berekenden wij de incidentie van consulten met daaropvolgende verwijzingen en kleine chirurgische ingrepen per 1000 patiënten per jaar.

RESULTATEN Tussen 2001 en 2010 steeg het aantal patiënten dat voor een verdachte huidafwijking bij de huisarts kwam met 54,8%, dat is 7,3% per jaar ($p < 0,01$). Bijna eenderde van de patiënten (31,2%) kreeg een excisie, ruim een achtste (13%) werd verwezen naar de dermatoloog. De meeste ingrepen en verwijzingen vonden plaats binnen 30 dagen na het eerste consult.

CONCLUSIES Verdachte huidafwijkingen doen een toenemend beroep op de huisarts en leiden tot stijgende zorgkosten. Bijna de helft van de patiënten ondergaat kleine chirurgie of wordt verwezen, maar slechts één op de elf afwijkingen blijkt daadwerkelijk maligne. Betere dermatologische training zou huisartsen in staat moeten stellen zowel benigne als maligne huidafwijkingen sneller te herkennen. Dat kan niet alleen levens redden maar ook kosten besparen.

ACHTERGROND

De incidentie van huidkanker in westerse landen stijgt al een aantal jaren; momenteel krijgt jaarlijks één op de zes Nederlanders huidkanker.[1-7] Door die stijging, en door campagnes in de media, is de algemene bevolking zich steeds bewuster geworden van de gevaren van huidkanker.[8-11] Het is aannemelijk dat steeds meer mensen naar de huisarts gaan met een huidafwijking die ze niet vertrouwen. Het overgrote deel van die huidafwijkingen is benigne; De Vries et al. veronderstelden zelfs dat voor elke nieuwe huidkanker nog eens 20-50 patiënten hun huisarts of dermatoloog zullen bezoeken.[12] Dit zijn overigens slechts schattingen uit de dagelijkse praktijk van huisarts en dermatoloog; wetenschappelijk onderzoek is niet voorhanden.

Huisartsen in Nederland zien dus nogal wat patiënten met huidafwijkingen. In de huisartsopleiding krijgt dermatologie naar verhouding echter weinig aandacht,[13,14] en er is ook geen specifieke richtlijn voor verdachte huidafwijkingen, zoals het Verenigd Koninkrijk die heeft.[14]

Het leek ons daarom belangrijk de zorgvraag rond verdachte huidafwijkingen te onderzoeken. Zulk onderzoek zou lacunes in de dermatologische kennis van de huisarts aan het licht kunnen brengen en mogelijkheden kunnen aandragen voor de substitutie van zorg. Daarom brachten wij voor de periode 2001-2010 de zorgvraag rond huidafwijkingen in de huisartsenpraktijk in kaart. We waren daarbij in het bijzonder geïnteresseerd in het aantal consulten wegens een verdachte huidafwijking en in de daaropvolgende behandeling – inclusief afwachtend beleid.

METHODE

Wij deden een retrospectieve analyse van gegevens, verzameld in het Registratie Netwerk Groningen (RNG). Het RNG, opgezet in 1989, bestaat uit drie huisartsenpraktijken met zeventien huisartsen in Noordoost-Nederland die de patiëntenzorg routinematig registreren. De populatie is dynamisch en heeft gemiddeld een omvang van ongeveer 30.000 patiënten per jaar. De symptomen en diagnoses worden geregistreerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC).[15,16] Ook behandelingen als kleine chirurgie en verwijzingen worden geregistreerd.

In onze analyse includeerden wij alle patiënten van 18 jaar en ouder die tussen 2001 en 2010 op consult waren geweest voor een verdachte huidafwijking. De betreffende ICPC-codes werden geselecteerd door twee huisartsen (KvdM en WvdH, beiden met meer dan 25 jaar ervaring) en één onderzoeker (CK). De codes waren S26 (angst voor kanker

Wat is bekend?

- De incidentie van huidkanker neemt toe, de tweede lijn spreekt van een 'epidemie'.
- Waarschijnlijk stijgt de zorgvraag ten gevolge van verdachte huidafwijkingen in de huisartsenpraktijk, maar onderzocht is dit nooit.

Wat is nieuw?

- Het aantal consulten voor verdachte huidafwijkingen stijgt jaarlijks met 7,3%.
- Bijna de helft van de betreffende patiënten krijgt een verwijzing of een excisie, maar slechts één op de elf heeft een maligniteit.

UMC Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, Huispostcode FA 20, 9700 AD Groningen: dr. C.J.L. Koelink, huisarts; dr. B.J. Kollen, epidemioloog; F. Groenhof, datamanager-onderzoeker; prof.dr. K. van der Meer, oud-hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. W.K. van der Heide, universitair hoofddocent onderwijs • Correspondentie: cecile.koelink@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: C.J.L. Koelink en W.K. van der Heide ontvangen vergoedingen voor het geven van nascholingen dermatoscopie.

Dit artikel is een bewerkte vertaling van Koelink CJL, Kollen BJ, Groenhof F, Van der Meer K, Van der Heide WK. Skin lesions suspected of malignancy; an increasing burden of general practice. BMC Fam Pract 2014;15:29. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

huid/subcutis), S77 (maligniteit huid/subcutis), S79 (ander benigne neoplasma huid/subcutis), S80 (ander/niet-gespecificeerd neoplasma huid/subcutis), S81 (hemangioom/lymfangioom), S82 (naevus/moedervlek), S83 (andere aangeboren afwijking(en) huid/subcutis) en S99 (andere ziekte(n) huid/subcutis). S99 werd geïncludeerd omdat deze code verruca seborroica, keratoacanthoom en actinische keratose omvat. Alle verzamelde gegevens waren anoniem, dus toestemming van de medisch-ethische toetsingscommissie was niet nodig.

Voor elke geselecteerde ICPC-code berekenden we het aantal consulten, het aantal verwijzingen en het aantal kleine chirurgische ingrepen per 1000 patiënten per jaar. Het aantal consulten voor de codes S26, S81 en S83 bleek zo gering (< 25) dat we deze verder buiten de analyse hebben gehouden. Aan de hand van het aantal dagen dat een patiënt in een van de praktijken stond geregistreerd, bepaalden we voor de geselecteerde codes het aantal patiënten per jaar en het aantal werkelijke persoonsjaren. Vervolgens keken we bij welk percentage van de patiënten binnen een jaar na de eerste registratie van de code een interventie werd uitgevoerd, dat wil zeggen kleine chirurgie of een verwijzing. Voor kleine chirurgie hebben we de periode 2006-2010 geanalyseerd, omdat de registratie voordien niet betrouwbaar was; voor verwijzingen hebben we de periode 2001-2010 geanalyseerd.

Analyse

Met de Joinpoint Trend Analysis Software (versie 3.5.2) van het Amerikaanse National Cancer Institute analyseerden we, voor alle laesies en voor maligne en benigne laesies afzonderlijk, de jaarlijkse trends in het aantal contacten, verwijzingen en kleine ingrepen.

Met behulp van SPSS 18 maakten we een beschrijvende analyse van het percentage patiënten dat binnen 30 en 90 dagen na het eerste consult een interventie kreeg en van de mediane tijd tot interventie. Een verschil met p-waarde < 0,05 beschouwden we als significant.

RESULTATEN

Consulten

In de onderzoeksperiode 2001-2010 registreerde het RNG de gegevens van jaarlijks gemiddeld 22.343 patiënten van 18 jaar of ouder. In totaal 16.337 consulten voor 7034 afzonderlijke patiënten hadden betrekking op een verdachte huidafwijking; het mediaan aantal consulten was 2 per patiënt. In 2001 was het aantal consulten wegens een verdachte huidafwijking 60,6 per 1000 patiënten per jaar, in 2010 was dat 93,8, een stijging van 54,8%. Voor alle geselecteerde ICPC-codes samen nam het aantal consulten jaarlijks toe met 7,3%, een significante stijging (p < 0,01) [**figuur 1**]. Voor maligne huidafwijkingen (S77) was de jaarlijkse stijging 6,9%, voor benigne huidafwijkingen (S79, S80, S82 en S99) was zij 11,8%, beide p < 0,01 [**figuur 2**]. In 2001 was de benigne-maligneverhouding 1:17,5, in 2010 was dat 1:10,2.

Figuur 1 Totaal aantal contacten voor verdachte huidafwijkingen per 1000 patiënten per jaar

De totale toename is 54,8%, de jaarlijkse stijging is 7,3% (blauwe lijn).

Kleine chirurgie

Vanaf 2006 hadden 4513 patiënten een eerste consult voor een verdachte huidafwijking. Bij 1406 patiënten (31,2%) verrichtte de huisarts binnen een jaar kleine chirurgie. De mediane duur vanaf het eerste consult was 6 dagen; 91,8% van de kleine ingrepen vond plaats binnen 30 dagen en 96,9% binnen 90 dagen na het eerste consult. Het aantal patiënten dat kleine chirurgie onderging, steeg van 13,7 per 1000 patiënten in 2006 tot 18,4 per 1000 patiënten in 2010; een jaarlijkse toename van 7,9% (p = 0,13).

Verwijzingen

Bij de 7034 patiënten die tussen 2001 en 2010 bij de huisarts kwamen, werden 8228 nieuwe verdachte huidafwijkingen geconstateerd (op basis van ICPC-code). Daarvan verwezen huisartsen er 1070 (13,0%) binnen een jaar naar de tweede lijn. Zij verwezen meer dan de helft al tijdens het eerste consult (mediane duur voor verwijzing 0 dagen); 88,1% binnen 30 dagen en 92% binnen 90 dagen. Het aantal patiënten dat een verwijzing kreeg, nam toe van 4,7 per 1000 patiënten in 2001 tot 8,7 per 1000 patiënten in 2010; de jaarlijkse toename van 8,3% was significant (p < 0,01).

DISCUSSIE

Ons onderzoek laat zien dat verdachte huidafwijkingen inderdaad een toenemend beroep doen op de huisarts. Tussen 2001 en 2010 nam de zorgvraag in verband met deze huidafwijkingen in de huisartsenpraktijk toe met 7,3% per jaar, tot 93 consulten per 1000 patiënten in 2010. Het overgrote deel van de afwijkingen was benigne, maar de proportie maligne afwijkingen steeg wel.

Bij 31% van de patiënten met een nieuwe huidafwijking verrichtte de huisarts kleine chirurgie en 13,0% werd verwezen naar de dermatoloog. Vrijwel alle verwijzingen en ingrepen vonden plaats binnen 30 dagen na het eerste consult, wat suggereert dat huisartsen snel besluiten welk beleid ze gaan volgen.

Figuur 2 **Aantal contacten voor maligne (•) en benigne (+) huidafwijkingen per 1000 patiënten per jaar**

De jaarlijkse stijging is 6,9% voor maligne huidafwijkingen (blauwe lijn) en 11,8% voor benigne huidafwijkingen (rode lijn).

Context

Het aantal patiënten van 18 jaar en ouder dat de huisarts bezoekt wegens een verdachte huidafwijking nam tussen 2001 en 2010 toe van 60,6 tot 93,8 per 1000 patiënten per jaar. Als deze trend doorzet, kan de huisarts erop rekenen dat hij vanaf 2015 per dag gemiddeld één tot twee patiënten met een verdachte huidafwijking zal zien.[12] Het is al bekend dat huisartsen vaak naar de dermatoloog verwijzen;[17] ons onderzoek laat zien dat het daarbij vaak gaat om een vermoeden van huidkanker. De percentages verwijzingen (13%) en kleine chirurgische ingrepen (31,2%) zijn vergelijkbaar met eerder waargenomen percentages van 10,2% en 27,4%.[18]

Implicaties

Huisartsen worden steeds vaker geconsulteerd voor verdachte huidafwijkingen. Het aantal consulten stijgt jaarlijks met 7,3%, en de aantallen excisies en verwijzingen stijgen nog sneller, respectievelijk met 7,9% en 8,3%. Verreweg de meeste huidafwijkingen zijn benigne: weliswaar stijgt het aantal consulten voor maligniteiten sneller dan het aantal consulten voor benigne afwijkingen, maar evengoed bleek ook in 2010 niet meer dan één op de elf huidafwijkingen maligne.

Foto: Frans Lemmens/Hollandse Hoogte

Deze toenemende zorgvraag in de huisartsenpraktijk, en ook in de tweede lijn, zal waarschijnlijk resulteren in een toenemende druk op de zorgkosten. Het is daarom belangrijk dat huisartsen adequaat zijn toegerust om verdachte huidafwijkingen te diagnosticeren en te behandelen. Vroege diagnose van een melanoom kan levens redden. Aan de andere kant kan het vroegtijdig uitsluiten van een maligniteit onnodige en dure excisies of verwijzingen voorkomen. In de opleiding tot huisarts is slechts beperkt aandacht voor dermatologie,[13,14] dus er is zeker ruimte voor verbetering in de diagnostiek van huidafwijkingen door huisartsen.[19]

Sterke en zwakke punten

De betrouwbaarheid van elke database is afhankelijk van correcte registratie. Alle huisartsen in het RNG zijn geschoold in het registreren van de geleverde zorg. Een beperking is echter dat het RNG geen onderscheid maakt tussen consulten, waarbij de huisarts of de patiënt daadwerkelijk dacht dat het om een maligniteit ging, en consulten vanwege bijvoorbeeld een cosmetisch of praktisch gebrek zoals een verheven dermale naevus onder een bh-bandje. We hebben getracht op basis van ICPC-codes vooral de verdachte huidafwijkingen te selecteren, maar de gerapporteerde aantallen zijn slechts indicatief en moeten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

Een tweede zwak punt is dat de RNG-database niet duidelijk aangeeft of een volgend consult met dezelfde patiënt ook dezelfde huidafwijking betrof. Om het risico te verkleinen dat het verband tussen de diagnose en een excisie of verwijzing hierdoor verloren ging, hebben we alleen gekeken naar interventies in het jaar volgend op het eerste consult.

CONCLUSIE

Verdachte huidafwijkingen zorgen voor een toenemende zorgvraag in de huisartsenpraktijk en waarschijnlijk ook voor stijgende zorgkosten, aangezien huisartsen veel van deze huidafwijkingen verwijzen of excideren. Slechts één op de elf huidafwijkingen is maligne. Grotere diagnostische accuratesse kan onnodige, dure verwijzingen en excisies voorkomen, en kan bovendien levens redden in het geval van melanomen. Huisartsen zouden daarom getraind moeten worden in de diagnostiek van deze afwijkingen. ■

DANKWOORD

De auteurs danken Marco Blanker voor zijn bijdrage aan dit artikel.

LITERATUUR

Zie ww.henw.org, rubriek Onderzoek.

Controle na borstkanker: voorkeuren van patiënten

Samenvatting

Roorda-Lukkien C, De Bock GH, Scholing C, Van der Meer K, Berger MY, De Fouw M, et al. Controle na borstkanker: voorkeuren van patiënten. Huisarts Wet 2015;58(8):417-9.

ACHTERGROND Uit onderzoek blijkt dat vrouwen met borstkanker specialistische nacontrole prefereren boven nacontrole door de huisarts. Door middel van een kwalitatief onderzoek wilden wij de voorkeuren van Nederlandse vrouwen met borstkanker wat betreft nacontrole in de eerste lijn versus de tweede lijn verder uitdiepen.

METHODE Met zeventig patiënten van het Registratie Netwerk Groningen hielden wij semigestructureerde interviews. Daarvoor maakten wij gebruik van een interviewleidraad. We hebben de interviews opgenomen en verbatim getranscribeerd. Twee onderzoekers hebben vervolgens onafhankelijk van elkaar een kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse op de transcripten uitgevoerd. We hebben verschillen in codering tussen de onderzoekers besproken, totdat we consensus bereikten.

RESULTATEN De meerderheid van de patiënten (43/56) had een voorkeur voor specialistische nacontrole, vergeleken met andere vormen van nacontrole. Meer dan de helft (39/68) zou nacontrole in de huisartsenpraktijk accepteren, onder de voorwaarden van goede communicatie tussen huisarts en specialist en voldoende kennis bij huisartsen over nacontrole. Patiënten noemden zowel voordelen als belemmeringen ten aanzien van de nacontrole in de eerste lijn. Voordelen waren: de persoonlijke aard van de huisarts-patiëntrelatie en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk. Belemmeringen waren: beperkte kennis en vaardigheden, tijd en motivatie van huisartsen. Een andere belemmering betrof het vertrouwen van patiënten in de specialistische nacontrole.

CONCLUSIE Meer dan de helft van de patiënten stond open voor nacontrole in de eerste lijn. Mogelijk kan het vertrouwen in nacontrole door de huisarts toenemen als de communicatie tussen de eerste en tweede lijn verbetert en de kennis en vaardigheden van huisartsen worden vergroot door goede instructie en training.

INLEIDING

Borstkanker is de meestvoorkomende maligniteit en de belangrijkste oorzaak van kankergerelateerde sterfte onder vrouwen, zowel wereldwijd[1] als in Europa.[2] De toegenomen incidentie van borstkanker en de verbeterde overlevingskansen hebben geresulteerd in een toename van het aantal vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis.[3] Voor deze vrouwen is nacontrole belangrijk, gezien het risico op locoregionale recidieven en contralaterale tumoren,[4] de specifieke problemen die deze vrouwen kunnen ervaren als gevolg van (de behandeling van) borstkanker[5-7] en de aanwezigheid van comorbiditeit.[8,9] Tot nu toe is het onduidelijk welke zorgverleners – specialisten, huisartsen, verpleegkundigen, of een combinatie van hen – verantwoordelijk moeten zijn voor de nacontrole.[10,11]

Volgens de werkgroep 'Kankerzorg in de eerste lijn' van de signaleringscommissie van KWF Kankerbestrijding zouden specialisten zich – gezien de te verwachten groei van het aantal patiënten met kanker – meer moeten richten op de zorg rondom diagnostiek en behandeling.[12] De eerste lijn zou dan behalve bij de vroege opsporing en herkenning ook een belangrijke rol moeten krijgen bij de nacontrole van patiënten met kanker.[12] Acceptatie van deze nieuwe rol door de verschillende partijen, onder wie de patiënten, is daarbij van belang. Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen met borstkanker specialistische nacontrole prefereren boven nacontrole door de huisarts.[13-21] Door middel van een kwalitatief onderzoek wilden wij de voorkeuren van Nederlandse vrouwen met borstkanker wat betreft nacontrole in de eerste lijn versus de tweede lijn verder uitdiepen.

METHODEN

Met zeventig patiënten met borstkanker in de voorgeschiedenis hielden wij semigestructureerde interviews. Deze patiënten zijn geïncludeerd door huisartsen van het Registratie Netwerk Groningen. In een eerdere publicatie hebben we de in- en exclusie van patiënten beschreven.[22] Patiënten die volgens hun huisarts konden meedoen aan het onderzoek ontvingen via de post een brief, een informatiefolder en een *informed consent*-formulier. Met pa-

Wat is bekend?

- Uit eerder onderzoek blijkt dat vrouwen met borstkanker specialistische nacontrole prefereren boven nacontrole door de huisarts.

Wat is nieuw?

- Hoewel de meerderheid van de patiënten in ons onderzoek een voorkeur had voor specialistische nacontrole, zou meer dan de helft nacontrole in de huisartsenpraktijk accepteren.
- Dan zou wel de communicatie tussen huisarts en specialist goed moeten verlopen en zou de huisarts voldoende kennis over nacontrole moeten hebben. Patiënten noemden zowel voordelen als belemmeringen ten aanzien van nacontrole in de eerste lijn.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: dr.ir. C. Roorda-Lukkien, epidemioloog; C. Scholing, in opleiding tot spoedeisendehulparts; prof.dr. K. van der Meer, huisarts; prof.dr. M.Y. Berger, huisarts; M. de Fouw, in opleiding tot arts Internationale Gezondheid en Tropengeneeskunde; dr. A.J. Berendsen, huisarts. UMC Groningen, afdeling Epidemiologie: ir. C. Roorda-Lukkien, epidemioloog; prof.dr. G.H. de Bock, epidemioloog • Correspondentie: c.roorda-lukkien@med.umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: dit onderzoek werd gesubsidieerd door de Stichting Stoffels-Hornstra te Coevorden.

Dit is een bewerkte vertaling van Roorda C, De Bock GH, Scholing C, Van der Meer K, Berger MY, De Fouw M, Berendsen AJ. Patients' preferences for post-treatment breast cancer follow-up in primary care vs. secondary care: a qualitative study. Health Expect 2014 Mar 25. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

tiënten die het formulier terugstuurden maakten we een afspraak. Tijdens de interviews gebruikten we een leidraad met open vragen over de voorkeuren van patiënten ten aanzien van de nacontrole voor borstkanker. Ter introductie bevatte de leidraad open vragen over de ervaringen van patiënten met de diagnose, behandeling en nacontrole van borstkanker, zodat patiënten eerst hun eigen verhaal konden vertellen. We hebben de leidraad op basis van de eerste tien interviews aangepast.

Een zesdejaars geneeskundestudent (CS) heeft de interviews uitgevoerd. Eén patiënte is op haar verzoek door een vrouwelijke onderzoeker (CR) geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen op band en verbatim getranscribeerd. Twee onderzoekers voerden onafhankelijk van elkaar een kwalitatieve en kwantitatieve inhoudsanalyse uit op de transcripten. Vervolgens hebben we de verschillen in codering tussen de onderzoekers besproken, totdat we consensus bereikten. Omdat de gegevensanalyse na de gegevensverzameling plaatsvond is het punt van verzadiging niet tijdens de gegevensverzameling bepaald. Na het grootste deel van de interviews kwam er echter geen nieuwe informatie meer, wat wijst op verzadiging. We hebben alle interviewgegevens geanonimiseerd verwerkt en geanalyseerd.

Tabel 1 **Acceptatie van nacontrole voor borstkanker in de eerste lijn (n = 68)**

	n	%
Ja	39	57,4
Nee	28	41,2
Neutraal	1	1,5

Tabel 2 **Acceptatie van nacontrole voor borstkanker in de eerste lijn: redenen/voorwaarden**

Ja: redenen/voorwaarden
- Patiënt heeft een vertrouwensband met huisarts
- Huisarts geeft meer persoonlijke aandacht dan specialisten
- Huisartsenpraktijk is dichtbij
- Huisartsenpraktijk is goed toegankelijk/laagdrempelig
- Mits goede communicatie tussen huisarts en specialist
- Mits huisartsen voldoende kennis hebben over nacontrole

Nee: redenen
- Huisarts is breed geschoold
- Huisarts is niet gespecialiseerd/geschoold in nacontrole
- Huisarts heeft te weinig ervaring/kennis wat betreft nacontrole
- Huisarts heeft te weinig tijd/te hoge werklast om nacontrole uit te voeren
- Huisarts is niet gemotiveerd om nacontrole uit te voeren
- Patiënte heeft minder vertrouwen in huisarts/meer vertrouwen in specialist
- Patiënte is tevreden met specialistische nacontrole
- Huisarts heeft de diagnose borstkanker gemist
- Huisarts moet patiënten doorverwijzen naar het ziekenhuis (doorverwijsfunctie)
- Huisarts is niet betrokken geweest bij behandeling
- Mammografie moet in het ziekenhuis worden uitgevoerd
- Korte lijnen in het ziekenhuis

RESULTATEN

De mediane leeftijd van de geïnterviewde patiënten ten tijde van het interview was 63 jaar (spreiding: 34-88 jaar). De mediane tijd sinds de diagnose bedroeg 7 jaar (spreiding: 1-23 jaar). De overige kenmerken van de geïnterviewde patiënten hebben we in een eerdere publicatie beschreven.[22] De meerderheid van de patiënten (43/56) had een voorkeur voor specialistische nacontrole, vergeleken met andere vormen van nacontrole, zoals nacontrole door de huisarts (4/56), nacontrole door een verpleegkundige (2/56) en nacontrole afwisselend uitgevoerd door een specialist en/of huisarts en/of verpleegkundige (5/56). Twee patiënten wilden het liefst voor nacontrole naar de zorgverlener gaan die deze het best kon uitvoeren.

'Ja, je zou zeggen de huisarts, omdat je die het beste kent. Maar ja, de chirurg heeft er toch meer verstand van. Ja, dan toch de chirurg.' (P30, 48 jaar)

Meer dan de helft van de patiënten (39/68) zou nacontrole in de huisartsenpraktijk accepteren [**tabel 1**]. Eén patiënte zei deze te willen accepteren na vijf jaar nacontrole in het ziekenhuis. Een ander gaf aan alleen nacontrole door haar eigen huisarts te willen accepteren. Als redenen om nacontrole in de eerste lijn te accepteren noemden patiënten de vertrouwensband met de huisarts, de persoonlijke aandacht van de huisarts en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk (dichtbij, laagdrempelig). Patiënten stelden echter ook voorwaarden aan de nacontrole door de huisarts: een goede communicatie tussen huisarts en specialist, en voldoende kennis bij de huisartsen over de nacontrole [**tabel 2**].

'Nou, zou ik wel goed vinden... Als je ouder wordt, dan is dat voor ons heel mooi. Dat het dichtbij is en dan hoef je niet naar het ziekenhuis en dan heb je ook die afschuwelijke wachtkamer niet.' (P58, 70 jaar)

'Vind ik goed, mits hij wel overleg heeft met de verschillende artsen en op de hoogte blijft. Want over het algemeen is de huisarts iets minder op de hoogte van wat er echt speelt qua therapieën.' (P10, 36 jaar)

Ongeveer 40% van de patiënten (28/68) gaf aan geen nacontrole door de huisarts te willen accepteren [**tabel 1**]. Patiënten maakten zich zorgen over de beperkte opleiding, kennis en ervaring van huisartsen op het gebied van kanker. Verder dachten zij dat huisartsen te weinig tijd beschikbaar zouden hebben en niet gemotiveerd zouden zijn om de nacontrole uit te voeren. Ook zeiden patiënten tevreden te zijn met de specialistische nacontrole en in specialisten meer vertrouwen te hebben dan in de huisarts. Andere barrières om nacontrole in de eerste lijn te accepteren hadden te maken met het missen

van de diagnose borstkanker door de huisarts, de doorverwijsfunctie van de huisarts, het feit dat de huisarts niet betrokken was bij de behandeling, de uitvoering van mammografie in het ziekenhuis en met korte lijnen in het ziekenhuis [**tabel 2**].

'Ik denk hoe kundiger je vingers zijn, hoe sneller je ook iets opspoort... En een huisarts heeft net iemand met een snotneus gehad, en ik kom er tussendoor met mijn borsten, want er zit ook een meneer met een zere teen te wachten. Voor mijn gevoel lijkt het beter om iemand die daar dagelijks mee bezig is dat te laten doen.' (P44, leeftijd 61 jaar)

BESCHOUWING

Door middel van dit kwalitatieve onderzoek hebben wij de voorkeuren geëxploreerd van Nederlandse vrouwen met borstkanker wat betreft nacontrole in de eerste lijn versus de tweede lijn. De kracht van dit onderzoek is dat we beschikten over de interviewgegevens van een groot aantal patiënten.[22] Daardoor konden wij zowel een kwalitatieve als een kwantitatieve inhoudsanalyse uitvoeren. Verder betrof het onderzoek patiënten van verschillende leeftijden (34-88 jaar), bij wie de diagnose borstkanker 1 tot 23 jaar eerder was gesteld. Tegelijkertijd kan de vraag worden gesteld of de voorkeuren van vrouwen bij wie de diagnose lang geleden is gesteld relevant zijn voor een uitspraak over de nacontrole van patiënten anno 2015. In de richtlijnen is de nacontrole in de loop van de tijd immers aangepast. Zo is de aanbeveling van de frequentie van de nacontrolebezoeken teruggebracht tot eenmaal per jaar. Desondanks menen wij met dit onderzoek een beeld te kunnen schetsen van de visie van patiënten op nacontrole voor borstkanker in de eerste versus de tweede lijn. Een beperking van het onderzoek is dat we niet alle thema's uit de interviewleidraad met alle 70 patiënten hebben besproken. Dit ontdekten wij tijdens de gegevensanalyse (die plaatsvond na de gegevensverzameling).

