JAARGANG 60 / OKTOBER 2017

H&W

10

Huisarts en Wetenschap

2017

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

BESCHOUWING

Pijn op de borst: huisarts of ambulance?

KLINISCHE LES

Trombofilie en anticonceptie: meer mogelijk

KLINISCHE LES

Bloedingsproblemen bij IUD-gebruik

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP nhg

DE CAUSALE AANPAK VOOR OPIOÏD-GEÏNDUCEERDE OBSTIPATIE[1]

MOVENTIG®

NIEUW

- Bindt aan de μ-receptoren in het maagdarmkanaal. Zonder invloed op de pijnstillende werking van opioïden[1]*
- Aanbevolen dosis: 1 x daags 25 mg tablet[1]

Moventig is geïndiceerd voor de behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op laxeermiddel(en)

Voor verkorte productinformatie zie elders in deze uitgave

* mits de werking van de bloed-hersenbarrière niet is verstoord

VOLLEDIG VERGOED PER 1 OKTOBER 2017

KYOWA KIRIN

Altijd op zoek naar hoe het nog beter kan

Voor meer informatie en/of vragen kunt u contact opnemen met info-nl@kyowakirin.com of tel. 0900-1231236

moventig® naloxegol

MOV NL 201708004

10

WETENSCHAP

496 DISCUSSIE Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg, te veel onder één noemer?
Guy Schulpen

497 ONDERZOEK Kan de diagnose COPD op één spirometrietest berusten?
Tjard Schermer, Bas Robberts, Joke Grootens, et al.

500 BESCHOUWING De Ziektelastmeter COPD als hulpmiddel in de praktijk
Annerika Slok, Daniel Kotz, Niels Chavannes, et al.

503 Pijn op de borst: huisarts of ambulance?
Roland Zeilstra, Paul Giesen

506 DISCUSSIE Better safe than sorry
Ben Crul

KLINISCHE PRAKTIJK

507 KLINISCHE LES Trombofilie en anticonceptie – meer mogelijk dan gedacht
Joyce Nouwens, Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

510 Een 16-jarige kickbokser met een effort trombose
Evelien Kuiper-Prins, Pim van Dijken, Jo Peluso, et al.

512 Bloedingsproblemen bij IUD-gebruik
Marco Neeteson, Toine Lagro-Janssen

515 (VER)STAND VAN ZAKEN Onderzoek effect leefstijlinterventieprogramma op hartvaatziekten
Sanne Verkleij

516 Een app bij de behandeling van urine-incontinentie
Nienke Wessels

517 NASCHOLING Herkennen hypoglykemieën bij oudere diabetespatiënten is lastig
Ilse Herfst-Raes, Bertien Hart

520 Cervixcarcinoom komt ook bij jonge vrouwen voor
Sigurlaug Árnadóttir, Arianne Verhagen, Patrick Bindels

523 Echografie bij kinderen met buikpijn
Gea Holtman, Mariken Stegmann, Marjolein Berger

526 KLINISCHE LES Rinorroe door een liquorlek bij CPAP
Vera van Uem, Anne Groot

530 IMPORT Meer ervaring en minder drukke praktijk leidt tot betere diabeteszorg
Jan Palmen

531 Kwetsbaar? Beter af door samenwerken na ontslag
Loes Meijer

532 CATS Zelfcontrole van IUD-draadjes niet zinvol
Sanne Klinkhamer, Toine Lagro-Janssen

533 Griepvaccinatie leidt niet tot COPD-exacerbatie
Hans Sportel, Erik Bischoff

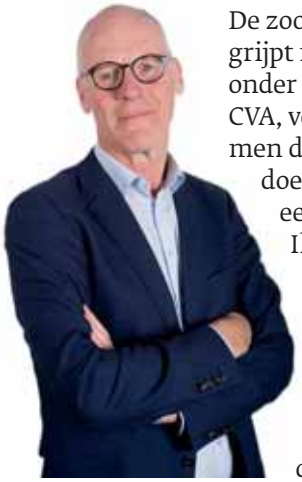
534 PEARLS Pneumokokkenvaccinatie bij patiënten met COPD
Ruud Verhees, Jean Muris

535 Elektronische sigaret bij stoppen met roken
Lidewij Broekhuizen

491 JOURNAAL
527 KENNISTOETS
528 INTERVIEW
536 BOEKEN
538 UW DIAGNOSE
539 VACATURE
540 COLOFON H&W

37 HET NHG

Pijn op de borst?



De zoon van de heer Kaya belt de spoedlijn. Vader (87 jaar) is niet goed, grijpt naar zijn borst, heeft hartkloppingen, is benauwd en de tabletten onder de tong helpen niet. In de voorgeschiedenis staan een infarct, AF, CVA, veel psychosociale problematiek in familie, communicatieproblemen door taalbarrière en wens tot behandeling in het ziekenhuis. Wat doe ik? Spoedvisite, ambulance? In mijn achterhoofd speelt mee dat een spoedvisite mij gauw een uur kost en de ambulance er eerder is. Ik bel de ambulance, draag de medische gegevens over, ga verder met mijn spreekuur en ben benieuwd naar de afloop. Heb ik de juiste keuze gemaakt?

In mijn ruim 30-jarige carrière als huisarts heb ik een totale verschuiving gezien in huisartsenzorg bij POB (pijn op de borst)-klachten. Van visites middenin de nacht en het effect van nitroglycerine afwachten tot het anno 2017 patiënten aanmoedigen om direct 112 te bellen en niet de huisarts.

Hoe weeg ik mijn keuze? Heeft het toegevoegde waarde als ik (eerst?) een visite rijd, de mate van ziek zijn beoordeel en een eventueel costomyogene, pulmonale of gastro-intestinale oorzaak diagnosticeer of uitsluit? Meestal is bij POB-klachten de oorzaak niet cardiaal. De patiënt hoeft dan niet naar het ziekenhuis, de rust kan weerkeren, er is minder medicalisering en de ambulance-inzet blijft optimaal. Kan, zoals Zeilstra stelt, een verbeterde beslisregel zoals de Marburgscore aangevuld met mijn klinische blik mij helpen? En wat betekent het 'overslaan' van de huisarts voor de positie van de huisartsenzorg en de spoedketen? Wegen al deze overwegingen op tegen het 'tijd is hartspier'-principe bij verdenking op acuut coronair syndroom (ACS)? Crul stelt vanuit eigen ervaring dat het principe moet zijn 'better safe than sorry'. Delay kan leiden tot myocardnecrose en (fatale) ritmestoornissen. Beiden met hele grote gevolgen. Triage is dus van groot belang om enerzijds het delay te beperken en anderzijds voor doelmatige inzet van de ambulance.

Gezien de toename van de ambulance U1-ritten geïnitieerd door de huisartsenposten wordt het probleem om ambulances doelmatig in te zetten alleen maar nijpender. Om een 'infarct' in de spoedketen te voorkomen dienen we als huisartsen onze rol te pakken, onder andere gewapend met de kennis uit de NHG-Standaard Acuut coronair syndroom over de voorspellende waarde van klachten en bevindingen. Een betere eerstelijns beslisregel bij POB en versterking van de regionale samenwerking in de spoedzorgketen, eventueel financieel afgedwongen, gaan mij ook helpen.

Want dat triage aan de telefoon lastig is blijkt aan het eind van mijn werkdag. De SEH-brief vermeldt dat de heer Kaya opgenomen is op de hartbewaking met POB-klachten en zijn bekende AF. Uiteindelijk is de diagnose hartritmestoornis bij een CVA waarvoor trombolyse. Tja. ■

Ivo Smeele

‘In de krant stond dat ik die kuur niet hoef af te maken’

‘Antibioticakuur afmaken? Onzin,’ kopte de Volkskrant op 27 juli van dit jaar. Een opinieartikel over antibioticakuren uit de BMJ van 26 juli kreeg in binnen- en buitenland veel media-aandacht, vaak met een pakkende kop. Dergelijke berichten worden vaak snel opgepikt en bereiken zo de spreekkamer van de huisarts, maar zij geven de inhoud van het aangehaalde artikel niet goed weer.

Llewelyn en zijn collega’s zetten uiteen waarom zij vinden dat het advies om een antibioticakuur altijd af te maken achterhaald is. Het idee dat resistentie ontstaat doordat niet alle bacteriën doodgaan bij een niet-afgemaakte kuur is een belangrijk punt bij bijvoorbeeld tuberculose of hiv. Deze patiënten kunnen dan ook in geen geval zomaar stoppen met medicatie. Er is echter geen bewijs dat dit mechanisme ook geldt voor de meeste andere infecties. Meestal komt resistentie voort uit ‘onschuldige’ bacteriën die tijdens antibioticagebruik een selectie ondergaan en als ze de kans krijgen later infecties veroorzaken. Deze vorm van resistentie wordt juist bevorderd door lang, onnodig gebruik van antibiotica.

Verder merken de auteurs terecht op dat de meeste adviezen voor een bepaalde duur van de antibioticakuur vooral ontstaan doordat er geen onderzoeken zijn gedaan naar het effect van een kuur met een kortere duur. Daarom pleiten zij ervoor de aloude waarschuwing ‘kuur afmaken’ los te laten. Als alternatief noemen zij het idee patiënten met antibiotica te laten stoppen als zij zich beter voelen. Dit alternatief is echter ook nooit onderzocht, dus daar speelt eveneens gebrek aan bewijs.

Aangezien 85% van de antibiotica door de huisarts wordt voorgeschreven – die verschillende patiënten en hun wisselende respons minder goed kan monitoren – is het in de praktijk lastig om voor iedere patiënt het juiste stopmoment te bepalen. Het opinieartikel geeft een nieuw inzicht voor toekomstig onderzoek, maar biedt geen goed alternatief voor de huidige praktijk. Totdat er meer evidence is, zal ik echter bij mijn relatief gezonde patiënten en in het geval van bijwerkingen of een eerdere slechte ervaring minder hameren op het afmaken van de kuur. Antibioticakuur afmaken? Niet in alle gevallen, koste wat het kost. ■

Nadine Rasenberg

Llewelyn MJ, et al. The antibiotic course has had its day. BMJ 2017;358:j3418.

Foto: Shutterstock

Onnodige verpleegkundige handelingen op een rij

Onderzoekers van IQ healthcare van het Radboudumc hebben een lijst opgesteld van 66 verpleegkundige handelingen waarvan is aangetoond dat deze niet werken of zelfs schade veroorzaken. Stoppen met deze handelingen zou besparing van tijd en geld opleveren, ook in de huisartsenpraktijk.

De onderzoekers bekeken 125 kwaliteitsstandaarden en richtlijnen voor verpleegkundigen. Zij zochten naar aanbevelingen over handelingen die verpleegkundigen beter kunnen laten. Daarbij was de voorwaarde dat er bewijs moest zijn dat die handelingen niet werken. Veel aanbevelingen gaan over het niet toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen en het niet gebruiken van reinigings- en ontsmettingsmiddelen, omdat deze niet leiden tot minder infecties.

De onderzoekers vonden ook twee aanbevelingen voor praktijkondersteuners: 1) Doe geen uitgebreide screening op kwetsbaarheid bij oudere patiënten. Het meten van kwetsbaarheid bij ouderen in de praktijk kan het best stapsgewijs worden gedaan. Gebruik eerst een screeningsinstrument waarbij met een korte reeks vragen de kans op kwetsbaarheid wordt ingeschat, bijvoorbeeld de GFI. Patiënten die niet in de categorie kwetsbaar vallen, hebben geen uitgebreide screening nodig.

2) Gebruik in de eerste lijn geen screeningsinstrument bij het vermoeden van een depressie. De richtlijnwerkgroep acht het niet wenselijk om alle patiënten te screenen. Vraag naar een depressieve stemming en/of naar het verlies van interesse of plezier en ga bij een instemmend antwoord over tot nadere diagnostiek.

Waarschijnlijk verrichten praktijkondersteuners in hun spreekuren ook andere handelingen die niet per se nodig zijn. Zo komen diabetespatiënten in veel praktijken nog vier keer per jaar op controle, terwijl uit onderzoek blijkt dat dit niet zinvol is als de patiënt goed is ingesteld. Ook komt zelfcontrole bij niet-insulineafhankelijke diabetespatiënten voor, terwijl uit onderzoek blijkt dat dit niet leidt tot een beter HbA1c of betere kwaliteit van leven. Wees dus ook in de huisartsenpraktijk alert op onnodige handelingen. ■

Petra Dijkstra

www.iqhealthcare.nl/nl/nieuws/2017/06/wat-kan-een-verpleegkundige-beter-laten-stoppen-onnodige-zorg-bespaart-leed-en-geld.

Met overgewicht meer kans op aangeboren afwijkingen

Overgewicht van de moeder vergroot de kans op het krijgen van een kind met een aangeboren afwijking. Een groot Zweeds onderzoek in geboortestatistieken naar het voorkomen van aangeboren afwijkingen bij bijna 1,25 miljoen kinderen bevestigt dit verband nog eens. Er blijkt zelfs sprake te zijn van een dosiseffectrelatie.

Het onderzoek werd uitgevoerd bij kinderen die tussen 2001 en 2014 in Zweden werden geboren. Meerlingen waren van de analyses uitgesloten. De onderzoekers namen de BMI van de moeder tijdens de eerste prenatale controle als maat voor expositie. Van de kinderen hadden 43.550 (3,5%) een ernstige aangeboren afwijking. Hartafwijkingen kwamen daarbij het meest voor (20.074; 1,6%). Bij de referentiegroep, moeders met een normaal gewicht, gedefinieerd als een BMI tussen de 18,5 en de 25, was de kans op een kind met een ernstig congenitaal defect 3,4%. Bij overgewicht (BMI 25 tot 30) was deze kans 3,5% (RR 1,05), bij obesitas klasse I (BMI 30 tot 35) 3,8% (RR 1,12), obesitas klasse II (BMI 35 tot 40) 4,2% (RR 1,23) en bij obesitas klasse III (BMI 40 of hoger) 4,7% (RR 1,37). Al deze risicotoenames waren significant. De kans op aangeboren hartafwijkingen, afwijkingen van het zenuwstelsel en afwijkingen aan de ledematen nam eveneens significant toe met de moederlijke BMI.

De NHG-Standaard Preconceptiezorg brengt overgewicht vooral in verband met verminderde vruchtbaarheid en een grotere kans op obstetrische complicaties, en wijst alleen in een noot op de toegenomen kans op een kind met een aangeboren afwijking. Het voorkómen daarvan is dus ook een belangrijke reden om vrouwen met kinderwens en een te hoge BMI aan te moedigen af te vallen alvorens zwanger te worden. ■

Tjerk Wiersma

Persson M, et al. Risk of major congenital malformations in relation to maternal overweight and obesity severity: cohort study of 1.2 million singletons. BMJ 2017;357:j2563.

Dementie is redelijk voorspelbaar

Het optreden van dementie is te voorspellen aan de hand van negen, voornamelijk cardiovasculaire, beïnvloedbare risicofactoren. Dat blijkt uit de resultaten van een groot Europees cohortonderzoek naar het voorspellend vermogen van de LIBRA-index.

De LIBRA-index (Lifestyle for BRAin health) bestaat uit twaalf factoren, waarvan er negen in dit onderzoek konden worden meegenomen: depressie, diabetes, inactiviteit, hypertensie, obesitas, roken, hypercholesterolemie, coronaire hartziekten en alcoholgebruik. Er waren geen gegevens bekend over de drie andere factoren (cognitieve activiteit, nierfunctie en mediterraan dieet). Het onderzoekscohort, samengesteld uit zes cohorten waarvan twee uit Nederland, bestond uit 9307 personen. De follow-upduur was zestien jaar. De onderzoekers onderscheidden leeftijdsgroepen van middelbare leeftijd (55 tot 69 jaar), ouderen (70 tot 79 jaar) en oudste ouderen (80 tot 97 jaar). Zij verdeelden de deelnemers over drie groepen: laag, gemiddeld of hoog risico op dementie op grond van de LIBRA-score. Deelnemers van middelbare leeftijd met een hoog risico kregen bijna tweemaal zo vaak dementie als degenen uit dezelfde leeftijdsgroep met een laag risico (hazard ratio 1,92; 95%-BI 1,25 tot 2,96). Ook bij ouderen met een hoog risico trad vaker dementie op dan bij degenen met een laag risico (HR 1,38; 95%-BI 1,11 tot 1,72). De LIBRA-index kon echter geen dementie voorspellen bij de oudste ouderen.

Foto: Shutterstock

Een manco van de index is dat deze niet eenvoudig te berekenen is en daarmee niet direct inzetbaar in de dagelijks praktijk. Groot pluspunt is dat de index alleen beïnvloedbare risicofactoren bevat, dus bijvoorbeeld niet geslacht of leeftijd. Dit zou mogelijkheden kunnen bieden voor preventie van dementie, maar daarvoor biedt dit onderzoek geen houvast. De NHG-Standaard Dementie geeft aan dat er slechts bescheiden effecten zijn van behandeling van de bloeddruk en lichamelijke activiteit op het ontstaan van dementie. Het voorspellen van dementie bij mensen tot 80 jaar lukt dus enigszins, maar of interveniëren op beïnvloedbare risicofactoren daadwerkelijk leidt tot preventie van dementie valt nog te bezien. ■

Victor van der Meer

Vos SJB, et al. Modifiable risk factors for prevention of dementia in midlife, late life and the oldest-old: validation of the LIBRA index. J Alzheimers Dis 2017;58:537-47.

Wees alert op kanker bij trombocytose

Vroege herkenning van kanker in de huisartsenpraktijk kan bijdragen aan een betere overleving. Een verhoogd aantal bloedplaatjes (trombocyten) zou hierbij kunnen helpen. Nieuw onderzoek suggereert dat de huisarts bij trombocytose alert moet zijn op kanker.

De onderzoekers gebruikten gegevens uit een Britse eerstelijnsdatabank (van 2000 tot 2013). Hieruit selecteerden zij 40.000 patiënten > 40 jaar bij wie het bloedbeeld trombocytose (> 400 × 109/L) liet zien. Vervolgens vergeleken ze het eenjaarsrisico op verschillende soorten kanker met 10.000 patiënten van dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht, maar zonder trombocytose. Patiënten van wie bekend was dat zij al kanker hadden, werden uitgesloten van dit onderzoek. Patiënten met trombocytose kregen vaker kanker binnen een jaar dan patiënten zonder trombocytose (mannen 11,6% versus 4,1%; vrouwen 6,2% versus 2,2%). De percentages lagen nog hoger (mannen 19% en vrouwen 10%) als er binnen zes maanden voor de tweede keer trombocytose optrad. Van patiënten met long- en darmkanker had eenderde geen symptomen op het moment dat er trombocytose werd vastgesteld.

De onderzoekers benadrukken dat dit onderzoek niet als doel had om trombocytose als screeningsinstrument voor kanker te onderzoeken. Uiteraard kan trombocytose vele oorzaken hebben, bijvoorbeeld een infectie. De positief voorspellende waarde (PPW) voor kanker bij mannen met trombocytose was in dit onderzoek 11,6%. Dit lijkt laag, maar is hoger dan die van een knobbeltje in de borst voor borstkanker bij vrouwen > 50 jaar (PPW 8,5%) of van bloed ophoesten voor longkanker bij patiënten > 40 jaar (PPW 3,5%). Dit onderzoek laat zien dat de huisarts bij trombocytose alert moet zijn op kanker, vooral als er bij een vervolgbepaling opnieuw sprake is van trombocytose zonder duidelijke oorzaak. ■

Tobias Bonten

Bailey SE, et al. Clinical relevance of thrombocytosis in primary care: a prospective cohort study of cancer incidence using English electronic medical records and cancer registry data. Br J Gen Pract 2017;67:e405-13.

Verlies kraakbeen door injecties bij knieartrose

Injecties met corticosteroïden leiden tot meer kraakbeenverlies dan injecties met een zoutoplossing en lijken pijnklachten niet te verminderen. Dat is de conclusie van een recent onderzoek bij patiënten met gevorderde knieartrose. Deze patiënten krijgen regelmatig intra-articulaire injecties om artrose te verminderen en daardoor pijn te bestrijden. Er is weinig bekend over de langetermijneffecten van frequente injecties.

McAlindon et al. deden in de Amerikaanse tweede lijn een vergelijkend onderzoek naar de effecten van driemaandelijkse intra-articulaire injecties met corticosteroïden of een zoutoplossing gedurende een periode van twee jaar. De patiënten in dit onderzoek waren gemiddeld 58 jaar oud en hadden gevorderde knieartrose (aangetoond op röntgenfoto's). De onderzoekers hielden per drie maanden bij wat de klachten waren. Aan het begin en het einde van het onderzoek werd een MRI gemaakt om te zien welk effect de behandeling had op het kraakbeen.

De onderzoekers zagen een duidelijke toename van kraakbeenverlies van 0,11 mm (95%-BI 0,20 tot 0,03 mm) in de corticosteroïdengroep. Voor de pijnscore was er geen significant verschil tussen beide groepen op een VAS van 100 punten (5,0; 95%-BI -13,9 tot 3,9). Opvallend is wel dat het verschil in pijn in het voordeel leek te zijn van de patiënten die de zoutoplossing kregen.

De NHG-Standaard Knieklachten oppert het toedienen van intra-articulaire injecties als analgetische behandeling faalt en stelt nadrukkelijk dat de huisarts mogelijke bijwerkingen met de patiënt moet bespreken. Dit onderzoek toont aan dat verlies van kraakbeen toeneemt bij langdurig injecteren van corticosteroïden. Het pijnbeloop is in dit onderzoek moeilijker te beoordeelden, omdat de pijn iedere drie maanden werd geëvalueerd en de effecten van injecties meestal niet langer dan drie weken aanhouden. Bij een volgend onderzoek is het noodzakelijk om ook een groep te hebben die geen injecties krijgt en zodoende meer inzicht te verwerven in het effect van de zoutoplossing en het sterke placebo-effect dat dit soort injecties heeft. ■

Jurgen Damen

Foto: Shutterstock

McAlindon TE, et al. Effect of intra-articular triamcinolone versus saline on knee cartilage volume and pain in patients with knee osteoarthritis. A randomized clinical trial. JAMA 2017;317:1967-75.

Complicaties bij korte kuren orale corticosteroïden

Langdurig gebruik van orale corticosteroïden kan infecties, veneuze trombo-embolie (VTE) en osteoporose veroorzaken. Complicaties bij kortdurend gebruik zijn echter minder vaak onderzocht. Amerikaanse onderzoekers concluderen nu dat ook kortdurend gebruik (< 30 dagen) samenhangt met een verhoogd risico op sepsis, veneuze trombo-embolie en fracturen.

De onderzoekers deden tussen 2012 en 2014 een retrospectief cohortonderzoek onder volwassenen van 18 tot 64 jaar. Zij verzamelden gegevens over ondere andere medische zorg en medicijnvoorschriften uit een nationale database (Cliniformatics DataMart Database). De uitkomsten waren het aantal dagen kortdurend gebruik (< 30 dagen) van orale corticosteroïden en het aantal bijwerkingen (sepsis, VTE en fractuur) binnen 30 dagen en van 31 tot 90 dagen na de start van het gebruik, berekend per 1000 persoonsjaren.

Van ruim 1,5 miljoen volwassenen kreeg 21% op zijn minst één recept voor kortdurend orale corticosteroïden. Het middel werd vaker voorgeschreven aan ouderen, vrouwen en patiënten met comorbiditeit. Verschillende specialisten schreven het voor met als voornaamste indicaties bovensteluchtweginfecties, rugklachten en allergieën. Na correctie voor leeftijd, geslacht en etniciteit was er binnen 30 dagen een toename van sepsis (incidence rate ratio (IRR) 5,30; 95%-BI 3,80 tot 7,74), VTE (IRR 3,33; 95%-BI 2,78 tot 3,99) en fracturen (IRR 1,87; 95%-BI 1,69 tot 2,07), die verminderden in de opvolgende 31 tot 90 dagen. Zelfs bij een dosering van < 20 mg/dag bleef het risico significant verhoogd (IRR sepsis 4,02; VTE 3,61 en fracturen 1,83).

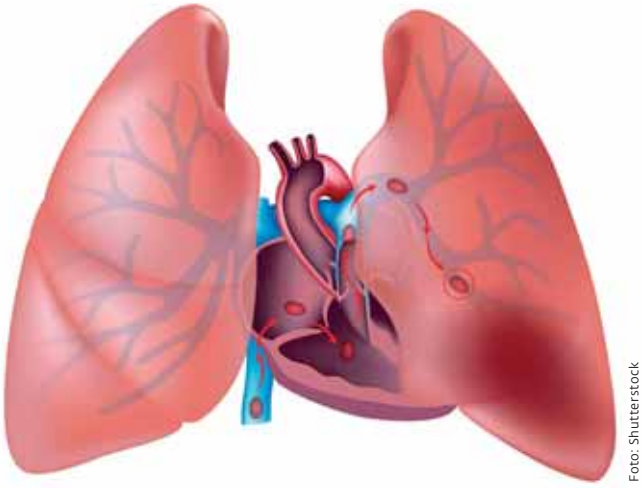


Foto: Shutterstock

De Amerikaanse artsen hanteren een breder indicatiegebied dan in Nederland en dat is niet zonder risico. Het blijft daarom ook voor de Nederlandse huisarts belangrijk kritisch naar voorschriften van orale corticosteroïden te kijken. ■

Adinda Mailuhu

Waljee AK, et al. Short term use of oral corticosteroids and related harms among adults in the United States: population based cohort study. BMJ 2017;357:j1415. Doi: 10.1136/bmj.j1415.

Shared decision making werkt niet bij diabetes

Shared decision making lijkt veelbelovend voor de begeleiding van patiënten met diabetes mellitus type 2. Er is echter geen bewijs dat shared decision making een gunstig effect heeft op het bereiken van de behandelingsdoelen, zo blijkt uit recent onderzoek.

Den Ouden et al. onderzochten shared decision making in een RCT van 153 patiënten met diabetes mellitus type 2. De onderzoekers implementeerden shared decision making in de interventiegroep met een standaardformulier (OPTIMAL beslissingsondersteuner), waarbij zij de patiënten voorlichtten over te beïnvloeden gevolgen van diabetes mellitus type 2. De patiënten konden kiezen uit vijf verschillende behandelingsdoelen en voor de mate van intensiteit van de behandeling. De controlegroep kreeg de gebruikelijke begeleiding.

In de interventiegroep had na twee jaar 5,4% meer deelnemers drie behandelingsdoelen gehaald (bloeddruk, cholesterol en HbA1c) dan bij de start van het onderzoek, in de controlegroep was dit 2,8%. Het absolute verschil na twee jaar tussen de interventiegroep en de controlegroep was gering (2,6%) en statistisch niet significant (RR 1,26; 95%-BI 0,81 tot 1,95).

De auteurs voeren weliswaar argumenten aan voor het ontbreken van statistische significantie, maar dit onderzoek biedt geen overtuigend bewijs voor de toegevoegde waarde van shared decision making met de OPTIMAL beslissingsondersteuner. Als er geen statistisch significant verschil tussen de interventie- en controlegroep kan worden aangetoond, kan de nulhypothese niet worden verworpen. Met andere woorden: het bewijs is niet geleverd dat shared decision making in deze context een gunstig resultaat heeft op de gevolgen van diabetes mellitus type 2. Opmerkelijk bijproduct van dit onderzoek is dat de gebruikelijke zorg ook nauwelijks gunstige resultaten geeft voor het bereiken van de behandelingdoelen. ■

Bèr Pleumeekers

Den Ouden HMD, et al. Effectiveness of shared goal setting and decision making to achieve treatment targets in type 2 diabetes patients. A cluster-randomized trial (OPTIMAL). Health Expect 2017 May 24. Doi: 10.1111/hex.12563. [Epub ahead of print]. http://bit.ly/2tcG3fU.

De zekerheid van Xarelto®

Voor uw patiënt met non-valvulair atriumfibrilleren[§,1]

Veilig en effectief[1,2*] in vergelijking met standaard zorg

Eenmaaldaagse onderhoudsdosering[1,2]**

Met 18 miljoen patiënten wereldwijd de meest voorgeschreven DOAC[3]

De meest voorgeschreven DOAC van Nederland![4]

Voor verkorte productinformatie en referenties zie elders in deze uitgave.

* 50% Reductie in fatale bloedingen en vergelijkbaar laag aantal cerebrovasculaire accidenten/systemische embolieën vs. vitamine K-antagonisten

** Uitgezonderd 2,5mg voor de ACS indicatie

§ Met één of meer risicofactoren, zoals congestief hartfalen, hypertensie, leeftijd ≥ 75 jaar, diabetes mellitus, eerdere CVA of TIA.

L.NL.MKT.GM.02.2017.0876

Xarelto® rivaroxaban

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare

Trimbow®

De eerste ICS/LABA/LAMA combinatie in één dosisaërosol[1]

BINNENKORT BESCHIKBAAR

Trimbow®

extrafijne formulering (MMAD < 2 µm)
beclometason/formoterol/
glycopyrronium (87/5/9 mcg)

met teller en voorzetkamerregistratie[1]

Indicatie: onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta-2-agonist (voor effecten op het onder controle krijgen van de symptomen en het voorkomen van exacerbaties, zie rubriek 5.1 van de SmPC).

voor verkorte productinformatie zie elders in dit blad

PM-Adv-2017-1710

MEDnet | web-tv

DOAC's bij kwetsbare ouderen

Hoe effectief en veilig is dat?