Net als patiënten in andere onderzoeken[13-21] hadden de patiënten van ons onderzoek[22] een voorkeur voor specialistische nacontrole. Al eerder is gebleken dat patiënten een voorkeur hebben voor datgene wat zij het beste kennen:[23] in ons onderzoek was dit de specialistische nacontrole. Wanneer de optie van specialistische nacontrole niet beschikbaar is, prefereren patiënten (uit Australië) huisartsen en verpleegkundigen die zijn gespecialiseerd in borstkanker.[24] Tegelijkertijd blijkt uit onderzoek dat patiënten tevreden kunnen zijn met nacontrole in de eerste lijn, ondanks hun voorkeur voor tweedelijnsnacontrole.[13]

Meer dan de helft van de patiënten uit ons onderzoek zou nacontrole in de eerste lijn willen accepteren. Ze noemden de persoonlijke aard van de huisarts-patiëntrelatie en de toegankelijkheid van de huisartsenpraktijk als voordelen van nacontrole in de eerste lijn, wat overeenkwam met de bevindingen van een onderzoek onder patiënten met borstkanker in Australië.[14,15] In ons onderzoek zagen de patiënten goede communicatie tussen huisarts en specialist, en voldoende kennis bij huisartsen over nacontrole als voorwaarden. Beperkte communicatie tussen huisarts en specialist en beperkte scholing, kennis, ervaring, tijd en motivatie van huisartsen stond in ons onderzoek en in ander onderzoek[14,15,17,19,25,26] acceptatie van nacontrole door de huisarts in de weg.

Foto: Jean-Lous Zimmerman/Flickr

CONCLUSIE

Meer dan de helft van de patiënten stond open voor nacontrole in de eerste lijn. Mogelijk kan het vertrouwen van patiënten in de nacontrole in de eerste lijn toenemen als de communicatie tussen huisarts en specialist verbetert en als de kennis en vaardigheden van huisartsen door goede instructie en training worden vergroot.

DANKWOORD

Wij bedanken de geïnterviewde vrouwen voor hun deelname aan dit onderzoek. Onze dank gaat ook uit naar de huisartsen voor hun hulp tijdens de gegevensverzameling in de huisartsenpraktijken en voor het includeren van de vrouwen met borstkanker. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Onderzoek.

Patrick Bindels

Astma bij kinderen: een praktijkverbeterplan waardig

De huisarts stelt bij kinderen niet vaak een chronische ziekte vast. Maar als het gebeurt, is het meestal astma. Inhalatiemedicatie voor de luchtwegen staat al jaren in de top van de medicijnuitgaven in Nederland, waarbij de dure combinatiepreparaten de ranglijst aanvoeren. Maar liefst 10% van de kinderen van 10 jaar en jonger heeft in 2014 astmamedicatie gebruikt. Salbutamol is het meest voorgeschreven bij kinderen.

Astma als meestvoorkomende chronische aandoening bij kinderen en luchtwegmedicatie als belangrijke uitgavepost rechtvaardigen meer aandacht. Uit de wetenschappelijke literatuur, en ook uit het artikel van Pouwelse in dit nummer, blijkt dat nog niet alles even goed loopt als het om kinderen met astma gaat. De problemen liggen vooral bij het stellen van de diagnose, overdiagnostiek en overbehandeling, en bij de dossierregistratie van de diagnose astma.

KLINISCHE DIAGNOSE

Het vaststellen van de diagnose astma kan voor de huisarts een uitdaging zijn. De NHG-Standaard Astma bij kinderen biedt de huisarts handvatten.[1] Bij kinderen onder de 6 jaar moeten we het doen met een klinische diagnose, gebaseerd op recidiverende luchtwegklachten, waarbij piepende uitademing een kernsymptoom is. Als het piepen ook buiten een luchtweginfectieperiode optreedt, neemt de kans op astma toe. Geen astma zonder piepen.

Andersom geldt dit niet. Slechts een klein deel van de kinderen die op jonge leeftijd klachten van een piepende ademhaling hebben, ontwikkelt astma. Het overgrote deel heeft slechts tijdelijk klachten van piepen en dit is dan veelal gerelateerd aan luchtweginfecties. Echter, de (werk)diagnose astma en de ICPC-code R96 worden bij jonge kinderen vaker toegekend dan op basis van de aanwezige klachten of risicofactoren verwacht mag worden. Het feit dat het gaat om een klinische diagnose zonder objectieve maat draagt hier zeker aan bij. Boven de leeftijd van 6 jaar wordt het klinisch beeld in de regel meer uitgesproken door het aanvalsgewijs optreden van dyspneu en piepen, zeker bij blootstelling aan allergenen. De klinische diagnose is dan beter te stellen. Daarbij komt dat spirometrie, het vaststellen van reversibiliteit, de diagnose bij oudere kinderen kan ondersteunen.

OVERBEHANDELING

De eerste presentatie tijdens het spreekuur van kinderen met tijdelijke klachten en kinderen met uiteindelijk persisterende klachten (astma) is veelal gelijk en het in te stellen beleid eveneens. De behandeling is gericht op het verminderen van de luchtwegsymptomen en daarmee op verbetering van de kwaliteit van leven. Een vroege start van luchtwegmedicatie heeft geen positieve invloed op de prognose van astma of op de longfunctie op latere leeftijd. Afhankelijk van de ernst van de klachten kan gestart worden met alleen een luchtwegverwijder. Bij herhaling of persisterende klachten is een combinatie met een inhalatiecorticosteroïd (ICS) een optie.

Maar hier gaan we als huisartsen toch met regelmaat de fout in. Wat een proefbehandeling zou moeten zijn en dus om een controle van het effect vraagt, eindigt te vaak in verkeerd of te langdurig gebruik van medicatie. Uit onderzoek naar het voorschrijfgedrag van huisartsen bij kinderen (2-12 jaar) met luchtwegklachten bleek dat te vaak direct met ICS gestart werd en het gebruik gecontinueerd werd, zonder dat de diagnose astma waarschijnlijk was. Kortdurende voorschriften van ICS zonder adequate follow-up vormden de dagelijkse praktijk.[2] Ook in het PIAMA-onderzoek, een groot Nederlands geboortecohort, bleek maar liefst 36% van de kinderen (2-8 jaar) die ICS gebruikten in de afgelopen 2 jaar geen astmagerelateerde klachten te hebben gehad. Bij meer dan de helft van de kinderen was nooit een diagnose astma gesteld, ondanks frequent ICS-gebruik.[3] Beide Nederlandse onderzoeken maken duidelijk dat er werk aan de winkel is als het gaat om het voorschrijven en monitoren van inhalatiemedicatie bij kinderen.

OVERDIAGNOSTIEK EN OVERREGISTRATIE

In het onderzoek van Pouwelse is in zeven Brabantse huisartspraktijken onderzocht wat de betrouwbaarheid is van de geregistreerde diagnose astma (R96) bij kinderen tussen de 6 en 16 jaar.[4] Bij 9% van de onderzochte kinderen was een astma-code in het HIS geregistreerd. Slechts bij 92 (42%) van de 218 kinderen met een compleet medisch dossier waren aanwijzingen voor astma in het dossier te vinden. Bij 28 (13%) kinderen was de diagnose astma onwaarschijnlijk en bij 98 (45%) kinderen kon geen uitspraak gedaan worden over de validiteit van de diagnose astma. De conclusie is dat de diagnose astma niet bevestigd kon worden bij een meerderheid van de kinderen met code R96. Bij jonge kinderen of kinderen bij wie op jongere leeftijd R96 was vastgelegd bleek het vaker onmogelijk de diagnose te verifiëren. De onderzoekers concluderen terecht dat de diagnostiek van astma bij kinderen en de registratie hiervan in de huisartsenpraktijk meer aandacht verdienen.

Een vergelijkbaar onderzoek in Utrechtse praktijken liet eveneens zien dat de diagnose astma bij meer dan de helft van de kinderen (6-18 jaar) met astmamedicatie en/of code R96 onwaarschijnlijk was.[5] Overregistratie en overdiagnostiek van astma bij kinderen vormen een serieus probleem in de Nederlandse huisartsenpraktijk.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, kamer Na 1824, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: p.bindels@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

WAT KUNNEN WE ERMEE IN DE PRAKTIJK?

De diagnose astma en overdiagnostiek

De NHG-Standaard Astma bij kinderen geeft, zeker voor kinderen vanaf 6 jaar, duidelijke bouwstenen voor de diagnose astma. De in Nederland ontwikkelde klinische astmavoorspellende score CAPS kan helpen bij het stellen van de diagnose bij kinderen jonger dan 6 jaar.[6] Op basis van vijf klinische symptomen is de diagnose astma bij een belangrijk deel van deze jonge kinderen uit te sluiten dan wel aan te tonen. Een CAPS-score < 3 heeft een negatief voorspellende waarde van 78,4%, een CAPS-score > 7 een positief voorspellende waarde van 74,3%. Het gebruik van een diagnostische index bevordert het terecht stellen van de diagnose astma en verkleint de kans op overdiagnostiek. De wetenschap dat een piepende ademhaling bij het merendeel van de jonge kinderen van voorbijgaande aard is, rechtvaardigt enige terughoudendheid van de huisarts bij het stellen van de diagnose astma. Zeker bij een eerste episode van piepen. De mogelijkheid van het verlichten van symptomen met inhalatiemedicatie blijft bestaan.

Overbehandeling

Elke start van inhalatiemedicatie bij kinderen, onafhankelijk van de leeftijd, is een proefbehandeling. Dat vraagt om monitoring van het effect van de ingestelde behandeling. De standaard is expliciet over deze aanbeveling. Moet het kind ermee doorgaan of is stoppen met een expectatief beleid beter? Het gericht terug laten komen van kinderen na de start van inhalatiemedicatie is zeker nog geen gemeengoed in de huisartsenpraktijk. Onduidelijkheid bij kinderen en ouders over het verdere gebruik van de medicatie, het zelf indiceren van hernieuwd gebruik en onnodig aanvragen van herhaalmedicatie zijn het gevolg. Ook kinderen met continu ICS-gebruik verdienen een jaarlijkse afspraak om de mate van astmacontrole te beoordelen en medicatie aan te kunnen passen.

Registratie optimaliseren

Het onderzoek van Pouwelse laat zien dat zeker op jonge leeftijd (< 6 jaar) te vaak code R96 gegeven wordt. Tevens blijkt deze code te weinig ingetrokken te worden op latere leeftijd, wanneer er geen astmagerelateerde luchtwegklachten meer zijn. De initiële codes R03 (piepen), hoesten (R02) of hyperreactiviteit (R96.01) na een luchtweginfectie zouden in eerste instantie vaker overwogen moeten worden. Wanneer er sprake is van recidiverende episodes zijn deze altijd nog te converteren naar astma (R96).

Praktijkverbeterplan

Achterstallig onderhoud lijkt een probleem in veel praktijken als het gaat om astma bij kinderen. Het aantal kinderen dat inhalatiemedicatie gebruikt of code R96 heeft, is in de meeste praktijken overzichtelijk. Een uitdraai uit het HIS van deze gevallen en verificatie van de diagnose, de-activatie van onterechte codes dan wel evaluatie van de indicatie voor medicatie zou een prachtig en behapbaar verbeterplan zijn voor veel praktijken. Ook kinderen met onderbehandeld astma komen zo mogelijk in beeld.

CONCLUSIE

Nog te veel kinderen gebruiken (langdurig) inhalatiemedicatie voor astmagerelateerde klachten zonder dat de indicatie duidelijk is. Een aanzienlijk aantal kinderen lijkt een astmacode te hebben zonder harde aanwijzingen hiervoor. Er is met andere woorden werk aan de winkel voor de Nederlandse huisarts: op naar een praktijkverbeterplan! ■

LITERATUUR

1 Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol M, Van Hensbergen W, Steenkamer T, Uijen H, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (derde herziening) Huisarts en Wetenschap 2014;2:70-80.
2 Klok T, Kaptein AA, Duiverman E, Oldenhof FS, Brand PLP. General Practitioners' prescribing behaviour as a determinant of poor persistence with inhaled corticosteroids in children with respiratory symptoms: mixed methods study. BMJ Open 2013;3:e002310.
3 Caudri D, Wijga AH, Smit HA, Koppelman GH, Kerkhof M, Hoekstra MO, et al. Asthma symptoms and medication in the PIAMA birth cohort: evidence for under and overtreatment. Pediatr Allergy Immunol 2011;22:652-9.
4 Pouwelse M, Van der Meer V, Van den Boomgaard M, Hugen C, Merkus P, Van den Bemt L. Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose? Huisarts Wet 2015;58:402-5.
5 Looijmans-Van de Akker I, Van Luijn K, Verheij T, De Wit NJ. Overdiagnosis of asthma in children in primary care. CAHAG conferentie 2015.
6 Van der Mark LB, Van Wonderen KE, Mohrs J, Van Aalderen WMC, Ter Riet G, Bindels P. Astma voorspellen bij peuters en kleuters. Huisarts Wet 2014;57:622-5.

NHG-Standaard Acute keelpijn (derde herziening)

NHG-Werkgroep Acute keelpijn

Belangrijkste wijzigingen

- De indicatie voor een tiendaagse smalspectrumpenicillinekuur bij specifieke groepen is vervallen, omdat het onduidelijk is wat de klinische relevantie is van 'eradicatie van de streptokok' (dat als behandeldoel in de vorige standaard werd genoemd) en preventie van overdracht van een streptokok al na enkele dagen gebruik van penicilline wordt bereikt.
- De keuze van het antibioticum bij een peritonsillair infiltraat is veranderd: het eerstekeusantibioticum is amoxicilline/clavulaanzuur in plaats van smalspectrumpenicilline.
- Epiglottitis als zeldzame en levensbedreigende oorzaak van acute keelpijn heeft een meer prominente plaats gekregen; adequate diagnostiek kan de herkenning ervan bevorderen.

Kernboodschappen

- Een keelontsteking heeft over het algemeen een gunstig natuurlijk beloop met spontane genezing binnen zeven tot tien dagen. Bij de meeste patiënten volstaat het geven van voorlichting in combinatie met adequate pijnstilling.
- Aanvullend onderzoek ter opsporing van streptokokken uit groep A wordt afgeraden, evenals een CRP-bepaling.
- Een antibioticum is alleen geïndiceerd bij een patiënt met een faryngotonsillitis, wanneer de patiënt ernstig ziek is en kan worden overwogen bij een patiënt met een verhoogd risico op complicaties. Een smalspectrumpenicilline is dan de eerste keus.

INLEIDING

De NHG-Standaard Acute keelpijn geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij keelpijn die korter dan veertien dagen bestaat en waarbij een infectieuze oorzaak wordt verondersteld. Voor keelpijn bij een subacute thyreoïditis wordt verwezen naar de NHG-Standaard Schildklieraandoeningen. Keelpijn ten gevolge van verkeerde gewoonten zoals keelschrapen, het inademen van droge lucht of roken blijft buiten beschouwing, evenals andere keelklachten, zoals globusgevoel of kriebelhoest en keelklachten door traumata, corpora aliena, prikkelende stoffen, *postnasal drip* en gerefereerde keelpijn bij myocardinfarct.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Faryngitis: een infectie van de keel.

Tonsillitis: een infectie van het slijmvlies en parenchym van de keelamandelen. Tonsillitis kan geïsoleerd voorkomen of als onderdeel van een faryngitis. Het onderscheid tussen beide is zowel klinisch als in de literatuur niet altijd duidelijk. Vaak spreekt men van *acute faryngotonsillitis*.

Peritonsillair infiltraat: een infiltraat van en rondom de tonsillen. Er is geen specifiek kenmerk bij anamnese of lichamelijk onderzoek dat een infiltraat differentieert van een abces.[1] Een infiltraat gaat vooraf aan abcedering en komt dan ook vaker voor dan een abces. Ook na een tonsillectomie kan een infiltraat ontstaan op de plaats van de tonsil.[2]

Epidemiologie

Acute keelpijn komt veel voor, maar slechts een minderheid van de patiënten met keelpijn consulteert daarvoor de huisarts.[3] De incidentie in de huisartsenpraktijk is ongeveer 50 per 1000 patiëntjaren.[4] Dit betekent dat een huisarts met een normpraktijk gemiddeld 2 maal per week een patiënt met keelpijn ziet.

De incidentie van een peritonsillair abces is ongeveer 0,2% van alle consulten voor acute keelpijn. Waarschijnlijk wordt bij de meeste patiënten met een abces dat abces geconstateerd bij het eerste consult in verband met acute keelpijn.[5] Andere complicaties of co-infecties zoals sinusitis en otitis media acuta komen voor bij ongeveer 1% van de patiënten met keelpijn in de huisartsenpraktijk.[6]

Niet-purulente complicaties van een faryngotonsillitis veroorzaakt door een groep-A-streptokok, zoals glomerulonefritis en acuut reuma, zijn zeer zeldzaam in Nederland.[7]

Hoewel er weinig epidemiologische gegevens zijn, lijkt epiglottitis zelden voor te komen.[4]

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

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

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

NHG-Werkgroep Acute keelpijn. NHG-Standaard Acute keelpijn (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(8):422-9.
De NHG-werkgroep bestond uit (op alfabetische volgorde): Dagnelie CF, De Jongh E, Lemmen WH, Opstelten W, Pos M, Van Staaij BK, Zwart S.

De NHG-Standaard Acute keelpijn is geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie. Zwart S, Dagnelie CF, Van Staaij BK, Balder FA, Boukes FA, Starreveld JS. NHG-Standaard Acute keelpijn (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50(2):59-68.

Pathogenese

De oorzaak van een keelontsteking betreft vermoedelijk meestal een verkoudheidsvirus en minder vaak een bacterie. Ongeveer 2% van de consulten wegens acute keelpijn betreft mononucleosis infectiosa, veroorzaakt door het epstein-barrvirus.

Bacteriën die gedetecteerd worden bij een acute faryngotonsillitis zijn onder andere: bètahemolytische streptokokken uit groep A, C of G, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, enterobacteriën, *Staphylococcus aureus* en *Moraxella catarrhalis*. Ook *Candida albicans* is soms de oorzaak van acute keelpijn.[8] Bij een streptokokkeninfectie blijkt het in eenderde van de gevallen te gaan om andere streptokokken (groep B, C, D en G) dan die van groep A.[8] Naar groep-A-streptokokken (GAS) is veel onderzoek verricht vanwege complicaties, zoals acuut reuma, glomerulonefritis en roodvonk. Aangezien in de Westerse wereld acuut reuma en glomerulonefritis bijna niet meer voorkomen en de ernst van roodvonk is afgenomen, is identificatie van GAS bij acute keelpijn in de huisartsenpraktijk niet zinvol.[7]

De betekenis van bacteriën die worden gedetecteerd op de tonsil bij de pathogenese van acute keelpijn is niet geheel duidelijk. Zo komen bij patiënten met en zonder keelpijn dezelfde bacteriën op de tonsil voor.[9]

Omdat de bacteriën die worden gedetecteerd bij een peritonsillair abces verschillen van die bij acute keelpijn, heeft dit gevolgen heeft voor de antibioticakeuze. Bij een abces worden vaker anaeroben (waaronder *Fusobacterium necrophorum)* en bacteriën uit de streptococcusmillerigroep gedetecteerd.[10]

Na oraal genitaal contact kunnen herpesvirussen, *Neisseria gonorrhoeae*, *Candida albicans* en *Chlamydia trachomatis* keelpijn veroorzaken. Een acute hiv-infectie kan ook met keelpijn gepaard gaan.

Vanouds wordt verondersteld dat een abces ontstaat vanuit een ontstoken tonsil. Een alternatieve hypothese is een ontsteking van de (speeksel)kliertjes van Weber, die zich bevinden in de peritonsillaire ruimte aan de bovenpool van de tonsil.[2]

Roken, een leeftijd tussen 21 en 40 jaar en het mannelijk geslacht zijn predisponerende factoren voor een abces.[11]

Acute epiglottitis wordt meestal veroorzaakt door een bacterie, waarvan de *Haemophilus influenzae* type b (Hib) de beruchtste is. Infecties met andere bacteriën, zoals streptokokken, hebben een trager beloop, beperken zich niet tot de epiglottis en geven minder risico van luchtwegafsluiting. Ook virussen en, vooral bij immuungecompromitteerde patiënten, *Candida albicans* en *Mycobacterium tuberculosis* kunnen een epiglottitis veroorzaken. Sinds de landelijke invoering van de Hib-vaccinatie van kinderen is de incidentie van epiglottitis afgenomen en wordt epiglottitis relatief vaker bij volwassenen gediagnosticeerd.

Beloop en complicaties

Evenals de meeste virale keelinfecties heeft een bacteriële keelontsteking meestal een gunstig beloop met spontane genezing binnen zeven tot tien dagen.[12]

Purulente complicaties zijn peritonsillair infiltraat en abces, otitis media en sinusitis. Het voorkómen van purulente complicaties bij alle patiënten met acute keelpijn door een antibioticum is weinig zinvol. Het *number needed to treat* (NNT) om met een antibioticum één abces extra te voorkomen bij patiënten met acute keelpijn die op het spreekuur komen in vergelijking met afwachtend beleid, is groter dan 150.[13] Het NNT om otitis media acuta en sinusitis te voorkomen ligt nog hoger en bovendien genezen beide aandoeningen in principe vanzelf.[13]

Antibiotica kunnen soms de ontwikkeling van een abces uit een peritonsillair infiltraat voorkomen.[14] Een peritonsillair abces vereist vaak chirurgisch ingrijpen en geneest daarna doorgaans restloos. Zeldzame complicaties van een abces zijn luchtwegobstructie, ruptuur gevolgd door een aspiratiepneumonie en uitbreiding in de omgeving met als gevolg mediastinitis, diepehalsflegmone, erosie van de halsslagaders (met als gevolg bloeding of sepsis) of vena jugularis trombose (lemierresyndroom[6]).

Bij acute keelpijn kunnen lymfeklieren soms ook zelf geïnfecteerd worden door bacteriën, meestal door een stafylokok of streptokok (lymfadenitis colli).

Niet-purulente complicaties van GAS zijn roodvonk (scarlatina), acuut reuma en glomerulonefritis.[7] Preventie van niet-purulente complicaties door een antibioticum is niet zinvol bij acute keelpijn omdat roodvonk geen ernstige ziekte meer is en acuut reuma en glomerulonefritis in westerse landen zo weinig voorkomen dat de kans dat een antibioticum een dergelijke complicatie voorkomt ongeveer even groot is als de kans op een ernstige anafylactische reactie op het antibioticum.[13]

Uit onderzoek blijkt dat behandeling van acute keelpijn met antibiotica de gemiddelde klachtenduur met ongeveer een halve dag bekort.[13] Dit beperkte voordeel in relatie tot de nadelen van antibiotica, zoals bijwerkingen, resistentievorming en medicalisering, maakt dat antibiotica niet worden geadviseerd bij de meeste patiënten met acute keelpijn.[13] Antibiotica zijn wel aangewezen bij patiënten met een infiltraat en bij patiënten met een faryngotonsillitis die ernstig ziek zijn; antibiotica kunnen worden overwogen bij patiënten met een faryngotonsillitis die een verhoogd risico op complicaties hebben. Deze patiëntengroepen zijn geëxcludeerd bij onderzoek naar de effectiviteit van antibiotica, maar aangenomen wordt dat antibiotica bij hen effectiever zijn.[13]

Mononucleosis infectiosa is een doorgaans mild verlopende ziekte, veroorzaakt door het epstein-barrvirus (EBV), die vanzelf geneest.[15] Slechts in een kleine minderheid van de gevallen treedt een langdurig beloop op, waarbij moeheid op de voorgrond staat. In 5 tot 10% van de gevallen ontstaat icterus; vaker bestaan asymptomatische leverfunctiestoornissen. Er is geen verband tussen de ernst van de ziekteverschijnselen en de mate

van de leverfunctiestoornissen. Leverfunctiestoornissen herstellen spontaan na 5 tot 6 weken.

In het beloop van een *epiglottitis* kan door zwelling van de epiglottis een acute hoge luchtwegobstructie optreden. Dit is een levensbedreigende complicatie die snel en onverwacht kan ontstaan.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Zuigelingen en jonge kinderen klagen niet vaak over keelpijn. Bij hen kan een keelontsteking zich uiten als koorts, malaise, prikkelbaarheid, nachtelijke onrust en, bij zuigelingen, slecht drinken (zie de NHG-Standaard Kinderen met koorts).

Anamnese

Informeer bij een (telefonisch) consult over keelpijn naar de volgende aspecten om de diagnose te bevestigen en de ernst van het ziektebeeld in te schatten:[16,17]

- de duur van de klachten en het beloop;
- koorts en mate van ziekzijn;
- eenzijdigheid (pijn), uitstraling naar één oor;
- slikklachten, kwijlen, veranderd stemgeluid en problemen met openen van de mond;
- dyspneu, stridor (inspiratoir gierend, sissend, raspend of piepend geluid);
- orogenitaal contact (indien daartoe aanleiding is).

Ga na of er sprake is van een *verhoogd risico op complicaties*, zoals mogelijk bij:

- gebruik van weerstandverminderende medicatie, zoals orale corticosteroïden, cytostatica, DMARD's, biologicals, thyreostatica, fenytoïne, neuroleptica en immunosuppressiva;
- hiv-infectie met verlaagd aantal T-cellen;
- recente chemo- of radiotherapie, maligniteiten (cave leukemie);
- immuunstoornissen, sikkelcelziekte, ernstige alcoholabusus, intraveneus drugsgebruik, (functionele) asplenie;
- diabetes mellitus;
- acuut reuma in de voorgeschiedenis.

Ga na wat de patiënt zelf heeft gedaan (pijnstilling?) en wat de verwachting van de patiënt is over het beloop en de eventuele wens tot behandeling met antibiotica.

De patiënt wordt in elk geval gezien voor lichamelijk onderzoek als er sprake is van:

- een zieke of angstige patiënt, benauwdheid, stridor, kwijlen, niet kunnen slikken, moeilijk kunnen openen van de mond of bij eenzijdige klachten;
- een verhoogd risico op complicaties.

Lichamelijk onderzoek

De huisarts let op de mate van ziekzijn en op beperkingen bij het openen van de mond en onderzoekt de mond en de keel eerst door bij goed licht de patiënt 'a' te laten zeggen. Alleen als daarmee onvoldoende zicht is op de tonsillen kan voorzichtig een spatel gebruikt worden.

Bij een epiglottitis kan manipulatie door een te diep geplaatste spatel gevaarlijk zijn doordat de gezwollen epiglottis plots de luchtweg afsluit. Dit is vooral het geval bij kinderen, door een andere anatomie of door het opwekken van de braakreflex.[18]

Verricht daarom bij kinderen met een typische anamnese voor een vermoeden van epiglottitis (zie *Evaluatie*) geen onderzoek met spatel. Dit geldt ook bij een duidelijk vermoeden van hogeluchtwegobstructie (zie [**kader 1**]) bij keelpijn. In beide gevallen geldt bij kinderen dat de indicatie voor spoedverwijzing al is gesteld en dat verder onderzoek met spatel geen aanvullende waarde heeft en gevaarlijk kan zijn.[18] Bij volwassenen kan wel voorzichtig een spatel gebruikt worden als bij 'a' zeggen onvoldoende zicht op de tonsillen is.

Beoordeel in de mond en keel:

- plaats, uitgebreidheid en symmetrie van roodheid, zwelling (eenzijdigheid past bij een infiltraat of abces) en exsudaat op tonsillen of farynxwand (een exsudaat differentieert niet tussen virale of bacteriële oorzaak van de ontsteking);
- erosies of ulceraties in de orofarynx (past bij een immuunstoornis, aften of methotrexaatintoxicatie; zelden een maligniteit);
- verplaatsing van de farynxboog en/of palatum molle en/of tonsil naar mediaal/onder en/of van de uvula naar de niet-aangedane zijde.

Beoordeel verder:

- de halslymfeklieren (pijnlijke, vergrote klieren alleen in de voorste halsregio passen bij een bacteriële oorzaak; in de gehele halsregio passen zij bij mononucleosis infectiosa; eenzijdig vergrote lymfklieren passen bij een infiltraat/abces of bij lymfadenitis colli die zich vaak presenteert als een grotere pijnlijke lymfklier met daarboven een rode warme huid);
- de huid (exantheem kan passen bij roodvonk).

Aanvullend onderzoek

Bij een patiënt met keelpijn die na twee weken niet vermindert of bij een patiënt die terugkomt omdat de klachten na tien dagen niet verminderen bij het bestaan van forse klierzwelling, erosies of ulceraties of bij een patiënt die terugkomt omdat de klachten na één week verergeren: verricht een leukocytentelling en -differentiatie om een immuunstoornis of leukemie uit te sluiten en serologisch onderzoek naar het epsteinbarrvirus (EBV-serologie) om een mogelijke verklaring te vinden.

Kader 1 ABCDE-systematiek bij acute keelpijn

De huisarts vormt zich eerst een indruk over de klinische stabiliteit van de patiënt volgens de ABCDE-systematiek. Bij acute keelpijn zijn uit de categorie A (*airway*) vooral relevant: onrust (angst), speeksel niet kunnen inslikken (kwijlen), blauw zien, ernstige benauwdheid (dyspneu) en hoorbare ademhaling (stridor). Uit categorie B (*breathing*) betreft dat vooral: schouders optrekken bij het ademen (gebruik hulpademhalingsspieren), neusvleugelen. Bij kinderen betreft het: intrekkingen van de borstkas bij ademen of een rustig kind na kortademigheid. Deze symptomen kunnen bij acute keelpijn duiden op een dreigende hogeluchtwegobstructie. Ook een 'driepoothouding' waarbij de patiënt iets voorovergebogen zit met de tong uit de open mond, zodat het speeksel naar buiten kan lopen, soms op beide armen steunend, kan daarop wijzen (bijvoorbeeld bij een epiglottitis). De stridor bij een hoge luchtwegobstructie is inspiratoir.

De gouden standaard voor het vaststellen van mononucleosis infectiosa is EBV-serologie. Dat is pas zinvol vanaf de tweede ziekteweek omdat een vroegere bepaling vaak fout-negatief is. Bepaal dan zowel het IgG als het IgM.[15] De uitslag van dit onderzoek duurt minimaal enkele dagen.

Als de patiënt om dit onderzoek vraagt, is exploratie van dit verzoek en voorlichting zinvol om onnodig bloedonderzoek te voorkomen. Redenen om af te zien van dit onderzoek zijn het ontbreken van therapeutische consequenties bij een positieve uitslag en het ontbreken van een verklaring van de klachten bij een negatieve uitslag; ook andere virussen kunnen immers soortgelijke beelden geven. Daarnaast kunnen er kosten voor de patiënt zijn. Daartegenover staan geruststelling bij een positieve uitslag, bijvoorbeeld in geval van langer bestaande grote klierzwellingen of het kunnen geven van een verklaring voor een langdurig beloop (dat slechts bij een kleine minderheid voorkomt).[15]

Een leukocytentelling en differentiatie waarbij < 10% atypische lymfocyten worden gevonden, kan mononucleosis infectiosa met redelijke betrouwbaarheid uitsluiten. De uitslag van dit onderzoek kan dezelfde dag bekend zijn.[15]

Een keelkweek, bepaling van de antistreptolysinetiter (AST), een GAS-antigeendetectietest ('streptest') of een CRP-bepaling worden afgeraden omdat de uitslag van de test het beleid niet beïnvloedt.[19,20]

Evaluatie

De huisarts maakt onderscheid tussen ernstige en niet-ernstige vormen van keelontsteking.

Er is sprake van een *ernstige vorm* van een keelontsteking bij:

- een *faryngotonsillitis bij een patiënt die als ernstig ziek wordt beoordeeld*, zoals bij forse algemene ziekteverschijnselen, een abnormaal beloop van de ziekte en/of een combinatie van ernstige klachten en bevindingen bij lichamelijk onderzoek (zoals problemen bij openen mond en kwijlen);[16]
- een vermoeden van een *peritonsillair infiltraat*: bij eenzijdige symptomen, zoals een afwijkende stand van de voorste farynxboog, deviatie van de uvula naar de gezonde kant of verplaatsing van de tonsil naar onder en mediaan door zwelling, al dan niet gepaard met pijn uitstralend naar het ipsilaterale oor, bij ernstige slikklachten, kwijlen door slikproblemen, het niet kunnen openen van de mond, vergroting van lymfeklieren in de hals en stemverandering. Hoewel het niet kunnen openen van de mond en deviatie van de uvula vaker voorkomt bij een abces is er geen specifiek kenmerk bij anamnese en lichamelijk onderzoek dat differentieert tussen abces en infiltraat;[1]
- een *lymfadenitis colli*: een zeldzame bacteriële ontsteking van lymfeklieren als gevolg van een faryngotonsillitis, die vrijwel alleen voorkomt bij kinderen van één tot vier jaar, gekenmerkt door een meestal enkelzijdige grote pijnlijke lymfeklier met daarboven een rode warme huid, waarbij abcedering kan optreden;
- een vermoeden van *epiglottitis:* bij een patiënt met koorts, keelpijn en een typische anamnese zoals acute, snel progressieve pijn, pijn bij slikken, een veranderde stem, kwijlen of bij een minder typische anamnese als er een discrepantie bestaat tussen de ernst van de klachten en weinig afwijkende bevindingen bij keelonderzoek (waardoor het vermoeden van epiglottitis wordt versterkt). Ook bij signalen van hogeluchtwegobstructie (zie [**kader 1**]) bij een patiënt met keelpijn. Pijn bij palpatie van de larynx en opgezette lymfeklieren passen bij een epiglottitis. Bij kinderen is het klassieke beeld van een oedemateuze epiglottis een kersrode zwelling, hetgeen de diagnose epiglottitis zeker maakt. Bij volwassenen kan men de epiglottis niet zien. Het gevoel iets te moeten wegschrapen kan wijzen op een gezwollen epiglottis.

In alle andere gevallen is sprake van een *niet-ernstige vorm* van een keelontsteking. Meestal zal dat een ongecompliceerde faryngotonsillitis betreffen. Daarbij stelt de huisarts vast of er sprake is van een *verhoogd risico op complicaties*: zie *Anamnese*.[16]

Na aanvullend onderzoek kunnen de volgende aandoeningen blijken:

- *mononucleosis infectiosa* bij patiënten (meestal adolescenten) met keelpijn, koorts, moeheid en pijnlijke, vergrote lymfeklieren in de hele halsregio die langer dan zeven dagen duurt. Er is vaak een exsudaat op beide tonsillen. De aandoening kan gepaard gaan met een vergrote milt en lever en met icterus;
- een infectie bij een *immuunstoornis door geneesmiddelgebruik,* zoals thyreostatica, fenytoïne, neuroleptica, oncolytica, methotrexaat of door *leukemie,* zoals bij keelpijn langer dan twee weken in combinatie met klierzwellingen of erosies of ulceraties in de orofarynx en afwijkende leukocytentelling en differentiatie. *Agranulocytose* kan een faryngotonsillitis veroorzaken zonder klierzwellingen.

Minder vaak of zelden voorkomende oorzaken van keelpijn zijn een:[21]

- *soa*, zoals chlamydia, herpes, candida, gonorroe of hiv bij een voor soa passende anamnese: zie de NHG-Standaard Het soa-consult;
- *candida-faryngitis*. Een candidafaryngitis kan pijn of een branderig gevoel geven, maar ook pijnloos zijn. Het klassieke beeld van spruw kenmerkt zich door een kaasachtig of wit exsudaat dat niet weggeveegd kan worden (denk aan gebruik van inhalatiecorticosteroïden). Een candidafaryngitis kan zich ook presenteren als (roze)rode plekken. Een candidafaryngitis kan gepaard gaan met laryngitis, gekenmerkt door heesheid;[22]
- *subacute thyreoïditis* bij pijn in de schildklierregio gepaard met tekenen van hyperthyreoïdie;
- *angina van Plaut-Vincent* bij een unilaterale tonsillitis met necrose, ulceratie en vuilgrijs beslag) of een necrotiserende gingivitis (door anaerobe bacteriën);
- *difterie* bij ongevaccineerden met een taai grijs beslag op de tonsillen;
- *aften* bij drie tot vier millimeter grote grijswitte of dikke gele zweertjes met een rode ontstoken rand, vaak aan de binnenkant van de lippen, wangen of onder de tong.

Het typische beeld van *roodvonk* is een rode, niet-jeukende uitslag die op de tweede dag ontstaat op de borst (ruw aanvoelende rode puntjes op een rode achtergrond) en die zich daarna over het hele lichaam verspreidt, behalve rondom de mond en de aanwezigheid van een 'frambozentong' (drie dagen na aanvang van het ziekzijn).

RICHTLIJNEN BELEID

Een eerdere tonsillectomie beïnvloedt het beleid bij acute keelpijn niet.[24] Evenmin heeft de aanwezigheid van roodvonk consequenties voor het beleid.

Voorlichting

Bij een niet-ernstige keelontsteking zonder verhoogd risico op complicaties legt de huisarts uit dat keelpijn meestal een hinderlijke maar onschuldige klacht is die vanzelf binnen zeven tot tien dagen overgaat. Behandeling is gericht op symptoomverlichting door niet-medicamenteuze adviezen en pijnbestrijding. Het geven van een antibioticum wordt afgeraden.

Goede voorlichting is belangrijk omdat veel patiënten, bij wie de indicatie voor een antibioticum ontbreekt, zonder een antibioticumvoorschrift tevreden zijn, mits zij goede informatie ontvangen en gerustgesteld worden.[25] Ook het exploreren van de wens van de patiënt ten aanzien van antibiotica is belangrijk omdat de perceptie van huisartsen ten aanzien van de verwachting van de patiënt om een antibioticum te ontvangen een belangrijke rol speelt in het daadwerkelijk voorschrijven van een antibioticum.[26]

Kader 2 Spoedhandelen bij (een vermoeden van) epiglottitis met een snel progressief beloop of een dreigende hogeluchtwegobstructie

Verwijs de patiënt met keelpijn als bij de ABCDE-triage een bedreiging van de vitale functies wordt geconstateerd of met (een vermoeden van) een epiglottitis met een snel progressief beloop met spoed per ambulance. Ga tot (naald)coniotomie over op het moment dat een patiënt met een (vermoeden van) epiglottitis en duidelijke tekenen van hogeluchtwegobstructie en cyanose buiten bewustzijn raakt.[23] Zie afbeelding coniotomie in noot 23.

Daarbij is de volgende informatie relevant:

- het is niet mogelijk op basis van anamnese en/of lichamelijk onderzoek met zekerheid te differentiëren tussen een bacteriële en een virale oorzaak van een keelontsteking. Dit onderscheid is bovendien niet van belang: bij een virusinfectie, die in de meeste gevallen de oorzaak is van acute keelpijn, hebben antibiotica geen zin, maar ook bij een bacteriële oorzaak geneest acute keelpijn vrijwel altijd spontaan;
- antibiotica verminderen de duur van de klachten met gemiddeld slechts een halve dag[13] en hebben als nadeel het risico op bijwerkingen, allergische reacties en toenemende resistentievorming (waardoor het middel in de toekomst niet meer gebruikt kan worden). Complicaties van keelontstekingen zijn zeldzaam en antibiotica hebben nauwelijks invloed op het voorkómen daarvan;
- de pijn kan goed worden bestreden met niet-medicamenteuze adviezen of pijnstillers.

Adviseer opnieuw contact op te nemen als de keelpijn langer dan tien dagen duurt of de patiënt steeds zieker wordt.

Leg bij *roodvonk* uit dat het beloop meestal gunstig is en complicaties zeldzaam zijn. Voor individuele gevallen van roodvonk geldt geen meldingsplicht. Kinderen mogen naar school of kinderdagverblijf en profylaxe voor contacten is niet nodig. Meerdere gevallen van keelpijn of roodvonk bij patiënten in een (semi-)gesloten gemeenschap meldt de huisarts aan de GGD (verplicht als de huisarts betrokken is bij de zorg in een woon- of zorginstelling). De huisarts overlegt over eventuele behandeling met de GGD.[27]

Geef bij (vermoeden van) *mononucleosis infectiosa* voorlichting over het in de regel gunstige natuurlijke beloop. Een symptomatische infectie komt slechts zelden tegelijkertijd voor bij gezinsleden en bijzondere hygiënische maatregelen zijn niet nodig. Er zijn geen therapeutische mogelijkheden om het herstel te bekorten. Extra bedrust helpt niet. Adviseer de dagelijkse activiteiten (school, werk) zoveel mogelijk te continueren.

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

Niet-medicamenteuze behandeling

Regelmatig iets drinken zoals koud water, of op iets zuigen kan de klachten mogelijk verlichten, maar het effect op de ernst van keelpijn of de ziekteduur is niet aangetoond.[28]

Medicamenteuze behandeling

Zelfzorgmiddelen

Adviseer indien de patiënt behoefte heeft aan pijnstilling om deze op vaste tijden en voldoende hoog gedoseerd te gebruiken. Paracetamol heeft de voorkeur boven NSAID's. Zie de NHG-Standaard Pijn.

Er zijn vrij verkrijgbare zuig- of smelttabletten met geneesmiddelen beschikbaar en van vele is een effect aangetoond bij acute keelpijn, maar niet bekend is of dat effect groter is dan het gebruik van niet-medicamenteuze adviezen gecombineerd met pijnstilling door paracetamol (of een NSAID). Waarschijnlijk berust een deel van het effect op het zuigen alleen. Zuigtabletten met een NSAID hebben nadelen en worden niet geadviseerd.[29]

Antibiotica (algemeen)

Antibiotica zijn niet geïndiceerd bij een faryngotonsillitis bij een patiënt die niet ernstig ziek is en bij een faryngotonsillitis zonder een verhoogd risico op complicaties. Het gebruik van antibiotica bij acute keelpijn in Nederland is te hoog en kan waarschijnlijk worden gehalveerd. Soms wordt ten onrechte breedspectrumpenicilline zoals amoxicilline voorgeschreven in plaats van een smalspectrumpenicilline.[30]

Breedspectrumpenicillines geven in geval van mononucleosis infectiosa bijna altijd een exantheem. Dat berust echter meestal niet op een penicillineallergie.

Bij gebruik van smalspectrumpenicilline in geval van mononucleosis infectiosa komt een exantheem bijna niet voor. Als het toch ontstaat, is de kans op een penicillineallergie veel groter.[15]

Het feit dat patiënten bekend zijn met een indicatie voor endocarditisprofylaxe of een gewrichtsprothese beïnvloedt het beleid bij acute keelpijn niet.[31]

Patiënten die acuut reuma doormaakten krijgen gedurende vijf tot twintig jaar profylactisch continu antibiotica omdat bij een nieuwe infectie met GAS een hoog risico bestaat op een recidief van acuut reuma, waarbij bestaande reumatische afwijkingen verergeren. De duur van dat antibioticagebruik is afhankelijk van onder andere de leeftijd waarop het acuut reuma optrad en het aangedane orgaan. Het beleid na deze periode van antibiotische profylaxe dient te worden afgestemd met de behandelend specialist.

Antibiotica bij een faryngotonsillitis

Geef een antibioticum:

- wanneer de patiënt ernstig ziek is (zie *Evaluatie*);
- op advies van de GGD (zelden bij roodvonkclusters in een semigesloten gemeenschap).[27]

Overweeg een antibioticum bij een patiënt met een verhoogd risico op complicaties (zie *Anamnese*).

- doorslaggevend hierbij zijn de aard en ernst van een immuunstoornis, de mate van ziekzijn, de algemene conditie en leeftijd, het beloop zonder antibiotica in het verleden van soortgelijke infecties en de duur van gebruik of de dosis van immunosuppressieve medicatie;[16]
- stem het beleid bij patiënten die ernstig immuungecompromitteerd zijn af met eventuele medebehandelaars (keuze en duur van het antibioticum);[32]
- overleg het beleid met de internist bij een patiënt met acuut reuma in de voorgeschiedenis die geen continue antibiotische preventie meer gebruikt.[7]

Geef als antibioticum:[33,34]

- feneticilline of fenoxymethylpenicilline gedurende 7 dagen;[32,35] bij volwassenen en bij kinderen vanaf 10 jaar 3 dd 500 mg, bij kinderen van 2 tot 10 jaar 3 dd 250 mg, bij kinderen jonger dan 2 jaar 3 dd 125 mg;
- in geval van penicillineallergie: azitromycine gedurende 3 dagen; bij volwassenen 1 dd 500 mg, bij kinderen 1 dd 10 tot 20 mg/kg lichaamsgewicht met als maximum 500 mg/dag;[34] geef bij zwangerschap of borstvoeding in plaats van azitromycine: erytromycine 4 dd 500 mg gedurende 7 dagen.

Bij noodzaak tot antibioticumwissel (zie *Controle en verwijzing*):

- vervang feneticilline door amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 7 dagen; volwassenen 3 dd 500/125 mg, kinderen 40/10 mg/kg lichaamsgewicht per dag in 3 doses met als maximum 3 dd 500/125 mg;
- indien in geval van een penicillineallergie gestart was met azitromycine: overleg met de kno-arts over het beleid (antibioticumkeuze en noodzaak kweek door punctie);[34]

Antibiotica bij een vermoeden van een peritonsillair infiltraat en bij een lymfadenitis colli

Bij een vermoeden van een peritonsillair infiltraat kan de huisarts zelf starten met een antibioticum, tenzij de patiënt ernstig ziek is, niet kan slikken of bekend is met verminderde weerstand. Verwijs de patiënt dan naar de kno-arts. Als een antibioticum wordt voorgeschreven, controleer dan frequent. In praktijk kan het voorkomen dat bij een abces met antibiotica wordt gestart. Door frequente controle zal dan duidelijk worden of het antibioticum effectief is of dat verwijzen wegens een vermoeden van een abces nodig is.

Bij een lymfadenitis colli kan de huisarts zelf starten met een antibioticum, tenzij er aanwijzingen zijn voor abcedering of de patiënt ernstig ziek is.

Geef als antibioticum bij een vermoeden van een infiltraat[14] en bij lymfadenitis colli:

- amoxicilline/clavulaanzuur gedurende 7 dagen: volwassenen 3 dd 500/125 mg; kinderen 40/10 mg/kg lichaamsgewicht per dag in 3 doses, met als maximum 3 dd 500/125 mg;
- bij penicillineallergie: overleg met de kno-arts over het beleid (antibioticumkeuze en noodzaak kweek door punctie);
- controleer de patiënt de volgende dag en in elk geval nogmaals de dag daarna (zie *Controle en verwijzing*) en informeer zo nodig de huisartsenpost.

Corticosteroïden

Orale corticosteroïden in combinatie met antibiotica worden niet geadviseerd bij acute keelpijn, omdat het effect onvoldoende is aangetoond.[36]

Antimycotica en candidafaryngitis

- Ga bij een candidafaryngitis na of een onderliggende oorzaak aanwezig is zoals bijwerkingen van immunomodulerende medicijnen (vooral inhalatiecorticosteroïden, *biologicals* of DMARD's), verminderde weerstand (zoals primaire antilichaamdeficiëntie of hiv-besmetting) of orogenitaal contact.
- Ga bij gebruik van inhalatiecorticosteroïden na of de inhalatie-instructies (vooral mondspoelen) goed worden opgevolgd of dat inhalatie met een voorzetkamer is aangewezen; overweeg, als dat geen effect heeft, of de dosis verlaagd kan worden. Behandel zo nodig met een oraal antimycoticum (zie de NHG-FTR Candidiasis (oraal)).
- Als de candida faryngitis niet reageert op behandeling of recidiveert, is nader onderzoek naar een onderliggende oorzaak aangewezen door een specialist.[37]

CONTROLE EN VERWIJZING

Controles zijn geïndiceerd bij:

- een faryngotonsillitis waarbij een antibioticum werd voorgeschreven:
  - adviseer om na twee dagen terug te komen indien de klachten niet verbeteren of eerder als de klachten verergeren;
  - herevalueer dan de diagnose. Wissel van antibioticum bij een nog steeds zieke patiënt als mononucleosis infectiosa is uitgesloten en er evenmin reden voor verwijzen is: zie *Antibiotica bij een faryngotonsillitis*.

- een vermoeden van een peritonsillair infiltraat waarbij een antibioticum werd voorgeschreven:
  - controleer de patiënt de volgende dag;
  - verwijs als er geen verbetering optreedt (van pijn, zwelling of ziekzijn), bij nieuwe verschijnselen of bij niet kunnen slikken; als de verbetering wel doorzet: spreek de volgende dag weer een controle af en verwijs als de verbetering niet doorzet of bij nieuwe verschijnselen. Spreek vervolgens een controle af als de klachten verslechteren of bij het einde van de kuur.

Adviseer de overige patiënten om terug te komen als de klachten sterk verergeren of tien dagen na het ontstaan niet verminderd zijn. Heroverweeg dan de diagnose; het beleid is in principe conform het eerste consult. Dat betekent dat bij een niet-ernstige oorzaak van acute keelpijn kan worden afgewacht; verricht echter aanvullend onderzoek (leukocytentelling en -differentiatie en EBV-serologie) als de klachten:

- verergeren een week na het ontstaan;
- niet verminderen twee weken na het ontstaan (bij forse klierzwelling, erosies of ulceraties is deze termijn tien dagen).

Verwijs bij een:

- dreigende hogeluchtwegobstructie of bij (een vermoeden van) een epiglottitis: zie [**kader 2**];
- vermoeden van een peritonsillair abces en bij een infiltraat als de huisarts niet behandelt met antibiotica (overleg direct) of geen verbetering optreedt bij controles, indien wel met een antibioticum was gestart;
- (vermoeden van) zeldzame aandoeningen, zoals agranulocytose of leukemie (binnen enkele uren);
- lymfadenitis colli bij een ernstig zieke patiënt of bij abcedering (dezelfde dag);
- candida-faryngitis die niet reageert op behandeling.

Tonsillectomie

Bij een keelontsteking onderscheidt de huisarts of er een tonsillitis of een faryngitis bestaat. Vaak zal er een mengbeeld bestaan. Het onderscheid heeft geen consequenties voor het beleid ten aanzien van antibiotica, maar is wel relevant bij frequente recidieven, wanneer een tonsillectomie wordt overwogen.

Als een tonsillitis tot problemen leidt (schoolverzuim, ernstig ziekzijn of problemen met slapen) is een tonsillectomie geïndiceerd bij kinderen met zeer frequent recidiverende tonsillitiden (zeven of meer per jaar of vijf per jaar in elk van de afgelopen twee jaar of drie in elk van de afgelopen drie jaar) en kan worden overwogen bij vier tot zes tonsillitiden per jaar.[38] Wacht af bij kinderen met minder frequente tonsillitiden of met minder ernstige klachten.

In het gesprek met ouders over het besluit om al dan niet te opereren bij kinderen kan de keuzehulp worden gebruikt om de voor- en nadelen van een tonsillectomie te bespreken: zie [**tabel 1**].

Bij volwassenen kan tonsillectomie worden overwogen bij vier of meer tonsillitiden per jaar, die gepaard gaan met ernstig ziekzijn. Bij volwassenen is de tonsillectomie een ingreep met een gemiddeld ziekteverzuim van veertien dagen.[39]

Bij patiënten die verwezen zijn vanwege een peritonsillair abces wordt het abces gepuncteerd of geïncideerd. Ook kan de kno-arts een tonsillectomie overwegen.[40]

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Tabel 1 **Keuzehulp in het gesprek met ouders over tonsillectomie bij hun kind**

	Voordeel	Nadeel
Chirurgie	In de groep met zeer frequente tonsillitiden zijn er in de eerste jaren na tonsillectomie minder periodes met acute keelpijn. De grootte van het effect wordt geschat op gemiddeld 0,6 episodes van acute keelpijn per jaar minder in vergelijking met conservatief beleid.	Complicaties van chirurgische ingreep, zoals: ■ misselijkheid/braken ■ keelpijn/slikpijn ■ koorts ■ tijdelijk andere stem ■ smaakverandering (8% na een half jaar) ■ spraakprobleem (zeer zelden) ■ zeer zeldzame complicaties, zoals tand/onderkaakluxatie, osteomyelitis, mediastinitis en subcutaan emfyseem ■ nabloeding (2 tot 4%). In ongeveer de helft van deze gevallen is een heroperatie noodzakelijk. Bloedingen kunnen nog voorkomen tot 2 à 3 weken na de operatie. Elke nabloeding is reden voor herbeoordeling door de kno-arts.
	Schoolverzuim: per jaar worden gemiddeld 2,3 schooldagen minder gemist in vergelijking met conservatief beleid.	Hogere kosten
Conservatief beleid	Het kind kan thuisblijven, geen ziekenhuisopname, chirurgie en narcose.	Iets meer periodes met tonsillitis: zie *voordeel chirurgie*.
	De kwaliteit van leven is waarschijnlijk net zo hoog als bij keuze voor chirurgie.	Een paar dagen meer schoolverzuim: *zie voordeel chirurgie*.
	Veel kinderen groeien er zonder operatie overheen.	

Totstandkoming

In oktober 2013 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Acute keelpijn. De werkgroep bestond uit de volgende leden: dr. C.F. Dagnelie, huisarts te Rotterdam; W. Lemmen, huisarts te Utrecht; M. Pos, huisarts-in-opleiding; dr. B.K. van Staaij, huisarts te Amersfoort en dr. S. Zwart, huisarts te Kampen.

De begeleiding van de werkgroep en de redactie waren in handen van E. de Jongh, arts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. W. Opstelten was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker farmacotherapie, beiden bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, en dr. J.S. Burgers als hoofd van deze afdeling. M.A. Kijser en ir. W. Borneman waren betrokken als wetenschappelijk medewerkers van de afdeling Implementatie.

Mogelijke belangenverstrengeling: de leden van de werkgroep hebben geen belangenverstrengeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

De volgende personen gaven op verzoek advies over specifieke onderwerpen tijdens de totstandkoming van de standaard: dr. R.J.H. Ensink, kno-arts, namens de KNO-vereniging; dr. E.R. van der Vorm, arts-microbioloog, namens de NVVM.