Dinsdag 24 oktober 2017
20.30 tot 22.00 uur

Boezemfibrilleren is een leeftijd gerelateerde aandoening die voorkomt bij meer dan 10% van de mensen ouder dan 75 jaar. Beroertes veroorzaakt door boezemfibrilleren zijn daardoor bij ouderen een zeer belangrijke oorzaak voor mortaliteit en morbiditeit.

DOAC's zijn in de huidige richtlijnen opgenomen, maar hoe effectief en veilig zijn zij bij deze groep?

Na deze webcast bent u op de hoogte van de beschikbare bewijsvoering en weet u hoe u uw kwetsbare patienten het beste kunt beschermen tegen beroertes of bloedingen.

Voor wie?
Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, geriaters en apothekers

Sprekers
- **Prof. dr. Freek Verheugt,** cardioloog, Amsterdam
- **Dr. René Jansen,** klinisch geriater, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar
- **Dr. Martin Hemels,** cardioloog, Rijnstate, Arnhem
- **Dr. Andrew Oostindjer,** kaderhuisarts hart- en vaatziekten, Thoon, Hengelo
- **Inge Diepman,** moderator

Accreditatie
Voor deze nascholing wordt accreditatie aangevraagd bij ABC1, NVKG en KNMP-OA

Kosten
Geen, u kunt deze uitzending gratis bekijken

Vragen?
Voor vragen over deze web-tv uitzending kunt u terecht bij **nascholing@springer.com**

Deze uitzending wordt mede mogelijk gemaakt door:
Bristol-Myers Squibb Pfizer
Ervaring samenbrengen om mogelijkheden te vergroten

432NL17NP03881-01-01

Inschrijven? mednet.nl/doacsouderen

Mednet is onderdeel van: Springer Healthcare

Zelfmeting glucose niet nuttig bij niet-insuline-afhankelijke diabetes

Zelfcontrole van glucosewaarden is gebruikelijk bij insuline-afhankelijke diabetes. Maar is dit ook nuttig bij patiënten die geen insuline gebruiken? Nieuw onderzoek laat zien dat zelfmonitoring niet leidt tot een beter HbA1c of een betere kwaliteit van leven.

Amerikaanse onderzoekers wilden weten of zelfmonitoring van glucose met een vingerprik effectief is bij niet-insuline-afhankelijke diabeten. In eerstelijns praktijken includeerden ze 450 niet-insuline-afhankelijke diabeten (type 2) met een uitgangs-HbA1c tussen 6,5 en 9,5% (47,5 en 80,3 mmol/mol). Patiënten werden gerandomiseerd in drie groepen: geen zelfmonitoring, eenmaal daags zelfmonitoring of eenmaal daags zelfmonitoring met directe feedback en motivatie via sms. Daarnaast werden patiënten volgens de gebruikelijke zorg begeleid in de eerste lijn. Na een jaar was er geen verschil in HbA1c tussen de groepen met of zonder zelfmonitoring (−0,07%; 95%-BI −0,26% tot 0,12%). Ook was er geen verschil in kwaliteit van leven (SF-36). Andere factoren, zoals de hoogte van het uitgangs-HbA1c en de duur van de diabetes, hadden geen invloed op deze uitkomsten.

Dit onderzoek maakt nog maar eens duidelijk dat de gedachten van 'meer meten' en 'zelfmanagement' niet altijd leiden tot betere klinische uitkomsten op de lange termijn. Het bevestigt de resultaten van een eerdere meta-analyse en komt overeen met de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2. Daarin wordt alleen zelfcontrole geadviseerd bij patiënten met insuline. ■

Foto: Shutterstock

Tobias Bonten

Young LA, et al. Glucose self-monitoring in non-insulin-treated patients with type 2 diabetes in primary care settings: a randomized trial. JAMA Intern Med 2017 Jun 10 [Epub ahead of print].

Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg minder effectief dan verwacht

Gezamenlijke zorg van de eerste en tweede lijn ('shared care') bij chronische aandoeningen wordt vaak als oplossing gezien om de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden. Een recente Cochrane-review liet echter nauwelijks effecten zien op klinische uitkomstmaten van shared care bij somatische aandoeningen (zoals diabetes en chronisch nierfalen) en evenmin op zorggebruik en opnames. Alleen bij depressie kan samenwerking tussen huisarts en specialist lonen.

Gezamenlijke zorg zou veel voordelen hebben boven de gebruikelijke zorg: meer en betere zorg op maat, kennisoverdracht van de tweede naar de eerste lijn en minder onnodige verwijzingen. De auteurs van de review gingen na of die veronderstelling klopt en vergeleken de effectiviteit van gezamenlijke zorg met die van de reguliere eerstelijnszorg. Zij includeerden 42 onderzoeken, waaronder 39 randomized controlled trials, met 18.859 patiënten uit huisartsenpraktijken in twaalf verschillende landen, waaronder de Verenigde Staten, Groot-Brittannië, Australië en Nederland. De auteurs keken naar groepen patiënten met verschillende aandoeningen: hart- en vaatziekten, diabetes, astma/COPD, chronische pijn en depressie. De gezamenlijk zorg bleek op diverse manieren te zijn georganiseerd, variërend van een (verpleegkundig) specialist in de eerste lijn tot digitale shared care. De effectiviteit werd beoordeeld op de primaire uitkomstmaten systolische bloeddruk, patiënttevredenheid, efficiëntie en kosten van het zorgproces.

Door de grote heterogeniteit van de onderzoeken, en wellicht de korte follow-up (6 tot 24 maanden) was er geen verschil in klinische uitkomstmaten als HbA1c, kwaliteit van leven en patiënttevredenheid. Ook wat betreft ziekenhuisopnames en zorggebruik waren er geen duidelijke verschillen. Voor drie uitkomstmaten deed gezamenlijke zorg het wel beter. Patiënten met hypertensie, chronische nierziekte of na een CVA hadden in de shared care-groep een lichte bloeddrukdaling van 3,4 mmHg (95%-BI 1,68 tot 5,25; n = 1281). Voor patiënten met een depressie was er een betere behandelingsrespons: RR 1,4 (95%-BI 1,22 tot 1,62; n = 806), en shared care leverde in vijf onderzoeken een correct medicatiebeleid op: RR 1,25 (95%-BI 1,07 tot 1,46; n = 546).

Deze review toont de effectiviteit van shared care niet aan. Ook wijzen de resultaten vooralsnog niet op verbeterde efficiëntie of minder zorgkosten. De auteurs adviseren met name bij somatische aandoeningen meer onderzoek te doen naar effectiviteit alvorens shared care te implementeren. Bij de implementatie van shared care in zorggroepen dienen de verwachtingen realistisch te zijn! ■

Jacqueline van Heiningen

Smith SM, et al. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD004910.

Zie ook de bijdrage van Guy Schulpen op pagina 496: Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg, te veel onder één noemer?

Guy Schulpen

DISCUSSIE

Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg, te veel onder één noemer?

'Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg is minder effectief dan verwacht voor chronische aandoeningen', zo luidt de voorzichtige conclusie van een Cochrane-review (zie pagina 495).[1,2] Het kernwoord hierbij is voorzichtig. Het is echter nog maar de vraag of de onderzoeken die zijn meegenomen in de review iets zeggen over de Nederlandse situatie.

De auteurs van de review schuiven verschillende vormen van 'gezamenlijke zorg' onder één noemer en vergelijken vervolgens de resultaten. Die vormen van gezamenlijke zorg verschillen echter sterk van elkaar en zijn in verschillende zorgsystemen uitgezet. Dat roept de vraag op of er eigenlijk wel een conclusie aan de review kán worden verbonden en, nog relevanter, of deze conclusie op enigerlei wijze van toepassing is op de Nederlandse zorg en de Nederlandse manier van gezamenlijke zorg voor chronische aandoeningen.

Samenwerking

De manier waarop de eerste lijn bij chronische aandoeningen samenwerkt met eerstelijnsdisciplines onderling en met de tweede lijn is niet vergelijkbaar met andere landen. De terminologie die wij hiervoor hanteren is ketenzorg. Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg omvat in Nederland ook buitenpoli's en andere verschijningsvormen die niet specifiek voor chronische zorg zijn. Eenduidig taalgebruik hierin voorkomt verwarring en de beschreven interventies van de Cochrane-review passen wellicht beter bij ons begrip van ketenzorg.

Een goed onderbouwd, vergelijkend onderzoek binnen Nederland is essentieel om meer duidelijkheid te krijgen over de zin en onzin van ketenzorg en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn.

Meer vergelijkend onderzoek

Recent publiceerden wij een rapport voor Duke University met de conclusie dat chronische zorg in ketenverband betere uitkomsten oplevert in gezondheidsuitkomsten, patiëntervaring én reductie van kosten.[3]

Tegelijk is het een gegeven dat deze resultaten niet van toepassing zijn op iedere Nederlandse situatie waar ketenzorg is geïmplementeerd. Het is bekend dat er verschillen zijn tussen regio's. Aangezien ketenzorg en de bijbehorende resultaten sterk afhankelijk zijn van de specifieke implementatie en regionale setting, is er een grote behoefte om hier nader Nederlands onderzoek naar te doen. Zorggroepen in samenwerking met Ineen hebben het initiatief genomen om gedegen vergelijkend onderzoek te doen naar de effectiviteit van ketenzorg. Het doel daarvan is de variatie inzichtelijk te krijgen, de potentiële resultaten bij goede implementatie te kunnen duiden en de effectieve aspecten van goede implementatie aan te wijzen. Dit onderzoek moet aantonen wat in Nederland de effecten zijn van gezamenlijke zorg voor chronische patiënten op gezondheidsuitkomsten, patiëntervaring en kosten.

Het is de vraag of, bij gelijk gebleven gezondheidsuitkomsten, kostenreductie en kennisoverdracht voldoende positieve effecten zijn om gezamenlijke zorg te implementeren. Gelijke gezondheid bij lagere kosten is ook winst. Deze zullen dan wel aangetoond moeten (kunnen) worden. Hierbij is de kritische kanttekening dat deze lagere kosten alleen mogelijk zijn als verzekeraars in staat zijn de verschuiving van zorginhoud gepaard te laten gaan met een verschuiving van zorgkosten. Een opdracht waar verzekeraars tot op heden mee worstelen en waarin zij niet succesvol blijken te zijn.

Meerwaarde ketenzorg

Concluderend kan worden gesteld dat de resultaten van de Cochrane-review met grote voorzichtigheid moeten worden vertaald naar de Nederlandse zorg. Een soortgelijk onderzoek naar de effecten van ketenzorg in Nederland is bijzonder gewenst.

Samenwerking binnen de chronische zorg heeft naast mogelijke uitkomsten op medische parameters, ook uitkomsten op andere aspecten, zoals kosten (mits verzekeraars hun opdracht in zorgverschuiving vervullen).

De meerwaarde van ketenzorg is tot op heden in Nederland bediscussieerd vanuit individuele onderzoeksprojecten tot en met tendentieuze, en vaak weinig onderbouwde, beleidsdocumenten.

Een samenvatting van de Cochrane-review met de kop 'Gezamenlijke eerste- en tweedelijnszorg minder effectief dan verwacht' suggereert meer onderbouwde kritiek dan het onderzoek zelf legitimeert. ■

LITERATUUR

1 Van Heiningen J. Anderhalvelijnszorg minder efficiënt dan verwacht. Huisarts Wet 2017;60:495.
2 Smith SM, Cousins G, Clyne, Allwright 4, O'Dowd T. Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions. Cochrane Database Syst Rev 2017;2:CD004910.
3 Vrijhoef HJM, Huizing AR. ZIO Integrated Care Network The Netherlands. Accountable care in practice: global perspectives. Durham: Duke University, 2017. https://healthpolicy.duke.edu/sites/default/files/atoms/files/netherlands_25jan2017.pdf.

Zorg In Ontwikkeling (ZIO), Maastricht: dr. G.J.C. Schulpen, medisch directeur • Correspondentie: g.schulpen@zio.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: ZIO exploiteert als zorggroep ook ketenzorg.

Tjard Schermer, Bas Robberts, Joke Grootens, Annelies Lucas, Bart Thoonen, Ivo Smeele

Kan de diagnose COPD op één spirometrietest berusten?

Samenvatting

Schermer TR, Robberts B, Grootens J, Lucas A, Thoonen BP, Smeele IJ. Kan de diagnose COPD op één spirometrietest berusten? Huisarts Wet 2017;60(10):497-9.

Huisartsen stellen de diagnose COPD vaak op basis van één spirometrietest. Een te lage post-bronchodilatoire FEV1/FVC wijst dan op een luchtwegobstructie die kan passen bij COPD. In een onderzoek onder 2352 personen met verdenking op COPD, die door hun huisarts waren verwezen naar huisartsenlaboratoria, bleken aanvankelijk 758 personen (32%) luchtwegobstructie te vertonen. Na een jaar was dit bij 22% (168/758) en na twee jaar bij 32% (244/758) echter niet meer het geval. Van de 1594 personen zonder obstructie bij de eerste spirometrietest was na een jaar bij 90% wederom geen sprake van obstructie; na twee jaar bij 85%. Verschillende persoonskenmerken voorspelden de kans op verschuiving van obstructief naar niet-obstructief. De FEV1/FVC en het daarop gebaseerde oordeel wel/niet obstructief varieert dusdanig in de tijd dat eenmalige spirometrie leidt tot over- en onderdiagnostiek van COPD.

INLEIDING

Chronisch obstructief longlijden (COPD) is een veel voorkomende chronisch progressieve longziekte, met roken als belangrijkste oorzaak.[1] De huidige NHG-Standaard COPD geeft aan dat spirometrie noodzakelijk is om de diagnose te stellen: als na luchtwegverwijding een FEV_1/FVC-waarde *(forced expiratory volume in one second/forced vital capacity)* resulteert die lager is dan de ondergrens van normaal, is er sprake van luchtwegobstructie.[2]

In de praktijk baseren huisartsen de diagnose COPD vaak op één spirometrietest. Sinds 2015 adviseert de Standaard om bij mensen met verdenking op COPD en afwijkende spirometrie de test na zes weken te herhalen, zodat de persoon in kwestie hersteld is van een mogelijke eerste exacerbatie van (dan nog ongediagnosticeerd) COPD.[2] Volgens de Standaard is een meetresultaat dichtbij de ondergrens vanwege de natuurlijke variabiliteit van de longfunctie lastig te duiden. In zo'n geval luidt het advies de spirometrie na zes tot twaalf weken te herhalen.[2] Voor de FEV_1 en FVC afzonderlijk is de langetermijnsvariabiliteit bij gezonde personen en bij patiënten met COPD bekend, maar dat geldt niet voor de variabiliteit van de FEV_1/FVC.[3,4]

Voor ons onderzoek wilden wij de veranderlijkheid van een diagnose luchtwegobstructie na eenmalige meting van de postbronchodilatoire FEV_1/FVC bepalen bij personen met een verhoogd risico op COPD in de huisartsenpraktijk.

Wat is bekend?

- Huisartsen stellen de diagnose COPD vaak op basis van één enkele FEV1/FVC-bepaling.
- De veranderlijkheid van de FEV1/FVC in de tijd is nog nauwelijks onderzocht.

Wat is nieuw?

- De FEV_1/FVC en het daarop gebaseerde oordeel wel/niet obstructief varieert dusdanig dat eenmalige spirometrie leidt tot over- en onderdiagnostiek van COPD.
- Het advies in de NHG-Standaard COPD om bij verdenking op COPD en afwijkende FEV_1/FVC de spirometrie te herhalen lijkt zinvol.

METHODE

Ons onderzoek is gebaseerd op alle spirometrietests van drie huisartsenlaboratoria uit de periode 2001-2010. Uit de database selecteerden we personen met een verhoogd risico op COPD die hun huisarts hadden geraadpleegd met luchtwegklachten en verwezen waren voor spirometrie. Andere inclusiecriteria waren: Kaukasisch, (ex-)roker, ≥ 40 jaar, complete gegevens over lengte, rookhistorie en luchtwegmedicatie, ≥ 3 post-bronchodilatoire (BD) spirometrietests met 12 ± 2 maanden ertussen. Luchtwegobstructie definieerden we als FEV_1/FVC onder de leeftijds- en geslachtsspecifieke *lower limit of normal* (LLN) waarde.[5] LLN en percentage voorspelde waarden hebben we bepaald met de *Global Lung Initiative* (GLI) formules. Getrainde longfunctiemedewerkers hebben alle spirometrietests uitgevoerd.

We verdeelden de personen in ons bestand op elk van de drie achtereenvolgende meetmomenten (To, T1, T2) in twee categorieën: 'obstructief' en 'niet-obstructief'. We berekenden kappa om de mate van overeenstemming voor aan- of afwezigheid van obstructie tussen To, T1 en T2 te bepalen (kappa = 0 = slechte; 0,01-0,20 = matige; 0,21-0,40 = redelijke; 0,41-0,60 = goede; 0,61-0,80 = uitstekende en 0,81-1 = (bijna) perfecte overeenstemming). Met een logistische regressieanalyse bepaalden we of specifieke persoonskenmerken een verschuiving van obstructief naar niet-obstructief tussen To en T1 voorspelden: geslacht, leeftijd, body mass index (BMI), ernst van de obstructie, reversibiliteit, rookstatus, en (verandering in) gebruik van luchtwegverwijders en inhalatiecorticosteroiden.

Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Nijmegen: dr. T.R. Schermer, senior onderzoeker; J. Grootens, onderzoeksmedewerker; dr. B.P. Thoonen, voormalig huisarts, senior onderzoeker. Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, afdeling Longziekten, Nijmegen: B. Robberts, longarts. Diagnostiek voor U, Eindhoven: dr. A. Lucas, medisch directeur, huisarts, senior onderzoeker. Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht: dr. I.J. Smeele, kaderhuisarts astma/COPD • Correspondentie: tjard.schermer@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een vertaalde en bewerkte versie van: Schermer TR, Robberts B, Crockett AJ, Thoonen BP, Lucas A, Grootens J, et al. Should the diagnosis of COPD be based on a single spirometry test? NPJ Prim Care Respir Med 2016;26:16059.

RESULTATEN

Van de 22.187 personen in de database voldeden er 2352 aan de inclusiecriteria (zie de legenda van de [**figuur**]). Op To vertoonden 758 (32%) van hen luchtwegobstructie [**figuur**]. Vergeleken met de groep zonder obstructie waren deze personen vaker man en roker, hadden ze een lagere gemiddelde FEV_1 % voorspeld en gebruikten ze minder vaak inhalatiecorticosteroïden.

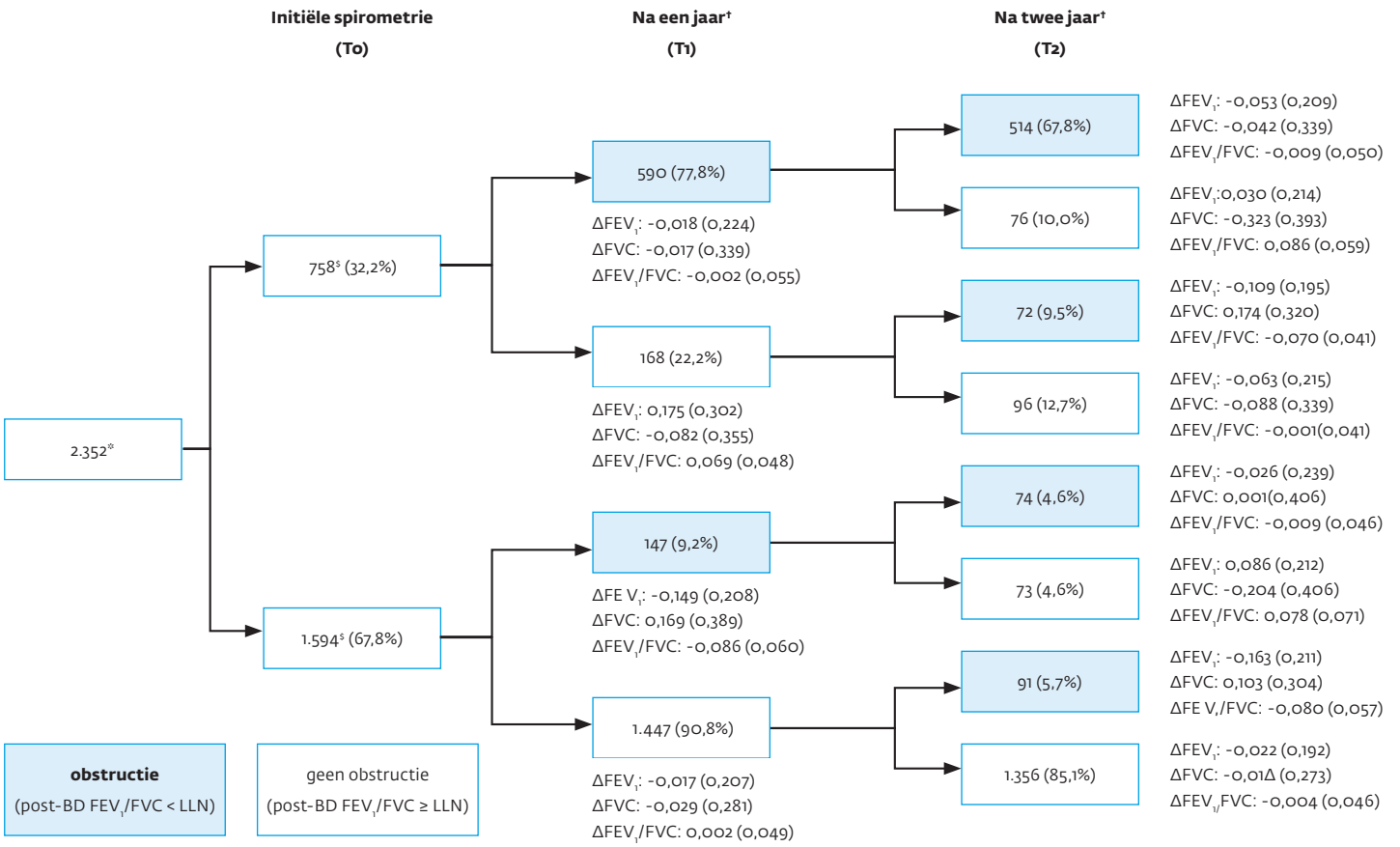
Bij 78% van de personen met obstructie op To was dit na een jaar opnieuw het geval; na twee jaar lag dit percentage op 68% [figuur]. Van de 1594 personen zonder obstructie op To zagen we na een jaar bij 90% opnieuw geen obstructie; na twee jaar bij 85%. De mate van overeenstemming voor de aan- of afwezigheid van obstructie was 'uitstekend', zowel bij vergelijking tussen To en T1 (kappa = 0,69) als tussen To en T2 (kappa = 0,67).

Twee persoonskenmerken waren onafhankelijk van elkaar gerelateerd aan een *grotere* kans op verschuiving van obstructief naar niet-obstructief: hogere BMI en gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders op To. Kenmerken die juist gerelateerd waren aan een *kleinere* kans op deze verschuiving waren hogere leeftijd, ernstiger obstructie (post-BD FEV_1 < 50% voorspeld), aanhoudend roken, behandeling met inhalatiecorticosteroïden op To en behandeling met kortwerkende luchtwegverwijders op T1. Reversibiliteit bleek geen voorspellende factor.

BESCHOUWING

Hoewel de FEV_1/FVC centraal staat in de diagnostiek van COPD, is (verbazingwekkend genoeg) de veranderlijkheid van deze parameter in de tijd nog niet goed onderzocht. Na twee jaar, dus na twee herhaalde metingen, bleef bij slechts twee derde van de oorspronkelijke diagnoses de conclusie 'obstruc-

Figuur Verschuivingen in obstructiestatus tussen de initiële diagnostische spirometrietest (To) en de herhaalde metingen na een jaar (T1) en twee jaar (T2) bij 40-plussers met luchtwegklachten en rookhistorie



* Aantal personen dat voldeed aan de inclusiecriteria. Van het totale aantal personen in de gecombineerde database (n = 22.187) hebben we er 16.970 niet in de analyse betrokken omdat zij niet Kaukasisch waren, geen rookhistorie hadden of jonger dan 40 jaar waren, of omdat de informatie over hun lengte, rookhistorie en luchtwegmedicatie incompleet was. We hebben 2865 personen niet verder geanalyseerd omdat zij geen drie of meer post-bronchodilatoire spirometrietests hadden gehad met 12 ± 2 maanden ertussen.

† 12 ± 2 maanden na de vorige spirometrietest

$ Noemer voor alle percentages in de cellen verder naar rechts

BD: bronchodilatoir; FEV_1: forced expiratory volume in one second (in liters): FVC: forced vital capacity (in liters); LLN: lower limit of normal = ondergrens van normaal)

ΔFEV_1, ΔFVC en $\Delta FEV_1/FVC$ zijn de gemiddelde (standaarddeviatie) verschillen tussen de betreffende meetwaarden bij de achtereenvolgende metingen, berekend als respectievelijk T1 minus T0 en T2 minus T1.

tie' gehandhaafd. Het lijkt daarom belangrijk om de diagnostische spirometrietest te herhalen, vooral bij personen bij wie de kans op een 'stabiele' diagnose kleiner is. De verschuivingen van obstructief naar niet-obstructief zagen we overigens niet uitsluitend bij waarden die dicht bij het afkappunt lagen.[6] Heranalyse van gegevens uit een Amerikaans onderzoek bij ruim vijfduizend rokers van 35 tot 60 jaar met lichte tot matigernstige obstructie ($FEV_1/FVC \leq 0{,}75$ en FEV1 50-90% voorspeld) liet eerder zien dat de aanvankelijke bevinding obstructief of niet-obstructief na een jaar bij in totaal 24% veranderd was.[7] Overigens is bij het stellen van de diagnose COPD niet alleen de (herhaalde) spirometrie belangrijk, want de anamnese en rookhistorie zijn dat zeer zeker ook.

Met kappa-waarden van 0,67 tot 0,69 was de mate van overeenstemming wat betreft de aan- of afwezigheid van obstructie uit twee herhaalde metingen op groepsniveau uitstekend. Dat neemt niet weg dat zo'n verschuiving op persoonsniveau belangrijke implicaties kan hebben. Leeftijd, BMI, rookgedrag, ernst van de luchtwegobstructie en (veranderingen in) luchtwegmedicatiegebruik waren gerelateerd aan de kans op verschuiving.

Sterke punten en beperkingen

Het voornaamste sterke punt van dit onderzoek betreft de groepsgrootte: ruim 2300 personen met een risicoprofiel passend bij COPD, de groep waarvoor de NHG-Standaard spirometrie als aanvullend onderzoek aanbeveelt. Dat de kwaliteit van de spirometrietests goed was omdat zij door getrainde longfunctiemedewerkers werden verricht is eveneens een sterk punt.[8] Hetzelfde geldt voor het feit dat we de invloed van tussentijdse veranderingen in medicamenteuze behandeling en rookgedrag apart hebben geanalyseerd, al kan de behandeling op individueel niveau gewijzigd zijn op een manier die niet in deze analyse tot uiting komt (bijvoorbeeld door een hogere dosering van luchtwegmedicatie of dankzij een door voorlichting/instructie bereikte verbetering van therapietrouw of inhalatietechniek).

Beperkingen waren onder andere dat de gedachte dat de personen die voor jaarlijkse controlemetingen naar de huisartsenlaboratoria gaan een goede afspiegeling vormen van de groep die de huisarts met mogelijk onderliggend COPD raadpleegt, slechts op een aanname berust. Een andere beperking is dat de controlemetingen maar eenmaal per jaar plaatsvonden, waardoor we niet konden kijken naar de kortetermijnsvariabiliteit (week tot week) van de FEV_1/FVC. Daarom konden wij niet nagaan wat de waarde is van het advies in de NHG-Standaard COPD om de spirometrietest al na zes weken te herhalen.[2] Het statistische fenomeen 'regressie naar het gemiddelde' kan ook een rol gespeeld hebben: iemand zal bij een sterker verlaagde FEV_1/FVC-waarde bij een volgende meting eerder een hogere dan een nog lagere waarde blazen.

IMPLICATIES VOOR DE PRAKTIJK EN CONCLUSIE

Ons onderzoek laat zien dat de FEV_1/FVC en het daarop gebaseerde oordeel wel of niet obstructief dusdanig in de tijd kan variëren dat een eenmalige spirometrietest leidt tot over- en onderdiagnostiek van COPD. Vooral overdiagnostiek kan een aanzienlijke emotionele impact hebben op patiënten en gaat mogelijk gepaard met overbodige behandeling met luchtwegmedicatie, het daarmee samenhangende risico op bijwerkingen en onnodige zorgkosten.[9] Ook kunnen andere (behandelbare) oorzaken voor de luchtwegklachten daardoor worden gemist. Wij bevelen dan ook aan om het advies in de huidige NHG-Standaard COPD op te volgen om bij mensen met een verdenking op COPD en afwijkende spirometrie de test na enkele weken te herhalen. Dat geldt zeker voor personen met de kenmerken die gerelateerd zijn aan de kans op verschuiving, zoals gestopt zijn met roken en/of een hogere BMI-waarde.

In de praktijk zijn er mogelijk drempels voor het herhalen van de test, zoals te weinig tijd van (in spirometrie getraind) personeel en *no show*. Aan de andere kant kan de tijd die uitgespaard wordt door bij periodieke controlebezoeken bij bekende COPD-patiënten niet langer standaard spirometrie te doen, nu gebruikt worden voor betere spirometrische onderbouwing van een diagnose COPD bij nieuwe patiënten. Nader onderzoek is echter nodig om te bepalen in welke mate de diagnostische zekerheid verbetert bij (ten minste eenmalige) herhaling van de spirometrie een aantal weken na de initiële test. ■

Foto: Shutterstock

Een eenmalige spirometrietest leidt tot over- en onderdiagnostiek van COPD.

LITERATUUR

1 From the Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2016. http://goldcopd.org/

2 Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JC, et al. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58:198-211.

3 Wang ML, Avashia BH, Petsonk EL. Interpreting periodic lung function tests in individuals: the relationship between 1- to 5-year and long-term FEV1 changes. Chest 2006;130:493-9.

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

Annerika Slok, Daniel Kotz, Niels Chavannes, Jiska Snoeck-Stroband, Philippe Salomé, Johannes in 't Veen, et al.

De Ziektelastmeter COPD als hulpmiddel in de praktijk

Samenvatting

Slok AHM, Kotz D, Chavannes NH, Snoeck-Stroband JB, Salomé PL, In 't Veen JCCM, Van Schayck OCP. De Ziektelastmeter COPD als hulpmiddel in de praktijk. Huisarts Wet 2017;60(10):500-2.

De Ziektelastmeter COPD geeft de gezondheidstoestand van de COPD-patiënt inzichtelijk weer in een diagram met elf ballonnen die elk staan voor een fysiologisch, psychisch of functioneel domein. De ziektelastmeter maakt het mogelijk in samenspraak met de patiënt het behandelplan te monitoren en uit te werken, zodat de patiënt zelf gericht aan de slag kan. Effectonderzoek toont aan dat gebruik van de ziektelastmeter leidt tot een betere kwaliteit van leven en een hogere ervaren kwaliteit van zorg. Ziektelastmeting is opgenomen in de Zorgstandaard COPD en de NHG-Standaard COPD en wordt momenteel geïmplementeerd in huisartsenpraktijken en ziekenhuizen.

In de behandeling van chronische ziekten zoals COPD verschuift het accent gaandeweg van biomedische naar niet-medicamenteuze aspecten en krijgt zelfmanagement door de patiënt steeds meer aandacht.[1-8] Zorgverleners zijn op zoek naar een meer holistische benadering, waarin ook ruimte is voor de coping, adaptatie en beleving van de patiënt. Als uitgangspunt voor de behandeling introduceerde de eerste versie van de Nederlandse Zorgstandaard COPD in 2010 het concept 'ziektelast', maar dit concept werd in deze standaard nog niet geoperationaliseerd.[9] De Long Alliantie Nederland (waarvan de CAHAG lid is), heeft daarom een Werkgroep Ziektelastmeter COPD ingesteld, met als opdracht het ontwikkelen van een ziektelastmeter voor patiënten met COPD. In dit artikel bespreken we het ontwikkelproces, de uitkomsten van het effectonderzoek en de implicaties voor de dagelijkse praktijk.

HET ONTWIKKELPROCES

Het ontwikkelproces is opgedeeld in vijf opeenvolgende stappen: een definitie formuleren van de ervaren ziektelast van COPD, controleren of deze definitie aansluit bij de ervaringen van patiënten en zorgverleners, randvoorwaarden formuleren waaraan de ziektelastmeter zou moeten voldoen, een systematische review van de literatuur en tot slot het ontwerpen van een integraal instrument.[10]

De werkgroep definieerde de ervaren ziektelast van COPD als volgt: 'Ziektelast is een fysieke, emotionele, psychologische dan wel sociale ervaring van de patiënt met COPD. Deze ervaring beïnvloedt de mogelijkheden om met de gevolgen van de ziekte en behandeling om te gaan.'[11]

Uit interviews met patiënten en zorgverleners kwam naar voren dat deze definitie congruent was met hun ervaringen. De werkgroep formuleerde vervolgens een aantal randvoorwaarden: de ziektelastmeter moest een korte invultijd hebben, door de patiënt zelf in te vullen zijn, tijdens het consult gebruikt kunnen worden en direct aanknopingspunten kunnen bieden voor de behandeling.

Na een uitgebreid literatuuronderzoek bleek dat er nog geen instrument bestond dat de ziektelast volledig kon meten volgens de gegeven definitie. De werkgroep ging daarom uit van een vragenlijst die het best aan de randvoorwaarden voldeed, de Clinical COPD Questionnaire (CCQ),[12] en vulde deze aan met een viertal vragen over emoties en vermoeidheid. De aldus uitgebreide vragenlijst kwam uit de validatieanalyses naar voren als een valide en betrouwbaar instrument met goede discriminatoire eigenschappen.[13]

De vragenlijst werd verwerkt in een computerprogramma, dat met een algoritme op basis van de ervaren ziektelast en de gemeten fysiologische parameters de ziektelast visualiseert en behandeladviezen genereert.[10] De scores op verschillende domeinen worden weergegeven als ballonnen [**figuur**]. Een groene, hoge ballon betekent een goede score, een oranje ballon betekent dat er ruimte voor verbetering is en een rode, lage ballon betekent een slechte score. Een grijze ballon geeft de score weer van het vorige consult, zodat een verandering meteen opvalt. Door op een ballon te klikken wordt het betreffende behandeladvies opgeroepen en kunnen patiënt en zorgverlener dat bespreken. Dit gesprek moet idealiter leiden tot een persoonlijk doel en een daarop aansluitend behandelplan.

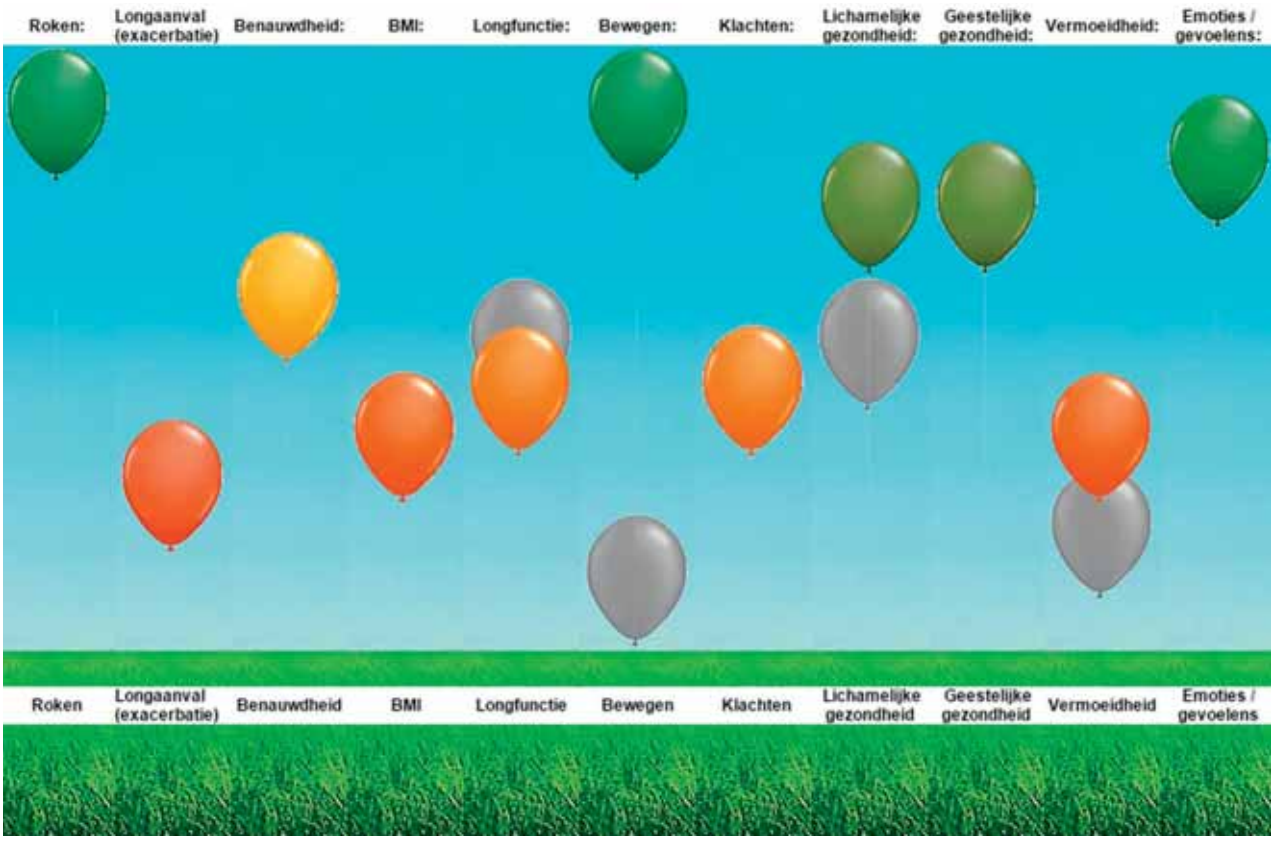
Zelfmanagement door de patiënt krijgt steeds meer aandacht

De kern

- De Ziektelastmeter COPD is een valide en betrouwbaar instrument dat de ervaren ziektelast snel en overzichtelijk in beeld brengt.
- De Ziektelastmeter COPD helpt tijdens het consult ziekteinzicht te geven en in gezamenlijk overleg tot een persoonlijk behandelplan te komen.
- De Ziektelastmeter COPD heeft een positief effect op de kwaliteit van leven en de ervaren kwaliteit van zorg; ziektelastmeting wordt aanbevolen in de Zorgstandaard COPD en de NHG-Standaard COPD.

Universiteit Maastricht, CAPHRI, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: dr. A.H.M. Slok, gezondheidswetenschapper; prof.dr. D. Kotz, hoogleraar Klinische Epidemiologie (tevens Heinrich Heine Universität, Düsseldorf); prof.dr. O.C.P. van Schayck, hoogleraar Preventieve geneeskunde. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns Geneeskunde: prof.dr. N. Chavannes, huisarts, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. J.B. Snoeck-Stroband, huisarts. Huisartsencoöperatie PreventZorg, Bilthoven: dr. P.L. Salomé, huisarts. Franciscus Gasthuis & Vlietland, afdeling Longgeneeskunde en Tuberculose, Rotterdam, dr. J.C.C.M. in 't Veen, longarts. • Correspondentie: annerika.slok@maastrichtuniversity.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur Visualisatie van de ziektelast door ballonnen



EFFECTIVITEIT

De werkgroep heeft de effectiviteit van de Ziektelastmeter COPD beoordeeld in een pragmatisch, clustergerandomiseerd onderzoek in 39 huisartsenpraktijken en 17 ziekenhuizen.[14] Aan het onderzoek deden in totaal 357 patiënten mee; de inclusiecriteria waren een post-bronchodilatoire FEV_1/FVC-ratio < 0,7, leeftijd 40 jaar of ouder en Nederlands kunnen begrijpen en lezen. Hun zorgverleners werden op basis van toeval toegewezen aan de interventie- of de controlearm. In de interventiegroep werd tijdens het consult de Ziektelastmeter COPD gebruikt, de controlegroep kreeg reguliere zorg.

Tijdens de analyses waren de onderzoekers geblindeerd voor de groep. De primaire uitkomstmaat was het aantal patiënten dat achttien maanden na het begin van de interventie een klinisch relevante verbetering van minimaal vier punten toonde op de St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).[15] Secundaire uitkomstmaten waren de scores op de COPD Assessment Test (CAT), die de impact van de ziekte meet,[16] en de Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), die de ervaren kwaliteit van zorg meet.[17]

Bij 294 deelnemers konden we zowel bij aanvang als na 18 maanden een meting uitvoeren. In de interventiegroep scoorden 49 (34%) van de 146 patiënten een klinisch relevante verbetering op de SGRQ, versus 33 (22%) van de 148 patiënten uit de controlegroep (oddsratio 1,85; 95%-BI 1,08 tot 3,16). Op de CAT scoorden beide groepen gelijk, de gemiddelde verandering was –0,26 punten op een scorebereik van 0 tot 40 (95%-BI –1,52 tot 0,99). Op de PACIC, met een scorebereik van 1 tot 5, was de gecorrigeerde score van de interventiegroep na 18 maanden gemiddeld 0,32 punten hoger dan die van de controlegroep (95%-BI, 0,14 tot 0,50).

Het effectiviteitsonderzoek heeft daarmee laten zien dat de Ziektelastmeter COPD bij de patiënt inderdaad zorgt voor een betere kwaliteit van leven en een betere ervaren kwaliteit van zorg.[18]

De scores op verschillende domeinen worden weergegeven als ballonnen

ERVARINGEN

Naast dit effectiviteitsonderzoek heeft de werkgroep ook diepte-interviews gehouden met 15 zorgverleners en 21 patiënten die de Ziektelastmeter COPD actief hadden gebruikt.[19] De geïnterviewden waren over het algemeen zeer positief. Zorgverleners vonden de visuele weergave sterk: die is begrij-

pelijk voor de patiënt en geeft inzicht in de ziekte. Dat vonden patiënten ook. Een enkele patiënt vond de ballonnen in eerste instantie kinderachtig, maar als ze er eenmaal mee hadden gewerkt vonden ze het zeer verhelderend. Voor de keuze gesteld of ze een volgend consult mét of zonder Ziektelastmeter COPD wilden doen, gaven de meesten de voorkeur aan de ziektelastmeter. Die geeft overzicht en inzicht, en dat maakt het makkelijker om alle relevante onderwerpen te bespreken.

Zorgverleners waren van mening dat de ziektelastmeter structuur geeft aan het consult en past in de concepten van 'motiverende gespreksvoering' en 'individuele zorgplannen'. Zij gaven ook een aantal suggesties voor verbeteringen. Een van de voorstellen was de ziektelastmeter te integreren in de bestaande informatiesystemen om de bruikbaarheid en de implementatie te bevorderen.

IMPLEMENTATIE

De lidorganisaties van de Long Alliantie Nederland hebben afgesproken de implementatie van de Ziektelastmeter COPD te bevorderen. De recentelijk herziene Zorgstandaard COPD (2016) en NHG-Standaard COPD (2015) adviseren de ziektelastmeter te gebruiken in de monitoringfase, mits het instrument is ingebouwd in, of gekoppeld aan, de informatiesystemen in de praktijk of het ziekenhuis.[20,21]

Die implementatie is op dit moment een proces van vraag en aanbod. Zorgverleners moeten binnen hun eigen zorggroep aangeven dat zij de Ziektelastmeter COPD willen gebruiken, zodat de zorggroep de leverancier van het informatiesysteem daarom kan verzoeken. In de tweede lijn moeten longartsen de leverancier van hun ziekenhuisinformatiesysteem verzoeken het instrument te implementeren in het elektronisch patiëntendossier.

De CAHAG werkt aan de implementatie van de ziektelastmeter in de verschillende huisartsinformatiesystemen. Het instrument is al beschikbaar in MicroHIS in combinatie met NHG-doc en wordt in een aantal pilotpraktijken getest. De CAHAG heeft ook, samen met Nederlandse Vereniging voor Longartsen (NVALT) en de Vereniging voor Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), een geaccrediteerde nascholing ontwikkeld voor huisartsen, praktijkondersteuners en verpleegkundigen (www.cahag.nl). Het Longfonds heeft speciaal voor patiënten een filmpje gemaakt (www.youtube.com/watch?v=gONS13F2oko).

GEBRUIK IN DE PRAKTIJK

In de praktijk kan de Ziektelastmeter COPD gebruikt worden ter ondersteuning van het gesprek met de patiënt en van diens zelfmanagement. Het instrument meet de ziektelast, geeft de patiënt inzicht in de ziekte en helpt hem een koppeling te maken tussen de ervaren ziektelast en de mogelijke behandelopties. Zo faciliteert het de gezamenlijke besluitvorming en het opstellen van een individueel zorgplan met een persoonlijk streefdoel.

De Ziektelastmeter COPD maakt het mogelijk de patiënt tijdens het consult op gestructureerde wijze te monitoren en op een laagdrempelige manier te betrekken bij de besluitvorming. Door de koppeling aan het HIS wordt het openen van het elektronische patiëntendossier niet als een extra handeling ervaren en de visuele weergave maakt direct duidelijk waar de knelpunten liggen.

Het streven is een persoonlijk doel en een daarop aansluitend behandelplan

Voor de individuele patiënt is momenteel vooral het ballonnendiagram relevant: je ziet de stand van zaken op de verschillende domeinen en de consequenties voor de behandeling. Men onderzoekt nog of het ook mogelijk een totaalscore te geven voor de ernst van de aandoening: milde, matige of ernstige ziektelast. Als de patiënt tijdens het consult op deze manier goed in kaart is gebracht, kan een behandelalgoritme de link leggen tussen hoe de patiënt zich voelt en de behandelopties. Daarmee kan de patiënt medebehandelaar worden.

MEER TOEPASSINGEN

Op dit moment onderzoekt de Universiteit van Maastricht of de Ziektelastmeter COPD kan worden uitgebreid naar andere chronische aandoeningen, zoals astma en diabetes mellitus. Ook wordt onderzocht of de Ziektelastmeter COPD geschikt kan worden gemaakt voor patiënten met lage gezondheidsvaardigheden. Zo krijgt de eerste lijn de beschikking over een innovatief, evidencebased instrument dat persoonsgerichte zorg, gezamenlijke besluitvorming en zelfmanagement bevordert. Patiënten met een chronische ziekte worden betrokken bij het behandelplan en kunnen thuis gericht aan de slag om hun persoonlijke doel te bereiken. ■

LITERATUUR

1 Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006;3:e442.
2 Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. Lancet 2006;367:1747-57.
3 Boerdam A, Knoops K. Bevolkingstrends: Astma en COPD in beeld. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek, 2016.

De resterende literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Roland Zeilstra, Paul Giesen

Pijn op de borst: huisarts of ambulance?

Een dilemma voor triagist en huisarts

Samenvatting

Zeilstra RR, Giesen P. Pijn op de borst: huisarts of ambulance? Een dilemma voor triagist en huisarts. Huisarts Wet 2017;60(10):503-5.

Als iemand de huisartsenpost belt met de klacht 'pijn op de borst' zet de triagist vaak een spoedambulance in. Achteraf blijkt dat vaak onnodig, want in de eerste lijn is de kans op cardiale aandoeningen klein. Om de ambulancediensten te ontzien zou men de triage anders moeten inrichten, een bruikbaar beslismodel voor pijn op de borst invoeren en snelle consultatie van een regiearts mogelijk maken. Meer samenwerking in de spoedzorgketen, bijvoorbeeld door een regionaal budget, kan de druk op de ambulancediensten verlichten, de patiëntenzorg verbeteren en de kosten van spoedeisende hulp reduceren.

Patiënten met pijn op de borst doen een groot beroep op de spoedzorg. Huisartsenposten (HAP's) zetten bij de ingangsklacht 'pijn op de borst' meestal een U1-ambulance in. Een analyse uit 2013 wees uit dat de triagisten in de regio Nijmegen bij 69,4% van de patiënten met pijn op de borst een ambulance bestelden.[1] Nu heeft slechts 1,5-15% van de patiënten met pijn op de borst die in de eerste lijn worden opgevangen inderdaad cardiovasculaire problemen.[2-5] Borstkassymptomen en slokdarmklachten komen veel vaker voor.[6-8] Dat triagisten een patiënt met pijn op de borst meestal niet naar de huisarts verwijzen maar direct een ambulance sturen, is een teken dat de Nederlandse Triage Standaard (NTS; https://de-nts.nl) onvoldoende discrimineert tussen onschuldige dan wel potentieel levensbedreigende klachten. Voor alle partners in de spoedzorgketen, huisartsen, ambulancediensten en afdelingen Spoedeisende Hulp (SEH), is de werkdruk hoog en heeft het grote voordelen als zij passender kunnen worden ingezet: huisarts waar dat kan, ambulance indien nodig. Dat maakt de hulpverlening efficiënter en werkt ook kostenbesparend.

In deze beschouwing nemen we de rol van triage onder de loep: de telefonische triage door de HAP, de fysieke triage door de huisarts en de inzet van ambulances bij patiënten met pijn op de borst.

De kern

- Pijn op de borst in de eerste lijn is meestal niet van cardiale origine.
- Het inzetten van een ambulance bij pijn op de borst blijkt achteraf vaak onnodig.
- De telefonische triage bij pijn op de borst kan efficiënter gemaakt worden door een aantal gevalideerde vragen toe te voegen.
- Huisartsen moeten bij de klacht 'pijn op de borst' voldoende kennis hebben van acute geneeskunde en de ABCD-methode.
- Er is behoefte aan een beslismodel voor de eerste lijn en aan nauwere samenwerking in de spoedzorgketen.

TELEFONISCHE TRIAGE OP DE HAP

Bij de ingangsklacht 'pijn op de borst' stelt de triagist aan de telefoon eerst de ABCD-status vast. Daarna volgen zeven vragen, over de ernst, duur, locatie, uitstraling, karakter en beloop van de thoracale pijn en over de aanwezigheid van vegetatieve verschijnselen. Soms stelt de triagist nog een aanvullende vraag over diabetes mellitus en coronarialijden in de voorgeschiedenis.

Wanneer bij de duur van de klachten 'korter dan 12 uur' wordt genoteerd, volgt bijna altijd het advies 'inzet ambulance', ook als er bijvoorbeeld sprake is van lichte, stekende of atypische pijn die inmiddels voorbij is, zonder duidelijke uitstraling en met vegetatieve verschijnselen die inmiddels weer verdwenen zijn.[9] Zo'n advies is veilig maar duur, en kan vanwege de schaarste van ambulances ook tot problemen leiden. Wij denken dat het mogelijk is de beslissing om een ambulance in te zetten bij telefonische triage beter te onderbouwen.

Ten eerste weegt de huidige NTS de leeftijd van de patiënt niet mee, terwijl in de eerste lijn de kans op ernstige cardiale problematiek bij jonge mensen gering is, ook als ze pijn op de borst hebben. De incidentie van cardiale problematiek neemt vooral toe boven de 65 jaar.[3]

Bij telefonische triage kan vaker naar een huisarts worden verwezen

Een tweede punt is dat de NHG-Standaarden en de NTS op dit moment adviseren alleen naar de voorgeschiedenis van coronaire hartziekten te vragen en niet uitgebreider naar hart- en vaatziekten. Er zijn beslismodellen, zoals de in Duitsland gevalideerde Marburg Heart Score (MHS) en de op SEH's veel gebruikte HEART Score, die ook rekening houden met de leeftijd en met hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis.[3,9-11]

Ten derde kan de triagist informeren naar comorbiditeit, actuele gezondheid en wensen en verwachtingen met betrekking tot reanimatie. Als een patiënt bijvoorbeeld terminaal ziek is en niet meer wil worden opgenomen, is het inzetten van een ambulance niet gepast en komt een U1-visite van de huisarts eerder in aanmerking. In de beslismodellen bij pijn op de borst komt deze mogelijkheid nergens ter sprake.

Het is te verwachten dat de triagist aan de telefoon op de HAP een betere inschatting zal maken als hij beschikt over

Huisartsenpraktijk Zeilstra en Versteeg, Apeldoorn: R.R. Zeilstra, kaderhuisarts spoedzorg. Radboudumc, Nijmegen: dr. P. Giesen, huisarts, senior onderzoeker. • Correspondentie: versteeg.zeilstra@online.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

Het is de kunst om bij 'pijn op de borst' al aan de telefoon onderscheid te maken tussen een levensbedreigende aandoening en 'onschuldige' thoracale pijn.

gevalideerde aanvullende vragen. De veiligheid van de patiënt blijft natuurlijk de allereerste zorg. Drukte in de spoedzorgketen en kostenbeheersing mogen goede patiëntenzorg niet in de weg staan, dus bij een ernstig vermoeden van een myocardinfarct zal de triagist altijd een ambulance moeten inroepen om de patiënt zo spoedig mogelijk naar een cardiologisch interventiecentrum te vervoeren.[12-15]

DE HUISARTS

In de huisartsenpraktijk is de praktijkassistente het eerste aanspreekpunt voor de patiënt. Zij beschikt doorgaans over de NHG-triagewijzer, waarvan de laatste versie (2016) geheel in overeenstemming is gebracht met de NTS. Bij de melding 'pijn op de borst' zal zij direct met de huisarts overleggen, zodat deze kan besluiten om zelf visite te rijden dan wel een ambulance in te zetten. Minstens zo belangrijk als de triagewijzer zijn duidelijke afspraken met de praktijkassistente over de afhandeling van een spoedeisende klacht en over laagdrempelig overleg met de huisarts.[16]

De praktijksetting, waar huisarts en assistente elkaar goed kennen, op elkaar zijn ingespeeld en bekend zijn met hun eigen patiënten, verschilt duidelijk van de situatie op de HAP. Op de HAP is de triagist het eerste aanspreekpunt en ook degene die de keuze maakt tussen ambulance of huisarts. In de praktijksetting beslist de huisarts. Diens keuze zal niet alleen afhangen van de presentatie van de klachten en de voorgeschiedenis van de patiënt, maar ook van de eigen vertrouwdheid met acute geneeskunde. Men mag van een huisarts verwachten dat hij voldoende kennis heeft van de acute geneeskunde en de ABCDE-methodiek om snel een inschatting te kunnen maken van eventueel bedreigde vitale functies.

Er is behoefte aan een beslismodel bij pijn op de borst

De eerste diagnostische middelen die de huisarts bij pijn op de borst zal inzetten zijn anamnese en lichamelijk onderzoek. Deze zijn echter niet betrouwbaar genoeg bij ziekten met een lage apriorikans, zoals acuut coronair syndroom.[17] De klinische blik en het pluis/niet-pluisgevoel zijn waardevolle aanvullingen,[18] maar een in de eerste lijn gevalideerde beslisregel zou welkom zijn om onnodig onderzoek en verwijzingen te voorkomen.[10,19]

Er is veel onderzoek gedaan naar beslisregels op de SEH, maar de resultaten zijn niet zonder meer toe te passen op de huisartsgeneeskunde.[20] In een systematische review zijn wel de belangrijkste voorspellers geïdentificeerd van pijn op de borst bij patiënten in de eerste lijn: leeftijd, geslacht, pijn bij inspanning, een belaste voorgeschiedenis met hart- en vaatziekten, afwezigheid van pijn bij palpatie van de thorax en het vermoeden van de patiënt zelf dat er sprake is van een cardiale aandoening.[21]

Een veelbelovende beslisregel voor de eerste lijn is de reeds genoemde MHS. Deze is in Duitsland gevalideerd – de sensitiviteit is 91% in combinatie met de klinische blik – maar in Nederland nog niet. Opvallend is dat het ecg geen rol speelt in de beslisregel.[11]

Een andere eerder genoemde beslisregel, de HEART Score, wordt vaak op de SEH gebruikt en vereist het uitvoeren van een ecg en een troponinebepaling. Omdat point-of-caretests voor troponine op dit moment nog onvoldoende betrouwbaar zijn en niet iedere huisarts op HAP beschikt over een ecg-apparaat, is de HEART Score nog niet bruikbaar voor huisartsen.[22-24]

Een regionaal budget kan samenwerking in de spoedzorgketen bevorderen

OVERBELASTING VAN DE AMBULANCECAPACITEIT

Uit de jaarverslagen van regionale ambulanceverenigingen blijkt dat er een groeiend beroep wordt gedaan op ambulances. In Noordoost-Gelderland steeg het aantal 'ritten eerste hulp geen vervoer' – werk dat door een huisarts gedaan had kunnen worden – tussen 2013 en 2015 met 12,9%. Het aantal A1-ritten nam in die twee jaar toe met ruim 7%.[25] In de andere regio's zien we hetzelfde beeld. De regio Zuid-Holland-Zuid spant de kroon, daar steeg het aantal A1-ritten tussen 2012 en 2014 met 86,3%.[26,27] Veel van deze ritten werden aangevraagd door een huisarts of HAP.

Achteraf blijkt dat ruim 40% van de ambulanceritten door de huisarts afgehandeld had kunnen worden.[28] Van de U1-ritten voor patiënten met pijn op borst blijkt achteraf 53,6% ten onrechte gemaakt.[1] Dat maakt het de moeite waard manieren te onderzoeken om de triage te verbeteren zodat de druk op de ambulancedienst afneemt. Op de meldkamer ambulance zou men bijvoorbeeld regieartsen kunnen stationeren die het triageproces ondersteunen, al moet men er daarbij voor oppassen de HAP niet overmatig te belasten. In juni 2017 startten huisartsenpost 't Hellegat en de meldkamer van de Veiligheidsregio Rotterdam Rijnmond gezamenlijk een pilot 'centrale triage'. In deze pilot wordt een centraal loket ingericht voor telefonische spoedzorg onder supervisie van een huisarts, waar de meldkamercentralist, de triagist en de regiearts direct kunnen overleggen.[29]

Om de kwaliteit, de spreiding en de beschikbaarheid van acute zorg te verbeteren is meer samenwerking in de spoedketen nodig. Een regionaal budget kan daarbij helpen de belangen van alle partijen in de spoedzorgketen in evenwicht te houden. Het lijkt ons de moeite waard dit nader te onderzoeken.