In december 2014 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd; zeventien commentaarformulieren werden retour ontvangen.

Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: dr. R.J.H. Ensink, dr. J.Th. Schmidt, B. Pullens, H.J.A. Visser en dr. F.J.A. van den Hoogen, allen kno-artsen namens de KNO-vereniging; L. Fievez, arts Maatschappij en gezondheid in opleiding namens het LCI van het RIVM; P.N.J. Langendijk, K. de Leest, D. Dost, dr. T. Schalekamp, apothekers, allen namens de KNMP; dr. E.R. van der Vorm, dr. A.P. van Dam, dr. B. Diederen, arts-microbiologen, allen namens de NVVM; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*; prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Radboudumc Nijmegen; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog, namens het *Geneesmiddelenbulletin*; G.H. Mellema namens ZN; dr. T.G.J. van Rossum, arts, R.E. Bijleveld, arts, P.M. Prent, apotheker, allen namens het CBG; H. Post, namens de NPCF; MMGEC de Jong, bedrijfsarts namens de NVAB; H. Cloetens, huisarts namens de Belgische Domus Medica; J.C. Korver, huisarts namens InEen; M. van Oppenraay, apotheker en redacteur van het Farmacotherapeutisch Kompas, namens het ZIN; dr. M. Nelissen, apotheker, namens IVM; L. Boomsma, huisarts, namens de LHV.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat de referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

R. Hinloopen en M.H. Lunter, beiden huisarts, hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In maart 2015 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC). De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Daarnaast zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

Gé Donker, Ellen Stobberingh

Antibioticagevoeligheid van streptokokken

Een keelontsteking heeft meestal een virale oorzaak en een gunstig natuurlijk beloop met spontane genezing binnen zeven dagen. Als de oorzaak bacterieel is, betreft het vaak streptokokken. Complicaties, zoals glomerulonefritis en acuut reuma, worden vooral veroorzaakt door bètahemolytische streptokokken groep A, maar zijn tegenwoordig gelukkig zeldzaam. Een antibioticum is alleen geïndiceerd bij een patiënt met een ernstige vorm van keelontsteking en kan worden overwogen bij een patiënt met verminderde weerstand bij een minder ernstige vorm van acute keelpijn. Een smalspectrumpenicilline is dan de eerste keus volgens de nieuwe NHG-Standaard Acute keelpijn en bij allergie voor penicilline een macrolide antibioticum. Bij een peritonsillair infiltraat wordt amoxicilline/clavulaanzuur aangeraden, omdat er vaker penicillineresistentie bij verwekkers van een infiltraat voorkomt. Er is geen recent onderzoek naar antibioticaresistentie van streptokokken. Wij onderzochten de incidentie en gevoeligheid voor eerstelijnsantibiotica van streptokokken in keelmonsters van patiënten met acute keelpijn.

ANTIBIOTICARESISTENTIE

Van 3455 keelmonsters van patiënten met acute keelpijn in 2011 en 2012 bevatte 3,6% van de monsters *Streptococcus pneumoniae* en 1,8% een bètahemolytische streptokok. Kinderen van 0-10 jaar hadden een twee keer zo grote kans (9,4%) dat een van beide stammen gevonden werd als patiënten van ≥ 11 jaar (4,7%) met acute keelpijn [**figuur 1**]. De kans op *Streptococcus pneumoniae* is groter in beide leeftijdsgroepen (5,3% en 3,2%), maar het relatieve verschil tussen de leeftijdsgroepen is groter bij bètahemolytische streptokokken (4,1% en 1,5% voor respectievelijk 0-10 en ≥ 11 jaar). De gevoeligheid van streptokokken voor smalspectrumpenicillines was groot. In 103 onderzochte monsters met *Streptococcus pneumoniae* en 41 monsters met bètahemolytische streptokokken was er geen resistentie tegen penicilline, amoxicilline en amoxicilline/clavulaanzuur [**figuur 2**]. Van de *Streptococcus pneumoniae* was de resistentie tegen claritromycine 7%, tetracycline 7%, clindamycine 4% en cotrimoxazol 4%. Van de bètahemolytische streptokokken was 12% resistent tegen tetracycline.

Figuur 1 **De percentages Streptococcus pneumoniae en bètahemolytische streptokokken in keelmonsters van patiënten van 0-10 jaar (n = 170) versus patiënten ≥ 11 jaar (n = 3263) met acute keelpijn in Nederlandse huisartsenpraktijken in 2011 en 2012**

Figuur 2 **Percentages resistentie tegen antibiotica van Streptococcus pneumoniae (n = 103) en bètahemolytische streptokokken (n = 41)**

CONCLUSIE

Slechts bij 1 op 18 à 19 patiënten met acute keelpijn werden in de keelmonsters streptokokken gevonden, maar bij kinderen tot 10 jaar was dat 1 op 10 à 11. Dit geeft verdere onderbouwing van het behoudende antibioticaprescriptiebeleid in de NHG-Standaard. Alleen bij ernstig zieke patiënten of bij patiënten met een verhoogde kans op complicaties wordt antibioticaprescriptie aanbevolen. Smalspectrumpenicillines geven minder kans op exantheem bij epstein-barrvirus als verwekker en de gevoeligheid voor penicilline is geen probleem als streptokokken de oorzaak zijn van de keelpijn. Het gebruik van macroliden, tetracyclines en cotrimoxazol bij acute keelpijn wordt op grond van dit onderzoek afgeraden, tenzij er sprake is van penicillineallergie. ■

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn - Peilstations
De analyses zijn uitgevoerd op keelmonsters en vragenlijsten van patiënten met acute keelpijn, die gedurende de jaren 2011 en 2012 opgestuurd werden door huisartsen participerend in de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Deze 40 huisartsenpraktijken dekken 0,7% van de Nederlandse patiëntenpopulatie. De samenstelling is landelijk representatief wat betreft geslacht, leeftijd, geografische spreiding en de spreiding naar bevolkingsdichtheid. De analyses van keelwatten werden verricht in het Maastricht UMC.

Thijs Wieldraaijer

Nazorg darmkanker: toekomstige huisartszorg

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

PRAKTIJKVRAAG

Controles na behandeling voor darmkanker vinden plaats in het ziekenhuis, waarbij de focus ligt op recidiefdetectie. De aandacht voor de psychosociale gevolgen van (de behandeling van) kanker schiet daarbij vaak te kort. Kan deze controle ook plaatsvinden in de huisartsenpraktijk? Betekent dat meer aandacht voor het welzijn van de patiënt? Zijn er nog andere manieren om patiënten tegemoet te komen in hun zorgbehoefte?

HUIDIG BELEID

De landelijke richtlijn oncologische zorg van de werkgroep gastro-intestinale tumoren geeft geen aanbevelingen over welke arts de nazorg van darmkanker op zich dient te nemen. Gebruikelijk is dat de tweede lijn (meestal de chirurg) de nacontroles doet. Voor psychosociale problemen of klachten die samenhangen met comorbiditeit wordt patiënten vaak aanbevolen contact met de huisarts op te nemen. Huisartsen zien patiënten in de jaren na behandeling voor kanker dan ook vaker voor allerlei klachten, of met angst voor een recidief: tot ruim 30% vaker dan patiënten met evenveel comorbiditeit zonder kanker.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Darmkanker is een van de meestvoorkomende soorten kanker. In 2020 verwacht men 17.000 nieuwe gevallen te vinden, waarbij de populatie voornamelijk oudere patiënten met veel comorbiditeit betreft. Het nationale screeningsprogramma zal door vroege detectie en overdiagnostiek bijdragen aan een hogere prevalentie door verbeterde overleving. Het te anticiperen capaciteitsprobleem in de tweede lijn en de groeiende vraag naar nazorg in bredere zin maken dat de huisarts in de nabije toekomst meer te maken zal krijgen met deze groep patiënten. Daarnaast verlangen patiënten steeds meer inspraak bij het inrichten van hun eigen (na)zorg. Een belangrijk aspect van deze 'patient empowerment' is de ontwikkeling van e-health modules, zoals de interactieve website Oncokompas 2.0.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Bovengenoemde factoren hebben ervoor gezorgd dat beleidsmakers, patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen de huisarts als toekomstige coördinator van de nazorg van (darm)kanker noemen. Al in 2007 kwam de Gezondheidsraad met de aanbeveling de rol van de eerste lijn tijdens de nazorg te onderzoeken. Het NHG signaleerde dat huisartsen een lacune ervaren bij hun zorg voor patiënten met kanker omdat zij in de fase van diagnostiek en behandeling niet betrokken worden en pas bij een eventueel palliatief traject weer in beeld komen. Daarom formuleerde het NHG vorig jaar een rapport, waarin staat dat oncologische nacontroles onder bepaalde voorwaarden in de huisartsenpraktijk kunnen gebeuren.[1]

Er zijn betrekkelijk weinig onderzoeken gepubliceerd over de effectiviteit van nazorg in de eerste versus de tweede lijn. Een Britse systematische review uit 2009 met drie gerandomiseerde onderzoeken concludeert dat nazorg voor darm- en borstkanker in de eerste lijn vergelijkbare uitkomsten geeft ten aanzien van kwaliteit van leven, aantal recidieven en overleving.[2] Daarbij was zorg in de eerste lijn goedkoper dan in de tweede lijn.

Verder verscheen in 2013 een onderzoek uit Noorwegen, waarin 110 darmkankerpatiënten werden gerandomiseerd tussen de controles bij de huisarts of de chirurg.[3] Ook daar was na twee jaar follow-up geen verschil tussen beide groepen in kwaliteit van leven, tijd tot vaststellen van een recidief of aantal daaropvolgende heroperaties. Wel bleek zorg door de huisarts goedkoper te zijn.

CONCLUSIE

De beschikbare literatuur over waar de nacontroles en nazorg van darmkanker moeten plaatsvinden is beperkt. Een aantal betrokken partijen in Nederland ziet de huisarts als toekomstige coördinator van de nazorg van kanker. Wij voeren thans een multicenter gerandomiseerd onderzoek uit (het I CARE-onderzoek), waarin we niet alleen de nazorg tussen huisarts en tweede lijn vergelijken, maar ook kijken naar het effect op kwaliteit van leven door gebruik van de online zelfhulpwebsite Oncokompas 2.0.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAGEN

Resulteert betrokkenheid van de huisarts bij de nazorg in een verbeterde kwaliteit van leven en patiënttevredenheid? Is een door de huisarts gecoördineerd nacontroletraject ter detectie van recidieven gelijkwaardig aan de huidige follow-up in de tweede lijn? In welke mate bevordert de implementatie van e-health het welzijn van patiënten? ■

LITERATUUR

1 NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk. Utrecht: NHG, 2014. www.nhg.org.
2 Lewis RA, Neal RD, Williams NH, France B, Hendry M, Russell D, et al. Follow-up of cancer in primary care versus secondary care: systematic review. Br J Gen Pract 2009;59:234-47.
3 Augestad KM, Norum J, Dehof S, Aspevik R, Ringberg U, Nestvold T, et al. Cost-effectiveness and quality of life in surgeon versus general practitioner-organised colon cancer surveillance: a randomised controlled trial. BMJ Open 2013;3:e002391. Doi:10.1136/bmjopen-2012-002391.

AMC Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam: T. Wieldraaijer, aiotho • Correspondentie; t.wieldraaijer@amc.uva.nl

Wilma Duijst

Verklaring van overlijden

Casus
U wordt als huisarts geroepen door de politie. Deze is ingeschakeld door verontruste buren die al enkele dagen geen teken van leven meer hebben vernomen van hun alleenwonende buurman. De politie heeft zich via de openstaande achterdeur toegang tot het huis verschaft en heeft de man dood aangetroffen. Het betreft een 72-jarige man met een psychiatrische achtergrond. Hij gebruikte antipsychotica als onderhoudsbehandeling en slaapmedicatie. U treft hem liggend op de overloop aan. Het bed lijkt onlangs beslapen. De patiënt voelt koud aan, de lijkstijfheid is volledig en er is sprake van lijkvlekken over het hele lichaam. De buren menen hem enkele dagen geleden voor het laatst gezien te hebben, maar weten het niet zeker. De patiënt had cardiale klachten. In het verleden had hij zich wel eens suïcidaal geuit, maar een suïcidepoging is er nooit geweest. U neemt aan dat hij ongeveer één dag geleden overleden is en omdat er geen tekenen van inbraak of geweldpleging zijn, gaat u ervan uit dat hij waarschijnlijk als gevolg van een fatale, cardiale ritmestoornis gestorven is.

INLEIDING

Met enige regelmaat krijgen huisartsen te maken met het overlijden van een voor hen al dan niet bekende patiënt. Bij elk overlijden hoort een arts een verklaring van overlijden in te vullen. Wanneer dat niet gebeurt, kan dat leiden tot problemen met de afhandeling, want zonder verklaring van overlijden kan het lichaam niet begraven of gecremeerd worden. Als u de verklaring van overlijden niet invult met als argument dat u daar als huisarts niet voor wordt betaald, kan dat leiden tot een tuchtrechtelijk verwijt. Uiteraard kunnen er goede redenen zijn om de verklaring van overlijden niet in te vullen en de hulp van een forensisch arts in te roepen. Deze omstandigheden beschrijf ik hieronder.

IS ER EEN LIJK EN WIE IS DE OVERLEDENE?

De zogenaamde A-verklaring heeft van de wetgever de titel 'Verklaring van overlijden' meegekregen. U kunt en moet de verklaring dus alleen invullen als er sprake is van een overlijden. In de praktijk kunt u het intreden van de dood vaststellen door enkele redelijk eenvoudige handelingen, zoals het observeren van het lichaam en het luisteren naar de hartslag en de ademhaling. Door daarnaast te controleren op aanwezigheid van de pupil- en corneareflex, en te drukken op de oogbol, waardoor u kunt zien dat de pupil vervormbaar is en de oogboldruk is weggevallen, kunt u de aannemelijkheid van het intreden van de dood vergroten. Ten slotte kunt u door vast te stellen of er sprake is van lijkstijfheid en of er op het laagste punt van het lichaam lijkvlekken te zien zijn met redelijke zekerheid constateren of de betrokkene is overleden.[2]

De behandelend arts kan de A-verklaring invullen. Op de A-verklaring moeten de persoonsgegevens van de overledene worden ingevuld. Hieraan is de voorwaarde verbonden dat de arts die de verklaring invult, overtuigd is van de identiteit van de betrokkene. In het geval van een voor u onbekende patiënt, kan het raadzaam zijn om te vragen om een identiteitsbewijs. Kunt u de identiteit niet met zekerheid vaststellen, dan is dit reden om de forensisch arts in te schakelen.

SCHOUWEN

De arts die de A-verklaring invult verklaart het lijk persoonlijk te hebben geschouwd. Een lijkschouw heeft tot doel te beoordelen of er sprake is van een natuurlijk overlijden. Daartoe behoort de schouw te bestaan uit de volgende onderdelen: het beschrijven van de omstandigheden rondom het overlijden en van de medische voorgeschiedenis, en het schouwen van het lichaam. Bent u er niet direct van overtuigd dat er sprake is van een natuurlijk overlijden, bijvoorbeeld omdat evident sprake is van een niet-natuurlijke dood, of omdat de omstandigheden 'verdacht' zijn, dan is het raadzaam om al in een vroeg stadium af te zien van de (verdere) schouw. U moet de schouw dan overdragen aan een forensisch arts. Indien de schouwend arts iets verandert in de omstandigheden, dan is het van belang dat deze meldt wat verplaatst is, of het lichaam gedraaid is en hoe de toegang tot de woning is verkregen. Duidelijke informatie aan politie en forensisch arts kan een zoektocht naar valse sporen voorkomen. Sporen vernietigen in het kader van hulpverlening of schouw is niet verwijtbaar – daarover zwijgen wel.

Gaat de behandelend arts over tot de lijkschouw, dan probeert hij of zij een algemene indruk te krijgen van het lichaam, te beginnen door aan de buik de temperatuur te voelen. Na het overlijden daalt de temperatuur gemiddeld 1 graad per uur. Deze temperatuursdaling is afhankelijk

Samenvatting
Duijst W. Verklaring van overlijden. Huisarts Wet 2015;58(8):432-4.
Huisartsen worden geregeld geconfronteerd met een overlijden van een voor hen min of meer bekende patiënt. Het verzoek aan de huisarts is dan om de schouw te verrichten en de verklaring van overlijden in te vullen. Dit artikel gaat in op de lijkschouw en de verklaring van overlijden. Aan welke eisen moeten huisartsen voldoen voordat ze de verklaring van overlijden kunnen invullen? De voorwaarden voor professioneel handelen rondom het afhandelen van een overlijden komen aan de orde.

De kern
- Een (huis)arts kan een verklaring van overlijden pas invullen na een adequaat onderzoek.
- Schouwen is meer dan de dood vaststellen en de verklaring van overlijden invullen.
- Men moet een handtekening onder een A-verklaring kunnen verantwoorden.

GGD IJsselland, Hanzelaan 351. 8017 JM Zwolle: dr. W. Duijst, forensisch arts • Correspondentie: ackenniscentrum.nl@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

van de temperatuur van de omgeving, de ondergrond, de weersomstandigheden (bijvoorbeeld regen), de bedekking en het gewicht van de overledene enzovoort, en is daarmee dus slechts indicatief voor het tijdstip van overlijden. De mate van lijkstijfheid kunt u beoordelen door te proberen de armen en benen te buigen. Lijkstijfheid treedt in na ongeveer 2 uur en is volledig na 12 uur. De lijkvlekken verschijnen op het laagste punt van het lichaam, treden na ongeveer 1 tot 2 uur op en zijn in het begin lichtpaars van kleur en wegdrukbaar. Na 12 uur zijn de lijkvlekken donkerpaars en niet meer wegdrukbaar. Bevinden de lijkvlekken zich niet op het laagste deel van het lichaam, dan is het lichaam waarschijnlijk verplaatst. Wanneer het niet duidelijk is wie dat gedaan heeft, dan is dat reden voor het inroepen van forensische hulp.

Na het verkrijgen van een algemene indruk volgt een lichamelijk onderzoek. Afhankelijk van de omstandigheden is dat onderzoek meer of minder uitgebreid. Het komt voor dat in een mortuarium bij de verzorging van een overledene voor wie een A-verklaring is afgegeven, (dodelijke) verwondingen op het achterhoofd, in de hals of op de rug worden aangetroffen. Een lichamelijk onderzoek is nodig om een gewelddadige doodsoorzaak uit te sluiten. U moet in het hoofd-halsgebied bijzondere aandacht besteden aan petechiën aan de slijmvliezen van ogen en mond, die kunnen duiden op verstikking, objecten die de luchtwegen belemmeren en striemen of insnoeringen in de hals. Palpatie van het hoofd kan verwondingen aan het licht brengen die niet met het blote oog zichtbaar zijn. Ribbreuken zijn redelijk eenvoudig te herkennen door de borst in twee richtingen te comprimeren. Draai het lichaam om, zodat u ook de achterkant kunt onderzoeken. Inspectie en palpatie van de armen en benen kan eventueel aanwezige snij- of steekwonden, breuken en prikgaten van injecties aan het licht brengen. Zijn er bij de schouw omstandigheden die onduidelijk zijn of zijn er verwondingen die de dood kunnen verklaren, dan is overleg met de forensisch arts noodzakelijk.

OVERTUIGD VAN NATUURLIJK OVERLIJDEN

Een arts kan de A-verklaring invullen als deze ervan overtuigd is dat de dood uitsluitend het gevolg is van een ziekte – ouderdom is geen geldige doodsoorzaak. Dit klinkt eenvoudig, maar is dat allerminst. Om te beginnen gaat het om de overtuiging van de arts die de verklaring invult. De overtuiging hoeft niet getoetst te worden en is daarmee een persoonlijke beslissing. De arts hoeft daarbij niet 100 procent zeker te weten om welke ziekte het gaat. Om tot de overtuiging te komen kan het zinvol zijn om overleg te plegen met een andere arts – overleg met de forensisch arts ligt daarbij voor de hand. Het overlijden moet uitsluitend ten gevolge van een ziekte zijn opgetreden. 'Uitsluitend' wil zeggen dat geen andere invloeden dan de ziekte zelf het overlijden hebben bespoedigd. Is er sprake van een tussenkomende gebeurtenis, bijvoorbeeld een handeling van de betrokkene zelf (zelfdoding of intoxicatie met drank of drugs), een euthanasie of hulp bij zelfdoding of geweld door een derde, dan is het overlijden niet-natuurlijk. Ook een overlijden door natuurgeweld, een verkeersongeval of een val van de trap ten gevolge waarvan een verslechtering van de gezondheidstoestand is opgetreden, is een niet-natuurlijk overlijden. De tijd die verstrijkt tussen de gebeurtenis en het overlijden is daarbij niet maatgevend.

HET MOMENT VAN OVERLIJDEN

Op de verklaring van overlijden moet de datum van overlijden worden ingevuld. Bij een schouw moet de arts zich dus een oordeel vormen over het moment van overlijden. Dat kan hij doen aan de hand van de temperatuur, de lijkvlekken, de lijkstijfheid en niet te vergeten de verklaringen van huisgenoten, familieleden, buren of hulpverleners. Kan men aan de hand van deze gegevens niet vaststellen wanneer iemand is overleden, dan is sprake van lijkvinding. Bij een lijkvinding in een woning is het denkbaar dat een huisarts de verklaring van overlijden invult en daarna politie of de hulpofficier van Justitie vraagt om de noodzakelijke akte van lijkvinding op te maken.

Overigens staat op de verklaring van overlijden van sommige gemeenten niet alleen de vraag naar de datum van overlijden, maar ook naar het tijdstip van overlijden. Indien de datum wel, maar het exacte tijdstip niet bekend is, hoeft dat niet ingevuld te worden. Volgens de wet is alleen de datum vereist.

DE SCHOUW VAN MINDERJARIGEN

De voorwaarden om een A-verklaring in te vullen gaan op voor alle overledenen. Voor iedereen geboren na 24 weken zwangerschap en jonger dan 18 jaar, bestaat een extra voorwaarde. De behandelend arts moet bij het overlijden van een minderjarige voor hij de verklaring van overlijden invult altijd advies vragen aan een forensisch arts. Is duidelijk sprake van een natuurlijk overlijden en staat de doodsoorzaak vast, dan handelt de huisarts de zaak af. Is evident sprake van een niet-natuurlijk overlijden, dan neemt de forensisch arts de zaak over. Is het kind overleden, maar kan de arts geen doodsoorzaak vaststellen of bestaat er onduidelijkheid over de leeftijd of duur van de zwangerschap, dan kan de forensisch arts een nader onderzoek instellen. In alle gevallen moet de behandelend arts die een overlijden van een minderjarige zelf afhandelt de naam van de geconsulteerde forensisch arts op de A-verklaring vermelden.

DE B-VERKLARING

De B-verklaring wordt gebruikt voor het verzamelen van gegevens voor het Centraal Bureau voor de Statistiek, die van

Abstract

Duijst W. Certification of death. Huisarts Wet 2015;58(8):432-4.

When a patient dies, general practitioners are often asked to carry out the physical examination and to confirm that death has occurred. This article describes the post-mortem examination and certification of death. What requirements must GPs satisfy before they can issue a death certificate? Aspects of professional practice when dealing with a death are discussed.

belang zijn voor het maken van beleid op het gebied van de gezondheidszorg. Ook hier is een belangrijke taak weggelegd voor de behandelend arts. Het invullen van de B-verklaring is geen makkelijke taak voor een behandelend arts. Dit heeft te maken met het feit dat, hoewel de arts er niet aan twijfelt dat het om een natuurlijk overlijden gaat, de doodsoorzaak vaak niet of minder duidelijk is. Vaak wordt er geen sectie verricht, hoewel het de vraag is of het wel een taak van de schouwend arts is om de vraag te stellen of een sectie gewenst is. Als de doodsoorzaak onduidelijk is, kan de arts op het B-formulier termen als 'doodsoorzaak onbekend' of 'plotseling overlijden' invullen. Het verzinnen van een doodsoorzaak is onwenselijk; dit kan onbedoeld effecten hebben op het beleid rond de gezondheidszorg.

DO'S EN DON'TS

- Vul geen verklaring van overlijden in als u niet eerst de dood hebt vastgesteld.
- Stel voor en tijdens de lijkschouw vragen over gezondheidsproblemen en de omstandigheden waarin het lijk is aangetroffen.
- Kijk bij de schouw onder de kleren; ook in de hals en op de rug. Kijk goed en bewust naar kleine afwijkingen, zoals petechiën, striemen in de hals en prikopeningen.
- Bel laagdrempelig met de forensisch arts voor overleg.
- Meld een overlijden van een minderjarige altijd bij de forensisch arts (dat is wettelijke plicht) en vraag advies over de afhandeling.
- Laat bij een niet-natuurlijk overlijden de situatie zoveel mogelijk intact. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Huisarts en recht'.

LITERATUUR

1 CTG 21 december 2004, MC 2005;8:327-9.
2 Handreiking lijkschouwing voor artsen bij overlijden anders dan euthanasie of hulp bij zelfdoding (2005). In: Duijst W, Das C. Handboek forensische en penitentiaire geneeskunde. Apeldoorn: Maklu, 2011.
3 Akte van lijkvinding.
4 Art. 10a lid 1 WLB.

Wilt u bijdragen aan H&W?

Iedere maand besteden wij aandacht aan verschillende onderwerpen. Naast wetenschappelijke artikelen publiceren we ook kleinere rubrieken. Daarvoor zoeken wij regelmatig auteurs, bijvoorbeeld voor:

- **Journaal** Luchtige rubriek met kernachtige samenvattingen van recente, elders gepubliceerde artikelen en soms ook van rapporten of verslagen van gebeurtenissen, zoals congressen, voorzien van bondig commentaar.
- **Import** In deze rubriek komt buitenlands onderzoek aan de orde dat zeer relevant is voor de uitoefening van ons vak. De rubriek biedt een gestructureerde samenvatting van het artikel en een plaatsbepaling van de uitkomsten van het onderzoek voor de Nederlandse huisartsenpraktijk.
- **Spreekuur** Korte en kernachtige bespreking van een klinisch probleem: een diagnose, een belangrijk symptoom of een symptomencomplex. De rubriek heeft een vaste structuur, met houvast voor diagnostiek en beleid in de praktijk.
- **Casuïstiek** Deze rubriek belicht, aan de hand van een casus, de diagnostiek en behandeling van een relatief zeldzame aandoening.
- **Uw diagnose** Bij een foto die u in de praktijk hebt gemaakt, beschrijft u in één zin de patiënt en zijn klacht. Daarbij geeft u de juiste diagnose en drie alternatieve (niet juiste) diagnoses.

Interesse? Kijk op onze website (http://www.henw.org/voorauteurs) of neem contact op met onze redactie (redactie@nhg.org). ■

Just Eekhof

Diederik van Meersbergen

De huisarts en overlijden

INLEIDING

Als huisarts krijgt u te maken met patiënten die overlijden. U hebt op grond van de wet een rol bij het afhandelen als een patiënt van u overlijdt. Het is namelijk de taak van een arts om de schouw te verrichten. Er kunnen allerlei medisch inhoudelijke vragen opkomen over de manier waarop u die schouw moet verrichten. Daarnaast krijgt u te maken met andere vraagstukken, die een meer juridische insteek kennen. Mag elke arts schouwen of gelden er juridische beperkingen? En wie mag een verklaring van overlijden afgeven? Verder is de vraag wanneer er sprake is van een natuurlijke of een niet-natuurlijke dood. Een en ander wordt juridisch nog gecompliceerder als iemand onverwacht overlijdt of als er sprake is van lijkvinding. In deze bijdrage schets ik allereerst het juridische kader. Daarna ga ik nader in op een aantal van de genoemde vraagstukken.