ONDERSCHEID MAKEN

Bij de klacht 'pijn op de borst' is het de kunst zo mogelijk al aan de telefoon onderscheid te maken tussen een levensbedreigende aandoening en meer onschuldige thoracale pijn. Bij de triage op de HAP wordt vaak te snel gekozen voor een ambulance; het opnemen van gevalideerde vragen voor pijn op de borst kan de triage passender en de spoedeisende hulp efficiënter maken. Huisartsen moeten voldoende bekwaam zijn in de acute geneeskunde en de ABCDE-methode om de juiste beslissing te kunnen nemen bij pijn op de borst. Een klinische beslisregel voor de eerste lijn zou een welkome aanvulling zijn, wellicht in de toekomst nog uitgebreid met een ecg en een betrouwbare troponinesneltest. In de spoedzorgketen als geheel is goede samenwerking van belang om de efficiëntie te vergroten en de kosten omlaag te brengen. Een regionaal budget kan die samenwerking faciliteren. ■

LITERATUUR

1 Peters Y, Biemans Y, Van Aken S, Giesen P. Analyse U1-ritten: een vergelijking tussen ritten gereden door de huisarts en de ambulance. Nijmegen: IQ healthcare, 2013.
2 McConaghy JR, Oza RS. Outpatient diagnosis of acute chest pain in adults. Am Fam Physician 2013;87:177-82.
3 Rutten FH, Bakx JC, Bruins Slot MHE, Van Casteren BCAM, Derks CJT, Rambharose VR, et al. NHG-Standaard Acuut coronair syndroom (eerste herziening). Huisarts Wet 2012;55:564-70.

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

Ben Crul

Better safe than sorry

Wat was ik blij toen ik eind november 2015 binnen 48 uur twee keer de ambulance hoorde aankomen. Niet als afwachtende huisarts bij een acute patient, maar nu eens zelf als patiënt. Niks beklemmende pijn op de borst, niks uitstraling, niks roken, overgewicht of hoge bloeddruk, maar alleen – in de auto op weg naar kantoor – een raar pijnlijk, onbestemd gevoel op de borst met wat misselijkheid en zweten. Wel met een toenemend gevoel van naderend onheil. Als ex-huisarts liep ik al rijdend de hele differentiële diagnose door, maar een cardiale oorzaak kwam bij mij, de eerste keer althans, niet op. Waarom ook? De dag ervoor had ik nog flink gefietst om arbeidsgerelateerde stress er eens lekker uit te trappen.

Een levensgevaarlijke aandoening met een gluiperig klachtenpatroon

Een paar kilometerpaaltjes verder belde ik vanuit de auto toch maar mijn huisarts voor een afspraak. Er klopte iets niet. Bij het horen van de klachten verbond de assistente mij door met de huisarts. Deze sommeerde mij de eerste de beste afslag te nemen; zij zou 112 wel bellen. Ik stribbelde nog wat tegen, maar haar argument dat ik anderen in gevaar zou kunnen brengen gaf de doorslag. Als je dan snel daarna zo'n gele auto ziet verschijnen met vakkundig personeel valt toch een last van je af. Zeker als de klachten zakken na hun nitroglycerinespray en -infuus. Heb ik mij toch niet aangesteld. Dezelfde avond nog kreeg ik twee stents door significante stenosen in RCA en D1. De volgende ochtend mocht ik al naar huis, maar binnen 24 uur kreeg ik weer dezelfde klachten. Twijfel en bang, jazeker. Dan toch maar weer de ambulance bellen. Hun sirene klonk mij als muziek in de oren. Weer veilig. En ja hoor, weer een stenose, die nu gedotterd kon worden.

Dezelfde avond nog kreeg ik twee stents door significante stenosen.

Inmiddels ben ik anderhalf jaar verder. Er is geen hartschade en ik kan weer alles doen. Tijdens de hartrevalidatie heb ik uiteraard veel lotgenoten gesproken. Vaak gewoon actieve mensen, jonger dan ik. Mij viel – niet wetenschappelijk onderbouwd uiteraard – op dat de ingangsklachten bij iedereen anders waren geweest. Het onverwachte sprong eruit. Degenen bij wie niet geaarzeld was met ambulancevervoer en snel ingrijpen waren doorgaans het beste af. Weinig tot geen hartschade, fysiek goed belastbaar, weer vertrouwen in hun hart en op weg naar weer een actief arbeidzaam leven. Hoe anders is dat bij degenen die pas na ettelijke telefoontjes gediagnosticeerd waren.

Beter uitvragen is prima, maar houd U1-ritten laagdrempelig

Wetende dat er prima behandelingsmogelijkheden zijn bij een in principe levensgevaarlijke aandoening met een gluiperig klachtenpatroon, stuit het mij tegen de borst om vanwege kosten of overmatige belasting van huisartsenpost en ambulance de lat voor U1-ritten bij pijn op de borst hoger te leggen. Beter uitvragen prima, maar houd laagdrempelig inzetten in stand. De vervolgkosten – wat als ik bijvoorbeeld levenslang een ICD nodig had gehad? – zullen bij niet tijdig onderkennen en ingrijpen hoger zijn en het leed groter.

Van de U1-ambulanceritten met pijn op de borst blijkt volgens Ronald Zeilstra achteraf 53,6% onterecht. Maar 46,4% is dus terecht. Daar zat ik gelukkig bij. ■

Huisarts en Wetenschap, Utrecht: dr. B. Crul, redactielid, oud-huisarts, oud-hoofdredacteur Medisch Contact • Correspondentie: ben.crul@ziggo.nl

UW PARTNER IN KWALITEIT VAN ZORG VOOR LONGZIEKTEN

Chiesi College is speciaal ontwikkeld voor longartsen, huisartsen en andere professionals binnen de longzorg en biedt ondersteuning in Educatie en Zorg-services. Vraag nu de servicematerialen zoals de ACQ vragenlijst, CCQ vragenlijst of overzichtskaart van alle beschikbare inhalatoren aan via:

www.chiesi-college.nl/mijnpraktijk/aanvraagservicematerialen

Het serviceaanbod van Chiesi College is exclusief voor zorgprofessionals.

Wilt u meer weten?
Meld u dan aan op www.chiesi-college.nl

Chiesi College

PM-OV-2015-0295

Nieuw!

Boek PALLIATIEVE ZORG

IN DE HUISARTSENPRAKTIJK

- De nieuwste inzichten voor de zorg van uw patiënten in de laatste levensfase.
- Sluit aan op de praktijk van alledag en gaat dieper in op uw sleutelrol .
- Aandacht voor alle dimensies van leven, lijden en afscheid nemen.
- Medisch-inhoudelijke informatie over diagnostiek en behandeling van symptomen.
- Ziekte-overstijgende onderwerpen, zoals palliatieve sedatie, euthanasie en rouw.

Ledenprijs
€ 45,00
Niet-leden
€ 64,30

Geïnteresseerd?

U kunt het boek Palliatieve Zorg bestellen via de webwinkel op nhg.org.

Vragen?

Neem dan contact op met het NHG via info@nhg.org.

nhg
nederlands huisartsen genootschap

INCLUSIEF
digitale stappenplannen en protocollen

Bij de aanschaf van het boek Palliatieve Zorg ontvangt u een gratis e-book met digitale stappenplannen en protocollen.

Joyce Nouwens, Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

Trombofilie en anticonceptie – meer mogelijk dan gedacht

Casus A
Mevrouw A, 26 jaar, komt op het spreekuur na opname voor een longembolie. Ze heeft fors overgewicht met een BMI van 36 kg/m². Haar voorgeschiedenis meldt geen bijzonderheden en ze rookt niet. U hebt haar zes weken geleden op het spreekuur gehad omdat ze de pil wilde gaan gebruiken als anticonceptie en voor haar menorragie. U hebt haar toen het combinatiepreparaat ethinylestradiol 30 microgram en levonorgestrel 150 microgram voorgeschreven. In het ziekenhuis is gestart met antistolling in de vorm van acenocoumarol en ze is inmiddels goed ingesteld. Uit verder onderzoek naar de etiologie van de longembolie kwam geen familiaire trombofilie naar voren. Ze komt nu op het spreekuur met de vraag hoe het nu verder moet met de anticonceptie. De menorragie is bij het gebruik van antistolling fors toegenomen.

Casus B
Mevrouw B, 21 jaar, komt op het spreekuur omdat ze een anticonceptiemiddel wil. Zij heeft een regelmatige cyclus en een BMI van 22,4 kg/m², en ze rookt niet. Mevrouw heeft geen chronische aandoeningen. Toen ze nog jong was is vanwege een positieve familieanamnese factor V Leiden vastgesteld. Behalve een anticonceptiemiddel wil ze tevens haar menstruatie reguleren. Haar vraag is of zij mag starten met orale anticonceptie.

EEN VRAAG OVER ANTICONCEPTIE

De incidentie van veneuze trombose in de algemene bevolking is 2 tot 4 per 1000 personen per jaar. De oorzaak is vaak multifactorieel van aard, waarbij roken, overgewicht, een maligniteit, een operatie en een familiaire component een rol spelen.[1-2] Familiaire trombofilie heeft een geschatte prevalentie van 50 tot 80 per 1000 patiënten.[1,3] Het gebruik van oestrogeen bevattende anticonceptie verhoogt het tromboserisico. Bij de tweede generatie oestrogeen bevattende anticonceptie komt dit neer op een gemiddelde incidentie van 0,5 tot 0,7 per 1000 gebruiksters per jaar, hetgeen 2 tot 3 keer meer is dan bij niet-gebruiksters. De derde- en vierdegeneratiepillen geven een verhoogd risico van 0,6 tot 1,2 op 1000 gebruiksters per jaar.[1,2,4] Bij patiënten met een familiaire trombofilie is dit risico bij aanvang van de oestrogeen bevattende anticonceptie 10 tot 20 maal verhoogd.[2]

Welke mogelijkheden hebt u wanneer de patiënte uit de casus op uw spreekuur komt met een vraag over anticonceptie?

BESCHOUWING

Een verhoogde stollingsneiging van het bloed noemt men ook wel trombofilie. Er zijn twee verschillende vormen van trombofilie, namelijk een familiaire en een verworven trombofilie [**tabel 1**]. Bij de familiaire trombofilie zijn de risicofactoren van ondergeschikt belang: het onderliggend gendefect bepaalt de risicoverhoging.[4,7,8] Zo vallen de heterozygote factor V Leiden en protrombine G20210A onder de lichte vormen van familiaire trombofilie, omdat de kans op een veneuze trombose klein is. Onder de ernstige familiaire trombofilie vallen anti-trom-

Samenvatting

Nouwens J, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Trombofilie en anticonceptie – meer mogelijk dan gedacht. Huisarts Wet 2017;60(10):507-9.

Bij een veneuze trombose in de voorgeschiedenis van de patiënte of een familiaire trombofilie is een oestrogeen bevattende vorm van anticonceptie gecontra-indiceerd. Van oudsher zijn het koper-IUD en sterilisatie bekende, veilige en effectieve keuzen bij deze patiëntengroep. Barrièremiddelen zijn tevens een optie, maar die zijn minder betrouwbaar. Er zijn meer mogelijkheden, zo blijkt uit recent onderzoek. De progesteron only-middelen levonorgestrel-IUD (Mirena), de desogestrel only-pil (minipil/Cerazette) en het etonogestrel-hormoonstaafje (Implanon NTX) verhogen het tromboserisico niet. Een lichte verhoging van het tromboserisico zien we wanneer de patiënte start met orale anticonceptie in de vorm van levonorgestrel en 30 µg ethinylestradiol bij een lichte familiaire trombofilie (heterozygote factor V Leiden en protrombine G20210A). Samen met de patiënte kiest de huisarts uit de bovengenoemde middelen, waarbij ze de risico's en voordelen meewegen. Daarbij houden ze rekening met de wensen van de patiënte, de verwachtingen rond het gekozen anticonceptiva, en de voor- en nadelen van de verschillende anticonceptiva, zoals bijwerkingen, gebruikersgemak, bloedingenpatroon, enzovoort. Medroxyprogesterondepot (de prikpil) is niet geschikt als anticonceptivum omdat de hoge dosering progesteron het risico op een veneuze trombose verhoogd.

De kern

- Oestrogeenhoudende anticonceptie is gecontra-indiceerd bij patiënten met een veneuze trombose in de voorgeschiedenis en/of een ernstige familiaire trombofilie.
- Bij een lichte familiaire trombofilie kan men orale anticonceptie in de vorm van levonorgestrel en 30 microg ethinylestradiol overwegen.
- Onderzoek toont aan dat laag gedoseerde progesteron only-middelen veilig zijn als anticonceptie bij patiënten met een veneuze trombose in de voorgeschiedenis of familiaire trombofilie; bijvoorbeeld het levonorgestrel-IUD (Mirena), de desogestrel only-pil (minipil/Cerazette) en het etonogestrel-implantatiestaafje (Implanon NTX).
- Tijdens een actuele veneuze trombose en het gebruik van een cumarinederivaat moet de patiënte tijdelijk doorgaan met oestrogeenhoudende anticonceptie.
- In tegenstelling tot wat de WHO-richtlijn stelt is gebruik van medroxyprogesterondepot (de prikpil) als anticonceptivum bij trombofilie af te raden.

Huisartsenpraktijk De Besterd, Oosterhout: J. Nouwens, huisarts, kaderarts urogyneacologie i.o. Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Radboudumc, Nijmegen: dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, docent, senior onderzoeker; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, kaderhuisarts urogynaecologie, emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen • Correspondentie: doreth.teunissen@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 **Oorzaken van verworven en familiaire trombofilie/risicofactoren, en prevalentie van de vormen van familiaire trombofilie**[2,8,9]

Verworven trombofilie	Lichte vorm familiaire trombofilie	Zware vorm familiaire trombofilie
Oestrogeengebruik (anticonceptie, hormoonsubstitutie)	Heterozygote factor V Leiden (5%)	Homozygote factor V Leiden (0,5%)
Obesitas	Protrombinegenmutatie G20210 A mutatie (1,1%)	Proteïne C/S-tekort (0,2%-0,5%)
Operatie, in het bijzonder orthopedische OK's		Antitrombinetekort (0,03%-0,2%)
Trauma		
Zwangerschap		
Kraambed		
Immobilisatie		
Roken		
Maligniteit		
Tamoxifen, thalidomide, lenalidomide		
Hartfalen		
Antifosfolipidensyndroom (1-5%)		
Myeloproliferatieve ziekte (polycythaemia vera, essentiële trombopenie)		
M. Crohn, collitis ulcerosa		
Nefrotisch syndroom		
Paroxysmale nachtelijke hemoglobinurie (PNH)		
Aanwezigheid centraal veneuze katheter		

bine- en proteïne C-tekorten, homozygote mutaties van factor V Leiden en protrombine G20210A-mutatie.[5,6] Bij homozygoot factor V Leiden is het risico 80 maal hoger dan bij de gemiddelde bevolking, terwijl dat bij heterozygoot factor V Leiden slechts 7 maal hoger is.

Oestrogeen bevattende anticonceptiva verhogen het risico op een veneuze trombose.[4,9] Voor alle oestrogeenhoudende anticonceptiva geldt dat het risico op het doormaken van een veneuze trombose het hoogst is gedurende het eerste half jaar tot een jaar na starten.[1,4,7-9] Ook bij hoge doseringen progesteron is het tromboserisico hoger.[2,7,8] Deze risicotoename zien we al bij lage en gemiddelde doseringen van het progesteron cyproteronacetaat en drospirenon, die worden gebruikt in de derde- en vierdegeneratie-anticonceptie.[4]

Het progesteron levonorgestrel en norgestimaat, die worden gebruikt in de tweedegeneratie-anticonceptie en de progesteron only-middelen, hebben dit effect bij lage en gemiddelde doseringen niet.[7,9] Hieronder vallen het levonorgestrel-IUD, het etonogestrel-implantatiestaafje en de desogestrel only-pil.

Vrouwen met een doorgemaakte veneuze trombose of een familiaire trombofilie hebben dus verschillende mogelijkheden voor anticonceptie [**tabel 2**]. Tijdens de behandeling van een actueel veneuze trombose kan de oestrogeenhoudende anticonceptie tijdelijk worden gecontinueerd in combinatie met cumarinederivaten. Dit is ook noodzakelijk, want cumarinederivaten zijn teratogeen.[12] Na het staken van cumarinederivaten moet de patiënte overstappen op een andere vorm van anticonceptie. Anticonceptie zonder hormonen, zoals het koper-IUD of sterilisatie, heeft dan de voorkeur. Deze methoden zijn veilig en effectief, maar niet altijd wenselijk, bijvoorbeeld bij menstruatieproblemen of een bestaande kinderwens.[7,9] Barrièremiddelen kunnen eveneens overwogen worden, maar zijn minder betrouwbaar. Een laag of normaal gemiddeld gedoseerd progesteronpreparaat is veilig.[2,7,9,10,13] Dit strookt met WHO-richtlijnen en de landelijke richtlijn

Tabel 2 **Anticonceptie en actuele trombofilie of trombose in de voorgeschiedenis of trombofilie**[1,2,5,10,13]

	Actuele trombose	Trombose in de voorgeschiedenis	Lichte familiaire trombofilie	Zware familiaire trombofilie
OAC	√*	X	√	X
Oestrogeen bevattende hormoonpreparaten (oestrogeen bevattende pleister, oestrogeen bevattende ring)	X	X	X	X
Levonorgestrel-IUD	√	√	√	√
Koper-IUD†	√	√	√	√
Desogestrel only-pil	√	√	√	√
Medroxyprogesterondepot	X	X	X	X
Etonogestrel-implantatiestaafje	√	√	√	√
Barrièremiddelen†	√	√	√	√
Sterilisatie†	√	√	√	√

√ Weinig/geen risicotoename bij gebruik; * Alleen indien de patiënt cumarinederivaten gebruikt; X Risicotoename bij gebruik;
† Het koper-IUD heeft geen hormonen en geen risicotoename, de andere middelen geven een verwaarloosbare risicotoename.

Foto: Shutterstock

Een patiënte die veneuze trombose heeft gehad of familiaire trombofilie heeft, kan veilig progesteron only-anticonceptiemiddelen gebruiken.

antitrombotisch beleid.[10,13] De landelijke richtlijn en recente onderzoeken manen echter, in tegenstelling tot de WHO-richtlijnen, tot voorzichtigheid bij het hoog gedoseerde progesteron medroxyprogesterondepot (de prikpil).[1,2,9-11,13].

Indien er geen geschikt alternatief beschikbaar is, kan u bij de lichte familiaire trombofilie oestrogeenhoudende anticonceptiva voorschrijven, aangezien recent onderzoek slechts een lichte toename van het risico op trombose laat zien.[5,6,13] Deze conclusie krijgt tevens ondersteuning van de landelijke richtlijn antitrombotisch beleid.[13]

Bij de keuze tussen alle bovengenoemde middelen moet u kijken naar risico's en voordelen, en rekening houden met de wensen van de patiënte en de verwachtingen rond het gekozen anticonceptivum.[9,10,13]

Vervolg casus A

U bespreekt de verschillende mogelijkheden met mevrouw A. Vanwege de storende menorragie is het koper-IUD geen optie. U besluit een levonorgestrel-IUD te plaatsen. Bij de eerste controle blijkt er, naar grote tevredenheid van patiënte, sprake te zijn van een amenorroe. Er treden geen andere klachten op.

Vervolg casus B

U geeft mevrouw B informatie over factor V Leiden en de verschillende vormen van anticonceptie. Ze heeft een lichte vorm van trombofilie. Omdat ze haar menstruatie vanwege sportactiviteiten wil reguleren, kiest u voor het combinatiepreparaat ethinylestradiol 30 microgram en levonorgestrel 150 microgram. Het levonorgestrel-IUD is minder geschikt vanwege de kans op spotting. Met het oog op een mogelijke toekomstige zwangerschapswens geeft u haar adviezen conform de richtlijn van de NVOG.[12]

Het screenen op familiaire trombofilie van alle vrouwen met een anticonceptiewens is niet kosteneffectief gebleken.[9,13] Het is wel zinvol om patiënten te screenen met een voorgeschiedenis van een veneuze trombose of een veneuze trombose bij eerstegraadsfamilieleden.[9] Het risico op familiaire trombose neemt met 34% toe wanneer de patiënte zelf een veneuze trombose heeft doorgemaakt en stijgt met 17% als ze een eerstegraadsfamilielid met een veneuze trombose heeft.[3]

CONCLUSIE

Anticonceptie bij een patiënte met een veneuze trombose in de voorgeschiedenis of een familiaire trombofilie is mogelijk. Naast het koper-IUD, sterilisatie en barrièremiddelen kunnen patiënten progesteron only-anticonceptiemiddelen veilig gebruiken, zoals het levonorgestrel-IUD, de desogestrel only-pil en het etonogestrel-implantatiestaafje. Medroxyprogesteron-depot (de prikpil) wordt ontraden omdat hoge doseringen het risico op een veneuze trombose verhogen. Wanneer deze middelen geen goed alternatief zijn, kan u bij de lichtere vormen van trombofilie overwegen het combinatiepreparaat ethinylestradiol 30 microgram en levonorgestrel 150 microgram voor te schrijven. Daarbij is het risico op veneuze trombose licht verhoogd. Bij alle opties kijkt u behalve naar risico's en voordelen, ook naar de wensen en verwachtingen van de patiënte. ■

LITERATUUR

1 NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie. Huisarts Wet 2015;58:26-35.
2 NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
3 Coppens M. Contraception in women with hereditary thrombophilic defects. Clin Adv Hematol Oncol 2015;13:566-8.

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

Evelien Kuiper-Prins, Pim van Dijken, Jo Peluso, Desiree Burger

Een 16-jarige kickbokser met een effort trombose

Casus

De huisarts verwijst een 16-jarige jongen naar de spoedeisende hulp kindergeneeskunde. Deze intensief trainende kickbokser heeft sinds vier weken een zwaarder gevoel in zijn rechterarm, zonder dat daar een trauma aan vooraf is gegaan. Toen de klachten begonnen was hij in het buitenland, waar een huisarts corticosteroïden adviseerde, op basis van de werkdiagnose peesirritatie. De patiënt zag hier vanaf.

Bij lichamelijk onderzoek zien we een niet-zieke, atletische jongen met een diffuus gezwollen rechterarm vanaf de schouder tot aan de hand, op basis van pitting oedeem. Er is versterkte vaattekening zichtbaar, met normale perifere pulsaties en zonder bewegingsbeperking van de schouder.

De huisarts vertrouwt het niet omdat deze jongen intensief kickbokst en normaliter geen frequent huisartsbezoeker is. Hij verwijst hem door voor echografie van de rechterschouder, met de vraag of de rotatorcuffspieren intact zijn. Uit echografie blijkt echter dat er sprake is van een diepveneuze trombose van de v. brachialis, v. axillaris en v. subclavia. We stellen de diagnose effort trombose en achten de kans op een longembolie klein. Vanwege de duur van de klachten zien we af van trombolyse en stellen we de patiënt in op antistolling (vitamine K-antagonist). Een CT-scan toont een normale anatomie van de thoracale outlet. De klachten nemen geleidelijk aan af. Na vijf maanden wordt de echografie herhaald. Er blijkt nog een rest trombus in de v. axillaris te zijn. Na zes maanden wordt vitamine K-antagonist gestopt.

TROMBOSE BOVENSTE EXTREMITEIT

De meest voorkomende oorzaken van een secundaire veneuze trombose van de bovenste extremiteit zijn centraal veneuze katheters, trombofilie en maligniteiten. Primaire 'spontane' trombose van de bovenste extremiteit, ook wel effort trombose, syndroom van Paget-von Schrötter of inspanningstrombose genoemd, is een andere vorm van veneuze trombose met een geschatte jaarlijkse incidentie van 1 tot 2 op de 100.000 personen. Zestig tot 80% van de patiënten vertelt dat er voorafgaand aan de klachten een periode was van (zware) belasting van meestal de dominante hand. De meeste patiënten zijn begin dertig; mannen zijn twee keer zo vaak aangedaan als vrouwen. Klachten zijn vaak pijn en zwelling van de arm, al dan niet acuut ontstaan. De diagnose wordt veelal gesteld met behulp van echografie met duplexonderzoek, maar in verband met een beperkte sensitiviteit is het bij negatieve echografie noodzakelijk flebografie te verrichten. Mogelijke complicaties zijn longembolieën (3-12%) en een posttrombotisch syndroom (7-46%) met oedeem, pijn en variceuze verwijding van venen in de bovenarm.[1,2]

Bij een klassieke diepveneuze trombose zijn we gewend uitsluitend en langdurig met antistolling te behandelen.[3] Bij een effort trombose zijn er echter steeds meer bewijzen voor vermindering van longembolieën en posttrombotisch syndroom wanneer de patiënt tijdig een behandeling met lokale kathetergestuurde trombolyse krijgt.[2,4] De richtlijn Antitrombotisch beleid van de Nederlandse Internisten Vereniging stelt dan ook dat men bij geselecteerde patiënten, zoals jonge patiënten met uitgebreide trombose, een kathetergeleide trombolyse kan uitvoeren.[3]

TIJDSBESTEK TROMBOLYSE

Er bestaat nog geen consensus over het tijdsbestek waarbinnen trombolyse zinvol is. De meeste auteurs raden lokale trombolyse alleen aan binnen twee weken na het ontstaan van de klachten; een deel adviseert om dat tot vier weken of zelfs tot zes weken na het ontstaan van de klachten te doen.[2,5] Omdat onze patiënt al meer dan vier weken klachten had toen hij bij de huisarts kwam, hebben wij afgezien van trombolyse en hem met antistolling behandeld. Er is nog zeer weinig ervaring opgedaan met direct werkende orale anticoagulantia bij kinderen en daarom hebben we hier vanaf gezien. De be-

Bij een effort trombose is tijdige behandeling met lokale kathetergestuurde trombolyse belangrijk.

Samenvatting

Kuiper-Prins E, Dijken PJ van, Peluso JP, Burger DHC. Een 16-jarige kickbokser met een effort trombose. Huisarts Wet 2017;60(10):510-11.

Een effort trombose is een zeldzame vorm van diepveneuze trombose van de bovenste extremiteit bij jonge, gezonde personen door repeterende bewegingen. Het is belangrijk deze diagnose op tijd te stellen zodat met lokale trombolyse complicaties als longembolie en posttrombotisch syndroom worden voorkomen.

De kern

- Primaire trombose van de bovenste extremiteit (effort trombose) is een bijzondere vorm van trombose.
- Effort trombose komt vooral voor bij atletische jonge mensen na repetitieve bewegingen van de arm.
- Denk bij effort trombose ook aan lokale trombolyse om de kans op complicaties als longembolie en posttrombotisch syndroom te verminderen.

Sint Elisabeth Ziekenhuis, afdeling Kindergeneeskunde, Tilburg: E. Kuiper-Prins, arts-assistent niet in opleiding (thans UMC Groningen); dr. P.J. van Dijken, kinderarts; dr. J.P. Peluso, radioloog; D.H.C. Burger, chirurg • Correspondentie: evelienprins89@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

Een 16-jarige kickbokser had sinds een maand plotseling last van een zwaarder gevoel in zijn rechterarm.

handelduur hebben we conform de richtlijn op individuele basis bepaald.[3]

Bij de meerderheid van de patiënten met een effort trombose is er sprake van een vernauwing van de thoracale outlet (gevormd door eerste rib, m. subclavius, m. scalenus anterior). Deze outlet kan congenitaal vernauwd zijn of door hypertrofie van spieren vernauwd raken. Bij overmatig gebruik ontstaat endotheliale schade van de vene, waardoor zich uiteindelijk een trombus kan vormen.[4] Er bestaat geen consensus over de indicatie voor thoracale outlet-decompressiechirurgie.[1,2,5,6] Bij onze patiënt zagen we geen vernauwde thoracale outlet en daarom zagen we af van een operatieve behandeling. ■

LITERATUUR

1 Czihal M, Hoffmann U. Upper extremity deep venous thrombosis. Vasc Med 2011;16:191-202.
2 Alla VM, Natarajan N, Kaushik M, Warrier R, Nair CK. Paget-schroetter syndrome: review of pathogenesis and treatment of effort thrombosis. West J Emerg Med 2010;11:358-62.
3 Richtlijn Antitrombotisch Beleid. Utrecht: Nederlandse Internisten Vereniging, 2015.
4 Yo LSF, Lauret GJ, Tielbeek A, Teijink J. Inspanningsgerelateerde thrombus van de v. subclavia. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:2197.
5 Trenor CC, Fisher JG, Khan FA, Sparks EA, Duzan J, Harney K, et al. Paget-schroetter syndrome in 21 children: outcomes after multidisciplinary care. J Pediatr 2015;166:1493-7.
6 Urschel HC Jr, Patel AN. Surgery remains the most effective treatment for Paget-Schroetter syndrome: 50 years' experience. Ann Thorac Surg 2008;86:254-60.

Marco Neeteson, Toine Lagro-Janssen

Bloedingsproblemen bij IUD-gebruik

INLEIDING

In Nederland gebruikt bijna zes op de tien vrouwen in de vruchtbare levensfase enige vorm van anticonceptie.[1] Nog altijd is orale anticonceptie (OAC) de meest gebruikte vorm (27,3%). Het IUD is een goede tweede, met een groter aandeel van 7,3% voor het levonorgestrel-houdend IUD (LNG-IUD, Mirena®), dan het koperhoudend IUD (Cu-IUD) met 1,0%. Onder jonge vrouwen en nullipara stijgt de populariteit van het IUD. Hierbij tellen vooral het gebruiksgemak, de betrouwbaarheid (PEARL-index OAC: 0,2-10; LNG-IUD: 0,1-0,2; Cu-IUD (koperoppervlak van ≥ 300 mm): 0,5),[2] de lagere hormoonbelasting en daardoor bijwerkingen, en de lange werking van de methode (Mirena®: 5 jaar, T-safe Cu 380A®: 10 jaar). Onlangs is een nieuwe variant van het LNG-IUD op de markt gebracht (Kyleena®, met 19,5 mg levonorgestrel versus 52 mg op de Mirena®), waarvan de inbrenghuls een kleinere diameter heeft (3,8 mm versus 4,4 mm), waardoor deze mogelijk gemakkelijker te plaatsen is bij nullipara.

Het Cu-IUD is ook geschikt als langetermijnanticonceptie bij vrouwen bij wie orale hormoonhoudende preparaten zijn gecontra-indiceerd (mammacarcinoom, trombo-embolische processen) en als nood-anticonceptie (tot vijf dagen na risicocoïtus).

Een nadeel van het IUD is een mogelijke toename van vaginaal bloedverlies, zowel in hevigheid als frequentie. Het Cu-IUD geeft geregeld aanleiding tot forser bloedverlies tijdens de reguliere menstruatie, al dan niet in combinatie met buikpijn. Het LNG-IUD vermindert meestal het bloedverlies. Wel kunnen intermenstrueel bloedverlies, langdurige menses of amenorroe optreden, wat de onvoorspelbaarheid van het bloedverlies in de eerste drie tot zes maanden na insertie vergroot. Soms zijn deze klachten zo hinderlijk dat ingrijpen gewenst is. We willen in dit artikel de mogelijke behandelingen van ongewenste bloedingspatronen bij IUD-gebruik bespreken, om te voorkomen dat het IUD te snel wordt verwijderd.

Samenvatting

Neeteson MA, Lagro-Janssen ALM. Bloedingsproblemen bij IUD-gebruik. Huisarts Wet 2017;60(10):512-4.

Bloedingsklachten bij IUD-gebruik komen veel voor. Om teleurstellingen bij de gebruiksters en daarmee vroegtijdige verwijdering te voorkomen is het van het grootste belang voorafgaande aan plaatsing goede counseling te geven. Bij het optreden van hinderlijke klachten kan de arts een behandeling op maat aanbieden, om te voorkomen dat al te snel besloten wordt het IUD te verwijderen. Oestrogenen, progestagenen of de combinatiepil kunnen worden ingezet, en er is ook plaats voor NSAID's of tranexaminezuur.

Huisartspraktijk Neeteson, Werkendam: M.A. Neeteson, kaderhuisarts urogynaecologie i.o. Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Radboudumc, Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, kaderhuisarts urogynaecologie, emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen • Correspondentie: praktijk@neeteson.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

Mevrouw Spaargaren, 46 jaar, die niet rookt en geen medicatie gebruikt, heeft drie weken geleden door haar huisarts als anticonceptivum een LNG-IUD laten plaatsen. Zij heeft een vaste relatie en soa's zijn door de eigen huisarts uitgesloten. Haar huisarts verwijst haar naar een collega voor een transvaginale echoscopie ter controle van de ligging van het IUD. Mevrouw ervaart veel hinder van aanhoudend vaginaal bloedverlies en contactbloedingen. Echoscopie toont een normale uterus en adnexen, waarbij het IUD reikt tot in de top van het cavum uteri. Ze krijgt uitleg over de reden van het bloedverlies en het advies om ten minste drie maanden geduld te hebben.

DE REACTIE VAN HET ENDOMETRIUM

Een belangrijke vraag is hoe het endometrium zich gedraagt onder invloed van een continue toediening van progestagenen, zoals bij het LNG-IUD. Om daarop een antwoord te vinden is inzicht nodig in de fysiologische opbouw van het endometrium en de invloed van oestrogenen en progestagenen. Oestrogenen induceren in het endometrium zowel oestrogeen- als progestageenreceptoren, die zorgen voor de vroege ontwikkeling van endometriumklieren en spiraalarteriën, en de proliferatie van het stroma (opbouw). Progestagenen gebruiken alleen hun eigen progesteronreceptoren en zorgen voor de verwijding en het dunner worden van de spiraalarteriën. Het endometrium reageert alleen op progestagenen na voorbehandeling met oestrogenen. Bij hogere progestageenspiegels ontstaat er stabiliteit in het endometrium. Een continue en langdurige lage dosis progestageen, zoals het geval is bij onder andere het gebruik van een LNG-IUD, leidt echter tot endometriumatrofie, met daarbij een risico op instabiliteit en lekkage.

Naast oestrogenen en progestagenen is er een rol weggelegd voor prostaglandines bij de controle van uteriene bloedingen. Vooral prostaglandine E en F hebben invloed op de vaten in het endometrium. Afwijkingen hiervan kunnen leiden tot doorbraakbloedingen en de lokale pijnreceptoren triggeren. Daarom kan beïnvloeding van dit mechanisme ook leiden tot reductie van bloedingsproblemen.[2,3]

De oorzaak van bloedingsproblemen door een Cu-IUD is, net als het werkingsmechanisme, niet precies bekend. Waarschijnlijk veroorzaakt het corpus alienum een steriele ontstekingsreactie van het endometrium.

De kern

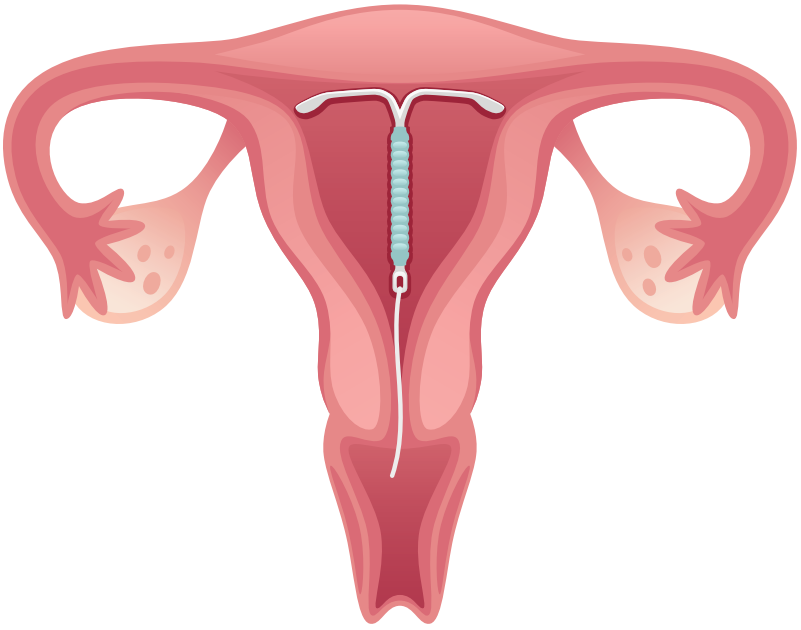
- IUD's kunnen leiden tot een ongewenst bloedingspatroon; de aspirant-gebruikster dient hierover goed te worden voorgelicht.
- Behandeling van bloedingsklachten bij IUD's kan voorkomen dat een zeer effectieve vorm van anticonceptie wordt verworpen.
- Er zijn verschillende opties voor behandeling van bloedingsklachten bij IUD's, maar er zijn weinig bewijzen voor hun effectiviteit.

DIAGNOSTIEK

Voor het achterhalen van de oorzaken van ongewenst vaginaal bloedverlies bij IUD-gebruik is de anamnese van groot belang.[4-6] Hierbij moet men een aantal oorzaken uitsluiten (soa's, maligniteiten, medicatie; [**tabel 1**]).

Wanneer een bloedingspatroon plotseling verandert in het patroon zoals dat voorafgaande aan de IUD-insertie bestond, dient men rekening te houden met expulsie van het IUD. Dit komt zelden voor (3 tot 10%) en dan meestal gedurende het eerste jaar na inbrengen. Na een eerdere expulsie loopt die kans op tot 31,4%.[6] Via speculumonderzoek kan men de cervix bekijken om te zien of de draadjes van het IUD zichtbaar zijn. Is dit niet het geval, dan kan men eventueel voorzichtig een cytobrush in het cervixkanaal inbrengen en al roterend terugtrekken, om zo de draadjes alsnog zichtbaar te maken. Wanneer dit niet lukt, kan een transvaginaal echoonderzoek de aanwezigheid van het IUD in het cavum uteri aantonen. Is het dan nog niet zichtbaar en heeft de vrouw geen verlies van het IUD opgemerkt, dan is röntgenonderzoek noodzakelijk om een eventuele lokalisatie van het IUD in de buikholte uit te sluiten.

Een andere oorzaak van bloedingsklachten is een lokalisatie van het IUD laag in utero. Indien het IUD zich niet in het cervixkanaal bevindt (het staafje is dan zichtbaar bij speculumonderzoek of palpabel bij vaginaal toucher), kan dit blijven zitten. Zeker wanneer dit in de eerste periode na plaatsing het geval is, kan het IUD nog spontaan migreren in de richting van de fundus uteri. Indien de bloedingsklachten echter aanhouden, al dan niet in combinatie met pijn of buikkrampen, dient men een transvaginale echoscopie te overwegen om de lokalisatie van het IUD vast te stellen. Een laag in utero gelegen IUD kan dan de oorzaak van de klachten zijn. Het valt in dat geval te overwegen het IUD te verwijderen en desgewenst direct te vervangen. Een IUD dat uit het cervixkanaal puilt of bij echoscopie zich distaal van het ostium internum cervicis bevindt, moet men verwijderen en desgewenst direct vervangen door een nieuw exemplaar.[4]



Illustratie: Shutterstock

Bij bloedingsklachten door een IUD werkt behandeling met orale oestrogenen het best.

Aanbevolen wordt om na iedere insertie van een IUD een controleafspraak te maken na de eerstvolgende menstruatie of, als deze niet optreedt, na vier tot zes weken. De patiënte kan dan eventuele klachten bespreken en de arts kan via speculumonderzoek controleren of de draadjes van het IUD zichtbaar zijn. Aangezien de kans aanzienlijk is dat er na insertie een afwijkend bloedingspatroon ontstaat, is het niet nodig om gedurende de volgende zes maanden opnieuw gynaecologisch onderzoek te doen, tenzij de anamnese hiertoe aanleiding geeft.

BEHANDELING

Wil de behandelaar of patiënte met bloedingsklachten bij een correct geplaatst IUD niet langer afwachten, dan zijn er, afge-

Tabel 1 **Anamnese bij vaginaal bloedverlies bij IUD-gebruik**

Wat is het probleem?	Wat is precies de vraag waarmee de vrouw komt? Ervaart zij hinder in het dagelijks leven of is zij mogelijk bezorgd over de betrouwbaarheid van de anticonceptiemethode?
Hoe was het bloedingspatroon voorafgaand aan het IUD?	Had de vrouw in het verleden een regelmatige cyclus of bestonden er reeds bloedingsproblemen?
Hoe is het huidige bloedingspatroon met het IUD?	Hoeveel dagen vloeit de vrouw per maand? Hoe hevig is het bloedverlies? En hoeveel bloedingsepisodes treden er op? In dit kader kan gebruikgemaakt worden van een menstruatiekalender of een menstruatiescorekaart van het Nederlands Huisartsen Genootschap (via Thuisarts.nl).
Zijn er nog andere bijkomende verschijnselen?	Zijn er contactbloedingen, of pijn- of mictieklachten? Deze klachten zijn meestal niet gerelateerd aan de anticonceptiemethode en dienen dus anders benaderd te worden.
Is er kans op een soa?	Is er sprake van een mogelijk verhoogd risico op soa, bij de patiënte zelf of bij haar partner(s)?
Wordt zelfonderzoek toegepast?	Sommige vrouwen doen regelmatig (vaginaal) zelfonderzoek, waarbij zij trachten om de draadjes van het IUD te voelen. Hiermee kan het eventuele uitzakken van een IUD worden ontdekt.
Is er sprake van medicijngebruik?	Is er mogelijk een interactie met andere geneesmiddelen? Gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen die leverenzyminductie geven van in het bijzonder CYP450, zoals anticonvulsiva (bijvoorbeeld barbituraten, fenytoïne), antibiotica (bijvoorbeeld rifampicine), antivirale middelen en sint-janskruid, kan het metabolisme van progestagenen verhogen. Dit kan van invloed zijn op het bloedingspatroon bij een LNG-IUD, maar niet op de anticonceptieve werking ervan.
Is er mogelijk sprake van een maligniteit?	Is er ooit (recentelijk) een uitstrijkje afgenomen? Een gynaecologische maligniteit als oorzaak is zeldzaam, maar mag niet over het hoofd worden gezien.

Tabel 2 Behandelingsopties voor bloedingsklachten bij IUD

Voorkeur	Middel	Werking	Effect	Bijwerkingen
1.	Oestrogenen (bijvoorbeeld estradiol 1 dd 1 mg, oraal, gedurende 1 tot 3 maanden)	Opbouw endometrium	Vermindering spotting	Onder andere mastodynie, hoofdpijn, depressie, gewichtstoename, veneuze trombo-embolie, hypertensie, postmenopauzaal mammacarcinoom
2.	Combinatiepil (oestrogeen/progestageen) (bijvoorbeeld ethinylestradiol/levonorgestrel 30/150 UG, oraal, gedurende 1 tot 3 maanden)	Opbouw en stabilisering endometrium	Vermindering bloedingen/spotting	Onder andere mastodynie, hoofdpijn, depressie, gastro-intestinale klachten, gewichtsverandering, vochtretentie, trombo-embolie, hypertensie, mammacarcinoom
3.	NSAID (bijvoorbeeld naproxen 2 dd 250-500 mg, ibuprofen 3 dd 400-800 mg, gedurende 5-10 dagen)	Effect op arachidonzuur-metabolisme in endometrium	Vermindering bloedingen/spotting	Onder andere gastro-intestinale klachten, hoofdpijn, hypertensie, cardiovasculaire problemen
4.	Antifibrinolytica (bijvoorbeeld tranexaminezuur 3-4 dd 1-1,5 g oraal gedurende 3-4 dagen, zogenaamd cyclisch)	Voorkomt afbraak fibrine en vertraagt daarmee oplossen van kleine stolsels	Vermindering hoeveelheid bloedverlies	Onder andere gastro-intestinale klachten, trombo-embolie
5.	Progestagenen (bijvoorbeeld medroxyprogesteron 1 dd 5-10 mg gedurende 5-10 dagen)	Vergroting stabiliteit endometrium	Vermindering bloedingen/spotting	Onder andere mastodynie, hoofdpijn, depressie, misselijkheid, gewichtsverandering, oedeem, trombo-embolie

zien van het verwijderen van het IUD, verschillende therapeutische opties.

Het bewijs van effectiviteit van diverse middelen is matig en vaak tegenstrijdig, en in de literatuur doen onderzoekers ook aannamen over het effect bij IUD-gebruiksters op grond van de effectiviteit van andere vormen van anticonceptie, in het bijzonder het hormoonstaafje (Implanon®) en de prikpil (medroxyprogesteron). Toch beschrijven we de mogelijke behandelingen, in afnemende volgorde van bewijs van effectiviteit [**tabel 2**].[5-12] Deze zijn toepasbaar bij het LNG-IUD en andere vormen van progestageen only-anticonceptie, zoals het implantatiestaafje, de minipil en de prikpil. Dit geldt in principe ook voor het Cu-IUD, tenzij er contra-indicaties of bezwaren bestaan tegen systemische hormonale behandelingen.

Naast de genoemde middelen kunnen op grond van de literatuur nog andere producten een positieve invloed hebben op bloedingsproblemen bij IUD-gebruik.[4,5] Hieronder vallen antioxidanten (vitamine E), anti-progestagenen (mifepriston), selectieve oestrogeenreceptormodulatoren (tamoxifen) en matrixmetalloproteïnase-inhibitoren (doxycycline). Vanwege het zeer beperkte bewijs voor effectiviteit en de potentiële bijwerkingen zijn deze middelen vooralsnog niet aan te raden.

BESCHOUWING

In de casus was er sprake van continu vaginaal bloedverlies en contactbloedingen in de eerste drie weken na plaatsing van een LNG-IUD als anticonceptivum. Het IUD bleek op de juiste manier geplaatst te zijn. De bloedingsklachten waren te verwachten en daarom stelde de huisarts een afwachtend beleid voor, na geruststelling van de patiënte. De huisarts had in deze casus voorafgaand aan plaatsing van het IUD misschien meer aandacht kunnen besteden aan counseling van de patiënte. Bij contactbloedingen moet men overigens altijd rekening houden met een cervicitis op basis van een soa (*Chlamydia*). Ook cervicale pathologie is mogelijk. In dit geval waren beide uitgesloten.

OESTROGENEN

In de literatuur is een aantal behandelingen voor bloedingsklachten bij IUD-gebruik beschreven waarvoor nu nog weinig bewijs van effectiviteit is. Orale toediening van oestrogenen (conform het advies van NHG en NVOG), al dan niet in de vorm van een combinatiepil, gedurende een tot drie cycli heeft de voorkeur. Bij een contra-indicatie voor systemisch toegedienden oestrogenen en progestagenen is het beter om een NSAID of tranexaminezuur te gebruiken. ■

LITERATUUR

1 Picavet C. Zwangerschap en anticonceptie in Nederland. Tijdschr Seksuol 2012;36-2:121-8.
2 Beerthuizen RJCM. Anticonceptie op maat – van puberteit tot overgang, Houten: Bohn, Stafleu van Loghum, 2010.
3 Dickson J. Unanticipated bleeding with the etonogestrel implant: advice and therapeutic interventions. J Fam Plann Reprod Health Care 2014;40:158-60.

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

Sanne Verkleij

Onderzoek effect leefstijlinterventieprogramma op hartvaatziekten

Kennis over effectiviteit en implementatie van leefstijlinterventies voor patiënten met een hoog risico op hartvaatziekten in de eerste lijn is schaars. Daarom start er een onderzoek naar het effect en de implementatie-succesfactoren van een integrale groeps-leefstijlinterventie voor patiënten met een verhoogd risico op hartvaatziekten in de huisartsenpraktijk in vergelijking met de gebruikelijke zorg. De groeps-leefstijlinterventie vindt plaats in de wijk en bestaat uit zeven groepsbijeenkomsten en drie individuele gesprekken. Onder begeleiding van een leefstijlcoach komen alle facetten van een gezonde leefstijl aan bod. Het onderzoek loopt van 2017-2020.

Patiënten met een verhoogd risico op HVZ komen jaarlijks voor controle bij de huisarts of praktijkondersteuner. De NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement adviseert om hierbij tevens leefstijladviezen te geven aan patiënten met modificeerbare risicofactoren. Leefstijlverandering is echter moeilijk te bereiken en veel patiënten vallen weer terug in hun oude gedrag. Een leefstijlprogramma in de eerste lijn onder begeleiding van een leefstijlcoach kan hier verandering in brengen. Voor de huisarts is dat van belang want hartvaatziekten behoren tot de meest voorkomende chronische aandoeningen in Nederland. Naar verwachting neemt het aantal patiënten met hartvaatziekten in Nederland tussen 2011 en 2040 toe met 65%.[1] Daarnaast vindt substitutie plaats van tweedelijns cardiovasculaire zorg naar de eerste lijn. Hierdoor zal de hoeveelheid zorg voor patiënten met (een verhoogd risico op) hartvaatziekten in de toekomst verder toenemen. Bovendien kampt 42% van de Nederlandse bevolking met overgewicht, rookt 24% en voldoet 45% niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen.[2] Preventie is dan ook van groot belang.

PREVENTIEVE LEEFSTIJLVERANDERING

Vanuit de literatuur is bekend dat leefstijlverandering de basis voor de preventie van hartvaatziekten vormt. Leefstijlverbetering kan de toename van het aantal patiënten met hartvaatziekten afremmen, zelfs als hierbij rekening wordt gehouden met de bevolkingsgroei en toenemende vergrijzing.[1] Huisartsen en praktijkondersteuners kunnen door hun frequente contact met de doelgroep een grote rol spelen in het bereiken van leefstijlverandering. Een integrale leefstijlinterventie in groepsverband waarbij een leefstijlcoach alle aspecten van leefstijlverandering aan bod laat komen, kan wellicht een zinvolle toevoeging zijn. Eerder onderzoek naar leefstijlinterventies bij patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico is echter schaars, van wisselende kwaliteit en richt zich vaak op slechts één aspect van leefstijl.[3] ■

Foto: Shutterstock

Een integrale leefstijlinterventie in groepsverband kan de toename van patiënten met hartvaatziekten remmen.

LITERATUUR

1 Blokstra A, Over EAB, Verschuren WMM. Toekomstscenario's hart- en vaatziekten 2011-2040. In: Van Dis I, Buddeke J, Vaartjes I, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2015, cijfers over heden, verleden en toekomst. Den Haag: Hartstichting, 2015.
2 Gezondheidsenquete/Leefstijlmonitor CBS i.s.m. RIVM 2015 en Trimbos-Instituut 2016.
3 Alvarez-Bueno C, Cavero-Redondoa I, Martínez-Andrés M, et al. Effectiveness of multifactorial interventions in primary health care settings for primary prevention of cardiovascular disease: a systematic review of systematic reviews. Prev Med 2015;76 Suppl:S68-75. Doi: 10.1016/j.ypmed.2014.11.028.

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 aan het promoveren is. Coördinatie: Nadine Rasenberg • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

Leids Universitair Medisch Centrum, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde en LUMC Campus Den Haag: S.M. Verkleij, aiotho • Correspondentie: s.m.verkleij@lumc.nl.

Nienke Wessels

Een app bij de behandeling van urine-incontinentie

In oktober 2016 waren er wereldwijd meer dan 259.000 gezondheidsapps beschikbaar. Een goede evaluatie van deze apps blijft achter. Ook is de kennis over de verwachtingen en ervaringen van patiënten en zorgverleners met betrekking tot het gebruik van gezondheidsapps beperkt, wat kan leiden tot een suboptimale implementatie. Wij ontwikkelden een app voor de behandeling van stress- en urge-incontinentie. Naast onderzoek naar effectiviteit, brengen we in een uitgebreide procesevaluatie verwachtingen, ervaringen en voorkeuren van patiënten en zorgverleners over het gebruik van deze app in kaart.

Urine-incontinentie komt voor bij 25 tot 45% van de volwassen vrouwen, waarvan slechts een derde hulp zoekt. De NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen adviseert voorlichting en leefstijladvies, gevolgd door het bespreken van behandelopties en het gebruik van opvangmateriaal.[1] Behandelopties bij stressincontinentie zijn bekkenbodemspieroefeningen, een pessarium of een midurethraal bandje. Bij de behandeling van urge-incontinentie wordt blaastraining geadviseerd, eventueel ondersteund met medicatie.

E-HEALTH BIJ URINE-INCONTINENTIE

Het effect van de conservatieve behandelingen is grotendeels afhankelijk van de therapietrouw. Een patiënt moet gemotiveerd zijn en de huisarts moet de kennis en tijd hebben om de patiënt goed te instrueren. E-health kan hierbij ondersteunend zijn: het gebruik van een app kan drempelverlagend zijn bij het zoeken naar hulp, de therapietrouw verbeteren en patiënten meer regie geven over hun behandeling. Er zijn voor de behandeling van urine-incontinentie verschillende apps beschikbaar, maar deze zijn niet onderzocht op toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk.

Voor optimale implementatie van een e-healthapplicatie is het van belang om verwachtingen, ervaringen en voorkeuren van belanghebbenden in kaart te brengen.[2] Daarom verrichten wij een uitgebreide procesevaluatie met als belangrijkste onderzoeksvraag: wat zijn de verwachtingen, ervaringen en voorkeuren van patiënten en zorgverleners (huisartsen, praktijkassistenten, bekkenfysiotherapeuten en gynaecologen) ten aanzien van het gebruik van een app bij de behandeling van urine-incontinentie? Dit onderzoek is onderdeel van het URinControl project en loopt van 2017 tot en met 2019.[3] ■

De app voor de behandeling bij urine-incontinentie kan onder meer de therapietrouw verbeteren.

LITERATUUR

1 Teunissen D, Dekker JH, Lagro-Janssen LAM, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58:368-75.
2 Ossebaard HC, Van Gemert-Pijnen L. eHealth and quality in health care: implementation time. Int J Qual Heal Care 2016;28:415-9.
3 http://www.urincontrol.nl/

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 aan het promoveren is. Coördinatie: Nadine Rasenberg • Correspondentie: n.rasenberg@erasmusmc.nl

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: N.J. Wessels, aiotho bij het URinControl-onderzoek • Correspondentie: n.j.wessels@umcg.nl

14 NOVEMBER 2017

E HEALTH CONVENTION

BY EMERCE & Skipr

Innovation in cure, care & technology

ZORGPROFESSIONALS
€154,-
KORTING

e-Health Convention is innovation in cure, care & technology. Hét evenement dat antwoord geeft op vraagstukken rondom de snelle veranderingen in de zorg en hoe u daar als zorgprofessional op inspeelt. Een interactieve congresdag met meer dan 25 sessies van interviews, presentaties, debatten en een info-lounge met live demo's van innovaties.

PAKHUIS DE ZWIJGER AMSTERDAM **#EHEALTH17** **WWW.EHEALTHCONVENTION.NL**

SILVER SPONSORS

burst Fabrique todae we care to cure CAREPOINT booming up your business EMERCE JOBS

FOUNDING PARTNERS

EMERCE Skipr

REPATHA® INTRODUCEERT ONGEËVENAARDE LDL-C VERLAGING[2-6]

AMGEN®
Cardiovascular

KRACHTIG EN VOORSPELBAAR

+ In de GLAGOV-studie geeft Repatha® een krachtige en aanhoudende LDL-c verlaging. Als gevolg hiervan wordt bij 64% van de patiënten regressie van coronaire atherosclerose gezien[1,4]

VEILIG

+ Veiligheidsprofiel **vergelijkbaar met (placebo) controlegroepen**[1,7]

EENVOUDIG

+ **Eén dosering,** elke twee weken via een patiëntvriendelijke SC-toediening met de SureClick® auto-injector[2]

‡ Tot 66% vs. baseline.
* Patiënten met primaire hypercholesterolemie of gemengde dyslipidemie op statine-therapie.
\# 47% controlegroep.

Zie voor verkorte productinformatie en referenties elders in deze uitgave.

Repatha® (evolocumab)
WANNEER HET LAGER MOET

NL-P-145-0316-125703a(4). Maart 2017

Repatha® – evolocumab – verkorte productinformatie.

Samenstelling: Elke voorgevulde pen bevat 140 mg evolocumab in 1 ml oplossing. **Afleveringsvorm:** Verpakkingsgrootten met één of twee voorgevulde pennen. **Farmacotherapeutische groep:** overige antilipaemica, ATC-code: C10AX13. **Indicaties:** Hypercholesterolemie en gemengde dyslipidemie: Repatha is geïndiceerd voor gebruik bij volwassenen met primaire hypercholesterolemie (heterozygoot familiaire en niet-familiaire) of gemengde dyslipidemie als toevoeging aan een dieet: in combinatie met een statine of een statine met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die hun LDL-C-doel niet bereiken met een maximaal verdraagbare dosis van een statine, of alleen of in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij patiënten die statines niet verdragen of bij wie een statine is gecontra-indiceerd. Homozygote familiaire hypercholesterolemie: Repatha is geïndiceerd voor gebruik in combinatie met andere lipidenverlagende behandelingen bij volwassenen en jongeren van 12 jaar en ouder met homozygote familiaire hypercholesterolemie. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Nierfunctiestoornis: Patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (gedefinieerd als eGFR < 30 ml/min/1,73 m²) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis. Leverfunctiestoornis: Bij patiënten met een matig ernstige leverfunctiestoornis, werd een vermindering van de totale blootstelling van evolocumab opgemerkt die zou kunnen leiden tot een verminderd effect op de LDL-C-verlaging. Daarom kan bij deze patiënten een nauwkeurige controle noodzakelijk zijn. Patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis (Child-Pugh-klasse C) zijn niet onderzocht. Repatha moet met voorzichtigheid worden toegepast bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis. Overige: De naaldbeschermer van de glazen voorgevulde pen is gemaakt van droog natuurlijk rubber (een derivaat van latex), dat allergische reacties kan veroorzaken. **Bijwerkingen:** *Vaak:* influenza, nasofaryngitis, infectie van de bovenste luchtwegen, huiduitslag, misselijkheid, rugpijn, artralgie, reacties op de plaats van injectie. *Soms*: urticaria. **Aflevering en vergoeding:** U.R. Repatha wordt volledig vergoed. Voor prijzen zie Z-index. Gebaseerd op SmPC februari 2017. Amgen B.V. Minervum 7061, 4817 ZK te Breda, tel. 076-5732500.

Zie voor meer informatie de geregistreerde productinformatie. Deze productinformatie wordt regelmatig aangepast. Voor de meest recente versie van de productinformatie verwijzen wij u daarom naar de website van de European Medicines Agency (EMA) www.ema.europa.eu.