HOOFDLIJNEN VAN DE WETGEVING

De Wet op de lijkbezorging (Wlb) bepaalt het juridisch kader rondom het overlijden.[1] Die wet regelt de wijze waarop na het overlijden een eindbestemming aan een lichaam moet worden gegeven. De meest gebruikelijke vormen daarvoor zijn begraving en crematie. De wet bepaalt wanneer iemand begraven of gecremeerd mag worden, welke vereisten daarbij gelden en op welke plekken dat is toegestaan. De regels moeten voorkomen dat er onhygiënische omstandigheden ontstaan, met alle risico's voor de volksgezondheid van dien. De wet bevat daarnaast bepalingen over het balsemen of andere conserverende bewerkingen van een lijk en over het verrichten van sectie op het lichaam. De regels in de Wlb hebben mede tot doel om in die gevallen waarin het overlijden mogelijk het gevolg is van een strafbaar feit een onafhankelijk strafrechtelijk onderzoek mogelijk te maken.

In de wet is een belangrijke rol voor (huis)artsen weggelegd. De wet maakt daarbij onderscheid tussen behandelend artsen en gemeentelijke lijkschouwers (forensisch artsen). Een van hen moet een overledene hebben geschouwd alvorens het lichaam begraven of gecremeerd mag worden. Alleen als de arts na de schouw overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak geeft hij een verklaring van overlijden af (art. 7 lid 1 Wlb). Die verklaring vormt in de Wlb een belangrijk document. De ambtenaar van de burgerlijke stand kan namelijk alleen een verlof tot begraven of cremeren afgeven als een verklaring van overlijden kan worden overgelegd (art. 12 Wlb). Zonder verlof mag een lijk niet begraven of gecremeerd worden (art. 11 Wlb).

Over het algemeen zal een behandelend arts als eerste bij een overlijden geroepen worden. Zoals hiervoor al opgemerkt geeft hij een verklaring van overlijden af als hij overtuigd is van een natuurlijke dood. Is hij daar echter niet van overtuigd, dan schakelt hij de forensisch arts in (art. 7 lid 3 Wlb). Deze zal het lichaam eveneens schouwen en kan een verklaring van overlijden afgeven als bij nader onderzoek blijkt dat er toch sprake is van een natuurlijke doodsoorzaak. Maar is hij niet overtuigd van een natuurlijke dood, dan neemt hij contact op

Samenvatting

Van Meersbergen DYA. De huisarts en overlijden. Huisarts Wet 2015;58(8):435-7.

Huisartsen hebben een belangrijke taak als een patiënt overlijdt. Uiteraard hoort daar de begeleiding van de nabestaanden bij. Maar juridisch wordt van de huisarts ook verwacht dat hij een schouw verricht. Alleen als hij op grond van die schouw overtuigd is van het natuurlijk karakter van het overlijden, mag hij een verklaring van overlijden afgeven. In de praktijk doen zich verschillende vraagstukken voor. Zo kan er onduidelijkheid bestaan over de vraag wanneer er sprake is van een natuurlijk overlijden en over de vraag of een waarnemer of een dienstdoende huisarts op de post als behandelend arts mag worden aangemerkt. En wat zijn de regels bij een onverwacht overlijden of als er sprake is van lijkvinding? Dit artikel geeft antwoord op deze vragen.

De kern

- De behandelend huisarts die een schouw bij een overleden patiënt heeft verricht, geeft pas een verklaring van overlijden af als hij ervan overtuigd is dat er sprake is van een natuurlijke dood.
- Een natuurlijke dood is elk overlijden dat uitsluitend het gevolg is van een (spontane) ziekte (of ouderdom).
- Is de huisarts niet overtuigd van een natuurlijke dood (in de volksmond benoemd als een niet-natuurlijke dood), of als er sprake is van een kennelijk niet-natuurlijk overlijden, dan schakelt de behandelend arts de gemeentelijk lijkschouwer in. Degene die de verklaring van overlijden invult is tevens verplicht om de doodsoorzaak en de daarmee onmiddellijk samenhangende gegevens aan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) te verstrekken.
- Een waarnemer mag een schouw verrichten, mits hij de overtuiging heeft dat er sprake is van een natuurlijk overlijden.
- Als een patiënt onverwacht overlijdt, geldt er geen andere wettelijke procedure.
- Er is sprake van lijkvinding als een lichaam wordt aangetroffen en men de plaats of de dag van overlijden niet, of niet met voldoende nauwkeurigheid, kan vaststellen. Volgens de wet is het niet verplicht om dan een forensisch arts in te schakelen. De arts mag echter ook in deze situatie slechts een verklaring van overlijden afgeven als hij overtuigd is van een natuurlijk overlijden.

Artsenfederatie KNMG, Postbus 20051, 3502 LB Utrecht: mr. D.Y.A. van Meersbergen, adviseur gezondheidsrecht • Correspondentie: d.van.meersbergen@fed.knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

met de officier van justitie (art. 10 lid 1 Wlb; zie [**kader**]). Deze kan besluiten nader onderzoek te doen naar de oorzaak van het overlijden, om te bezien of er strafbare feiten zijn gepleegd. In deze keten behoudt de behandelend arts een onafhankelijke positie ten opzichte van justitie, terwijl de forensisch arts justitie kan informeren over de bevindingen van de schouw.

Degene die de verklaring van overlijden invult is tevens verplicht om de doodsoorzaak en de daarmee onmiddellijk samenhangende gegevens aan het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) te verstrekken. Hiervoor gebruikt hij of zij het zogenoemde B-formulier (art. 12a Wlb). Het CBS vertaalt de opgegeven doodsoorzaken in coderingen volgens de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). (Zie www.cbs.nl om de statistieken te bekijken.)

Kader
Op grond van art. 4 Wlb verschaffen burgemeester en wethouders gelegenheid tot het doen schouwen van lijken. Zij benoemen daartoe een of meer gemeentelijke lijkschouwers. Uitsluitend artsen die als forensisch arts zijn ingeschreven in een daartoe gehouden register, worden benoemd als gemeentelijk lijkschouwer (art. 5 Wlb).

PROBLEMEN IN DE PRAKTIJK

Uit deze beknopte schets van de systematiek van de wet blijkt duidelijk wat de bedoeling van de wetgever is geweest: alleen bij natuurlijk overlijden speelt de behandelend arts een rol. Bij elke twijfel over de aard van het overlijden moet hij de gemeentelijk lijkschouwer inschakelen. In de praktijk kunnen er echter onduidelijkheden bestaan, vooral over de begrippen die de wet hanteert. Wanneer ben je behandelend arts? En wanneer is er eigenlijk sprake van een natuurlijke of een niet-natuurlijke dood? En wat zijn de regels bij een onverwacht overlijden of als er sprake is van lijkvinding? Op deze drie zaken ga ik hieronder nader in.

Huisarts als behandelend arts

Een lijkschouw mag door een behandelend arts worden verricht. De wet geeft niet aan wanneer een arts een behandelend arts is. Over het algemeen wordt in ieder geval de huisarts als behandelend arts aangemerkt. Maar in de praktijk kunnen er vragen rijzen. Wat bijvoorbeeld als een arts waarneemt voor een huisarts? Mag hij dan een lijkschouw verrichten bij een patiënt uit de praktijk? Deze vraag speelt eens te meer nu de waarneming tijdens de ANW-diensten steeds grootschaliger georganiseerd wordt en de dienstdoende arts zeker niet alle patiënten kent. Om praktische redenen gaat men er vanuit dat de waarnemend huisarts tevens behandelend arts is en een schouw mag verrichten. Dat geldt ook voor de waarneming via de huisartsenpost.[2] Als iemand op een ander adres dan zijn thuisadres, en buiten het gebied van zijn huisartsenpost, overlijdt (bijvoorbeeld tijdens een vakantie), is het de vraag of men een dienstdoende arts nog wel als waarnemer kan aanmerken. Het is strikt genomen niet nodig dat de arts de patiënt eerder bij leven heeft behandeld. Toch kan men niet eenvoudig van waarneming spreken en meestal zal men daarom de gemeentelijk lijkschouwer moeten oproepen.

In alle gevallen is het belangrijk dat de arts over voldoende informatie beschikt om te kunnen beoordelen of er sprake is van een natuurlijke dood. Ook moet de arts de identiteit van de persoon kunnen verifiëren. Hij moet immers de naam van de overledene op de verklaring van overlijden kunnen invullen.

Wanneer natuurlijk of niet-natuurlijk overlijden?

De wet geeft geen definitie van de begrippen 'natuurlijke dood' en 'niet-natuurlijke dood'. In de praktijk levert dat regelmatig vragen op. Een vaakgehoord misverstand is dat er alleen sprake is van een niet-natuurlijk overlijden als er een strafbaar feit aan de orde is. Dat is echter niet altijd het geval. Van een behandelend arts wordt *niet* verlangd dat hij onderzoekt of er sprake is van een strafbaar feit. Het is zijn taak om te beoordelen of hij ervan overtuigd is dat het overlijden het gevolg is van een natuurlijke oorzaak. Een veel gebruikte definitie daarvan is: elk overlijden uitsluitend ten gevolge van een ziekte. (Volgens veel definities is ouderdom ook een natuurlijk vorm van overlijden. Formeel is het echter geen oorzaak van overlijden, maar ligt er altijd een ziekte aan ten grondslag.) Als de arts daarvan overtuigd is, geeft hij een verklaring van overlijden af. Als de arts daaraan twijfelt, het niet zeker weet of als er overduidelijk sprake is van een niet-natuurlijk overlijden, dan schakelt hij de forensisch arts in. Dit betekent dat als iemand, ten gevolge van een val, met een gebroken heup in het ziekenhuis belandt en daar uiteindelijk aan een longontsteking overlijdt, er geen sprake is van een natuurlijk overlijden. Het overlijden is dan immers niet uitsluitend het gevolg van ziekte. Dit voorbeeld levert nogal eens ongeloof op: 'Waarom moet de forensisch arts ingeschakeld worden terwijl toch duidelijk is dat er geen strafbaar feit is gepleegd?' Uit de constatering dat er geen sprake is van een natuurlijk overlijden volgt echter nog niet dat er een strafbaar feit moet zijn gepleegd. Toch zal de forensisch arts dan onderzoek moeten doen. De scheiding tussen natuurlijk en niet-natuurlijk overlijden is niet altijd scherp te trekken.

Van een niet-natuurlijke dood is volgens de literatuur sprake als het overlijden direct of indirect het gevolg is van een ongeval, geweld of een andere van buiten komende oorzaak, een misdrijf of zelfmoord. Denk daarbij onder meer aan overlijden als gevolg van een ongeval, verdrinking, verbranding, verstikking, verslikking, vergiftiging en zelfdoding.

Abstract
Van Meersbergen D. The general practitioner and death. Huisarts Wet 2015;58(8):435-7.
General practitioners have an important role to fulfil when a patient dies, not only in supporting the bereaved relatives. The GP is legally required to perform a thorough physical examination and to notify the cause of death. Only when it is evident that death was due to natural causes may the GP issue a death certificate. In practice, there are a number of potential problems. It may not be clear whether death was due to natural causes or there is uncertainty about whether a locum GP or 'on-call' doctor can be considered as the doctor in charge of care. And what is the situation if death is unexpected or a body has been found. This article answers these questions.

In de praktijk moet een huisarts steeds bedenken dat hij alleen een verklaring van overlijden mag afgeven als hij ervan overtuigd is dat het overlijden uitsluitend het gevolg is van een ziekte. Als dat niet het geval is, moet hij de forensisch arts inschakelen. Dat laatste wil niet direct zeggen dat er sprake is van een misdrijf. Maar het stelt de forensisch arts wel in de gelegenheid om daar nader onderzoek naar te doen.

KNELPUNTEN

Als een patiënt onverwacht overlijdt, geldt er geen andere wettelijke procedure dan zoals hiervoor beschreven: de behandelend (huis)arts zal de schouw verrichten en vormt zich een beeld van de aard van het overlijden. Als hij overtuigd is van een natuurlijk overlijden mag de huisarts een verklaring van overlijden afgeven. Maar daar zit veelal wel de crux. Als iemand onverwacht overlijdt is het voor een huisarts niet altijd eenvoudig om overtuigd te raken van het natuurlijke karakter van het overlijden. Dat geldt te meer als de betreffende arts waarnemend huisarts is of dienst heeft op een huisartsenpost. Als de arts ervan overtuigd is dat er sprake is van een natuurlijk overlijden, mag hij een verklaring van overlijden afgeven. Maar als niet duidelijk is of iemand louter aan een ziekte is overleden, wordt het lastiger. Dan moet de arts eventuele andere oorzaken uitsluiten. Daarbij moet hij ook de omstandigheden meewegen waaronder iemand is overleden. Bij twijfel moet hij een forensisch arts inschakelen.

Een ander knelpunt is de kwestie van lijkvinding. Daarvan is sprake als een lichaam wordt aangetroffen en men de plaats of de dag van overlijden niet, of niet met voldoende nauwkeurigheid, kan vaststellen. Volgens de wet is het niet verplicht om bij lijkvinding de forensisch arts in te schakelen. Het is theoretisch denkbaar dat de behandelend arts na het lichaam te hebben geschouwd tot de overtuiging komt dat er sprake is van een natuurlijk overlijden. In dat geval kan hij een verklaring van overlijden afgeven. Bijkomend probleem is dan wel dat de huisarts de verklaring van overlijden niet volledig kan invullen. De datum van overlijden is immers niet bekend. Vaak zal de behandelend arts in het geval van lijkvinding echter een forensisch arts moeten inschakelen.[3]

BESLUIT

Ik heb enkele vraagstukken besproken die zich kunnen voordoen wanneer een huisarts betrokken is bij het afhandelen van een overlijden. Naast deze vraagstukken spelen er ook vragen rondom het medisch beroepsgeheim bij het overlijden. Zo kan de vraag opkomen of een huisarts die een forensisch arts inschakelt patiëntinformatie mag verstrekken. Het beroepsgeheim van de huisarts verhindert dat in beginsel. Bovendien gaat de systematiek van de wet er nu juist vanuit dat een onafhankelijk arts (de forensisch arts) wordt ingeschakeld als de arts niet overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak. Deze onafhankelijke arts kan onderzoek verrichten naar de omstandigheden van het overlijden en kan daarover aan justitie rapporteren zonder dat het beroepsgeheim daarbij in de weg staat. Door een scheiding aan te brengen tussen de behandelend arts en de forensisch arts vindt slechts een minimale doorbreking van het beroepsgeheim plaats. Toch is het gebruikelijk dat bij het inschakelen van de forensisch arts enige informatie wordt verstrekt.

Al met al heeft een huisarts een belangrijke taak als hij wordt gevraagd om een overleden patiënt te schouwen. De begeleiding van de nabestaanden maakt daar uiteraard onderdeel van uit. Maar juridisch wordt van hem ook verwacht dat hij de schouw verricht. Een arts die weigerde een verklaring van overlijden af te geven omdat hij daar geen geld voor kreeg, heeft van de tuchtrechter een maatregel van berisping opgelegd gekregen. De rechter oordeelde dat de postmortale zorg onlosmakelijk verbonden is met de zorg bij leven van de patiënt en daar niet los van kan en mag worden gezien. Bovendien was de arts op grond van de Wlb verplicht om een verklaring van overlijden af te geven.[4] ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Huisarts en recht'.

LITERATUUR

1 Wet van 7 maart 1991, Stb 1991, 130.
2 Plokker H. De Wet op de lijkbezorging, Med Contact 2004;59:544.
3 Das C. Verwarring bij lijkvinding, Med Contact 2003;44:1689-91.
4 CTG 21 december 2004, MC 2005;8:327-9.

Diana Rietdijk, Bertien Hart

Diabetes mellitus type 2 bij kinderen met obesitas

INLEIDING

Het overgrote deel (ongeveer 98%) van de kinderen en adolescenten met diabetes mellitus heeft diabetes mellitus type 1 (DM1).[1] Het aantal kinderen en adolescenten met diabetes mellitus type 2 (DM2) is de laatste jaren toegenomen. Precieze aantallen in Nederland zijn lastig vast te stellen, omdat bij registratie tot op heden niet wordt uitgesplitst in DM1 of DM2.

Er is slechts een enkel onderzoek naar het vóórkomen van DM2 bij kinderen en adolescenten in de algemene populatie uitgevoerd. Uit Nederlands onderzoek bleek dat kinderartsen in twee jaar tijd (2003-2004) bij 1062 kinderen en adolescenten diabetes hebben vastgesteld.[2] Bij 22 van hen (2%) was er sprake van DM2, bijna allen waren obees. Het aantal kinderen en adolescenten met DM2 laat in de recente literatuur een stijging zien in Europa en ook Nederland. De stijging is echter nog niet zo groot als in de Verenigde Staten.[3]

DM2 is een chronisch progressieve ziekte, waarbij ernstige complicaties kunnen ontstaan. Een late diagnosestelling, een slechte glucose-instelling tijdens de adolescentie en een lange diabetesduur verhogen de kans op complicaties.[4] Kinderen en adolescenten met DM2 ontwikkelen vaak reeds op jongvolwassen leeftijd micro- en macrovasculaire complicaties.[5] Daarom is het van belang om zoveel mogelijk te voorkomen dat kinderen en adolescenten DM2 krijgen (primaire preventie).

Een belangrijke risicofactor voor het ontstaan van DM2 bij kinderen en adolescenten is obesitas.[4] Hoewel de prevalentie van overgewicht en obesitas zich in veel Westerse landen lijkt te stabiliseren, gaat het nog steeds om forse aantallen. Recent onderzoek naar trends in de prevalentie van overgewicht en obesitas bij kinderen met een Nederlandse, Turkse, Marokkaanse of Surinaams-Hindoestaanse afkomst onder Haagse kinderen van 3-16 jaar oud in de periode 1999-2011, toont een afname van de obesitasprevalentie: kinderen met overgewicht zijn minder adipeus geworden.[6] De prevalentie van overgewicht bedraagt in 2011 voor Nederlandse kinderen 11% en van obesitas 1,8%. Voor kinderen van Marokkaanse of Surinaams-Hindoestaanse afkomst bedraagt de overgewichtprevalentie respectievelijk 23 en 17%. De prevalentie van overgewicht bij Turkse kinderen steeg van 25% naar 32% in de periode 1999-2011. Trendanalyse over de periode 2007-2011 toont echter een stabilisatie, zodat voor deze groep mogelijk het hoogste punt in overgewichtprevalentie is bereikt.[6]

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat kinderen van Turkse en Marokkaanse afkomst vaker de diagnose DM2 krijgen, wat gekoppeld is aan de hierboven beschreven hogere prevalentie van obesitas.[2] Mogelijk geldt dit ook voor kinderen van Surinaams-Hindoestaanse afkomst.[6] Daarnaast komt DM2 vaker voor bij meisjes dan bij jongens en ontstaat deze aandoening meestal tijdens de pubertijd, wanneer de insulineresistentie als gevolg van stijgende concentraties groeihormonen toeneemt.[4]

Een fulltime werkende huisarts ziet per week gemiddeld ongeveer twee kinderen met overgewicht of obesitas.[7] Bij welke kinderen met obesitas moet de huisarts extra alert zijn? Volstaat een nuchtere bloedglucosewaarde om DM2 vroegtijdig op te sporen?

Samenvatting

Rietdijk D, Hart HE. Diabetes mellitus type 2 bij kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2015;58(8):438-41.

Diabetes mellitus type 2 (DM2) komt steeds meer voor bij kinderen en adolescenten. Een belangrijke risicofactor is obesitas. DM2 is een chronische progressieve ziekte, waarbij ernstige complicaties kunnen ontstaan. Het is daarom van belang DM2 vroegtijdig te onderkennen. Opsporing zou moeten worden gestart bij kinderen met obesitas vanaf de leeftijd van tien jaar. Huisartsen moeten alert zijn bij additionele risicofactoren: een familiegeschiedenis met DM2, Turkse, Marokkaanse of Surinaams-Hindoestaanse afkomst, aanwijzingen voor insulineresistentie of een moeder met zwangerschapsdiabetes tijdens de zwangerschap van het desbetreffende kind. Als bij kinderen of adolescenten met obesitas een nuchtere bloedglucosewaarde ≥ 5,6 mmol/l wordt gevonden, zou nader onderzoek moeten plaatsvinden om te kijken of er werkelijk sprake is van DM2 of een verhoogd risico daarop.

Casus

Patiënt A is een 13-jarig meisje van Surinaamse afkomst. Haar moeder had DM2 en is in 2007 aan de gevolgen van een CVA overleden. Het gewicht van patiënte bedroeg in 2012 92 kg, bij een lengte van 165 cm (BMI 33,8; graad 2 obesitas; [**tabel 1**]). In 2014 is haar gewicht

De kern

- Obesitas is een belangrijke risicofactor voor diabetes mellitus type 2 bij kinderen en adolescenten.
- Een late diagnosestelling, een slechte glucose-instelling tijdens de adolescentie en een lange diabetesduur verhogen de kans op micro- en macrovasculaire complicaties op jongvolwassen leeftijd.
- Huisartsen moeten alert zijn bij additionele risicofactoren: een familiegeschiedenis met DM2, Turkse, Marokkaanse of Surinaams-Hindoestaanse afkomst, aanwijzingen voor insulineresistentie of moeder met zwangerschapsdiabetes tijdens de zwangerschap van het desbetreffende kind.
- De huisarts verwijst kinderen en adolescenten met obesitas en een nuchtere bloedglucosewaarde ≥ 5,6 mmol/l naar de kinderarts voor aanvullende diagnostiek.

Huisartsenpraktijk De Angstel, De Angstel 31C, 3621 WC Breukelen: D. Rietdijk, huisarts en kaderarts diabetes; dr. H.E. Hart, huisarts en kaderarts diabetes • Correspondentie: d.rietdijk@vechtzorg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

toegenomen tot 107 kg, bij een lengte van 166 cm (BMI 38,9; graad 3 obesitas). Zij heeft acanthosis nigricans in de hals en oksels (een verdikking en donkere verkleuring van de huid van oksels, liezen, bilnaad, nek of rond de navel; [**figuur**]). Haar bloeddruk bedraagt 140/90 mmHg. Bloedonderzoek toont een nuchtere bloedglucosewaarde van 6,1 mmol/l, een HDL-cholesterol van 1,31 mmol/l en een triglyceridegehalte van 0,7 mmol/l. De huisarts verwijst haar naar de kinderarts, zoals de NHG-Standaard Obesitas adviseert.

Patiënt B is een 17-jarig meisje. Beide ouders hebben obesitas, haar moeder heeft DM2. Patiënte wordt in 2005 naar de kinderarts verwezen in verband met een graad 3 obesitas en acanthosis nigricans. De bloedglucosewaarden zijn normaal, maar vanwege sterk verhoogde insulinewaarden wordt metformine voorgeschreven. De patiënte neemt de metformine niet. In 2008, 2009 en 2010 bepaalt de huisarts een nuchtere bloedglucosewaarde en vindt respectievelijk een waarde van 5,4, 5,8 en 10,2 mmol/l. Op basis van de laatste waarde stelt de huisarts in 2010 de diagnose DM2. In 2009 en 2010 bedraagt het HDL-cholesterol respectievelijk 1,06 en 1,02 mmol/l en het triglyceridegehalte 2,3 en 2,4 mmol/l. De patiënte krijgt metformine voorgeschreven. In 2013 ondergaat ze laparoscopische bariatrische chirurgie. De glucosewaarden normaliseren vrijwel direct. Tot op heden is haar DM2 in remissie.

Figuur **Acanthosis nigricans in de hals, bestaande uit een lichte tot donkerbruine pigmentatie van de huid met een versterkt huidrelief (papillomateuze hyperplasie en hyperkeratose)**

Opsporing en diagnostiek

Het voorkomen of verminderen van (ernstig) overgewicht heeft de eerste prioriteit om het ontstaan van DM2 bij kinderen en adolescenten zoveel mogelijk te voorkomen (primaire preventie). De NHG-Standaard Obesitas adviseert de huisarts alert te zijn op obesitas bij kinderen.[7] De huisarts meet lengte en gewicht, en bepaalt de BMI bij kinderen die obees ogen. Dat gebeurt ook bij kinderen voor wie men ondersteuning vraagt bij gewichtsvermindering en bij kinderen met pathologie of risicofactoren waarbij overgewicht een rol kan spelen. Bij deze kinderen luidt het advies om ook de nuchtere bloedglucosewaarde te bepalen indien zij 10 jaar of ouder zijn. Deze dient < 5,6 mmol/l te zijn. Tevens let de huisarts op de aanwezigheid van acanthosis nigricans, wat kan duiden op de aanwezigheid van insulineresistentie. Kinderen met een graad 1 of 2 obesitas [**tabel 1**] zonder een verhoogde bloedglucosewaarde kan de huisarts zelf behandelen. Hij moet dan jaarlijks een nuchtere bloedglucosewaarde bepalen.

Het Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen beschrijft aanvullende diagnostische criteria voor cardiovasculaire risicofactoren en comorbiditeit, zoals DM2 [**tabel 2**].[8-10] Deze aanvullende criteria komen gedeeltelijk overeen met de criteria die de American Diabetes Association (ADA) heeft opgesteld voor vroegtijdige opsporing van DM2 bij kinderen en adolescenten, zoals een familieanamnese van DM2.[11,12] Daarnaast beschrijft de ADA ook de volgende risicofactoren: behoren tot een bepaalde etnische groepering, aanwijzingen voor het hebben van insulineresistentie of aandoeningen die daarmee gepaard gaan, zoals acanthosis nigricans, hypertensie, dyslipidemie, polycysteusovariumsyndroom (PCOS) of een laag geboortegewicht (< 3000 gram/small for gestational age) en moeder met diabetes mellitus, of met zwangerschapsdiabetes tijdens de zwangerschap van het desbetreffende kind.

Bij een verhoogde nuchtere bloedglucosewaarde (≥ 5,6 mmol/l) moet nader onderzoek plaatsvinden om te kijken of er werkelijk sprake is van DM2 of een verhoogd risico daarop, door middel van een OGGT (orale glucosetolerantietest), dan wel nuchtere bloedglucosewaarde. In de huisartsenpraktijk volstaat het bepalen van een nuchtere bloedglucosewaarde. Indien deze ≥ 5,6 mmol/l is, verwijst de huisarts naar de kinderarts voor aanvullend onderzoek. Dit geldt ook bij overige waarden van de cardiovasculaire risicofactoren die boven de afkapwaarden liggen.[8]

BESCHOUWING

De NHG-Standaard Obesitas adviseert om bij kinderen met obesitas vanaf de leeftijd van 10 jaar jaarlijks een nuchtere bloedglucose te bepalen, in plaats van driejaarlijks, zoals de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 aanbeveelt voor de opsporing van DM2 bij volwassenen met obesitas.[13] Daarnaast hanteert de standaard een andere afkapwaarde voor een gestoorde nuchtere bloedglucosewaarde, namelijk ≥ 5,6 mmol/l in plaats van > 6,1 mmol/l.

Patiënt A had in 2012 een graad 2 obesitas en een positieve

Abstract

Rietdijk D, Hart HE. Type 2 diabetes mellitus in children and adolescents with obesity. Huisarts Wet 2015;58(8):438-41.

Type 2-diabetes mellitus (DM2) is increasingly common in children and adolescents. It is a chronic progressive disease that can lead to serious complications, and for this reason it is important to recognize DM2 at an early stage. Obesity is an important risk factor DM2, and thus obese children aged 10 and older should be screened for DM2. Other risk factors include family history of DM2, Turkish, Moroccan, or Surinamese-Hindostani ethnicity, evidence of insulin resistance, or a mother with gestational diabetes while pregnant with the child concerned. Obese children and adolescents with a fasting blood sugar level of ≥ 5.6 mmol/l should undergo further investigations to establish the presence of DM2 or an increased risk of DM2.

Tabel 1 **Classificatie van BMI per leeftijdsjaar voor jongens en voor meisjes van 2 tot 18 jaar (NHG-Standaard Obesitas)**

Jongens				Meisjes			
Leeftijd	Graad 1 obesitas	Graad 2 obesitas	Graad 3 obesitas	Leeftijd	Graad 1 obesitas	Graad 2 obesitas	Graad 3 obesitas
2	20,1	22,5	23,6	2	19,8	21,9	23,4
3	19,6	21,2	22,2	3	19,4	21,5	23,2
4	19,3	20,7	21,7	4	19,2	21,6	23,5
5	19,3	20,6	21,7	5	19,2	22,0	24,2
6	19,8	21,0	22,2	6	19,7	22,8	25,5
7	20,6	21,7	23,2	7	20,5	24,0	27,4
8	21,6	23,0	24,9	8	21,6	25,6	29,8
9	22,8	24,6	27,0	9	22,8	27,2	32,3
10	24,0	26,4	29,5	10	24,1	28,8	34,6
11	25,1	28,3	32,2	11	25,4	30,3	36,5
12	26,0	30,2	34,8	12	26,7	31,6	38,0
13	26,8	31,8	36,9	13	27,8	32,6	38,9
14	27,6	32,9	38,4	14	28,6	33,3	39,4
15	28,3	33,7	39,1	15	29,1	33,9	39,7
16	28,9	34,2	39,5	16	29,4	34,3	39,9
17	29,4	34,6	39,8	17	29,7	34,7	39,9
18	30,0	35,0	40,0	18	30,0	35,0	40

familieanamnese voor DM2 en hart- en vaatziekten. Als de richtlijnen betreffende obesitas van het NHG en CBO waren toegepast, had de huisarts patiënt A elke drie maanden op het spreekuur moeten zien om onder andere lengte en gewicht te bepalen. Jaarlijks had hij een nuchtere bloedglucosewaarde moeten bepalen. Helaas heeft deze controle bij patiënt A niet plaatsgevonden. Gewichtsverlies door het stimuleren van gezonde voeding en meer lichamelijke activiteit kan de insulineresistentie doen afnemen en daarmee het ontwikkelen van DM2 voorkomen en het cardiovasculair risicoprofiel verbeteren,[14] zeker bij kinderen en adolescenten met obesitas, die op jonge leeftijd een intensief leefstijlprogramma volgen. Helaas is er geen *evidence* voor de effectiviteit van leefstijlprogramma's bij kinderen en adolescenten met DM2.[15] Voorkomen is dus beter dan genezen.

Patiënt B is in 2005 terecht verwezen naar de kinderarts, maar wilde daar niet onder controle blijven. De huisarts heeft vervolgens wel jaarlijks een nuchtere bloedglucosewaarde bepaald, maar daarbij een verkeerde afkapwaarde gehanteerd. Bij patiënt B zou in 2009 nader onderzoek hebben moeten plaatsvinden om de diagnose DM2 te bevestigen of uit te sluiten op basis van de nuchtere bloedglucosewaarde van 5,8 mmol/l. Daarnaast heeft de huisarts geen nader onderzoek gedaan naar aanleiding van de gevonden dyslipidemie in 2009. Juist de combinatie dyslipidemie en DM2 accelereert het proces van atherosclerose en verhoogd de kans op coronaire hartziekten op jongvolwassen leeftijd.[16]

In de herziene versie van de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is het beleid bij vrouwen met zwangerschapsdiabetes aangepast en geïntensiveerd, maar de standaard geeft geen advies over de manier waarop we de kinderen van deze vrouwen zouden moeten volgen. In de ADA-richtlijn over DM2 bij kinderen en adolescenten wordt een moeder met diabetes mellitus, of met zwangerschapsdiabetes tijdens de zwangerschap van het desbetreffende kind, wel als een risicofactor aangemerkt.

CONCLUSIE

DM2 komt steeds meer voor bij kinderen en adolescenten. Het zou wenselijk zijn dat er in de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 en de NDF Zorgstandaard Diabetes ook richtlijnen worden opgenomen voor de opsporing en diagnostiek van DM2 bij kinderen en adolescenten die een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van DM2. Eenduidige criteria voor opsporing en diagnostiek van DM2 bij kinderen en adolescenten kunnen de huisarts helpen bij het vroegtijdig onderkennen van DM2 en het voorkomen van ernstige complicaties.

DANKWOORD

Met dank aan Janneke Spitsbaard-Velmans, Jutta Neumann en Jeroen Blankers, allen huisarts en kaderarts diabetes, voor het kritisch lezen van het manuscript. ■

Tabel 2 **Afkapwaarden voor verhoogd cardiovasculair risico bij kinderen met obesitas[17]**

Leeftijd	Triglyceriden	HDL-cholesterol	Bloeddruk	Nuchtere glucose
6 tot 10 jaar	Verder onderzoek moet plaatsvinden bij een familiegeschiedenis met metabool syndroom, DM2, dyslipidemie, hart- en vaatziekten, hypertensie en/of obesitas.			
10 tot 16 jaar	≥ 1,7 mmol/l	< 1,03 mmol/l	Systolisch ≥ 130 mmHg Diastolisch ≥ 85 mmHg	≥ 5,6 mmol/l
16+ jaar	≥ 1,7 mmol/l	< 1,03 mmol/l voor mannen < 1,29 mmol/l voor vrouwen	Systolisch ≥ 130 mmHg Diastolisch ≥ 85 mmHg	≥ 5,6 mmol/l

LITERATUUR

1 Baan CA, Poos MJJC. Hoe vaak komt diabetes mellitus voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, 2013.
2 Rotteveel J, Belksma EJ, Renders CM, Hirasing RA, Delemarre-van de Waal HA. Type 2 diabetes in children in the Netherlands: the need for diagnostic protocols. Eur J Endocrinol 2007;157:175-80.
3 Blokstra A, Baan CA. Type 2 diabetes mellitus bij Europese jongeren. RIVM Briefrapport 260801005/2008.
4 Renders CM, Delemarre-van de Waal HA, Dekker JM, Hirasing RA. Insulineresistentie en diabetes mellitus type 2 bij kinderen met overgewicht. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:2060-3.
5 Maahs DM, Daniels SR, De Ferranti SD, Dichek HL, Flynn J, Goldstein BI, et al. Cardiovascular disease risk factors in youth with diabetes mellitus: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation 2014;130:1532-58.
6 De Wilde JA, Verkerk PH, Middelkoop BJC. Aantal te dikke kinderen neemt langzaam af. Ned Tijdschr Geneeskd 2014;158:A7350.
7 Van Binsbergen JJ, Langens FNM, Dapper ALM, Van Halteren MM, Glijsteen R, Cleyndert GA, et al. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts Wet 2010;53:609-25.
8 Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO. Richtlijn Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen. Alphen aan den Rijn: Van Zuiden Communications bv, 2008.
9 Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen', Partnerschap Overgewicht Nederland in samenwerking met het CBO. Amsterdam: CBO, 2011.
10 Zimmet P, Alberti K, George MM, Kaufman F, Tajima N, Silink M, et al. IDF Consensus Group. The metabolic syndrome in children and adolescents – an IDF consensus report. Pediatric Diabetes 2007;8:299-306.
11 American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents. Diabetes Care 2000;23:381-9.
12 American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2014. Diabetes Care 2014;37:S14-80.
13 Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, et al. NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:512-25.
14 Giannini C, Caprio S. Progression of β-Cell Dysfunction in Obese Youth. Curr Diab Rep 2013;13:89-95.
15 McGavock J, Dart A, Wicklow B. Lifestyle therapy for the treatment of youth with type 2 diabetes. Curr Diab Rep 2015;15:568.
16 American Diabetes Association. Management of dyslipidemia in children and adolescents with diabetes. Diabetes Care 2003;26:2194-7.
17 International Diabetes Federation. The IDF consensus defenition of the metabolic syndrome in children and adolescents (2007). www.idf.org/webdata/docs/Mets_definition_children.pdf.

Ondertussen in TPO 4

DIABETISCHE VOETZORG

Margreet van Putten gaat aan de hand van drie casus in op de aanpak van de medisch-noodzakelijke voetzorg in Nederland en de rol die praktijkondersteuners hierbij spelen. Zijn we nu waar we willen zijn? Die vraag is lastig te beantwoorden. Met de Simm's-classificatie en het hanteren van Zorgprofielen is weliswaar een enorme stap voorwaarts gezet, maar de discussies over competenties, vaardigheden en vooral wel of geen basisverzekerde voetzorg zijn nog niet achter de rug.

INSULINETHERAPIE

Verhoeven en Van der Leeden geven in een klinische les voorbeelden van hoe je patiënten in de eerste lijn met insulineschema's kunt behandelen, ook al zijn die schema's behoorlijk complex. Zij vertellen hoe je verantwoord stap voor stap een intensief basaal-bolusinsulineschema invoert, of hoe je hiermee juist moet stoppen.

DUBBELDIAGNOSE ASTMA-COPD

Wanneer een patiënt verschijnselen heeft van zowel astma als COPD, is dat een lastig probleem vanwege de complexe diagnostiek en vervolgbeleid. Voor het stellen van de dubbeldiagnose astma-COPD is sowieso een tweede spirometrie nodig.

EN VERDER

In dit nummer van TPO nemen we afscheid van redactielid Annette van Vliet en van columnist Bas Janssen, die in zijn columns ruim vijf jaar lang lief en leed deelde met de lezers. Verder is er een interessante discussie te lezen over varenicline en een interview over hoe ouderenzorg in Emmen is opgezet. In de rubriek Zicht op onderzoek komen statistiek, hypothesetoetsing en de p-waarde aan de orde. ■

Heeft uw praktijkondersteuner al een abonnement? Zie www.tijdschriftpraktijkondersteuning.nl. Een jaarabonnement kost € 85,-.

Interview met Cecile Koelink

'De huisarts kan prima dermatoscopie doen!'

Vorig jaar promoveerde Cecile Koelink op haar proefschrift *Diagnosing skin cancer in general practice*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Veelvoorkomend en praktisch

Gevraagd naar de aanloop naar haar onderzoek vertelt Koelink: 'Tijdens de basisopleiding had ik al onderzoek gedaan naar stofwisselingsziekten; daar was ik destijds ingerold en ik vond het heel leuk om te doen. Daarom ben ik nog voor ik met de huisartsopleiding begon al gaan praten in Nijmegen en Groningen om te zien wat zij voor mogelijkheden hadden op het gebied van onderzoek. In Nijmegen hadden ze al wat meer ervaring met aiotho's. Maar in Groningen waren de dingen wat gemakkelijker te regelen, dus uiteindelijk koos ik daarvoor. Ik wilde namelijk graag iets doen op het gebied van de kleine kwalen: iets wat veel voorkomt en praktisch is, en waar veel diagnostiek aan te pas komt. Met een subsidie van ZonMw kwam dit onderzoek gelukkig gemakkelijk van de grond. En zo ben ik dus aiotho geworden.'

Verdachte plekjes en huidkanker

Koelink begon met het onderzoek toen ze net was afgestudeerd als arts en onderzocht als eerste de incidentie van 'verdachte plekjes' en huidkanker in de huisartsenpraktijk. 'Ik zocht naar antwoorden op vragen als: hoe vaak komt het voor, wat gebeurt ermee en wat weten huisartsen er eigenlijk van. Maar al het liggende onderzoek bleek te zijn gedaan in een tweedelijnssetting, ook als de resultaten bedoeld waren voor de eerste lijn. Daarom hebben we een eigen onderzoek hiernaar gedaan.'

Zoals bekend neemt de incidentie van huidkanker toe, maar komt dit misschien mede doordat mensen eerder geneigd zijn naar de huisarts te gaan met verdachte plekjes? 'Er is heel veel aandacht voor de toename van huidkanker in de media, dus zullen mensen inderdaad eerder naar de huisarts gaan. Maar de incidentie van huidkanker neemt wel degelijk toe en dat op alle fronten. Dermatologen spreken zelfs van een huidkankerepidemie. En omdat zij de toenemende druk niet meer goed aankunnen, komt de zorg steeds vaker bij de huisartsen terecht. Dan is het dus goed om eens te onderzoeken wat nu de incidentie is, maar ook hoe de diagnostiek en verleende zorg in de huisartsenpraktijk verloopt.'

Wie snijdt?

Zowel huisartsen als specialisten zonden in de loop van de tien jaar voorafgaand aan het onderzoek steeds meer materiaal in voor pathologisch onderzoek. Zeker na 2006, toen een financiële stimulans voor huisartsen werd doorgevoerd, was een duidelijke toename zichtbaar van door hen ingezonden materiaal, maar die stijgende lijn had zich daarvoor al duidelijk ingezet. Koelink: 'Ondanks die toename van door huisartsen ingezonden materiaal, nam het aantal inzendingen door dermatologen niet af. Bovendien is de vraag interessant of de huisarts ook daadwerkelijk meer is gaan snijden. Met andere woorden: als de huisarts het materiaal niet had afgenomen, zou deze patiëntenstroom dan naar de dermatoloog zijn gegaan? Dat heb ik niet onderzocht dus kan ik daar geen harde uitspraken over doen, maar de conclusie ligt in elk geval deels wel voor de hand.'

Verhouding benigne/maligne

Interessant is ook dat bij huisartsen de verhouding tussen benigne en maligne afgenomen weefsel in de loop der tijd niet is veranderd. Van al het ingezonden materiaal is de verhouding maligne : benigne nog altijd 1 : 7. In die zin is de diagnostiek van de huisarts dus niet verbeterd. Koelink: 'Eigenlijk moet je dat omdraaien, want je zou een verslechtering verwachten. Immers, huisartsen zijn meer gaan wegsnijden, maar ze zijn kennelijk niet gemákkelijker gaan snijden. Dan zou je namelijk juist meer benigne inzendingen krijgen en dat is verhoudingsgewijs niet het geval. Dus eigenlijk doen huisartsen het helemaal niet slecht, al is er natuurlijk wel ruimte voor verbetering.'

Inschatting van de huisarts

Koelink vervolgt: 'Helaas weten we niet precies wat er gemist wordt in de diagnostiek; om dat te kunnen achterhalen zou je een retrospectief onderzoek moeten doen en dat is heel erg lastig en tijdrovend. Bij huisartsen wordt gepromoot dat je alles wat je wegsnijdt ook moet inzenden en we hebben nu alleen in de database gekeken naar hun ingezonden materiaal. Maar we weten niet in welke gevallen de huisartsen dachten of het maligne dan wel benigne zou zijn. We kennen hun inschatting dus niet en dat is een beperking van het onderzoek. Want je wilt natuurlijk dat de diagnostiek verbetert, opdat huisartsen niet te veel wegsnijden maar ook niets missen.'

De dermatoscoop onderzocht

Om die reden heeft Koelink ook onderzoek gedaan naar de effectiviteit van dermatoscopie in de huisartsenpraktijk. 'We hebben de geïncludeerde huisartsen verdeeld in een interventie- en

een controlegroep. Ze kregen allemaal scholing in de diagnostiek van huidkanker, zodat hun aanvankelijke kennisniveau gelijk was. De huisartsen uit de interventiegroep kregen bovendien een cursus in dermatoscopie. Als de huisartsen uit beide groepen dachten dat ze een bepaald plekje eens beter wilden bekijken en de patiënt daarmee akkoord ging, werden die in de inclusieperiode van één jaar in het onderzoek meegenomen. Vervolgens werden foto's gemaakt: gewone en - in de interventiegroep - ook dermatoscopische. De diagnose werd vervolgens voorgelegd aan dermatologen van het UMCG. En als er weefsel was weggehaald, keken we naar de uitslagen van het pathologisch onderzoek.'

Niet significant, toch winst

Aan de hand van de gegevens die zo werden verkregen, bekeek Koelink of gebruik van de dermatoscoop toegevoegde waarde had. 'In de interventiegroep verbeterde de diagnostische accuratesse met 10% naar 50,5%, maar helaas was dat net niet significant. Gelukkig kwamen er wel andere leuke dingen uit naar voren. Want als het ging om de diagnostiek van melanomen was de accuratesse in de interventiegroep bijna drie keer zo hoog. Dat was dus heel goed, al is het vanwege de kleine aantallen natuurlijk slechts een indicatie. En tot slot bleek in de interventiegroep minder te worden verwezen en geëxcideerd. Daar zit, denk ik, de grootste winst: er worden minder onnodige dingen gedaan.'

Vaardigheden onderhouden

Koelink heeft vervolgens onderzocht of gebruik van een dermatoscoop in de huisartsenpraktijk kosteneffectief is. Aangezien er aan het gebruik van de dermatoscoop nauwelijks kosten zijn verbonden terwijl de kans op effectieve diagnostiek toeneemt, concludeert zij daarover positief. Maar: 'Je moet als huisarts geen dermatoscoop aanschaffen alleen maar om te voorkomen dat je die ene melanoom zult missen die je eens per twee jaar in je praktijk ziet. Want je zult je in het werken met een dermatoscoop steeds moeten blijven trainen: je moet het regelmatig doen om je kennis en vaardigheden te onderhouden. Het zou dus goed zijn als één huisarts in een regio of een grote praktijk zich hierin specialiseert, zodat die vaak verdachte plekjes onder ogen krijgt. Dit alles betekent dat je het een leuk en interessant vakgebied moet vinden, anders heb je niets aan zo'n dermatoscoop. Maar als huisartsen zich hierin willen verdiepen, dan denk ik dat dermatoscopie prima in de huisartsenpraktijk kan!'

De eigen praktijk

En hoe zit dat met Koelink zelf, gebruikt zij de dermatoscoop wel eens? 'Ja, regelmatig zelfs. Ik ben nog niet praktijkhoudend en zie dus de patiënten met verdachte plekjes van alle huisartsen in de praktijk. De assistentes weten inmiddels dat ze bij mij moeten zijn als patiënten zich melden omdat ze ongerust zijn over een plekje. Die krijg ik dan ook steeds vaker te zien en in de afgelopen drie maanden heb ik er een of twee melanomen kunnen uitpikken en ook wat basaalcelcarcinomen. Bovendien geef ik samen met twee dermatologen en mijn copromotor nascholingen in dermatoscopie, dus houd ik me er nog volop mee bezig.'

Suggesties voor vervolgonderzoek

In haar proefschrift vermeldt Koelink regelmatig dat vervolgonderzoek nodig of wenselijk is. Kan ze hier een paar voorbeelden van geven? 'Er is nog maar zo belachelijk weinig onderzoek naar dit onderwerp gedaan; dat hele veld ligt nog open! Allereerst moet er meer aandacht voor komen in zowel de basis- als de huisartsenopleiding, want er is veel onzekerheid rond de diagnostiek.

Ook zou je meer willen weten over het gebruik van dermatoscopie. Wat is er nodig aan scholing? Wat is de effectiviteit op langere termijn bij huisartsen die langdurig en frequent de dermatoscoop gebruiken? Dat zou wel eens een beter resultaat kunnen geven dan mijn onderzoek nu liet zien. En hoeveel dermatoscopen zijn dan nodig per regio of huisartsengroep?

Verder zou ik benieuwd zijn of teledermatoscopie nog iets toevoegt, want het zou mooi zijn als je ook foto's van verdachte plekjes aan dermatologen mocht voorleggen en dan feedback kreeg op je diagnostische vaardigheden. Bovendien scheelt ook dat misschien weer een heleboel verwijzingen en dus geld...'

Diagnostische apps

En wat denkt Koelink van de allernieuwste apps, die volgens de berichten adequatere diagnoses stellen dan de huisarts? 'Ik ben nog geen patiënt tegengekomen die zo'n app heeft gebruikt, maar ik ben er op zich niet op tegen. Wel vind ik het bijzonder: als een dermatoloog de foto's al niet durft te beoordelen, hoe moet zo'n appje dat dan doen? Overigens geloof ik wel in het nut van een app als de *Huidmonitor*, waarmee je een moedervlek in de gaten kunt houden door het maken van foto's. Dit adviseer ik zelf ook aan patiënten.'

Na de promotie

De promotie is al meer dan een jaar geleden; wat heeft Koelink in de tijd daarna gedaan? 'Ik heb me eerst een aantal maanden op de huisartsopleiding gericht, want die moest ik nog afronden en er was nu eindelijk even tijd voor opleiding en gezin. Nu ben ik alweer bijna een jaar vooral bezig met huisarts zijn, maar ik begin toch langzaam weer wat dingetjes daarnaast op te pikken, zoals de genoemde trainingen in dermatoscopie.'

En zou Koelink overwegen om ooit weer onderzoek te gaan doen? 'Nou, ik vond het in elk geval wel heel leuk om te doen! En we hebben nu een enorme database opgebouwd rondom dermatoscopie en daar ben ik soms nog wel mee bezig. Een eventueel nieuw onderzoek zou natuurlijk wel op een wat lager pitje moeten dan dit intensieve promotietraject, maar onderzoek blijft me zeker trekken!' ■

Ans Stalenhoef

Marijke Maaskant, Annemieke Stokvis, Mieke Hulshof

Jeuk en blaren bij zwangerschap

Casus
Een 32-jarige vrouw, G2P1 en 31 weken zwanger, wordt door de huisarts naar de dermatoloog verwezen in verband met sinds 3 weken bestaande huiduitslag en jeuk. De huisarts denkt aan urticaria. Sinds twee dagen heeft patiënte ook enkele blaren. Zij heeft een blanco voorgeschiedenis en tijdens de eerste zwangerschap had zij deze huidproblemen niet. Bij lichamelijk onderzoek zijn erythemateuze plaques en papels op de romp, rond de navel en op de benen te zien. Er zijn tevens enkele strakgespannen blaren op de benen. Het histopathologisch en (indirect) immunofluorescentieonderzoek laat een beeld zien dat past bij pemfigoid gestationis. Zij wordt tot het eind van de zwangerschap behandeld met prednison 25 mg, omeprazol 20 mg oraal en triamcinoloncrème 0,1%, waarop de klachten verminderen. De gynaecoloog neemt de verloskundige controles over. Na 38 weken bevalt zij spontaan, zonder complicaties, van een gezonde dochter. Het geboortegewicht is 2540 gram (P10).

BESCHOUWING

Pemfigoid gestationis (synoniem: herpes gestationis) is een zeldzame zwangerschapsdermatose die bij 1 op de 50.000 tot 60.000 zwangerschappen voorkomt.[1,2] De aandoening komt met name voor bij blanke vrouwen en is sporadisch beschreven bij vrouwen met een huidtype 4, 5 of 6 (mediterrane, aziatische, negroïde huid).[3] De pathogenese van deze aandoening is nog niet volledig ontrafeld. Het is een auto-immuunaandoening, waarbij antistoffen worden geproduceerd tegen collageentype XVII, een eiwit dat zowel in de huid als in het amnion voorkomt. Er is een genetische predispositie voor het ontstaan van deze aandoening. Verder zijn er enkele gevallen beschreven waarin deze aandoening verschijnt tijdens de menstruatie en bij gebruik van orale anticonceptie, wat suggereert dat er een hormonale component meespeelt.[2] Er zijn geen andere risicofactoren beschreven.

Zwangeren presenteren zich over het algemeen in het tweede en derde trimester met heftige jeuk, al gauw gevolgd door de aanwezigheid van erythemateuze papels en plaques rond de navel. Daarna verspreidt de dermatose zich snel centrifugaal naar de rest van het lichaam, waarbij ook blaren ontstaan. Met name deze blaren zijn suggestief voor de aandoening.

De diagnose kan worden bevestigd door histopathologisch en immunofluorescentieonderzoek van een huidbiopt. Differentiaaldiagnostisch valt te denken aan polymorfe zwangerschapseruptie, de meestvoorkomende zwangerschapsdermatose. Deze aandoening onderscheidt zich van pemfigoid gestationis doordat zij de periumbilicale regio meestal vrijhoudt en geen blaarvorming vertoont. Verder ontstaat zij meestal in het derde trimester van de eerste zwangerschap. Pemfigoid gestationis kan ook lijken op parapemphigus, dit komt echter voor op latere leeftijd (boven de 50 jaar) en is niet beschreven als zwangerschapskwaal.[2]

Behalve de hierboven beschreven klachten brengt de aandoening voor de zwangere geen risico's met zich mee. Voor de foetus geldt een verhoogd risico op groeivertraging en vroeggeboorte veroorzaakt door placenta-insufficiëntie.[4] Of het lage geboortegewicht van de baby uit onze casus ook veroorzaakt wordt door pemfigoid gestationis of prednisongebruik is niet duidelijk. Behandeling gebeurt met antihistaminica, lokale en systemische corticosteroïden ter bestrijding van de klachten. De enige curatieve behandeling is beëindiging van de zwangerschap. Na de bevalling verdwijnt pemfigoid gestationis meestal volledig, binnen enkele weken tot maanden. Wel kan de aandoening na de bevalling nog enkele malen opvlammen, met name tijdens de menstruatie.[5] Tijdens volgende zwangerschappen is er een verhoogde kans op een recidief.

Leerpunt van deze casus is dat vrouwen bij wie een vermoeden bestaat van pemfigoid gestationis, ter bevestiging van de diagnose nog dezelfde dag naar de dermatoloog verwezen moeten worden, omdat de verdere zwangerschap in dat geval door een gynaecoloog moet worden begeleid. ■

LITERATUUR

1 Lipozenčić J, Ljubojevic S, Bukvić-Mokos Z. Pemphigoid gestationis. Clin Dematol 2012;30:51-5.
2 Semkova K, Black M. Pemphigoid gestationis: current insights into pathogenesis and treatment. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;145:138-44.
3 www.huidziekten.nl/zakboek/huidtypen.
4 Jenkins RE, Hern S, Black MM. Clinical features and management of 87 patients with pemphigoid gestationis. Clin Dermatotol Clin Exp Dermatol 1999;24:255-9.
5 Rook's Textbook of Dermatology, achtste druk. Singapore: Wiley Blackwell, 2010.

Reinier de Graaf Gasthuis, Reinier de Graafweg 3-11, 2625 AD Delft: M.H. Maaskant, aios; dr. A. Stokvis, huisarts; M.M. Hulshof, dermatoloog • Correspondentie: m.h.teeuw@gmail.com • Belangenverstrengeling: niets aangegeven.

KENNISTOETS: VRAGEN

1. **Welke stelling(en) is/zijn correct? (1) Ongeveer 4 op de 10 kinderen met door de huisarts geregistreerd astma hebben in het dossier daadwerkelijk aanwijzingen voor astma. (2) Bij ongeveer 1 op de 4 kinderen met door de huisarts geregistreerd astma was de diagnose astma onwaarschijnlijk.**
   a. Alleen stelling 1 is correct.
   b. Alleen stelling 2 is correct.
   c. Beide zijn correct.
   d. Geen van beide is correct.