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Alle vermoedelijke bijwerkingen dienen te worden gemeld.

Referenties: 1. Nicholls SJ, et al. JAMA. 2016;316(22):2373-2384. **2.** SmPC Repatha®, februari 2017. **3.** Robinson JG, et al. JAMA. 2014;311:1870-1883. **4.** Stone NJ, et al. J Am Coll Cardiol. 2014; 63: 2889-2934. **5.** Raal FJ, et al. Lancet. 2015;385:331-340. **6.** Stroes E, et al. J Am Coll Cardiol. 2014;63:2541-2548. **7.** EPAR Repatha®, juli 2015.

AMGEN Cardiovascular

Repatha® (evolocumab)

▼Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring.
Verkorte productinformatie **Xarelto® 2,5 / 10 / 15 / 20 mg filmomhulde tabletten.**
Samenstelling: *Werkzame stof:* 2,5 mg / 10 mg / 15 mg / 20 mg rivaroxaban. *Hulpstoffen:* microkristallijne cellulose, natriumcroscarmellose, lactosemonohydraat, hypromellose, natriumlaurylsulfaat, magnesiumstearaat, macrogol 3350, hypromellose, titaniumdioxide (E171), geel (2,5 mg) of rood (10, 15, 20 mg) ijzeroxide (E172). **Indicaties:** *2,5 mg:* Preventie van atherotrombotische complicaties bij volwassen patiënten na een acuut coronair syndroom (ACS) met verhoogde cardiale biomarkers, tegelijkertijd toegediend met óf alleen acetylsalicylzuur (ASA) óf ASA plus clopidogrel óf ticlopidine. *10 mg:* Preventie van veneuze trombo-embolie (VTE) bij volwassen patiënten die electief een heup- of knievervangende operatie ondergaan. *15 mg/20 mg:* Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met één of meer risicofactoren, zoals congestief hartfalen, hypertensie, leeftijd ≥ 75 jaar, diabetes mellitus, eerdere CVA of TIA (transient ischemic attack). Behandeling van diep veneuze trombose (DVT) en pulmonale embolie (PE), en preventie van recidief DVT en PE bij volwassenen. Specifieke patiëntengroepen: patiënten die cardioversie ondergaan: Xarelto kan gestart en/of gecontinueerd worden bij patiënten die mogelijk cardioversie zullen ondergaan. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen; actieve klinisch significante bloeding; letsel of een aandoening die beschouwd wordt als een significant risico op een ernstige bloeding; gelijktijdige behandeling met andere antistollingsmiddelen tenzij in het specifieke geval dat er van antistollingsmiddel wordt gewisseld of als niet-gefractioneerde heparine (UFH) wordt gegeven in een dosering die nodig is om een centrale veneuze of arteriële katheter open te houden; leveraandoening gepaard gaande met coagulopathie en een klinisch relevant bloedingsrisico, waaronder cirrotische patiënten met Child-Pugh B en C; zwangerschap en borstvoeding. *Bovendien voor 2,5 mg:* gelijktijdige behandeling van ACS met antitrombocytentherapie bij patiënten die eerder een CVA of TIA hebben gehad. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Klinische bewaking in lijn met de praktijk van antistollingsbehandeling wordt gedurende de gehele behandelperiode aanbevolen. Toediening van Xarelto dient gestaakt te worden als ernstige bloedingen optreden. Op hogere leeftijd kan het risico op bloedingen toenemen. *Behandeling met rivaroxaban wordt niet aanbevolen:* bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring <15 ml/min); bij patiënten die gelijktijdig een systemische behandeling krijgen met sterke remmers van CYP3A4 en Pgp, waaronder azol-antimycotica of hiv-proteaseremmers; bij patiënten met een verhoogd risico op bloeding; bij patiënten die gelijktijdig worden behandeld met sterke CYP3A4-inductoren, tenzij de patiënt nauwlettend wordt geobserveerd op het optreden van klachten en symptomen van trombose; *niet aanbevolen vanwege beperkte beschikbaarheid van gegevens:* bij patiënten onder de 18 jaar; bij patiënten die gelijktijdig behandeld worden met dronedarone. *Met voorzichtigheid gebruiken:* bij patiënten met een verhoogd bloedingsrisico; bij patiënten met ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 15-29 ml/min) of met nierinsufficiëntie als ze gelijktijdig andere geneesmiddelen krijgen die plasmaconcentraties van rivaroxaban verhogen; bij patiënten die gelijktijdig worden behandeld met geneesmiddelen die de hemostase beïnvloeden. Als neuraxiale anesthesie of spinale/epidurale anaesthesie/punctie wordt uitgevoerd. Bij patiënten met een hoog risico op een ulceratieve gastro-intestinale aandoening kan een geschikte profylactische behandeling worden overwogen. Het is niet nodig om stollingsparameters te bewaken tijdens behandeling met rivaroxaban in de klinische praktijk. Indien echter klinisch geïndiceerd kunnen de rivaroxabanspiegels worden gemeten met gekalibreerde kwantitatieve anti-Factor Xa testen. Xarelto bevat lactose. *Bovendien voor 2,5 mg:* Niet aanbevolen vanwege beperkte beschikbaarheid van gegevens bij behandeling in combinatie met andere trombocytenaggregatieremmers dan ASA en clopidogrel/ticlopidine. Met voorzichtigheid gebruiken bij ACS-patiënten > 75 jaar oud of met een laag lichaamsgewicht. Patiënten die worden behandeld met Xarelto en ASA of Xarelto en ASA plus clopidogrel/ticlopidine mogen alleen gelijktijdig met NSAID's worden behandeld als de voordelen opwegen tegen het risico van bloedingen. *Bovendien voor 15 mg/20 mg:* Niet aanbevolen vanwege beperkte beschikbaarheid van gegevens bij patiënten met een klepprothese, bij hemodynamisch instabiele PE-patiënten of patiënten die trombolyse of pulmonale embolectomie nodig hebben. Specifieke doseringsaanbevelingen gelden bij patiënten met matige of ernstige nierinsufficiëntie en in geval van DVT/PE-patiënten alleen als men het risico op bloedingen voor de patiënt hoger inschat dan het risico op recidief DVT en PE. **Bijwerkingen:** *Vaak:* anemie, duizeligheid, hoofdpijn, hemorragie van de ogen, hypotensie, hematoom, epistaxis, bloed ophoesten, tandvleesbloeding, hemorragie van het maagdarmkanaal, gastro-intestinale en abdominale pijn, dyspepsie, misselijkheid, obstipatie, diarree, braken, pruritis, huiduitslag, ecchymose, cutane en subcutane hemorragie, pijn in de extremiteiten, urogenitale hemorragie (menorragie *zeer vaak* bij vrouwen < 55 jaar bij behandeling van DVT, PE of preventie van recidieven), verminderde nierfunctie, koorts, perifeer oedeem, verminderde algehele kracht en energie, verhoogde transaminases, postprocedurele hemorragie, contusie en wondsecretie. *Soms:* thrombocytemie, allergische reactie, allergische dermatitis, cerebrale en intracraniale hemorragie, syncope, tachycardie, droge mond, abnormale leverfunctie, urticaria, hematrose, zich onwel voelen, verhogingen in: bilirubine, alkalische fosfatase in het bloed, LDH, lipase, amylase, GGT. *Zelden:* geelzucht, spierhemorragie, gelokaliseerd oedeem, verhoogd geconjugeerd bilirubine, vasculair pseudoaneurysma (waargenomen als soms bij preventie van atherotrombotische complicaties bij patiënten na een ACS na een percutane coronaire interventie). *Niet bekend:* compartimentsyndroom of (acuut) nierfalen secundair aan een bloeding. Waarnemingen in de postmarketingfase (frequentie niet te beoordelen): angio-oedeem, allergisch oedeem, cholestase, hepatitis (incl. hepatocellulaire schade), trombocytopenie. **Handelsvorm:** Doosje met 10, 28, 30, 42 of 100 tabletten. **Nummer van de vergunning:** EU/1/08/472/001-040. **Vergunninghouder:** Bayer Pharma AG, 13342 Berlijn, Duitsland. **Verdere informatie beschikbaar bij:** Bayer B.V., Energieweg 1, 3641 RT Mijdrecht, tel. 0297 280 666 **Afleveringsstatus:** U.R. **Datum goedkeuring/herziening van de SmPC's:** 05/2015 (2,5/10 mg) en 09/2016 (15/20 mg) **Versie:** oktober 2016. Uitgebreide informatie (SmPC) is op aanvraag beschikbaar.

Referenties: 1. Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med. 2011; 365(10): 883-91. (ROCKET-AF). **2.** Xarelto Samenvatting van de Productkenmerken (SmPC) 2,5 mg, 10 mg, 15 mg en 20 mg. Mei 2015 (2,5/10 mg) en september 2016 (15/20 mg). **3.** IMS Health MIDAS, Database: Monthly Sales June 2016. **4.** Farminform, December 2016.

BAYER

Xarelto® rivaroxaban

Verkorte productinformatie en referenties INCRUSE&RELVAR

▼INCRUSE®
Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

Samenstelling: Incruse bevat per afgegeven dosis 65 microgram umeclidinium-bromide (overeenkomend met 55 microgram umeclidinium). **Indicatie:** bronchusverwijdende onderhoudsbehandeling ter verlichting van symptomen bij volwassen patiënten van 18 jaar en ouder met een chronische obstructieve longziekte (COPD). **Dosering:** de aanbevolen dosering is één inhalatie Incruse eenmaal daags steeds op hetzelfde tijdstip van de dag. De maximale dosering is één inhalatie eenmaal daags. Er is geen dosisaanpassing nodig bij patiënten die ouder zijn dan 65 jaar of bij patiënten met een nierfunctiestoornis of met een lichte of matige leverfunctiestoornis. Bij patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis is voorzichtigheid geboden. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor de werkzame stof of hulpstoffen. **Waarschuwingen/voorzorgen:** mag niet worden gebruikt bij patiënten met astma. Incruse kan paradoxaal bronchospasme veroorzaken. De behandeling moet onmiddellijk worden gestaakt als paradoxaal bronchospasme optreedt en indien nodig moet een alternatieve behandeling worden gestart. Incruse mag niet worden gebruikt voor de behandeling van acute episoden van bronchospasme. Wanneer de COPD verslechtert tijdens de behandeling met Incruse dienen de patiënt en het COPD-behandelingsregime opnieuw te worden beoordeeld. Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik door patiënten met ernstige cardiovasculaire aandoeningen (in het bijzonder hartaritmieën) of met urineretentie of nauwekamerhoekglaucoom. Incruse bevat lactose. Patiënten met de zeldzame erfelijke aandoeningen galactose-intoleratie, Lapp-lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie mogen dit geneesmiddel niet gebruiken. **Interacties:** De gelijktijdige toediening van Incruse en andere langwerkende muscarine antagonisten of geneesmiddelen die deze stofklasse bevatten is niet onderzocht en wordt niet aangeraden omdat het de bekende bijwerkingen van geïnhaleerde muscarine antagonisten kan versterken. Er wordt geen klinisch relevante geneesmiddeleninteractie verwacht wanneer Incruse gelijktijdig wordt toegediend met CYP2D6-remmers of wanneer het wordt toegediend aan personen met een genetisch deficiënte CYP2D6-activiteit (slechte metaboliseerders). Er wordt geen klinisch relevante geneesmiddeleninteractie verwacht wanneer Incruse gelijktijdig wordt toegediend met P-gp-remmers. **Zwangerschap:** mag alleen tijdens de zwangerschap worden gebruikt als het verwachte voordeel voor de moeder het mogelijke risico voor de foetus rechtvaardigt. *Borstvoeding:* Het is niet bekend of umeclidiniumbromide in de moedermelk wordt uitgescheiden. Risico voor met moedermelk gevoede pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. **Bijwerkingen:** vaak: nasofaryngitis, bovenste luchtweginfectie, urineweginfectie, sinusitis, hoofdpijn, tachycardie, hoesten, soms: faryngitis, overgevoeligheidsreacties waaronder rash, urticaria en pruritis, dysgeusie, atriale fibrillatie, idioventriculair ritme, supraventriculaire tachycardie, supraventriculaire extrasystolen, constipatie, droge mond, rash, niet bekend: glaucoom, wazig zien, intraoculaire druk verhoogd, urineretentie, dysurie. **Verpakking:** de Incruse Ellipta-inhalator bevat 30 doses. **Aflevering:** U.R.
Voor medische vragen of bijwerkingen over dit product belt u met het Medical Customer Support Center, tel. (030) 6938123. Voor de volledige productinformatie zie de geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken (13 juli 2017).
GlaxoSmithKline BV, Huis ter Heideweg 62, 3705 LZ Zeist.
Verkorte Productinformatie (juli 2017). Prod. Jul 2017 NL/INC/0005/17(2).

▼RELVAR®
Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

Samenstelling: Relvar Ellipta bevat per afgegeven dosis 22 microgram vilanterol (als trifenataat) en 92 of 184 microgram fluticasonfuroaat. **Indicatie: Astma** (sterktes 92/22 en 184/22): reguliere behandeling van astma bij volwassenen en adolescenten vanaf 12 jaar, voor wie het gebruik van een gecombineerd geneesmiddel (langwerkende β_2-agonist en geïnhaleerde corticosteroïde) geschikt is (patiënten bij wie de astma niet voldoende onder controle is met geïnhaleerde corticosteroïden en geïnhaleerde kortwerkende β_2-agonisten 'naar behoefte'). **COPD** (alleen sterkte 92/22): symptomatische behandeling van volwassenen van 18 jaar en ouder met COPD met een FEV_1 < 70% van de voorspelde normale waarde (na bronchusverwijder) met een geschiedenis van exacerbaties ondanks regelmatige bronchusverwijdende behandeling. **Dosering: Astma:** volwassenen en adolescenten van 12 jaar en ouder: eenmaal daags één inhalatie Relvar Ellipta 92/22. Als niet voldoende controle wordt bereikt kan de dosis worden verhoogd tot 184/22. De dosis moet worden getitreerd naar de laagste dosis waarbij een effectieve controle van de symptomen wordt behouden. Als symptomen optreden in de periode tussen doseringen dient een geïnhaleerde, kortwerkende β_2-agonist te worden genomen voor directe verlichting. **COPD:** volwassenen van 18 jaar en ouder: eenmaal daags één inhalatie van Relvar Ellipta 92/22. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor een van de werkzame stoffen of hulpstoffen. **Waarschuwingen:** Relvar Ellipta mag niet worden gebruikt voor de behandeling van acute astmasymptomen of een acute exacerbatie van COPD waarvoor een snel- en kortwerkende bronchusverwijder nodig is. Patiënten moeten niet stoppen met de behandeling met fluticasonfuroaat/vilanterol voor astma of COPD zonder toezicht door een arts, omdat symptomen kunnen terugkomen na staken van de behandeling. Tijdens de behandeling met Relvar Ellipta kunnen astmagerelateerde bijwerkingen en exacerbaties optreden. Een paradoxaal bronchospasme kan optreden met een directe toename van piepen na toediening. Dit moet direct worden behandeld met een kortwerkende geïnhaleerde bronchusverwijder. Gebruik van Relvar Ellipta moet direct worden gestaakt. Cardiovasculaire effecten, zoals hartritmestoornissen (bijv. supraventriculaire tachycardie en extrasystolen) kunnen worden waargenomen bij Relvar Ellipta. In een placebo-gecontroleerd onderzoek bij personen met een matige COPD en een voorgeschiedenis van, of een toegenomen risico op cardiovasculaire aandoeningen, was er geen toename in het risico van cardiovasculaire gebeurtenissen bij patiënten die fluticasonfuroaat/vilanterol kregen in vergelijking met placebo. Er is echter voorzichtigheid geboden bij patiënten met een ernstige hart- en vaataandoening, of met afwijkingen in het hartritme, thyrotoxicose of niet gecorrigeerde hypokaliëmie of door patiënten met een predispositie voor lage serum-kaliumwaarden. Bij patiënten met een matige tot ernstige leverfunctiestoornis moet de dosis van 92/22 microgram worden gebruikt en zij moeten gecontroleerd worden op systemische corticosteroïdgerelateerde bijwerkingen. Fluticasonfuroaat/vilanterol moet met voorzichtigheid worden toegediend bij patiënten met longtuberculose of bij patiënten met chronische of onbehandelde infecties. Er is melding gemaakt van verhoogde bloedglucosewaarden bij diabetespatiënten. Een toename van pneumonie is waargenomen bij patiënten met COPD. Artsen moeten alert blijven op de mogelijke ontwikkeling van pneumonie bij patiënten met COPD, omdat de klinische kenmerken van dergelijke infecties een overlap vertonen met de symptomen van COPD-exacerbaties. Er is geen intra-klasse verschil aangetoond in geïnhaleerde corticosteroïden wat betreft de omvang van het risico op pneumonie. Bij de hogere dosis 184/22 kwam pneumonie vaak voor bij patiënten met astma. De hoeveelheid lactose per afgegeven dosis bedraagt 25 mg. Patiënten met de zeldzame erfelijke aandoeningen galactose-intolerantie, Lap-lactasedeficiëntie of glucose-galactosemalabsorptie mogen dit geneesmiddel niet gebruiken. **Interacties:** gelijktijdig gebruik van zowel niet-selectieve als selectieve β_2-adrenerge receptorantagonisten moet worden vermeden tenzij er dwingende redenen zijn om deze te gebruiken. Gelijktijdige toediening van krachtige CYP3A4-remmers zoals ketoconazol, ritonavir en cobicistat-bevattende middelen kan leiden tot toegenomen systemische blootstelling aan zowel fluticasonfuroaat als vilanterol en dient te worden vermeden tenzij het voordeel opweegt tegen het toegenomen risico op systemische corticosteroïdbijwerkingen (in welk geval controle van bijwerkingen geïndiceerd is). Relvar Ellipta moet niet worden gebruikt in combinatie met andere langwerkende β_2-adrenerge agonisten of geneesmiddelen die langwerkende β_2-adrenerge agonisten bevatten. **Zwangerschap:** het gebruik van Relvar Ellipta door zwangere vrouwen moet alleen worden overwogen als het verwachte voordeel voor de moeder groter is dan elk mogelijk risico voor de foetus. *Borstvoeding:* Er is onvoldoende informatie over de uitscheiding van de werkzame stoffen en/of hun metabolieten in de moedermelk. Een risico voor pasgeborenen/zuigelingen kan niet worden uitgesloten. **Bijwerkingen:** zeer vaak: hoofdpijn, nasofaryngitis; vaak: pneumonie, bovenste luchtweginfectie, bronchitis, griep, candidiasis van de mond en de keel, orofaryngeale pijn, sinusitis, faryngitis, rhinitis, hoesten, dysfonie, abdominale pijn, artralgie, rugpijn, botbreuken, pyrexie, spierspasmen; soms: extrasystolen; zelden: hartkloppingen, tachycardie, tremor, angst, paradoxaal bronchospasme, overgevoeligheidreacties waaronder anafylaxie, angio-oedeem, rash en urticaria.
Verpakking: een verpakking Relvar Ellipta bevat 30 doses. **Aflevering:** U.R.
Voor medische vragen of bijwerkingen over dit product belt u met het Medical Customer Support Center, tel. (030) 6938123.
Voor de volledige productinformatie zie de geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken (18-05-2017).
GlaxoSmithKline BV, Huis ter Heideweg 62, 3705 LZ Zeist. Verkorte Productinformatie (mei 2017). Prod Jun 2017. NL/RESP/0213/16(2)

Referenties:
1. SmPC INCRUSE, GSK
2. Feldman G et al., Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2016:11 719-730
3. SmPC RELVAR, GSK
4. Vestbo J et al., N Engl J Med 2016; 375: 1253-1260/DOI: 10.1056/NEJMoa1608033

INCRUSE® ELLIPTA®
umeclidinium

RELVAR® ELLIPTA®
(fluticasonfuroaat en vilanterol inhalatiepoeder)

Prod aug. 2017 NL/INC/0010/17

Ilse Herfst-Raes, Bertien Hart

Herkennen hypoglykemieën bij oudere diabetespatiënten is lastig

Kwetsbare 80-plusser

Wereldwijd neemt het aantal patiënten met diabetes mellitus toe.[1,2] Oorzaken van deze toename zijn de vergrijzing, een langere levensduur en een toename van het aantal mensen met overgewicht.[3]. Diabetespatiënten ouder dan 80 jaar zijn vaak kwetsbaar omdat er bij hen vaak sprake is van een verminderde nierfunctie, comorbiditeit, gelijktijdig gebruik van meer dan vijf geneesmiddelen (polyfarmacie) en een beperkt steunsysteem. Zorg op maat is voor hen van groot belang.[1] Met het intensiveren van de diabetesbehandeling de afgelopen jaren is de glykemische instelling van grote groepen diabetespatiënten verbeterd. Naast positieve effecten als een daling in het aantal microvasculaire complicaties zien we ook een stijging in het aantal hypoglykemieën. Wereldwijd blijken veel kwetsbare ouderen in de eerste lijn meer bloedglucoseverlagende medicatie te gebruiken en een lager HbA1c te hebben dan richtlijnen adviseren.[4-6]. Ook passen behandelaars de medicatie onvoldoende aan wanneer de nierfunctie achteruitgaat.[5]. Streefwaarden voor HbA1c bij ouderen zijn onvoldoende bekend onder behandelaars en veel van hen lijken huiverig voor onderbehandeling.[4,7,8]

De huidige richtlijnen adviseren om kort na het stellen van de diagnose diabetes de behandeling scherp in te stellen.[9,10]. Een scherpe instelling draagt bij aan de preventie van microvasculaire complicaties en in mindere mate van macrovasculaire complicaties. Bovendien kan het positieve effect van een direct na de diagnose ingestelde intensieve behandeling gedurende een periode van tien jaar nawerken.[11,12] Intensieve behandeling langer dan tien jaar na het stellen van de diagnose lijkt weinig extra bescherming te geven, terwijl de nadelige gevolgen van een intensieve behandeling groter worden met het stijgen van de leeftijd en de aanwezigheid van comorbiditeit. De NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 is gebaseerd op internationale richtlijnen, die voor diabetespatiënten ouder dan 70 jaar andere streefwaarden adviseren, afhankelijk van comorbiditeit, polyfarmacie en levensverwachting. De optimale HbA1c-streefwaarde ligt voor diabetespatiënten ouder dan 70 jaar met beperkte comorbiditeit tussen 53 en 64 mmol/mol.[13,14]

Dit artikel richt zich vooral op de groep kwetsbare patiënten met ernstige comorbiditeit en een levensverwachting korter dan 5 jaar. Vaak zijn zij ouder dan 80 jaar. Bij deze groep patiënten zijn HbA1c-waarden tot 69 mmol/mol acceptabel.[1,9,13]

Samenvatting

Herfst-Raes IB, Hart HE. Herkennen hypoglykemieën bij oudere diabetespatiënten is lastig. Huisarts Wet 2017;60(10):517-9.

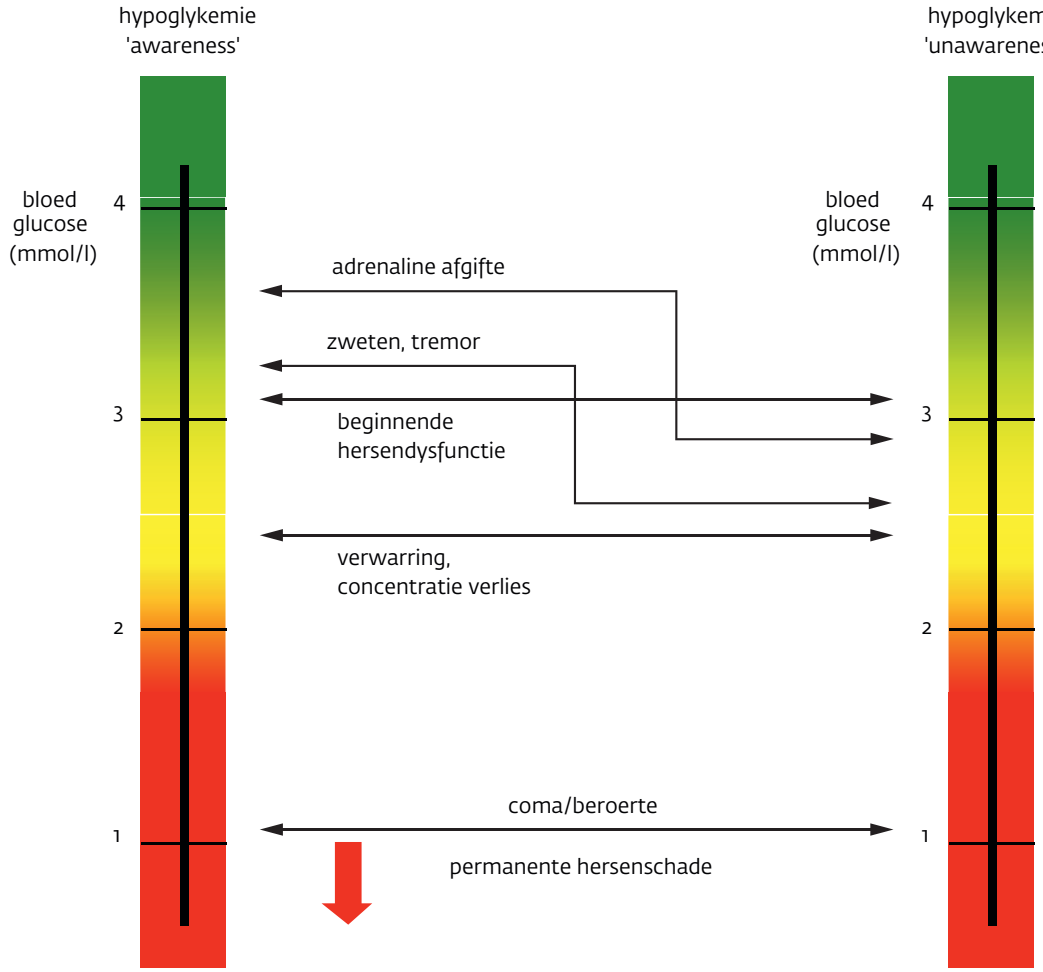
In de afgelopen decennia is het aantal patiënten met diabetes mellitus type 2 dat ouder is dan 70 jaar toegenomen. Binnen deze groep nemen patiënten boven de 80 jaar een aparte plaats in omdat zij geregeld te maken hebben met comorbiditeit, polyfarmacie of een beperkte levensverwachting. Internationale richtlijnen hanteren voor verschillende groepen diabetespatiënten uiteenlopende cardiometabole streefwaarden. Ze houden daarbij rekening met leeftijd, comorbiditeit en het gelijktijdig gebruik van meer medicijnen. Niet alle behandelaars zijn voldoende op de hoogte van de verschillen in streefwaarden voor uiteenlopende groepen diabetespatiënten. Het blijkt in de praktijk lastig de richtlijnen bij ouderen adequaat toe te passen. Voor patiënten met recentelijk ontdekte diabetes is het van belang om de bloedglucosespiegel strak in te stellen om complicaties op de lange termijn te voorkomen. Voor oude diabetespatiënten met een beperkte levensverwachting is het echter veel belangrijker om een goede kwaliteit van leven na te streven en hypoglykemieën, hyperglykemieën en sterke schommelingen in bloedglucosewaarden zo veel mogelijk te voorkomen. Behandelaars neigen ernaar om bij ouderen een lager HbA1c na te streven dan wenselijk is. Overbehandeling verhoogt het risico op het doormaken van een hypoglykemie. Net als ernstige hypoglykemieën kunnen milde hypoglykemieën verstrekkende gevolgen hebben voor de gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt. Het is nog niet algemeen bekend dat oudere diabetespatiënten door veranderingen in fysiologie bij een hypoglykemie minder duidelijke symptomen hebben. Wanneer een patiënt of behandelaar een hypoglykemie niet goed herkent zal hij of zij niet adequaat optreden. Dit kan leiden tot nieuwe hypoglykemieën of langdurig verminderd functioneren.

De kern

- Kwetsbare ouderen met diabetes mellitus type 2 en comorbiditeit worden geregeld overbehandeld. Dit leidt tot ongewenste bijwerkingen, zoals hypoglykemie.
- Ouderen zijn door een veranderde fysiologie minder goed in staat om een hypoglykemie tijdig te herkennen en daar vervolgens goed op te reageren.
- Symptomen als verwardheid, duizeligheid, hoofdpijn en cognitieve problemen worden vaak niet in verband gebracht met hypoglykemieën, maar kunnen daar wel een uiting van zijn.
- Bij deïntensiveren van behandeling is de streefwaarde afhankelijk van leeftijd, levensverwachting, diabetesduur, behandelintensiteit en comorbiditeit.
- De streefwaarde bij diabetespatiënten ouder dan 70 jaar met beperkte comorbiditeit ligt tussen 53 en 64 mmol/mol. Bij kwetsbare ouderen met ernstige comorbiditeit en een levensverwachting < 5 jaar (vaak ouder dan 80 jaar) zijn HbA1c-waarden tot 69 mmol/mol acceptabel.
- Metformine biedt ook bij diabetespatiënten ouder dan 80 jaar voordelen. Men kan het tot een klaring van 30 ml/min/1,73 m² voorschrijven, mits men de dosering aanpast.