2. **Geert, 4 jaar, is verkouden en heeft sinds twee dagen een piepende en zagende ademhaling. Moeder wil graag bloedonderzoek op allergie. Geert heeft geen allergische klachten, in zijn familie komt atopie niet voor. Welke stelling(en) is/zijn correct? (1) Screeningsonderzoek op inhalatieallergenen is in dit geval aangewezen. (2) Een goede reactie op salbutamol maakt de diagnose astma bij Geert waarschijnlijk.**
   a. Beide stellingen zijn correct.
   b. Alleen stelling 1 is correct.
   c. Alleen stelling 2 is correct.
   d. Geen van beide is correct.

3. **In het leergesprek over inspanningsastma zegt de aios dat kinderen minder kwetsbaar zijn voor inspanningsastma als ze hun conditie verbeteren. De opleider zegt dat kinderen een goede bescherming hebben tegen inspanningsastma als ze een goede warming-up en cooling-down doen. Wie heeft/hebben gelijk?**
   a. De aios heeft gelijk.
   b. De opleider heeft gelijk.
   c. Beiden hebben gelijk.
   d. Beiden hebben ongelijk.

4. **Wat is een nadeel van percutane naaldfasciotomie door de huisarts (PNF) ten opzichte van selectieve fasciectomie door de plastisch chirurg bij M. Dupuytren?**
   a. Langzamer herstel.
   b. Hoger complicatierisico.
   c. Het invasieve karakter van de PNF.
   d. Groter risico op een vroeg recidief.

5. **Welke stelling over de ziekte van M. Dupuytren is correct?**
   a. Dupuytren is een fibromatose van de dorsale fascie van de hand en vingers.
   b. De oorzaak van Dupuytren is nog onbekend.
   c. In de Nederlandse bevolking ouder dan 50 jaar heeft ongeveer 1% een kromstand van één of meer vingers door M. Dupuytren.
   d. In de Nederlandse huisartsenpraktijk is de incidentie voor M. Dupuytren ongeveer 0,1/1000 patiëntjaren.

6. **Welke van onderstaande ziektebeelden is geen uiting van dezelfde bindweefselstoornis als M. Dupuytren?**
   a. Ziekte van Peyronie (verkromming van de penis).
   b. Ledderhose-syndroom (knobbeltjes op de voetzolen).
   c. Knuckle pads (verhardingen op de strekzijden van vingers en tenen).
   d. Triggerfinger (lokale zwelling van de handpalm en verminderde buigmogelijkheid).

7. **Verdachte huidafwijkingen zorgen voor een toenemende belasting in de huisartsenpraktijk. Welke stelling is correct?**
   a. Het aantal consulten voor verdachte huidafwijkingen stijgt jaarlijks met 7%.
   b. In 2010 was bij verdachte huidafwijkingen de benigne/maligne-ratio 20:1.
   c. Ongeveer 25% van alle consulten voor verdachte huidafwijkingen wordt verwezen.
   d. De laatste jaren wordt bij 20% van de patiënten met verdachte huidafwijkingen kleine chirurgie toegepast.

8. **Een manier om moedervlekken te beoordelen is de ABCDE-regel. Elke letter staat voor een kenmerk dat de kans op een melanoom vergroot. Welk van ondergenoemde kenmerken staat niet in de ABCDE-regel?**
   a. A staat voor Asymmetry (het niet symmetrisch zijn van de moedervlek);
   b. B voor Border (rand);
   c. C voor Consistency (consistentie, hardheid);
   d. D voor Diameter (doorsnede, grootte);
   e. E voor Evolution (verandering).

9. **Mehmet, 2 jaar, heeft een 'Tierfell-naevus' op zijn rug. De huisarts zegt tegen moeder dat (1) het risico op kwaadaardige verandering toeneemt naarmate de plek groter is en (2) dat kwaadaardige verandering bij dit soort moedervlekken met name optreedt na het 20ste levensjaar.**
   a. Beide stellingen zijn correct.
   b. Alleen stelling 1 is correct.
   c. Alleen stelling 2 is correct.
   d. Geen van beide is correct.

10. **Mevrouw Verschoor is een blanke Curaçaose van 34 jaar. Zij komt vanwege een jeukende en groeiende moedervlek op haar rug. Haar voorgeschiedenis vermeldt het dysplastisch naevussyndroom. De kans op een maligne melanoom is vergroot door:**
    a. het dysplastisch naevussyndroom;
    b. jeuk aan de bewuste naevus;
    c. jarenlang verblijf in de tropen;
    d. alle bovenstaande factoren.

De toetsvragen zijn gebaseerd op artikelen uit dit nummer van Huisarts & Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 452.

Ester Wesseling

ARNi's: nieuwe medicatie bij hartfalen?

INLEIDING

Van angiotensine converterende enzymremmers (ACE-remmers) en angiotensine receptorblokkers (ARB's) is bekend dat zij een gunstig effect hebben bij hartfalen. ARNi's (Angiotensine Receptor Neprilysine inhibitors) zijn nieuwe receptorblokkers, die de neprilysine-receptoren blokkeren in combinatie met ACE-remmers of ARB's. Neprilysine is het enzym dat verantwoordelijk is voor de afbraak van biologische ACE-remmers (natriuretische peptiden, bradykinine en adrenomedulline). Door deze afbraak te remmen ontstaat een verminderde vasoconstrictie en natriumretentie. In het PARADIGM-HF-onderzoek is gekeken naar het effect op de progressie van hartfalen.

ONDERZOEK

Design Het onderzoek heeft een dubbelblinde opzet en vergelijkt het effect van de ARNi LCZ696 (400 mg = sacubitril (AHU377) + valsartan 320 mg) met de ACE-remmer enalapril (20 mg/dag), bij patiënten die de cardioloog bezoeken met mild tot matig systolisch hartfalen (HF-REF). Deze patiënten vallen in NYHA-klasse II-IV, hebben een ejectiefractie < 35-40, BNP ≥ 150 pg/ml of NTproBNP ≥ 600 pg/ml. Bij aanvang van het onderzoek is in een 2 maal 2 weken durende proefperiode bekeken of de patiënten (10.521 uit 47 landen) beide middelen verdragen. Daarna vond dubbelblinde randomisatie plaats (8399 patiënten geïncludeerd, 4187 LCZ696, 4212 enalapril). Bij deze analyse keken de onderzoekers naar een aantal kenmerken die passen bij progressie van hartfalen (verslechtering NYHA-klasse, meer medicatie of interventies voor hartfalen, meer symptomen, beoordeling via spoedeisende hulp, verslechtering biomarkers). Het aantal doden en ziekenhuisopnames gerelateerd aan hartfalen werd bijgehouden.

Resultaten Het onderzoek is, in verband met een significant betere overleving in de LCZ696-groep, na 27 maanden vervroegd afgebroken. Tijdens het onderzoek zijn 835 (7,5%) patiënten overleden in de enalapril-groep tegen 711 (6%) in de LCZ696-groep (sterftereductie van 6%). Als gekeken wordt naar overlijden + opname bedraagt de reductie 12,6% ten gunste van de LCZ696-groep (2093 versus 1892 patiënten). Op alle fronten zijn de resultaten in de LCZ696-groep gunstiger, met minder progressie van hartfalen, minder benodigde aanvullende medicatie, 30% minder beoordelingen op de spoedeisende hulp, minder opnames voor exacerbaties hartfalen, 15,6% minder ziekenhuisopnames, 16% minder cardiovasculaire opnames, 23% minder opnames voor hartfalen, 22% minder transplantaties en/of plaatsingen van cardiale devices. Bij 4-8-12 maanden follow-up is er daarentegen steeds sprake van meer achteruitgang in NYHA-klasse bij de enalapril-groep. Het verschil is ook meetbaar op het niveau van biomarkers (plasma-BNP en cyclisch GMP in urine zijn hoger, NTproBNP en atropine meetbaar lager).

Conclusie van de auteurs Bij HF-REF met milde tot matige symptomen veroorzaakt gecombineerde remming met LCZ696 ten opzichte van enalapril een verminderde overall en cardiovasculaire mortaliteit en minder achteruitgang van hartfalen. Deze resultaten zijn opvallend. Daarnaast overlijdt in de enalapril-groep een groter aantal van de ziekste mensen, wat een preferente exclusie geeft van de hoogrisicopatiënten. Zelfs bij de overblijvende patiënten, met relatief milder hartfalen, was het verschil in resultaten op alle fronten significant. Hierdoor zou een onderschatting kunnen optreden van het ware verschil in superioriteit van het nieuwe middel.

INTERPRETATIE

Dit onderzoek is zeer veelbelovend voor de toekomst van patiënten met hartfalen, maar voorlopig is het spannend of LCZ696 even effectief zal blijken op de lange termijn en in de dagelijkse praktijk. Ook in de huisartsenpraktijk hebben wij te maken met patiënten met mild tot matig hartfalen. Opvallend is dat dit onderzoek is uitgevoerd onder patiënten die gevoelig zijn voor de geteste medicatie en er weinig bijwerkingen van ondervinden. Degenen voor wie dit niet gold, zijn al voor de randomisatie afgevallen. Daarnaast betreft het onderzoek patiënten met systolisch (HF-REF-)hartfalen, terwijl de meeste patiënten met wie wij als huisartsen te maken krijgen, de oudere hypertensie- en diabetespatiënten zijn die op latere leeftijd diastolisch (HF-PEF-)hartfalen krijgen. Onderzoek naar het effect van LCZ696 op deze vorm van hartfalen is nog gaande (PARAMOUNT). Jammer genoeg is het onderzoek aan alle kanten gesponsord, waardoor de resultaten farmaceutisch gekleurd zijn. De vraag blijft wat het resultaat geweest zou zijn als: enalapril, net als valsartan, maximaal gedoseerd was; de neprilysine receptorblokker gekoppeld was aan enalapril (dit geeft mogelijk een te hoog risico op angio-oedeem) en dit met enalapril was vergeleken; valsartan vergeleken was met LCZ696. Zijn hier kortom appels met peren vergeleken? ■

LITERATUUR

1 Packer M, McMurray JJ, Desai AS, Gong J, Lefkowitz MP, Rizkala AR, et al. Angiotensin receptor neprilysin inhibition compared with enalapril on the risk of clinical progression in surviving patients with heart failure. Circulation 2015;131:54-61.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Kamer Na 1810, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: E. Wesseling, huisarts en kaderhuisarts hart- en vaatziekten, vakinhoudelijk docent • Correspondentie: e.wesseling@erasmusmc.nl

Rob Essink

Generieke geneesmiddelen, wat vinden we ervan?

INLEIDING

Doelmatig voorschrijven is belangrijk bij het beheersen van de zorgkosten. Daarom is al in 1996 door het IVM en de LHV het project Voorschrijven op Stofnaam uitgevoerd en voeren de zorgverzekeraars sinds 2008 een preferentiebeleid. Dit heeft er – samen met het verlopen van octrooien van veel voorgeschreven geneesmiddelen – toe geleid dat het percentage afgeleverde generieke geneesmiddelen van 28% in 1995 is gestegen naar 63% in 2011.[1] Naar schatting is door het preferentiebeleid in 2013 bijna 900 miljoen euro bespaard op de geneesmiddelkosten.[2]

De laatste tijd worden er kanttekeningen bij dit beleid geplaatst. Het preferentiebeleid leidt tot leveringsproblemen, en het omzetten van patiënten van een merkgeneesmiddel naar een generieke variant of andersom of van een generiek middel naar een ander generiek middel kan tot verwarring leiden bij de patiënt en vergroot daardoor de kans op therapieontrouw.[3,4] Aan de andere kant blijkt uit een Zweeds onderzoek dat generieke substitutie ook kan leiden tot hogere therapietrouw (generieke substitutie is het onderling vervangen van geneesmiddelen met dezelfde stof, dezelfde sterkte en dezelfde farmaceutische vorm).[5] Verder komen generieke geneesmiddelen soms slecht in het nieuws (generieke geneesmiddelen van Ranbaxy in 2014, die van GVK Biosciences begin 2015).

Een belangrijke voorwaarde om dit uit kostenoogpunt zeer succesvolle beleid te continueren is dat er voor generieke geneesmiddelen en generieke substitutie draagvlak blijft bij voorschrijvers, apothekers en patiënten. Hoe dit draagvlak onder Nederlandse artsen is, is niet bekend. Wel is er onlangs in Ierland, in het kader van nieuw overheidsbeleid waarin generieke substitutie sterk wordt gestimuleerd, onderzoek gedaan naar de acceptatie van generieke geneesmiddelen door huisartsen.[6]

ONDERZOEK

Design Bij een representatief cohort van 34 huisartsen in Zuid-Ierland werden tussen juni en augustus 2012 interviews afgenomen. Deze waren semigestructureerd en eindigden met 16 stellingen waarbij de huisarts kon kiezen uit een van de volgende vijf antwoordcategorieën: helemaal mee eens, eens, neutraal, oneens, helemaal oneens.

Resultaten Van de 34 huisartsen schreven er 30 actief generieke geneesmiddelen voor. De meeste artsen vonden generieke geneesmiddelen even effectief en van dezelfde kwaliteit als merkgeneesmiddelen. Wel ontvingen 32 van de 34 huisartsen van patiënten klachten over de werking van generieke geneesmiddelen. Eenderde van de huisartsen ontving ook klachten over andere of toegenomen bijwerkingen. Als de patiënt per se een merkgeneesmiddel wil, willigen 28 huisartsen deze wens in. Tweederde van de huisartsen zou als hun eigen arts een generiek geneesmiddel zou voorschrijven daar niets op tegen hebben, 1 op de 7 huisartsen zou het merkgeneesmiddel prefereren, ook al is het veel duurder. Eenachtste van de huisartsen denkt dat generieke geneesmiddelen van mindere kwaliteit zijn en een risico kunnen zijn voor de patiëntveiligheid.

Conclusie van de auteurs Onder Ierse huisartsen is er draagvlak voor generieke geneesmiddelen en substitutie. Wel hebben zij zorgen over de ervaringen van patiënten met generieke geneesmiddelen en over de kwaliteit van deze middelen. Om te zorgen dat het nieuwe overheidsbeleid een succes wordt, is het belangrijk dat de Ierse bevolking wordt voorgelicht over generieke geneesmiddelen, dat huisartsen weten aan welke kwaliteitseisen een generiek geneesmiddel moet voldoen en dat de overheid erop toeziet dat ze van goede kwaliteit zijn.

INTERPRETATIE

Iedere huisarts zal zich herkennen in deze problematiek, maar het is goed te beseffen dat dit kwalitatief onderzoek bij relatief weinig huisartsen is gedaan. De omvang van de geschetste problematiek is niet gekwantificeerd. Het is te verwachten dat Nederlandse huisartsen de 16 stellingen enigszins anders zullen beantwoorden en dat kwantificering van de geschetste problematiek in Nederland tot andere resultaten zal leiden dan in Ierland. Het gebruik van generieke geneesmiddelen en generieke substitutie staat in Ierland nog in de kinderschoenen. In 2011 was 63% van alle afgeleverde geneesmiddelen in Nederland een generiek geneesmiddel. In Ierland was dat 18%.[7] Ierland loopt hiermee dus ruim 20 jaar achter op Nederland.

Ten slotte, op basis van de jarenlange ervaring met generieke geneesmiddelen en substitutie komt er in 2016 een richtlijn over geneesmiddelensubstitutie waarin zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties op basis van evidence vaststellen welke geneesmiddelen niet gesubstitueerd mogen worden.[8] Het zou goed zijn als de richtlijn ingaat op de begeleiding die de patiënt moet krijgen als een geneesmiddel wordt gesubstitueerd. ■

LITERATUUR

1 SFK. Meer generiek voor minder. Pharm Weekbl 2013;148:30 mei 2013. www.sfk.nl.
2 Zorginstituut Nederland. GIPeilingen 2013. Oktober 2014. www.zorginstituutnederland.nl.
3 SFK. Leveringsproblemen houden aan. Pharm Weekbl 2014;149:8 mei 2014. www.sfk.nl.
4 KNMP. Handleiding Geneesmiddelsubstitutie. Den Haag: KNMP, 2013.
5 Henrik T, Andersson Sundell K. Effects of generic substitution on refill adherence to statin therapy: a nationwide population-based study. BMC Health Serv Res 2014;14:626.
6 Dunne SS, Shannon B, Cullen W, Dunne CP. Beliefs, perceptions and behaviours of GP´s towards generic medicines. Fam Pract 2014;31:467-74.
7 OECD. Health at a Glance 2013: OECD Indicators, OECD Publishing. www.oecd.org.
8 Croon M, El Kaka I. Professionele Standaard sluit zorg op maat niet uit. Pharm Weekbl 2015;150:30-1.

Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM), Churchilllaan 11, 3527 GV Utrecht: R.T.G.M. Essink, apotheker MPH • Correspondentie: r.essink@medicijngebruik.nl

Marjan Lange

Helpt magnesium tegen spierkrampen bij ouderen?

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

Vraagstelling Spierkrampen zijn spontaan optredende, pijnlijke samentrekkingen van de spieren. Ouderen hebben hier vaak last van. Van patiënten ouder dan 50 jaar heeft 30% in de afgelopen twee maanden spierkramp gehad en 40% had dit minstens driemaal per week. Spierkrampen moeten niet worden verward met het *restless legs*-syndroom. Patiënten met dit syndroom hebben geen pijn, patiënten met spierkrampen wel. Waarschijnlijk speelt een stoornis in het lagere motorische neuron of de axonale vertakkingen daarvan een rol bij het ontstaan van spierkramp. Omdat magnesium de neuromusculaire prikkeloverdracht lijkt te verminderen, zou de stof van invloed kunnen zijn op spierkrampen. Tot nu toe is alleen van kinine enig effect aangetoond bij de behandeling van spierkramp. De NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Nachtelijke spierkrampen in de benen (2009) adviseert kinine alleen voor te schrijven bij ernstige klachten vanwege frequent optredende, soms ernstige, bijwerkingen. Magnesium, in de vorm van magnesiumzouten, is zonder recept beschikbaar en wordt gebruikt om spierkrampen te verminderen. Wij zochten in de literatuur naar onderzoeken om na te gaan in hoeverre het effect van magnesium bij spierkrampen is aangetoond.

Zoekstructuur We zochten (april 2015) in PubMed met de zoekopdracht 'Muscle Cramp'[Mesh] AND magnesium met Filters activated: Clinical Trial, Meta-Analysis, Systematic Reviews, English.

Resultaten We vonden een geschikte Cochrane-review uit 2012, maar geen nieuwe RCT's daarna. De Cochrane-review analyseert zeven RCT's. Vier daarvan gaan over idiopathische spierkrampen, de overige drie over spierkrampen bij zwangeren. De vier RCT's zijn allemaal placebogecontroleerd. De krampen werden geregistreerd met behulp van een dagboek. De gemiddelde leeftijd was 64,8 jaar. Het minimale aantal spierkrampen was zes tot acht per maand. Frusso (1999): 45 patiënten uit de eerste lijn werden behandeld met oraal magnesiumcitraat 2 dd 900 mg of placebo. De primaire uitkomst is afname van het aantal spierkrampen. Er werd geen statistisch significant verschil tussen beide groepen gevonden. Garrison (2011): 46 patiënten uit de eerste lijn werden behandeld gedurende vijf dagen met magnesiumsulfaat 5 gram per infuus of placebo. De primaire uitkomst is vermindering van het aantal krampen per week vergeleken met baseline. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden. Roffe (2002): 73 deelnemers werden behandeld met oraal magnesiumcitraat 1 dd 300 mg of placebo gedurende zes weken. De primaire uitkomst is het aantal krampen. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden. Opvallend was dat er qua beleving wel een verschil was: 78% van de magnesiumgebruikers voelde zich beter tegen 54% van de placebogebruikers. Rosenbaum (2011): 40 deelnemers werden gedurende 30 dagen behandeld met oraal magnesiumlactaat 2 dd 168 mg versus placebo. De primaire uitkomst was het aantal krampen vergeleken met baseline. Er werd geen statistisch significant verschil gevonden.

Bespreking De resultaten van de onderzoeken zijn moeilijk te interpreteren gezien het geringe aantal deelnemers. De gemiddelde leeftijd in de onderzoeken was tussen 60 en 70 jaar. In hoeverre de uitkomsten gelden voor 75-plussers is niet duidelijk. De kwaliteit van alle onderzoeken wordt als gemiddeld beoordeeld. De randomisatie wordt niet duidelijk beschreven. Bij Garrison was de blindering onvoldoende. Deelnemers die magnesium per infuus kregen, voelden een prikkend gevoel, in tegenstelling tot de placebogroep. Bij Roffe was de blindering niet duidelijk beschreven, was er geen *wash out*-periode en was het aantal uitvallers groot, namelijk 37%. Bij Rosenbaum was slechts een deel van de onderzoeksgegevens beschikbaar. Er zijn geen statistisch significante verschillen in bijwerkingen tussen de interventie- en controlegroepen. In de vier onderzoeken wordt behandeling in verband met bijwerkingen zelden gestaakt.

Conclusie Het is onwaarschijnlijk dat magnesium het aantal nachtelijke spierkrampen bij ouderen vermindert. In één RCT komt naar voren dat bij de magnesiumgebruikers significant vaker sprake is van een subjectieve verbetering. De klinische betekenis hiervan is niet duidelijk. In twee RCT's is er een kleine objectieve vermindering van de krampen door magnesium aangetoond, maar dit verschil is niet statistisch significant.

Betekenis Op basis van vier RCT's van gemiddelde kwaliteit kan niet aangetoond worden dat het gebruik van magnesium een gunstige invloed heeft op spierkrampen wat betreft aantal, duur en intensiteit. Er is dus geen onderbouwing voor het geven van magnesium bij ouderen met spierkrampen. ■

LITERATUUR

1 Garrison SR, Allan G M, Sekhon RK, Musini VM, Khan KM. Magnesium for skeletal muscle cramps. Cochrane Database Syst Rev 2012;9:CD009402.
2 Verduijn MM, Folmer H, Draijer LW. NHG-Farmacotherapeutische richtlijn Nachtelijke spierkrampen in de benen. Huisarts Wet 2008;8:491-5.

Huisartsenpraktijk Schopenhauerweg 72, 3076 DT Rotterdam: M. Lange, huisarts, kaderarts Ouderengeneeskunde in opleiding • Correspondentie: marjanlange@planet.nl

Elsbeth de Vries, Otto Maarsingh

Epley effectief bij behandeling BPPD

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

Context Benigne Paroxysmale Positie Duizeligheid (BPPD) is de belangrijkste oorzaak van draaiduizeligheid in de huisartsenpraktijk. BPPD betreft meestal canalithiasis van het posterieure semicirculaire kanaal. Met de in de spreekkamer uit te voeren Epley-manoeuvre kan de huisarts het debris zodanig verplaatsen met als doel de draaiduizeligheid te verminderen.
Klinische vraag Wat is de effectiviteit van de Epley-manoeuvre bij de behandeling van BPPD van het posterieure semicirculaire kanaal?
Conclusie auteurs In deze update van een Cochrane-review uit 2007 (11 RCT's, n = 745) concluderen de auteurs dat de Epley-manoeuvre een veilige, effectieve behandeling voor BPPD is. Vergeleken met een imitatiemanoeuvre dan wel geen behandeling resulteert toepassing van de Epley-manoeuvre bij significant meer patiënten in volledig herstel van de duizeligheid (OR 4,42; 95%-BI 2,62 tot 7,44; 5 onderzoeken, n = 273). Ook conversie van een positieve naar een negatieve Dix-Hallpike kiepproef kwam significant vaker voor bij de Epley-manoeuvre (OR 9,62; 95%-BI 6,0 tot 15,42; 8 onderzoeken, n = 507). De Epley-manoeuvre bleek even effectief als de manoeuvres van Semont en Gans (n = 117 en n = 58), maar superieur aan de door de NHG-Standaard aanbevolen oefeningen volgens Brandt-Daroff (OR 12,38; 95%-BI 4,32 tot 35,47; n = 81). Als bijwerkingen werden misselijkheid (16,7% tot 32%) en nekklachten (enkele patiënten, niet nader gespecificeerd) vermeld.
Beperkingen Bij vier onderzoeken was de uitkomstmaat gebaseerd op zelfrapportage, wat kan leiden tot overschatting van het effect. Vijf onderzoeken gaven geen gedetailleerde informatie over de randomisatieprocedure, bij één onderzoek waren de effectbeoordelaars niet geblindeerd, twee onderzoeken gaven geen informatie over de blindering en één onderzoek liet mogelijk resultaten achterwege bij de rapportage. Dergelijke tekortkomingen kunnen leiden tot vertekening van de uitkomsten (bias).

COMMENTAAR

Zes nieuw toegevoegde onderzoeken (n = 463) zorgen voor een waardevolle update van de review uit 2007. De nieuwe gegevens bekrachtigen de eerdere conclusies, die gebaseerd waren op kleinschalig onderzoek.

De follow-upduur varieert in 10 onderzoeken van 2 tot 4 weken. Eén onderzoek springt eruit met een follow-upduur van 48 maanden; het betreft echter alleen gegevens van de interventiegroep. De relatief beperkte follow-upduur laat niet toe een uitspraak te doen over het effect van de Epley-manoeuvre op de lange termijn, dus over de recidiefkans en ernst van de klachten bij recidief.

De onderzoekspopulatie bestond uit patiënten van 18 tot 90 jaar; een leeftijdscategorie vergelijkbaar met die van de patiënten die een huisarts in de praktijk ziet. Echter, slechts twee van de elf geïncludeerde onderzoeken betroffen patiënten in de huisartsenpraktijk; het merendeel vond plaats in specialistische centra. Er werd niet aangegeven in welke mate de (huis)artsen ervaring hadden met de uitvoering van de manoeuvre, waardoor het belang van klinische ervaring onduidelijk is. De auteurs spreken van een veilige behandelmethode. De rapportage van nekklachten is echter onvoldoende gedocumenteerd.

De Epley-manoeuvre is een nauwkeurig gedefinieerde handgreep, die relatief eenvoudig eigen te maken is. De handeling omvat een reeks van 4 bewegingen van hoofd en lichaam. De verrichting neemt hooguit 2 minuten in beslag en is eenvoudig te leren (instructie: https://www.youtube.com/watch?v=mx1VoQtDquc). De eenvoud en effectiviteit van de interventie (hoogste Level of Evidence volgens the Centre for Evidence-Based Medicine; http://www.cebm.net/ocebm-levels-of-evidence) maken de Epley-manoeuvre zeer geschikt voor toepassing in de huisartsenpraktijk. De huisarts kan zowel patiënten met chronische klachten als patiënten met recent ontstane klachten al bij de eerste presentatie behandelen met de Epley-manoeuvre.

Onze huidige richtlijn (de NHG-Standaard Duizeligheid) dateert van 2002 en is gebaseerd op de eerste versie van de Cochrane-review (2002). De standaard adviseert een afwachtend beleid vanwege het doorgaans gunstige beloop van BPPD en beveelt therapeutische manoeuvres niet aan. Volgens noot 31 van de standaard heeft de huisarts weinig mogelijkheden om de Epley-manoeuvre toe te passen en zo vaardigheid te ontwikkelen en te houden. De manoeuvre wordt als optie voorbehouden aan de huisarts met extra belangstelling en vaardigheid.