SGE Orion, Eindhoven: I.B. Herfst-Raes, huisarts en kaderarts diabetes. Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: dr. H.E. Hart, huisarts en kaderarts diabetes • Correspondentie: i.herfst@sge.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Figuur **Bloedglucosedrempelwaarden bij diabetespatiënten met hypoglykemie 'unawareness' vergeleken met die van diabetespatiënten die wel hypoglykemie 'awareness' hebben (aangepaste figuur)[18]**



De voordelen van intensieve behandeling wegen bij hen niet op tegen de mogelijke nadelen ervan. Bij hen moeten behandelaars vooral streven naar een optimale kwaliteit van leven. De behandeling is daarbij hoofdzakelijk gericht op het voorkomen van te lage of te hoge bloedglucosewaarden en het beperken van grote schommelingen in die waarden.[13,15,16]

FYSIOLOGISCHE PROCESSEN

Normaal gesproken treden er tijdens hypoglykemie mechanismen in werking waarmee het lichaam tracht de bloedglucosespiegel te herstellen.[11,12] Deze herstelmechanismen treden in werking wanneer de bloedglucosewaarde naar laagnormale waarden daalt (4,4-4,7 mmol/l). Er ontstaan autonome symptomen, zoals trillen en palpitaties. Wanneer men te lage bloedglucosewaarden niet op tijd coupeert treden er ook neuroglycopene symptomen op, zoals verwardheid, duizeligheid of een slechter geheugen. Bij ouderen werken de herstelmechanismen minder goed. Hun situatie is vergelijkbaar met hypoglykemie 'unawareness'. De herstelmechanismen komen pas bij lagere bloedglucosewaarden op gang [**figuur**]. Bovendien zijn autonome signalen als zweten en trillerigheid zwakker of ze ontbreken helemaal. Bij verlies van autonome waarschuwingssignalen kan verwardheid of concentratieverlies het voornaamste symptoom van hypoglykemie zijn, wat zelfmanagement om bloedglucosewaarden te herstellen in de weg staat, zeker als er vaker hypoglykemieën optreden.[13,17,18] Een hypoglykemie is dan voor de patiënt, naasten of behandelaars moeilijker herkenbaar, waardoor ze deze vaak missen. Veel hypoglykemieën komen gedurende de nachtelijke uren tijdens de slaap voor en worden niet opgemerkt.[2,17]. Klachten van een doorgemaakte nachtelijke hypoglykemie kunnen overdag of in de dagen erna nog aanwezig zijn en het dagelijks leven ernstig belemmeren.

RISICOFACTOREN VOOR HYPOGLYKEMIEËN

Naast de hierboven beschreven fysiologische veranderingen kunnen variaties in fysieke inspanning en eetpatroon het risico op hypoglykemie vergroten. Insulinebehoefte en me-

dicatiegebruik zijn op dat moment niet meer goed op elkaar afgestemd. Andere risicofactoren zijn een lange diabetesduur, een verslechterde nierfunctie, verminderd cognitief functioneren, polyfarmacie, een recente opname in het ziekenhuis, het hebben van meer behandelaren of een verminderde visus.[19] Een verminderde visus kan tot medicatiefouten leiden wanneer de patiënt etiketten niet goed leest. Door een verslechterde nierfunctie verloopt de klaring van orale bloedglucoseverlagende medicatie minder goed, met hogere medicatiespiegels in het bloed tot gevolg. Polyfarmacie kan interactie tussen medicatiesoorten in de hand werken. Veel diabetesgerelateerde opnamen worden voorafgegaan door polyfarmacie of onjuiste combinaties van medicatie. Na ontslag uit het ziekenhuis wordt risicovolle medicatie te weinig omgezet of gestopt[4,20] Gezondheidstoestand, medicatiegebruik, interacties en nierfunctie worden vaak niet meer regelmatig geëvalueerd.[21] Veel patiënten zijn bang voor herhaling van een hypoglykemie en proberen deze te voorkomen door bij laagnormale bloedglucosewaarden extra te gaan eten, waardoor de HbA1c-waarden stijgen. Dit bemoeilijkt het bepalen van de juiste insulinedosering.

GEVOLGEN VAN HYPO- EN HYPERGLYKEMIE

De gevolgen van een hypoglykemie kunnen in ernst variëren en lang blijven bestaan. Ernstige gevolgen, zoals een CVA, epileptisch insult, coma, ritmestoornissen, hartinfarct of een val resulterend in een fractuur, zijn makkelijk te herkennen. De relatie met een doorgemaakte hypoglykemie is snel te leggen.[13] Dat geldt niet voor diffusere symptomen, waarvan behandelaars niet zo snel denken dat die met hypoglykemie te maken hebben en die ze vaker aan de leeftijd van de patiënt toeschrijven.[17] Milde symptomen bij ouderen waarbij te denken valt aan een hypoglykemie zijn bijvoorbeeld duizeligheid, verwardheid, incontinentie, slechte concentratie of coördinatie, slaperigheid, gevoel van zwakte, cognitieve beperkingen, verandering in gedrag, vallen, hallucinaties of het verergeren van chronische aandoeningen.[13]

Bij het deïntensiveren van de behandeling blijkt het lastig te zijn deze weer op te schroeven als er signalen zijn van chronische hyperglykemie. Chronische hyperglykemie kan echter ook klachten geven, met als gevolg een vergroting van het risico op dehydratie, een verhoogd infectiegevaar, incontinentie voor urine, visusklachten, spierzwakte en vermoeidheid.[1,14,22] Voor kwetsbare ouderen met een levensverwachting korter dan vijf jaar zijn Hba1c-waarden tot 69 mmol/mol acceptabel. Om complicaties door chronische hyperglykemie te vermijden adviseren de huidige richtlijnen om ook bij kwetsbare ouderen een HbA1c-waarde hoger dan 69 mmol/mol zo veel mogelijk te voorkomen.[9,10]

DEÏNTENSIVEREN VAN DE BEHANDELING

Bij de kwetsbare diabetespatiënt ouder dan 80 jaar is deïntensiveren van de behandeling wenselijk bij HbA1c-waarden lager dan 53 mmol/mol indien de patiënt een behandeling met andere bloedglucoseverlagende middelen krijgt dan met leefstijl en metformine alleen. Deïntensiveren van de behandeling is ook van belang bij patiënten die geregeld hypoglykemieën vertonen. Voor patiënten ouder dan 70 jaar met comorbiditeit is een HbA1c-waarde tussen 53 en 69 mmol/mol gerelateerd aan een hogere kwaliteit van leven en betere overleving.[1,9,13,14] Bij deze HbA1c-waarden komen complicaties ten gevolge van hypoglykemie en hyperglykemie minder vaak voor.

Een nadeel van deïntensiveren is niet alleen dat het voor de patiënt en behandelaar moeilijk kan zijn om de jarenlang nagestreefde behandeldoelen los te laten, maar ook dat het voor de behandelaar lastig kan zijn om de behandeling bij stijgende bloedglucosewaarden weer tijdig te intensiveren.

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

Overweeg bij kwetsbare diabetespatiënten ouder dan 80 jaar met comorbiditeit en een HbA1c-waarde lager dan 53 mmol/mol de behandeling te deïntensiveren. Doe dat ook bij frequente hypoglykemieën. Hierbij is een HbA1c-waarde tussen 53 mmol/mol en 69 mmol/mol acceptabel, afhankelijk van de leeftijd, comorbiditeit en levensverwachting.

Bij deïntensiveren kan men denken aan het afbouwen van SU-derivaten, het omzetten van insuline van een meerdaags basaal-bolusschema naar een eenmaal daags schema met langwerkende insuline en orale medicatie of naar een tweemaal daags schema met mix-insuline bij patiënten met een stabiele leefstijl.

Ga door met de behandeling met metformine, want dit vergroot het risico op hypoglykemie niet, verbetert de insulinegevoeligheid in de perifere weefsels en remt de gluconeogenese in de lever. De afgelopen jaren heeft onderzoek steeds vaker aangetoond dat metformine ook bij patiënten ouder dan 80 jaar voordelen heeft en ook bij een klaring tussen 30 en 50 ml/min veilig is. Daarbij dient u de maximale dosering metformine naar beneden bij te stellen tot twee keer per dag 500 mg en moet u rekening houden met intercurrente ziektebeelden en schommelingen in de vochthuishouding.[23-26]

Voorzie patiënten en naaste familie van voldoende informatie, zodat ze de signalen van een hypoglykemie tijdig leren herkennen en daar adequaat op kunnen reageren.[2,27] Evalueer met regelmaat de gezondheidstoestand en het medicatiegebruik van de patiënt. Betrek hierbij zo mogelijk de apotheker en medebehandelaars bij. Wees alert op een verslechtering van de nierfunctie en medicatie-interacties na ontslag uit het ziekenhuis, zeker indien een patiënt meer behandelaars heeft.[20] Blijf daarnaast bij het verminderen van medicatie alert op het ontstaan van klachten ten gevolge van chronische hyperglykemie. ■

LITERATUUR

1 Mathur S, Zammitt NN, Frier BM. Optimal glycaemic control in elderly people with type 2 diabetes: what does the evidence say? Drug Saf 2015;38:17-32.
2 Sircar M, Bhatia A, Munshi M. Review of hypoglycemia in the older adult: clinical implications and management. Can J Diabetes 2016;40:66-72.
3 Shaw JE, Sicree RA, Zimmet PZ. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2010;87:4-14.

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

Sigurlaug Árnadóttir, Arianne Verhagen, Patrick Bindels

Cervixcarcinoom komt ook bij jonge vrouwen voor

In het afgelopen jaar ben ik in mijn praktijk twee jonge vrouwen tegengekomen die vóór hun 30e levensjaar de diagnose 'cervixcarcinoom' kregen. Bij de een kon een cervicale intraepitheliale neoplasie (CIN) verwijderd worden met een lisexcisie, maar bij de ander was hysterectomie noodzakelijk. Hysterectomie heeft een dramatische fysieke en psychologische impact op een vrouw in de vruchtbare leeftijd, daarom vroeg ik me af of het niet mogelijk zou zijn geweest de kanker eerder op te sporen.

De beginleeftijd voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is 30 jaar in Nederland, 25 jaar in de meeste Europese landen en zelfs 20 jaar in sommige landen. Wat is de reden van deze grote verschillen en hoe ga je om met uitstrijkjes bij jonge vrouwen? De NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies adviseert buiten het bevolkingsonderzoek om een uitstrijkje te maken bij contactbloedingen of zichtbare cervixafwijkingen en bij tussentijds bloedverlies dat niet kan worden verklaard door anticonceptie of vaginale infectie.[1] De standaard geeft verder geen aanwijzingen voor vrouwen jonger dan 30 jaar. Welke specifieke symptomen en risicoprofielen rechtvaardigen op deze leeftijd het maken van een uitstrijkje?

BEVOLKINGSONDERZOEK

In Nederland wordt elk jaar bij ongeveer 700 vrouwen cervixcarcinoom gediagnosticeerd en overlijden 200-250 vrouwen aan de aandoening.[2,3] Het is de op twee na meest voorkomende kanker bij vrouwen onder de 39 jaar, na borstkanker en maligne melanoom.[4] Cervixcarcinoom wordt het vaakst vastgesteld bij vrouwen in de leeftijd van 35-50 jaar, bijna een kwart van hen is nog geen 35 jaar ten tijde van de diagnose. De meeste carcinomen worden gevonden bij het eerste uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek, maar tot 7% van de diagnoses is al vóór de eerste oproep gesteld.[2]

Bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhalskanker hebben

Samenvatting

Árnadóttir S, Verhagen AP, Patrick Bindels PJE. Cervixcarcinoom komt ook bij jonge vrouwen voor! Huisarts Wet 2017;60(10):520-2.

Cervixcarcinoom komt het vaakst voor bij vrouwen van 35 tot 50 jaar, maar bijna een kwart wordt al eerder gediagnosticeerd en 7% zelfs vóór het dertigste levensjaar. De belangrijkste risicofactor en noodzakelijke voorwaarde voor het ontstaan van een cervixcarcinoom is een chronische hrHPV-infectie. Andere risicofactoren (vroeg seksueel actief, wisselende contacten, soa, vaginale infecties, langdurig pilgebruik, immuunsuppressie, roken) hebben een minder duidelijke invloed. Meestal zijn de symptomen contactbloedingen, intermenstruele bloedingen en vaginale afscheiding. Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker begint pas bij 30 jaar, maar de huisarts moet ook alert zijn als jongere vrouwen specifieke klachten hebben. Wacht dan met het uitstrijkje niet tot de eerste screening!

Patiënte A

Patiënte A is een 24-jarige vrouw. Ze komt op het spreekuur wegens klachten van overmatige, riekende, wit-gele afscheiding en dyspareunie. Ze vertelt dat ze hier in de laatste twee jaar herhaaldelijk en toenemend last van heeft. Uit eerdere vaginale kweken is één keer *Chlamydia* gekweekt, die is behandeld. Verder zijn meerdere behandelingen voorgeschreven voor zowel vaginale candida als bacteriële vaginose, waar ze de laatste tijd maar matig of kortdurend op reageert. Patiënte heeft zich drie jaar geleden laten inenten tegen cervixcarcinoom, ze was toen al seksueel actief. De anticonceptiepil gebruikt ze inmiddels zeven jaar. Ze heeft sinds zes maanden een vaste relatie. Een jaar geleden kreeg ze in haar land van herkomst een niet-afwijkend uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek, dat daar begint op 23-jarige leeftijd. Zij rookt niet.

Omdat de klachten aanhouden en onvoldoende reageren op behandelingen, wordt patiënte verwezen naar de gynaecoloog. De kweken bij de gynaecoloog zijn negatief voor pathogenen, maar een uitstrijkje laat een adenocarcinoma in situ zien van FIGO-stadium IA1. Patiënte ondergaat met succes een lisexcisie.

Patiënte B

Patiënte B is een 27-jarige vrouw. Ze is in drie maanden tijd driemaal op het spreekuur geweest in verband met vaginale afscheiding. In eerste instantie werd ze behandeld voor een vaginale *Candida*-infectie, maar de klachten verbeterden niet. Een vaginale kweek liet vervolgens een bacteriële mengflora zien en was negatief voor gisten en trichomonas. Tot slot kreeg ze een behandeling voor bacteriële vaginose, maar ook deze bracht geen verbetering. Nu komt ze opnieuw op het spreekuur. Bij nader uitvragen blijkt dat ze de laatste keren vaginaal bloedverlies heeft gehad na seksueel contact. Patiënte is getrouwd en heeft geen kinderen. Zij rookt. In het verleden heeft ze tien jaar lang de anticonceptiepil geslikt, maar daarmee is ze gestopt.

Wegens de contactbloedingen wordt een uitstrijkje gemaakt; de uitslag is Pap. 3b. Daarop wordt patiënte verwezen naar de gynaecoloog. Deze constateert een adenocarcinoom van FIGO-stadium IB1. Patiënte ondergaat een hysterectomie.

De kern

- Het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker begint bij 30 jaar, maar 7% van de patiënten krijgt de ziekte al eerder.
- De belangrijkste risicofactor voor een cervixcarcinoom is een chronische hrHPV-infectie.
- De invloed van wisselende seksuele contacten, vroeg beginnen met seks, soa's, vaginale infecties, langdurig pilgebruik, immuunsuppressie en roken is niet helemaal duidelijk.
- De meest voorkomende symptomen van cervixcarcinoom zijn contactbloedingen, intermenstruele bloedingen en abnormale vaginale afscheiding.
- Bij jonge vrouwen met klachten van contact- of intermenstruele bloedingen of onbegrepen fluorklachten moet een uitstrijkje overwogen worden.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: S. Árnadóttir, huisarts; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; dr. A.P. Verhagen, klinisch epidemioloog • Correspondentie: sigu.arna@gmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Foto: Shutterstock

In Nederland start het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker op de leeftijd van 30 jaar.

eraan bijgedragen dat de incidentie van cervixcarcinoom in de afgelopen vijftig jaar met 75% gedaald is.[5] De aanbevelingen voor screening verschillen echter per land, met name de leeftijdsgrens blijft controversieel. Omdat de testkenmerken bij jonge vrouwen minder gunstig zijn (zie [**kader**]), is het bevolkingsonderzoek bij hen minder geschikt om kanker op te sporen en zal het leiden tot meer onnodige ingrepen.[6-8] Om kosten, lasten en baten in evenwicht te houden is de leeftijdsgrens voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker in diverse Europese landen verhoogd tot 25 jaar en in Nederland tot 30 jaar.

Het risico van hrHPV staat vast, andere risicofactoren zijn niet helemaal duidelijk

PATHOGENESE

De meest voorkomende cervixcarcinomen zijn plaveiselcelcarcinomen (80%) en adenocarcinomen (20%).[3,9] Persisterende infectie met een hoogrisicotype van het humaan papillomavirus (hrHPV) is de primaire oorzaak en een noodzakelijke voorwaarde voor het ontstaan van een cervixcarcinoom.[3,9,10] Risicofactoren voor een cervixcarcinoom zijn dan ook de factoren die het risico op een chronische HPV-infectie verhogen: wisselende seksuele contacten, vroeg begin van seksuele activiteit, doorgemaakte soa of vaginale infecties, langdurig (> 5 jaar) pilgebruik, immuunsuppressie en roken. De verklaarde variantie van deze risicofactoren is echter laag.[9,11] Een risicoindex, gebaseerd op een combinatie van risicofactoren, zou mogelijk een betere verklaarde variantie kunnen hebben, maar voor zover wij kunnen nagaan is dat nog niet onderzocht.

HPV-infecties komen veelvuldig voor; veel seksueel actieve vrouwen hebben al op jonge leeftijd ten minste eenmaal een hrHPV-infectie gehad. Tot negentig procent van de infecties wordt spontaan geklaard,[3,9,10] en ook als het komt tot een preinvasieve neoplasie (CIN I-III) is de kans op spontane regres-

Argumenten tegen screening bij vrouwen jonger dan 30 jaar

- De incidentie van cervixcarcinoom is relatief laag bij vrouwen onder de 30 jaar.[2]
- Cervixcarcinomen zijn bij vrouwen jonger dan 30 jaar vaak iets agressiever; daardoor is de screening op deze leeftijd minder sensitief.[6,7]
- Endocervicale adenocarcinomen en verborgen CIN-laesies zijn met een uitstrijkje moeilijk vast te stellen en komen vaker voor bij jonge vrouwen. Ook dit maakt de screening op deze leeftijd minder sensitief.[6]
- In de leeftijdsgroep 20-30 jaar is de incidentie van HPV-infecties relatief hoog, evenals de kans dat ze spontaan verdwijnen.[3,9,10] Daardoor is een screening op deze leeftijd minder specifiek.
- Bij vrouwen van 20-24 jaar heeft screening weinig of geen invloed op de incidentie van invasief cervixcarcinoom.[7,8]

sie nog groot. Waarschijnlijk zelfs ontwikkelt minder dan de helft van de opgespoorde CIN-III-laesies zich tot een invasief carcinoom, maar het is niet mogelijk te voorspellen bij wie dat wel zal gebeuren en bij wie niet.[9]

Tussen de HPV-infectie en het optreden van een cervixcarcinoom ligt bij de meeste patiënten ten minste vijftien jaar.[3,9,10] Waarom dit proces soms veel korter is, is niet bekend.

SYMPTOMEN

De meest voorkomende symptomen van cervixcarcinoom zijn contactbloedingen, intermenstruele bloedingen en vaginale afscheiding, maar deze komen ook vaak voor bij jonge vrouwen zonder kwaadaardige aandoeningen.[12-14] Uit Nederland zijn geen gegevens bekend, maar in Engeland komt van de gezonde vrouwen onder de 30 jaar jaarlijks ongeveer 1,6% bij de huisarts met intermenstruele bloedingen, 0,5% met contactbloedingen en 1,3% met vaginale afscheiding.[13]

Huisartsen moeten bij vrouwen onder de 30 heel alert zijn op symptomen van baarmoederhalskanker

Engelse onderzoekers hebben de symptomen van cervixcarcinoom geïnventariseerd door 128 vrouwen onder de 30 jaar kort na de diagnose een gestandaardiseerd interview af te nemen.[12] Bij 31% van hen was de diagnose gesteld naar aanleiding van symptomen. Meestal waren dat contactbloedingen en intermenstruele bloedingen, maar meer dan de helft van de vrouwen had enige tijd voor de diagnose ook andere klachten gehad, zoals vaginale afscheiding. Van de vrouwen bij wie de ziekte ontdekt was bij een routinematige screening meldde 84% dat ze eerder symptomen hadden gehad van abnormaal bloedverlies, dyspareunie of vaginale afscheiding, en ongeveer de helft van hen had daarvoor een arts bezocht. De auteurs concluderen dat de diagnose bij sommigen misschien al eerder gesteld had kunnen worden.

Bij de twee patiënten in onze casussen waren symptomen de aanleiding voor aanvullend onderzoek. Patiënte A had therapieresistente fluorklachten en dyspareunie, patiënte B had contactbloedingen en persisterende fluorklachten, bij beide waren bekende risicofactoren aanwezig.

De NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies is duidelijk over de noodzaak van een uitstrijkje bij abnormaal bloedverlies.[1] Maar ook abnormale vaginale afscheiding is een veelvoorkomend symptoom bij cervixcarcinoom, dus men zou kunnen redeneren dat resistente en onbegrepen fluorklachten eveneens reden kunnen zijn voor een uitstrijkje. De NHG-Standaard Fluor vaginalis zegt daar niets over, maar adviseert wel te verwijzen naar de gynaecoloog bij aanhoudende fluorklachten of jeuk die niet goed reageren op behandeling.[15]

Onze casussen laten zien dat huisartsen de adviezen in de NHG-Standaarden moeten volgen. Bij jonge seksueel actieve vrouwen dient de huisarts, bij klachten, dezelfde eerdergenoemde indicaties voor het maken van een uitstrijkje te hanteren en zeker niet wachten en vertrouwen op het bevolkingsonderzoek.

CONCLUSIE

In Nederland is met goede wetenschappelijke argumenten gekozen voor een beginleeftijd van 30 jaar voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, maar dat betekent dat huisartsen bij vrouwen onder die leeftijd heel alert moeten zijn op symptomen en laagdrempelig een uitstrijkje moeten overwegen. ■

LITERATUUR

1 Meijer LJ, Bruinsma AC, Pameijer AS, Hehenkamp WJ, Janssen CA, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Vaginaal bloedverlies (derde herziening). Huisarts Wet 2014:57:406-14.
2 Volksgezondheidenzorg.info: Baarmoederhalskanker, cijfers & context, huidige situatie [internet]. Bilthoven: RIVM, 2016. https://www.volksgezondheidenzorg.info, geraadpleegd december 2016.
3 Van Haaren KMA. NHG-Praktijkhandleiding Baarmoederhalskanker: Bevolkingsonderzoek en diagnostiek. Utrecht: RIVM, 2016.

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

Gea Holtman, Mariken Stegmann, Marjolein Berger

Echografie bij kinderen met buikpijn

Een huisarts krijgt ieder jaar gemiddeld 21 keer een kind met buikpijn op consult.[1] Het is een lastige klacht. Bij twee op de drie kinderen kan de arts geen somatische oorzaak vinden; men spreekt dan van 'functionele buikpijn'.[2,3] Als de buikpijn wél een somatische oorzaak heeft, omvat de differentiaaldiagnose nog een groot aantal aandoeningen, waarvan sommige onschuldig en andere levensbedreigend [**tabel**].[3] Omdat bovendien de symptomen vaak overlappen, is de oorzaak van de buikpijn soms moeilijk te bepalen op basis van alleen anamnese en lichamelijk onderzoek. Abdominale echografie kan dan een aantrekkelijke aanvulling zijn. In de eerste lijn is de voorafkans op een ernstige aandoening klein en als de huisarts zo'n aandoening veilig kan uitsluiten, heeft dat grote voordelen. De zorg blijft dicht bij huis, het kind blijven allerlei aanvullende onderzoeken bespaard, het aantal verwijzingen neemt af en de zorgkosten blijven lager.[4,5]

ECHOGRAFIE EN DE NHG-STANDAARD

Huisartsen krijgen steeds makkelijker toegang tot echografie. Huisartsen die over een echoapparaat beschikken en aan een aantal kwaliteitscriteria voldoen, kunnen lid worden van de Vereniging van Huisarts-Echografisten (http://vvhe.nl), die in 2012 is voortgekomen uit de Vereniging voor Eerstelijns Gecertificeerde Echografisten (VEGE).[4] Het ledental stijgt ieder jaar, een goede reden om in kaart te brengen wat echografie bij kinderen kan toevoegen aan de diagnostiek van een aantal aandoeningen die genoemd worden in de NHG-standaarden.

Appendicitis

De NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen adviseert bij een vermoeden op appendicitis het kind te verwijzen of, wanneer men twijfelt, het aan het eind van de dag of de volgende ochtend opnieuw te onderzoeken.[3] De standaard beveelt echografie niet aan omdat de diagnostische waarde daarvan in de eerste lijn nog niet onderzocht is. In de tweede lijn daarentegen is echografie de voorkeursdiagnostiek wanneer men vermoedt dat een kind appendicitis heeft.[7] Dit advies stoelt op drie onderzoeken in Nederlandse en Duitse Spoedeisende Eerstehulpafdelingen. Hieruit bleek dat een echo waarop een vergrote, niet-comprimeerbare appendix met wandverdikking te zien is een sensitiviteit van 88-91% en een specificiteit van 65-98% heeft voor appendicitis.[8–10] In de differentiële diagnose staan lymfadenitis mesenterialis, Meckel-divertikel en urachuscyste.[11,12]

Galstenen

Ook voor het aantonen van galstenen is echografie de eerst aangewezen diagnostiek in de tweede lijn, althans voor volwassenen.[13] Bij jonge kinderen komen galstenen alleen voor in combinatie met aandoeningen die gepaard gaan met chronische hemolyse, zoals sikkelcelziekte of hereditaire sferocytose. Acute buikpijn zal dus altijd een indicatie zijn voor overleg met een kinderarts.[14]

De huisarts moet geen abdominale echo doen bij kinderen met buikpijn of obstipatie

Bij oudere kinderen kunnen wel 'gewone' galstenen ontstaan, al komt dat zelden voor: onderzoekers vonden in de patiëntendossiers van meer dan 500.000 Amerikaanse kinderen tussen de 10 en 19 jaar slechts 766 kinderen met galstenen.[14] Er is geen onderzoek bekend naar de diagnostische waarde van echografie bij kinderen die mogelijk galstenen hebben.

Buikpijn bij zwangerschap

De vitaliteit van een zwangerschap kan vanaf zes weken betrouwbaar worden aangetoond met een transvaginale echo; abdominale echografie heeft hiervoor niet de voorkeur. De NHG-Standaard Miskraam adviseert vrouwen hiervoor te verwijzen naar een eerstelijns echoscopisch centrum, een

Samenvatting

Holtman GA, Stegmann ME, Berger MY. Echografie bij kinderen met buikpijn. Huisarts Wet 2017;60(10):523-5.

Echografie is in de tweede lijn een waardevol diagnostisch hulpmiddel bij allerlei aandoeningen en wordt ook in de eerste lijn steeds vaker toegepast. Onduidelijk is nog of dat ook geldt voor kinderen. Bij een kind met buikpijn is een echo door de huisarts niet nuttig; bij zeldzame ernstige aandoeningen heeft snelle verwijzing prioriteit boven een echo. Bij een mogelijke appendicitis, stomp buiktrauma of obstipatie kan een echo de onzekerheid over de diagnose verkleinen en onnodige verwijzing voorkomen, maar er is nog te weinig bekend over de testkarakteristieken in de eerste lijn om dit te kunnen aanraden.

De kern

- De huisarts kan zelf een abdominale echo uitvoeren en zal dit steeds vaker gaan doen.
- Echografie is bij kinderen met buikpijn zelden geïndiceerd.
- Bij minder dan 1% van de kinderen met recidiverende buikpijn zonder alarmsymptomen wordt met echografie een afwijking gevonden.