Met de inzichten van deze update lijkt een prominentere rol voor de Epley-manoeuvre goed te verdedigen en zou er – in het verlengde daarvan – geen plek meer moeten zijn voor de door de NHG-Standaard aanbevolen Brandt-Daroff-oefeningen. Bij herziening van de standaard moet een directe behandeling met de Epley-manoeuvre door de huisarts benadrukt worden, ongeacht de duur van de klachten. ■

LITERATUUR

1 Hilton MP, Pinder DK. The Epley (canalith repositioning) manoeuvre for benign paroxysmal positional vertigo (Review). Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD003162.

VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam: dr. O.R. Maarsingh, huisarts-onderzoeker; E.I. de Vries, huisarts • correspondentie: o.maarsingh@vumc.nl

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

ZORGATLASSEN 'LONGZIEKTEN' EN 'INHALATIE-INSTRUCTIES'

Vroegop JS, Klemmeier TJ. Zorgatlas Longziekten. Beuningen: Esculaap Media BV, 2013, 36 pagina's, prijs € 49,95. ISBN 9789082081817, www.zorgatlas.com.

Hagedoorn P, Klemmeier TJ. Zorgatlas Inhalatie-instructies, Beuningen: Esculaap Media BV, 2014, 41 (uitneembare) pagina's, prijs € 39,95. ISBN 9789491984037.

Doelgroep Deze atlassen zijn bedoeld voor zorgverleners in ziekenhuizen en huisartsenpraktijken om te gebruiken bij hun uitleg aan patiënten met longaandoeningen.
Inhoud De *Zorgatlas Longziekten* is een relatief grote atlas (21 x 30 cm) met dikke kaft, en pagina's met gekleurde illustraties en begeleidende tekst. De eerste zes pagina's gaan over de anatomie, de volgende vier over de fysiologie (gaswisseling en ademhaling) en de laatste 24 over longaandoeningen (waaronder astma, COPD, longembolie en longkanker).
De *Zorgatlas Inhalatie-instructies* heeft hetzelfde formaat en bevat geïllustreerde protocollen voor inhalatie-instructies voor de meestvoorkomende inhalatoren en voor elke inhalator een uitneembare (nabestelbare) patiëntenkaart. De protocollen zijn geproduceerd in een samenwerkingsverband van de Long Alliantie Nederland (LAND) en de Stichting Inhalatie Medicatie Instructie School (IMIS).
Oordeel De *Zorgatlas Longziekten* kan gebruikt worden bij uitleg over longaandoeningen, maar het nut lijkt beperkt. De atlas is stug te hanteren en de illustraties zijn mooi, maar de beelden van het longweefsel lijken (zeker voor een leek) veel op elkaar. Waarschijnlijk biedt het boek weinig voordeel boven de informatie op Thuisarts.nl, al zijn de illustraties van de atlas mooier, ook omdat de patiënt deze online zelf kan nalezen. Thuisarts.nl biedt bovendien meer informatie en ook filmpjes.
De *Zorgatlas Inhalatie-instructies* heeft mooi geïllustreerde protocollen, maar omdat er per inhalator maar één patiëntenkaart is, is een abonnement onontkoombaar. Het is wat lastig zoeken naar de verschillende inhalatoren die niet allemaal op alfabet gerangschikt zijn. De meeste protocollen en instructies worden ook mooi, volledig en printbaar weergegeven op www/inhalatorgebruik.nl (ook van de LAN). Hier zijn de illustraties weliswaar niet in kleur, maar net zo compleet en aangevuld met filmpjes. Beide atlassen kunnen liggend of als tafelstandaard gebruikt worden. De atlassen bevatten mooie illustraties, maar lijken weinig toe te voegen aan gratis voor het publiek toegankelijke sites waar het makkelijk zoeken en nalezen is.

Lidewij Broekhuizen

Waardering: ● ●

DE BEPERKINGEN VAN HET OUDER WORDEN

Gawande A. Being mortal. Illness, medicine and what matters in the end. New York: Metropolitan Books, 2014. 282 pagina's. € 22. ISBN 978-08-0509-5159. Nederlandse vertaling: Atul Gawande. Sterfelijk zijn. Amsterdam: Nieuwezijds BV, 2015. € 21,95. ISBN 10-905-7124-386.

Inhoud Atul Gawandes nieuw verschenen boek gaat over de worsteling van betrokkenen met de beperkingen van het ouder worden. Als we maar doorgaan met behandelen en niet bespreken met de patiënt dat het levenseinde in zicht is, doen we het als dokters niet goed.

Gawande begint zijn boek met: 'Ik heb veel geleerd tijdens mijn opleiding geneeskunde maar niets over het omgaan met het einde van het leven, over het sterven en de dood.' Hij illustreert zijn betoog met casusbeschrijvingen uit zijn familie, vriendenkring en praktijk. Hij maakt duidelijk hoe kinderen voor hun ouders een verpleeghuis uitzoeken op veiligheid en hygiëne, niet op de wensen van ouders.

Ook in Amerika ontstaan er initiatieven om alternatieve verpleeghuiszorg te bieden. Bijvoorbeeld *Assisted living* een initiatief van dokter Thomas, die in de verpleeghuiszorg dieren introduceerde met een geweldig vitaliserend effect op de bewoners.

Palliatieve zorg, in Amerika zowel in het hospice als thuis gegeven, maakt de laatste fase van het leven voor veel beschreven patiënten leefbaar. Gawande heeft er geen moeite mee dat symptoombestrijding het leven kan verkorten. Maar hij is — als Amerikaan van Indiase komaf — geen voorstander van euthanasie. 'Ons ultieme doel is geen goede dood, maar een goed leven tot aan het eind'...

Als zijn vader, ook arts, in het cervicale ruggenmergkanaal een tumor heeft, raadpleegt deze twee experts. Mooi is de beschrijving van het verloop van de consultatie bij die twee verschillende specialisten; de uiteindelijke keuze wordt bepaald door de communicatie waarbij de arts in overleg met de patiënt op zoek gaat naar de behandeling die bij zijn leven en zijn ziekte past. Ten slotte beleeft vader met hospicezorg thuis een goede terminale fase. Gawande beschrijft mooi dat het vaak anders gaat dan verwacht.

Oordeel Het boek is een must voor alle dokters. Gawande beweegt gemakkelijk van de (boeiende) casus naar een abstracter niveau en weer terug. ■

Betty Meyboom-de Jong, Florien van Hees

Waardering: ●●●●

Uw diagnose

Een man van 24 komt op het spreekuur, omdat hij verschillende lichtschilferende plekken op zijn lichaam heeft die enigszins jeuken. Wat is uw diagnose?

a. Tinea corporis
b. Psoriasis guttata
c. Pityriasis rosea
d. Lichen planus

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

Fotoquiz van de maand augustus

Foto: Maurice Sterckx, Noorderwijk

Foto's gezocht

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

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1 a
Pouwelse ML, Van der Meer V, Van den Boogaard M, Hugen C, Merkus P, Van den Bemt L. Astma bij kinderen: hoe zeker is de diagnose? Huisarts Wet 2015;58:402-5.

2 d
Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, Van Hensbergen W, Steenkamer TA, Uijen JHJM, et al. NHG-Standaard Astma bij kinderen (derde herziening). www.nhg.org.

3 c
Thio BJ. Kinderen met inspanningsastma. Huisarts Wet 2003;46:153-4. www.longfonds.nl.

4 d
Bekkering GM, Wubbels SPA, Meijer GMP, Schermer TRJ. Behandeling van contracturen van Dupuytren. Huisarts Wet 2015;58:406-12.

5 b
Bekkering GM, Wubbels SPA, Meijer GMP, Schermer TRJ. Behandeling van contracturen van Dupuytren. Huisarts Wet 2015;58:406-12.
Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, et al. NHG-Standaard Hand- en polsklachten. www.nhg.org.

6 d
Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, redactie. Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Zesde druk. Amsterdam: Reed Business, 2013.

7 a
Koelink CJL, Kollen BJ, Groenhof F, Van der Meer K, Van der Heide WK. Steeds meer verdachte huidafwijkingen bij de huisarts. Huisarts Wet 2015;58:414-6.

8 c
Een melanoom als lelijk eendje. Huisarts Wet 2005;43:384. http://www.huidziekten.nl/folders/nederlands/melanoom.htm.

9 b
Sillevis Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink ThM, Van der Horst HE. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. Negende geheel herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R, redactie. Dermatologie en Venereologie. Derde druk. Maarssen: Elsevier, 2000.

10 d
CBO-richtlijn melanoom van de huid, 2005.
Een melanoom als lelijk eendje. Huisarts Wet 2005;43:384.

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

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

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

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

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

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

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

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

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

ISSN 0018-7070

Heb ik iets aan het PGD?

Het Persoonlijk gezondheidsdossier staat volop in de belangstelling, maar is het wel duidelijk waar we het nou precies over hebben? Volgens de NPCF gaat het om een digitaal dossier waarin de patiënt zijn medische gegevens binnenhaalt en zijn eigen persoonlijke aantekeningen toevoegt. Zo heeft hij zijn gegevens altijd bij zich en kan hij deze naar eigen keuze ter beschikking stellen aan hulpverleners.
Echter, het echte PGD bestaat nog niet, dus hebben we het vooralsnog alleen maar over een concept. Bij het NHG onderzoeken we of bepaalde gegevens uit het HIS zijn te importeren in de Thuisarts.nl-app. Daarop kan de patiënt persoonlijke aantekeningen maken, dus hiermee lijken we al een vroege versie van het PGD te benaderen.

Volgens mij is het ook handig voor onszelf als de patiënt bij zijn gegevens kan,

mits het lukt om de privacy voldoende te waarborgen. Ook moet eerst helder zijn welke onderdelen van het medisch dossier we al dan niet kunnen delen: persoonlijke medische gegevens wel maar informatie over anderen en persoonlijke werkaantekeningen van artsen niet. Afspraken die we met de patiënt maken als onderdeel van het individueel zorgplan kunnen ook onderdeel zijn van het PGD.
Een deel van de door de patiënt opgeslagen informatie kan ook voor ons nuttig zijn, maar wel moet bepaald worden wat al dan niet relevant is. Als ik soms met een schuin oog de lijstjes met zelfgemeten bloeddrukken bekijk en daarvan een soort gemiddelde noteer, dan denk ik: dat kan beter! Zo zou het PGD bijvoorbeeld een gemiddelde van de bloeddrukken of nuchtere bloedsuikers over de laatste maand kunnen bepalen en die op verzoek naar het HIS kunnen sturen. Maar welke onderzoeker wil eens nagaan hoe valide deze gegevens dan zijn, zodat we die juist kunnen interpreteren?

Rob Dijkstra

Nu al zes boeken over protocollaire zorgverlening!

Vorige maand kon u al lezen over de verschijning van het nieuwe boek *Protocollaire ouderenzorg*. Het nieuws van deze maand is dat de tabellen in het e-boek bij *Protocollaire wondzorg* zijn aangepast en dat er een toelichting is toegevoegd.
Bent u ook enthousiast over de boeken of heeft u misschien waardevolle tips? Laat het ons vooral weten!

Alle boeken over protocollaire zorgverlening kunt u bestellen bij de NHG-webwinkel. De prijzen voor NHG-leden en praktijkondersteuners met een NHG-account variëren van € 25,13 tot € 27,93; niet-leden betalen € 35,90 tot € 39,90. In deze prijzen is ook begrepen de toegang tot de digitale bestanden (protocollen, voorbeeldbrieven, formulieren et cetera) die bij de boeken horen.

Bij alle onderwerpen van de boeken – behalve bij GGZ en wondzorg - zijn inmiddels ook e-learnings voor huisarts en praktijkondersteuner uitgebracht.

Uw mening telt!
De boeken over protocollaire zorgverlening blijken in een behoefte te voorzien, want er worden vele exemplaren van verkocht. Toch zijn er wellicht mogelijkheden voor verbetering. Heeft u misschien suggesties of opmerkingen? Die zijn bij het NHG altijd welkom. U kunt ze richten aan info@nhg.org.

De nieuwe richtlijn *POCT in de huisartsenzorg*

De huisartsenpraktijk maakt steeds vaker gebruik van *point of care testing* (POCT), reden om een richtlijn op te stellen voor een juist en veilig gebruik ervan. De richtlijn gaat in op de praktijkorganisatie en biedt handvatten voor een verantwoorde toepassing van POCT.

Steeds meer zelf...
In 4% van alle huisartsencontacten vindt laboratoriumonderzoek plaats, vooral bloed- en urineonderzoek. Steeds vaker voert de huisartsenpraktijk dergelijke onderzoeken zelf uit, bijvoorbeeld urinestriponderzoek en Hb- en glucosebepalingen. Maar ook stijgt het aantal D-dimeer- en CRP-bepalingen dat in de huisartsenpraktijk plaatsvindt. Bovendien bevatten enkele NHG-Standaarden inmiddels aanbevelingen voor POCT.

Om een goede kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te kunnen garanderen, geeft de richtlijn aanbevelingen voor:
- de indicaties waarbij POCT aan de orde is;
- de bevoegd- en bekwaamheden van de potentiële POCT-gebruikers;
- het borgen van de samenwerking tussen huisartsenpraktijk en laboratorium;
- de aanschaf en bediening van de apparatuur;
- het correct vastleggen van de testuitslagen (volgens ADEPD).

Hier vindt u POCT
U kunt de richtlijn POCT in de huisartsenzorg vinden op de NHG-website (www.nhg.org). Ook vindt u hier een filmpje over de D-dimeerbepaling. De toegang tot de richtlijn en het filmpje is gratis.

&NHG

De ALV bespreekt het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep:

'Het roer moet om'

De Algemene Ledenvergadering van juni besprak de brief van het actiecomité 'Het manifest van de bezorgde huisarts', ook wel 'Het roer moet om' genoemd. Het comité daagde het NHG uit te reflecteren op zijn bijdrage aan het ontstaan van de bedreigende situatie voor de kern van het huisartsenvak. Zo zou het NHG 'ongebreideld' kwaliteitseisen, indicatoren en chronische zorgprogramma's ontwikkelen, die lang niet altijd tot betere uitkomsten van de zorg leiden. Het NHG ging de uitdaging graag aan en agendeerde het punt voor bespreking tijdens de ALV.

Foto: Shutterstock

Aspecten van kwaliteit

Lucas Fraza, een van de initiatiefnemers tot 'Het roer moet om', was bij de ALV aanwezig en lichtte het comitélogo toe: 'De zee is niet alleen te groot maar ook te diep. Hierdoor dreigt de huisarts te verzuipen.' Ter tafel kwam de positie van het NHG in het licht van het nieuwe bekostigingssysteem, dat grote impact heeft op de inhoudelijke ontwikkeling van het vak.

De missie van het NHG is de vertaling van wetenschap naar de praktijk, opdat de patiënt zorg ontvangt volgens de jongste stand van de wetenschap. Richtlijnen zijn hiertoe een hulpmiddel maar geen doel op zich. Dat geldt ook voor de kwaliteitsindicatoren die slechts dienen als instrument voor het kwaliteitsbeleid. Ook patiëntgerichtheid is een essentieel aspect in de kwaliteit van zorg.

De Verenigingsraad adviseerde om de patiënt meer bij het meten van kwaliteit te betrekken (zie het NHG-nieuws in het juninummer van H&W). Het stoppen met richtlijnen maken is geen optie: 'We kunnen de patiënt niet goede zorg onthouden.' Wel kan het NHG proberen een juist gebruik van richtlijnen en indicatoren te bevorderen in een tijd waarin rendementsdenken in de zorg overheerst.

Zelf geformuleerd...

Het NHG toetste bij de leden de eerder geformuleerde stelling dat zorgverzekeraars geen rol zouden moeten spelen in het beoordelen van de medisch-inhoudelijke kwaliteit. Een goed functionerend kwaliteitsbeleid, door de beroepsgroep zelf geformuleerd, zou moeten kunnen volstaan. Tijdens het Nationaal Debat onderschreven huisartsen dit standpunt, dat bovendien instemming kreeg van de daar aanwezige zorgverzekeraars. Nu blijken ook de NHG-leden zich te kunnen vinden in dit uitgangspunt.

De rol van het NHG in het vormgeven aan en onderbouwen van het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep is essentieel. Op enkele punten vergt het kwaliteitsbeleid nog aanscherping. Zo is het een uitdaging voor huisartsen om meer inzicht te krijgen in de kwaliteit van persoonsgerichte, generalistische en continue zorg. Patiënt en zorgverzekeraar moeten erop kunnen vertrouwen dat de huisarts zorg verleent die tegemoetkomt aan de eisen van deze tijd. Waar mogelijk worden de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement gestimuleerd.

Belangrijke onderdelen van het kwaliteitsbeleid zijn verder de herregistratie-eisen, praktijkaccreditering en visitatie. Indachtig de kritiek van 'het Manifest' is het goed om te kijken naar mogelijkheden voor vereenvoudiging van gegevensverzameling en de prioritering van inhoudelijke thema's in de praktijkaccreditering.

Visiedocument

De leden vinden het essentieel dat het NHG zich als wetenschappelijke vereniging helder uitspreekt over de uitgangspunten van het kwaliteitsbeleid. Daartoe zal het NHG een *visiedocument Kwaliteit* opstellen dat het kwaliteitsbeleid in alle facetten beschrijft. Parallel hieraan is het NHG trekker van de werkgroep Kwaliteit, die een van de drie pijlers vormt in het debat over mededinging, administratieve druk en kwaliteit. Eveneens vertegenwoordigd in de werkgroep Kwaliteit zijn in elk geval LHV, InEen VWS, ZN, IGZ en NPCF. Tijdens de slotbijeenkomst op 30 september vindt de presentatie van de uitkomsten van de werkgroepen plaats.

Overige agendapunten van de ALV

Tijdens de ALV kwam verder ter tafel:

- vaststelling van de financiële en inhoudelijke jaarverslagen 2014;
- benoeming als leden van de Verenigingsraad: de dames J. Bont en F. Verhoeven, de heren M. Eichhorn en J. de Waard;
- benoeming als lid van de Raad van Advies H&W: de heer D. van Oord;
- benoeming als leden van de Redactiecommissie H&W: mevrouw M. Dees en de heer W. Verstappen;
- benoeming als lid van de Autorisatiecommissie: mevrouw R. Weersma;
- bekrachtiging van de NHG-Standaarden Diepe veneuze trombose en longembolie, Hoofdtrauma, Astma bij volwassenen, COPD, Urinesteenlijden, Decubitus en Lumbosacraal radiculair syndroom.

NHG-AGENDA 2015 data

- **G-I-N-Conference** 7-10 oktober
- **NHG-Congres 2015 Onder belicht** 13 november
- **Algemene Ledenvergadering** 2 december

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

Impressie van de NHG-Wetenschapsdag 2015

De cohortstudie: een krachtig design voor huisartsgeneeskundig onderzoek

Tijdens de jaarlijkse NHG-Wetenschapsdag – ditmaal gehouden in het nieuwe Erasmus MC – passeerden vele recente huisartsgeneeskundige onderzoeksresultaten de revue in tal van presentaties. Ook waren er weer enkele prijsuitreikingen. En er was nog meer goed nieuws! Hieronder leest u een beknopte impressie van de dag; een uitgebreider verslag kunt u vinden op www.nhg.org > nieuwsarchief.

Beëindiging Programma Alledaagse Ziekten

NHG-bestuursvoorzitter Rob Dijkstra heet de aanwezigen welkom en gaat in op de beëindiging van het ZonMw-Programma Alledaagse Ziekten. In de afgelopen tien jaar is er een enorme bijdrage geweest aan wetenschappelijk onderzoek op dit gebied.

ZonMw-directeur Henk Smid vertelt dat ZonMw tegenwoordig streeft naar grotere programma's om zo meer structuur aan te brengen. 'Maar Alledaagse Ziekten is een goed voorbeeld van een klein programma dat toch zeer succesvol is!' Smid vervolgt: 'Er komt geld vrij voor zorgevaluatie en dan hebben huisartsen een voorsprong. Zo zijn jullie kennislacunes een voorbeeld voor anderen.'

Hij overhandigt de eindrapportage 'met mooie resultaten' aan Rob Dijkstra, die stelt: 'We willen graag met dit programma doorgaan, dus ik daag de aanwezigen uit om onderzoek naar alledaagse ziekten met enthousiasme voort te zetten. Want vandaag hebben we bericht gekregen dat we hier waarschijnlijk weer geld voor krijgen!'

Het Programma Alledaagse Ziekten krijgt een vervolg in het NHG-Congres 2016, dat zal gaan over alledaagse én zeldzame ziekten.

Uitreiking Telesphorusprijs 2013/2014

De Telesphorusprijs wordt tweejaarlijks uitgereikt voor het beste huisartsgeneeskundige proefschrift. In de afgelopen twee jaar werden 30 proefschriften ingediend, waarvan er zes zijn geselecteerd:

- Marianne Dees (over ondraaglijk lijden en euthanasie);
- Jacquelien Dros (over duizeligheid bij ouderen);
- Irene Drubbel (over kwetsbare ouderen)
- Annemarije Kruis (over disease management bij COPD)
- Lonneke van der Mark (over astma bij kinderen)
- Els Visser (over screening op urineweginfecties bij vrouwen).

De winnaar is Annemarije Kruis. Over de inhoud van haar promotieonderzoek vertelt zij in een interview in het septembernummer van H&W.

Openingslezing over het cohortonderzoek

Prof.dr. Lex Burdorf gaat in op de complicerende factoren van het cohortonderzoek. Tijd is een flexibel begrip geworden en events variëren in de tijd. Ook zijn er dynamische patronen in de gezondheid. Bovendien is er sprake van interveniërende patronen: zo presenteert dezelfde patiënt op het ene moment rugklachten en op een ander moment nekklachten. En dan kunnen ook uitkomsten elkaar nog beïnvloeden, zoals longkanker en hart- en vaatziekten bij roken.

Volgens Burdorf is er bijvoorbeeld bij het onderzoek naar alledaagse ziekten te veel aandacht voor episodes. Dat kan ook anders! 'Het is spannend om cohortonderzoek te doen', besluit Burdorf.

Geselecteerde CAT's voor de Jan van Esprijs

De aanwezigen kunnen een keuze maken uit voordrachten, posterpresentaties en workshops in drie parallelsessies. Tijdens een speciale sessie worden de vier *Critically Appraised Topics* (CAT's) gepresenteerd die zijn genomineerd voor de Jan van Esprijs. De genomineerden zijn:

Ellen Berntsen – Hypnose bij het prikkelbare darmsyndroom

Berntsen krijgt een vrouw op het spreekuur die al jaren PDS-klachten heeft. Omdat van geen enkele bestaande behandeling de effectiviteit is bewezen en de NHG-Standaard uit 2012 spreekt van 'psychische interventies waaronder hypnotherapie', ging Berntsen op zoek naar een mogelijke onderbouwing daarvan. In de twee geschikt bevonden systematische re-

views was er bij bijna 46% van de patiënten uit de interventiegroep verbetering van de klachten zichtbaar en dit was significant beter dan in de controlegroep. Na een jaar was er nog steeds verbetering, maar was het verschil niet meer significant.
Berntsen conluceert: 'Er zijn grotere en betere RCT's nodig en ook zou ik graag hypnose afgezet willen zien tegen andere psychotherapieën. Maar mijn patiënte heb ik toch maar vast verwezen!'

Roos d'Hont – Bietensap bij hypertensie
Een 64-jarige vrouw met herhaaldelijk gemeten hypertensie wilde liever geen medicatie gebruiken en de gegeven leefstijladviezen hadden onvoldoende effect. Zij stelde zelf voor bietensap te gaan drinken. D'Hont ging op zoek naar de effectiviteit hiervan. Zij vond wel onderzoeken, maar de validiteit ervan was matig en er was vaak melding van belangenverstrengeling. Al daalde de systolische bloeddruk in deze onderzoeken soms significant, d'Hont meent dat hiervoor dus onvoldoende bewijs is.
Bovendien: 'De inname moet minimaal 500 ml per dag zijn. Dat maakt het erg duur en ook schijnt het nogal vies te smaken!'

Folkert van Bruggen - COPD: verhoogde kans op een exacerbatie bij gebruik van een bètablokker?
Bij een 63-jarige man met COPD GOLD-II en mild hartfalen had de cardioloog de bètablokkers gestaakt. De patiënt kreeg weer last van hartklachten en wilde graag zijn medicatie terug, dus ging Van Bruggen op zoek naar het nadelige effect van bètablokkers op COPD. Hij vond drie kwalitatief goede onderzoeken, waaronder een in een Nederlandse huisartsensetting. Opmerkelijk genoeg gaven deze onderzoeken geen relatie of zelfs een beschermend effect van de bètablokkers te zien.
Van Bruggen concludeert: 'De NHG-Standaard uit 2015 geeft nu ook aan dat bètablokkers niet langer zijn gecontra-indiceerd bij COPD. Dit vanwege een mogelijk beschermend effect dat nog nader moet worden onderzocht.'

Sietske Hoekstra – Sporten tegen opvliegers?
Over vrouwen met hardnekkige overgangsklachten zei haar opleider tegen Hoekstra: 'Ik adviseer die vrouwen altijd om te gaan sporten!' Hoekstra wilde weten of dat advies wel gegrond was en vond hierover een recente review waarin vijf onderzoeken werden besproken. Er bleek in deze kwalitatief magere onderzoeken nagenoeg geen verschil te zijn tussen de interventie- en de controlegroepen, oftewel: 'Sporten is wel goed, maar niet tegen opvliegers!'
De zaal werpt tegen: 'De vraag blijft of vrouwen die al heel lang zeer actief bewegen niet toch minder vasomotorische klachten hebben, want dat is toch wel aannemelijk. Bovendien is sporten goed tegen andere overgangsklachten en dat is nooit weg!'

And the winner is...
Aan het eind van de dag wordt de winnaar van de Jan van Esprijs én van de publieksprijs voor de beste CAT bekendgemaakt. Nog niet eerder zijn deze prijzen door een en dezelfde persoon gewonnen, maar dit jaar is dat wel het geval. Folkert van Bruggen is de gelukkige die dus een cheque, een fraaie legpenning én een bos bloemen in de wacht sleept!

Slotlezing over de biologische klok
Chronobioloog Bert van der Horst vertelt: 'Onze "hersenklok" stuurt allerlei organen, cellen en weefsels aan en zo kunnen onze lichaamsfuncties anticiperen op de behoeften die er in de loop van de dag zijn.' Zo zijn er tijdstippen voor de hoogste bloeddruk, diepste slaap, hoogste reactievermogen, aanvang van darmperistaltiek enzovoort. 'Het belang daarvan wordt onderschat!'
Permanente en tijdelijke slaapstoornissen leiden tot vele klachten. Stewardessen en verpleegkundigen hebben bijvoorbeeld een verhoogde kans op borstkanker. Maar er is meer... 'Bij onderzoeken maakt het uit op welk moment van de dag je je metingen verricht.' En ook heeft de biologische klok invloed op het moment van de dag waarop je medicijnen inneemt. Tamoxifen kan bijvoorbeeld als nabehandeling van borstkanker beter 's avonds worden geslikt; de werking piekt dan minder en blijft langer op niveau. Wellicht heeft dat ook effect op de bijwerkingen. (Lees in dit verband ook het interview met Tobias Bonten: *'Aspirine moet je 's avonds laten slikken!'* – Huisarts Wet 2015;6:332-3).

Hiermee komt een einde aan een zeer geslaagde Wetenschapsdag, die zoals altijd wordt afgesloten met een borrel waarbij nog druk wordt nagepraat. (AS)

Colofon

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

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

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

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