UMCG, afdeling Huisartsgeneeskunde, Groningen: dr. G.A. Holtman, klinisch epidemioloog; M.E. Stegmann, aioto Huisartsgeneeskunde, prof.dr. M.Y. Berger, hoogleraar Huisartsgeneeskunde • Correspondentie: g.a.holtman@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel Diagnostische waarde van abdominale echografie in de tweede lijn

Oorzaak*	Nooit onderzocht	Onvoldoende onderzocht	Bewezen waarde	Bewezen geen waarde
Acute buikpijn, veelvoorkomende oorzaken				
■ appendicitis			X	
■ gastro-enteritis, parasitaire infectie	X†			
■ urineweginfectie	X‡			
■ primaire dysmenorroe	X§			
Acute buikpijn, zeldzame oorzaken				
■ buiktrauma			X	
■ lymfadenitis mesenterialis			X	
■ mesenteriale adhesies		X		
■ meckeldivertikel			X	
■ urachuscyste			X	
■ beklemde liesbreuk		X		
■ invaginatie			X	
■ volvulus			X	
■ galstenen			X	
■ dreigende miskraam			X	
■ extra-uteriene graviditeit			X	
■ torsio ovarii			X	
■ pelvic inflammatory disease				X
Niet-acute buikpijn, veelvoorkomende oorzaken				
■ functioneel				X
■ obstipatie		X		
Niet-acute buikpijn, zeldzame oorzaken				
■ coeliakie		X		
■ inflammatoire darmziekte		X†		

* *Buikpijn bij kinderen kan ook worden veroorzaakt door aandoeningen buiten de buik. Deze worden hier buiten beschouwing gelaten omdat er geen indicatie voor een abdominale echo is.*

† *Soms kan een onderliggende aandoening of complicatie worden aangetoond, zoals dehydratie, abces, fistel of vernauwing.*

‡ *Soms kan een onderliggende aandoening of complicatie worden aangetoond, zoals structurele afwijkingen aan de urinewegen.*

§ *Soms kan een onderliggende aandoening of complicatie worden aangetoond, zoals myoom of endometriose.*

verloskundige praktijk met echoscopische faciliteiten of een transmurale echoscopiefaciliteit. Als de huisarts op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek een (dreigende) miskraam of een extra-uteriene graviditeit vermoedt, is verwijzing naar een gynaecoloog geïndiceerd.[15]

Overige acute aandoeningen

Bij acute buikpijn na een buiktrauma is aanvullend onderzoek altijd nodig vanwege de kans op ruptuur van de milt of een ander buikorgaan. Dit onderzoek zal meestal in de tweede lijn plaatsvinden en bij stomp buiktrauma zal een abdominale echo daar zeker deel van uitmaken.[16-18] Bij penetrerend buiktrauma is echografie niet het onderzoek van eerste keus.[19]

Invaginatie, torsio ovarii en volvulus kunnen volgens experts goed worden aangetoond met een echo.[12,20]

Functionele buikpijn

Kinderen met recidiverende buikpijn hebben functionele buikpijn als er geen somatische oorzaak voor hun klachten te vinden is.[3] Als er geen alarmsymptomen zijn, zijn aanvullende laboratoriumbepalingen of echografie niet aan te raden, ook niet ter geruststelling.[21] Bij minder dan 1% van de kinderen met recidiverende buikpijn zonder alarmsymptomen worden afwijkingen gevonden op het echobeeld.[22]

Obstipatie

De NHG-Standaarden bevelen echografisch onderzoek bij obstipatie niet aan.[3,23] In theorie kan men de fecale ophoping inschatten door echografisch de diameter van rectum en colon te bepalen. Uit een systematische review van vier onderzoeken bleek het rectum bij kinderen met obstipatie inderdaad opgerekt: een echografisch vastgestelde diameter groter dan 33 mm zou een sensitiviteit hebben van 56 tot 100% en een specificiteit van 89 tot 96%, maar bij elkaar was er onvoldoende bewijs voor de toegevoegde diagnostische waarde van zulk onderzoek.[24]

De waarde van echografie is nooit onderzocht in de huisartsenpraktijk

Inflammatoire darmziekten

Men zou echografie kunnen inzetten als triage voor endoscopie bij kinderen met een chronische inflammatoire darmziekte (IBD). Darmwanddikte is daarbij de belangrijkste

Foto: Shutterstock

Verwijs kinderen met buikpijn voor echografie door naar een radioloog.

echografische parameter. Twee onderzoeken in de derde lijn leveren echter zeer wisselende resultaten op, met een sensitiviteit van 78 versus 100% en een specificiteit van 55 versus 74%.[25] Waarschijnlijk neemt de sensitiviteit wel toe naarmate de ziekteactiviteit toeneemt, maar echografie is niet geschikt om IBD aan te tonen of uit te sluiten.[26]

ECHOGRAFIE DOOR DE HUISARTS

De waarde van abdominale echografie bij kinderen met buikpijn is nooit onderzocht in de huisartsenpraktijk. In de tweede lijn kan echografie een aantal diagnoses ondersteunen (zie [**tabel**]), maar dat maakt een echo in de eerste lijn niet automatisch zinvol. Het besluit om als huisarts zelf een echo te maken, zal vooral afhangen van de voorafkans, de impact en het spoedeisende karakter van de vermoede aandoening, en van de eigen expertise.

Als de huisarts bij een kind met buikpijn twijfelt over een appendicitis en die graag wil uitsluiten, kan abdominale echografie in potentie een onterechte verwijzing voorkomen, als men afgaat op ervaringen uit de tweede lijn. Bij obstipatie of stomp buiktrauma zou een echo mogelijk meerwaarde kunnen hebben, maar zelfs in de tweede lijn is het bewijs hiervoor onvoldoende. In de tweede lijn is echografie de aangewezen diagnostiek bij invaginatie, torsio ovarii en volvulus, maar in de eerste lijn komen deze aandoeningen zelden voor en ze vragen vaak om direct ingrijpen van de medisch specialist, dus de huisarts zal dan voorrang geven aan snelle verwijzing.

Kortom, het is goed als huisartsen veel echografische kennis hebben over een aantal onderliggende aandoeningen bij buikpijn, maar het is de vraag of huisartsen-echografisten die pathologie vaak genoeg zien om de benodigde expertise op te doen. Vooralsnog is echografie bij kinderen met buikpijn in de eerste lijn niet geïndiceerd en is de radioloog de eerst aangewezene om zulk onderzoek uit te voeren. Of echografie in de eerste lijn zinvol is bij appendicitis, obstipatie of stomp buiktrauma, hangt af van de voorafkans en de testkarakteristieken in een eerstelijns patiëntenpopulatie, en die moeten nog wetenschappelijk worden onderzocht. ■

LITERATUUR

1 Gieteling MJ, Lisman-van Leeuwen Y, Van der Wouden JC, Schellevis FG, Berger MY. Childhood nonspecific abdominal pain in family practice: incidence, associated factors, and management. Ann Fam Med 2011;9:337-43.

2 Spee LA, Van den Hurk AP, Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Passchier J, et al. Childhood abdominal pain in primary care: design and patient selection of the HONEUR abdominal pain cohort. BMC Fam Pract 2010;11:27.

3 Gieteling MJ, Van Dijk PA, De Jonge AH, Albeda FW, Berger MY, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Buikpijn bij kinderen. Huisarts Wet 2012;55:404-9.

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

Vera van Uem, Anne Groot

Rinorroe door een liquorlek bij CPAP

INLEIDING

Een 50-jarige vrouw komt op het spreekuur met heldere neusloop. Sinds een dag heeft ze frontaal een drukkend gevoel. Enige tijd terug heeft de huisarts bij haar recidiverende sinusitis en obstructief slaapapneusyndroom geconstateerd, waarvoor ze een behandeling met CPAP krijgt. Aan het consult is geen hoofdtrauma voorafgegaan. De huisarts onderzoekt haar: de temperatuur is 36,7°C, er komt helder secreet uit het linkerneusgat en de concha media links is rood. De werkdiagnose is een banale verkoudheid en de huisarts adviseert haar xylometazoline-neusspray. Ze krijgt uitleg over mogelijke alarmsymptomen.

Na twee dagen komt mevrouw weer op het spreekuur. Ze heeft aanhoudende frontale hoofdpijn en last van een algehele malaise. Bij onderzoek is de temperatuur 37,2°C en blijkt de neusloop afgenomen. Oriënterend kno- en neurologisch onderzoek toont geen afwijkingen. Vanwege de hoofdpijn besluit de huisarts aanvullend onderzoek te laten verrichten. Laboratoriumonderzoek toont leukocyten 8,7x10^9, BSE 31 en CRP 53. Op grond van de werkdiagnose rinosinusitis met afwijkend beloop schrijft hij doxycycline voor.

Na een week komt de patiënte met ernstige hoofdpijn naar de praktijk. In de voorafgaande week was er sprake van op en neer gaande hoofdpijn. De neus loopt nauwelijks meer. Bij onderzoek is er sprake van enig meningisme en de temperatuur is 38,2°C. De huisarts verwijst mevrouw naar de spoedeisende hulp, met als vraagstelling: 'Meningeale prikkeling? Sinustrombose?'

De SEH-arts en de neuroloog vinden geen aanwijzingen voor meningeale prikkeling. Een CT-scan van het brein toont geen afwijkingen. De patiënte wordt ter observatie opgenomen. Tijdens de opname valt op dat de rinorroe na niezen toeneemt en de hoofdpijn afneemt. De vloeistof wordt opgevangen om te testen op bèta-2-transferrine. Mevrouw gaat na twee dagen naar huis, met als werkdiagnose: hoofdpijn bij sinusitis. De uitslag van de bèta-2-transferrinebepaling is op dat moment nog niet bekend.

Na twee weken constateert de kno-arts dat de rinorroe geheel gestopt en de hoofdpijn nagenoeg verdwenen is. De bèta-2-transferrinebepaling blijkt positief. Een nasofaryngoscopie brengt geen afwijkingen aan het licht, dus ook geen teken van liquorroe. Bij navraag vertelt de patiënte dat de CPAP-druk in de nachten voorafgaand aan de klachten hoog was vanwege een bestaande neusobstructie. De definitieve diagnose is rinorroe ten gevolge van een liquorlek.

RINORROE DOOR LIQUORLEK

Heldere rinorroe komt voor bij 57% van de patiënten die een CPAP-behandeling krijgen. Deze aandoening kan men behandelen met verwarmde luchtbevochtiging en/of steroïdneusspray.[1,2]

Rinorroe door een liquorlek komt zelden voor. Hierbij lekt er liquor door een abnormale verbinding tussen de subarachnoïdale ruimte en de neus(bij)holte. Bekende oorzaken zijn een schedeltrauma, en iatrogene schade na kno- en neurochirurgische ingrepen. Het lek kan ook spontaan ontstaan, mogelijk als gevolg van een verhoogde intracraniële druk. Aanwijzingen voor een liquorlek zijn: unilaterale rinorroe of toename van de rinorroe bij de valsalvamanoeuvre en bij vooroverbuigen.[3] Bij een aanhoudend liquorlek moet men de patiënt verwijzen voor chirurgische correctie van het lek vanwege het risico op meningitis, dat bij conservatieve behandeling in 10 tot 37% van de gevallen voorkomt.[4]

De patiënte in deze casus vertoonde verhoogde ontstekingswaarden en had koorts. Dat zijn geen aanwijzingen voor een liquorlek. Mogelijk was er sprake van een bijkomende infectie. CPAP kan de intracraniële en liquordruk verhogen, waardoor een liquorlek tussen de subarachnoïdale ruimte en de neus(bij)holte kan ontstaan.[5] De prevalentie van een liquorlek bij CPAP is niet bekend, maar in de literatuur zijn er drie gevallen beschreven waarbij een liquorlek ontstond tijdens het gebruik van CPAP.[5,6] ■

Samenvatting

Van Uem VMR, Groot AMC. Rinorroe door een liquorlek bij CPAP. Huisarts Wet 2017;60(10):526.

Bij patiënten die een CPAP-behandeling krijgen komt heldere rinorroe geregeld voor. In zeer zeldzame gevallen is de oorzaak een liquorlek. Deze diagnose moet men overwegen wanneer er sprake is van unilaterale rinorroe of een toename van de rinorroe bij de valsalvamanoeuvre of vooroverbuigen. Vanwege het risico op meningitis moet aanvullend onderzoek plaatsvinden. Liquorroe is eenvoudig te bevestigen door de vloeistof te testen op de aanwezigheid van bèta-2-transferrine. Deze test heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit voor liquorroe. Niet ieder laboratorium kan testen op bèta-2-transferrine en het advies is om vooraf te overleggen met de klinisch chemicus.

Huisartsenpraktijk Gunneweg-Groot, Ermelo: V.M.R. van Uem, huisarts; A.M.C. Groot, huisarts • Correspondentie: veravanuem@hotmail.com • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

LITERATUUR

1 Brander PE, Soirinsuo M, Lohela P. Nasopharyngeal symptoms in patients with obstructive sleep apnea syndrome. Effect of nasal CPAP treatment. Respiration 1999;66:128-35.

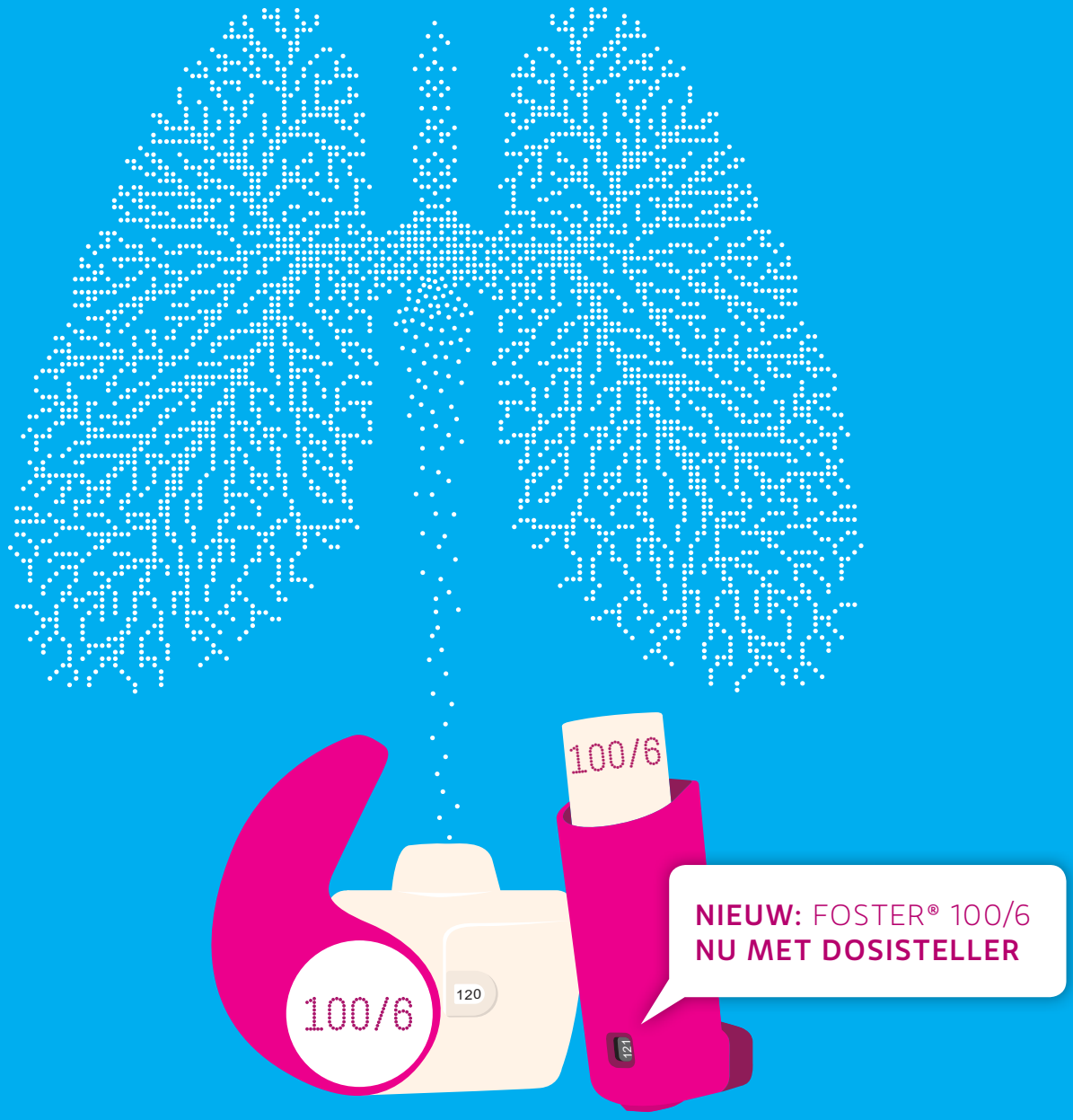
De rest van de literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

De kern

- Heldere rinorroe komt geregeld voor bij CPAP-behandeling en wordt in zeer zeldzame gevallen veroorzaakt door een liquorlek.
- Aanwijzingen voor een liquorlek zijn: unilaterale rinorroe en toename van de afscheiding bij de valsalvamanoeuvre of vooroverbuigen.
- Bij een vermoeden van een liquorlek moet de rinorroe worden getest op de aanwezigheid van bèta-2-transferrine.

Behandelt grote én kleine luchtwegen[1]

Chiesi
People and ideas for innovation in healthcare



FOSTER FREEDOM

Geregistreerd voor astma en COPD[2,3,*]

FOSTER®
Beclometason + Formoterol

* Bij volwassen patiënten. Voor referenties en SmPC zie elders in dit blad

FOSTER® NEXThaler®
Beclometason + Formoterol

PM-ADV-2016-1023

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE TRIMBOW® 87/5/9 MICROGRAM/DOSIS, AËROSOL, OPLOSSING

Samenstelling en farmaceutische vorm: beclometasondipropionaat 87 mcg, formoterolfumaraatdihydraat 5 mcg en glycopyrronium 9 mcg per dosis als aërosol, oplossing. **Indicaties**: Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende bèta-2-agonist (voor effecten op het onder controle krijgen van de symptomen en het voorkomen van exacerbaties, zie rubriek 5.1 van de SmPC). **Dosering en wijze van toediening**: 2 maal daags 2 inhalaties. Trimbow mag gebruikt worden met een AeroChamber Plus. **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor een van de werkzame of hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** Niet voor acuut gebruik. Acute overgevoeligheidsreacties en paradoxale bronchospasmen kunnen optreden. Behandeling niet abrubt staken. Wees voorzichtig bij patiënten met hartritmestoornissen, m.n. derdegraads AV-blok en tachyaritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte (m.n. acuut myocardinfarct, ischemische hartziekte, congestief hartfalen), occlusieve vaatziekten (m.n. arteriosclerose), arteriële hypertensie en aneurysma. Wees ook voorzichtig bij de behandeling van patiënten die (vermoedelijk) verlenging van het QTcinterval hebben, hetzij congenitaal hetzij door geneesmiddelen. Bij anesthesie met gehalogeneerde anesthetica Trimbow niet toedienen gedurende minstens 12 uur voor begin hiervan i.v.m. risico op cardiale aritmieën. Toename van pneumonieën, ook die met ziekenhuisopname, is waargenomen bij COPD-patiënten die geïnhaleerde corticosteroïden kregen. Systemische effecten kunnen met elke inhalatiecorticosteroïde optreden. Dien voorzichtig toe aan patiënten met actieve of latente pulmonaire tuberculose, of schimmel en virusinfecties van de luchtwegen. Mogelijk ernstige hypokaliëmie kan optreden met een bèta-2-agonist; dit kan tot cardiovasculaire bijwerkingen leiden. Voorzichtigheid is m.n. geboden bij ernstige COPD, omdat dit effect kan worden versterkt door hypoxie. Hypokaliëmie kan ook toenemen door gelijktijdige behandeling met andere middelen die hypokaliëmie kunnen induceren, zoals xanthinederivaten, steroïden en diuretica en bij gebruik van meerdere bronchodilatoren. De inhalatie van formoterol kan een stijging van de bloedglucosegehaltes veroorzaken. Contoleer het bloedglucose bij diabetes. Glycopyrronium moet voorzichtig worden gebruikt bij patiënten met nauwekamerhoekglaucoom, prostaathyperplasie of urineretentie. Informeer patiënten dat bij symptomen van acute nauwekamerhoekglaucoom ze Trimbow moeten staken en onmiddellijk contact moeten opnemen met hun arts. Langdurige, gelijktijdige toediening met andere anticholinergica wordt niet aanbevolen. Bij ernstige nierinsufficiëntie alleen gebruiken als voordeel opweegt tegen nadeel. Na gebruik mond goed spoelen. **Interacties**: *Farmacokinetische interacties:* vanwege mogelijk systemische effecten bij gelijktijdig gebruik van krachtige CYP3A-remmers (bijv. ritonavir, cobicistat) en beclometason wordt voorzichtig gebruik en passende controle hierbij geadviseerd. *Farmacodynamische interacties:* nietcardioselectieve bètablokkers (waaronder oogdruppels) moeten worden vermeden bij gelijktijdig gebruik van formoterol per inhalatie: het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Gelijktijdig gebruik van andere bèta-adrenergica kan potentieel aanvullende effecten hebben; derhalve is voorzichtigheid hierbij geboden. Gelijktijdige behandeling met kinidine, disopyramide, procaïnamide, antihistaminica, monoamineoxidaseremmers, tricyclische antidepressiva en fenothiazines kan leiden tot een verlengd QTinterval en een verhoogd risico op ventriculaire aritmieën. Ldopa, Lthyroxine, oxytocine en alcohol kunnen leiden tot verminderde tolerantie van het hart voor bèta-2-mimetica. Gelijktijdige behandeling met monoamineoxidaseremmers, waaronder middelen met vergelijkbare eigenschappen, zoals furazolidon en procarbazine, kan een versterkende werking hebben op hypertensieve reacties. Risico op aritmieën is verhoogd bij gelijktijdige anesthesie met gehalogeneerde koolwaterstoffen. Gelijktijdige behandeling met xanthinederivaten, steroïden of diuretica kan het hypokaliëmische effect van bèta-2-agonisten versterken. Hypokaliëmie kan de dispositie voor aritmieën verhogen bij patiënten die digitalisglycosiden krijgen. Langdurige gelijktijdige toediening met andere anticholinergica, is niet onderzocht en wordt dus niet aanbevolen. **Bijwerkingen**: *Vaak (1/10-1/100):* pneumonie, faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie, nasofaryngitis, hoofdpijn, dysfonie; *soms (1/100-1/1.000):* griep, orale schimmelinfectie, orofaryngeale, slokdarm- en vulvovaginale candidiasis, sinusitis, rinitis, gastroenteritis, allergische dermatitis, hypokaliëmie, hyperglykemie, rusteloosheid, tremor, duizeligheid, dysgeusie, hypo-esthesie, salpingitis, atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyaritmie, hartkloppingen, hyperemie, overmatig blozen, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, bloedneus, diarree, droge mond, dysfagie, nausea, dyspepsie, branderig gevoel van de lippen, cariës, huiduitslag, urticaria, pruritus, hyperhidrose, spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit, skeletspierstelselborstpijn, vermoeidheid, asthenie, verhoging van Creactief proteïne, bloedplaatjestelling, vrije vetzuren, bloedinsuline en bloedketonlichaam, verlaging van bloedcortisol. **Bewaren**: In koelkast bewaren (2-8ºC). Na aflevering nog maximaal 4 maanden houdbaar bij maximaal 25ºC. **Afleverstatus**: UR. **Registratienr:** EU/1/17/1208/002. **Vergoeding en prijzen:** Vergoeding is aangevraagd. **Registratiehouder**: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, Parma, Italië. **Datum**: 19 september 2017. **Chiesi Pharmaceuticals B.V.** Evert van de Beekstraat 1-120, 1118 CL Schiphol. **Referentie: 1.** SmPC Trimbow®. PM-MB-2017-1825

Verkorte productinformatie Foster® aërosol, oplossing & Foster® NEXThaler®, inhalatiepoeder 100/6 microgram/dosis

Samenstelling en farmaceutische vorm: beclometasondipropionaat anhydraat 100 mcg en formoterolfumaraatdihydraat 6 mcg resp. per dosis aërosol en dosis inhalatiepoeder. Het beclomethasondipropionaat in Foster wordt gekenmerkt door een extrafijne deeltjesgroottеverdeling wat tot een sterker effect leidt dan bij formuleringen met een niet-extrafijne deeltjesgroottеverdeling. **Indicatie:** ASTMA: Onderhoudsbehandeling van astma wanneer het gebruik van een combinatie van een inhalatiecorticosteroïd en een langwerkende bèta-2-agonist geschikt wordt geacht bij patiënten wier astma niet adequaat onder controle is met een inhalatiecorticosteroïd en (zo nodig) een kortwerkende bèta-2-agonist of bij patiënten bij wie klachten al adequaat onder controle zijn met een inhalatiecorticosteroïd en een langwerkende bèta-2-agonist. Uitsluitend voor volwassen patiënten. COPD: Symptomatische behandeling van patiënten met ernstig COPD (FEV$_1$ < 50% van voorspelde normaalwaarde) en herhaalde exacerbaties in de anamnese, met significante symptomen ondanks reguliere therapie met langwerkende bronchodilatoren. **Dosering en wijze van toediening:** ASTMA: Als onderhoudsbehandeling: Tweemaal daags 1-2 inhalaties. Maximaal 4 inhalaties/dag. Foster dosisaërosol kan ook gebruikt worden als *onderhouds- en 'zo nodig' behandeling:* Hierbij bedraagt de onderhoudsbehandeling 2 maal daags 1 inhalatie en kan de patiënt tot 6 extra inhalaties Foster nemen indien er symptomen optreden. Maximaal 8 inhalaties per dag. COPD: tweemaal daags twee inhalaties. Bestemd voor inhalatie. De totale dagdosering beclometasondipropionaat in Foster en Foster NEXThaler is lager dan bij niet-extrafijne beclometasondipropionaat bevattende middelen. Foster dosisaërosol mag gebruikt worden met een AeroChamber Plus™ voorzetkamer. **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor beclometasondipropionaat, formoterolfumaraatdihydraat of één van de hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** Relevante klinische gegevens over het gebruik voor de behandeling van acute astma-aanvallen ontbreken. Niet aanbevolen voor personen onder de 18 jaar. Instrueer patiënt het juiste gebruik van de inhalator. Na gebruik de mond goed spoelen. Dagelijks volgens voorschrift gebruiken. Niet als eerste behandeling voor astma gebruiken. Therapie niet starten tijdens exacerbatie of sterk verergerend of acuut verslechterend astma. Gebruik de laagst effectieve dosis. Behandeling niet abrupt staken. Adviseer patiënten altijd hun bronchusverwijder voor verlichting bij de hand te hebben. Evt. optredende paradoxale bronchospasmen direct behandelen met een snelwerkende inhalatiebronchusverwijder. Voorzichtig toedienen aan patiënten met actieve of latente pulmonaire tuberculose, of schimmel- en virusinfecties van de luchtwegen. Langdurige behandeling met hoge doses inhalatiecorticosteroïden kan tot bijniersuppressie en acute bijniercrisis leiden. Een toename van pneumonieën, ook die ziekenhuis-opname behoefden, is waargenomen bij COPD-patiënten die geïnhaleerde corticosteroïden kregen. Voorzichtig gebruiken (evt. onder controle) bij patiënten met cardiale aritmieën, m.n. derdegraads AV- blok en tachyaritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenose, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte, acuut MI, ischemische hartziekte, congestief hartfalen, occlusieve vaatziekten, met name arteriosclerose, arteriële hypertensie en aneurysma. Betracht voorzichtigheid bij patiënten die (vermoedelijk) verlengd QTc-interval, dat door formoterol zelf ook kan worden veroorzaakt. Voorzichtigheid is vereist bij thyrotoxicose, diabetes mellitus, feochromocytoom en onbehandelde hypokaliëmie. Bèta-2-agonisten kunnen tot ernstige hypokaliëmie leiden. Dit kan bij ernstig astma door hypoxie worden versterkt. Foster NEXThaler bevat lactose dat kleine hoeveelheid melkeiwitten kan bevatten, die allergische reacties kunnen veroorzaken. **Interacties:** Vermijd bètablokkers (w.o. oogdruppels) aangezien het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Concomitant gebruik van andere bèta-adrenerge geneesmiddelen kan potentieel additieve effecten hebben. Wees derhalve voorzichtig bij gelijktijdig gebruik van theofylline of andere bèta-adrenergica. Concomitante behandeling met kinidine, disopyramide, procaïnamide, fenothiazinen, antihistaminica, MAO-remmers en tricyclische antidepressiva kunnen het QTc-interval verlengen en het risico op ventriculaire aritmieën verhogen. L-dopa, L-thyroxine, oxytocine en alcohol kunnen de cardiale tolerantie tov bèta-2-sympathicomimetica verminderen. MAO-remmers waaronder middelen met dezelfde eigenschappen zoals furazolidin en procarbazine kunnen hypertensieve reacties versneld teweegbrengen. Er is een verhoogd risico op aritmieën bij patiënten die tevens anesthesie krijgen met gehalogeneerde koolwaterstoffen. Xanthine-derivaten, steroïden of diuretica kunnen een eventueel hypokaliëmisch effect van bèta-2-agonisten versterken. **Bijwerkingen:** Foster dosisaërosol: *Vaak (1/10-1/100):* faryngitis, orale candidiasis, hoofdpijn, dysfonie, pneumonie (bij COPD-patiënten); *soms (1/100-1/1.000):* influenza, orale schimmelinfectie, orofaryngeale, oesofageale candidiasis, vulvovaginale candidiasis, gastro-enteritis, sinusitis, rinitis, pneumonie, granulocytopenie, allergische dermatitis, hypokaliëmie, hyperglykemie, rusteloosheid, tremor, duizeligheid, otosalpingitis, palpitaties, verlenging van gecorrigeerd QT-interval op ECG, verandering ECG, tachycardie, tachyaritmie, atriumfibrillatie, hyperemie, flushing, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, astmatische crisis, diarree, droge mond, dyspepsie, dysfagie, brandend gevoel van lippen, nausea, dysgeusie, pruritus, huiduitslag, hyperhidrosis, urticaria, spierspasmen, myalgie, verhoging CRP, verhoogde bloedplaatjestelling, toename vrije vetzuren, verhoging bloedinsuline, verhoging bloedketonlichamen, afname plasmacortisol; *zelden (1/1.000-1/10.000):* ventriculaire extrasystolen, angina pectoris, paradoxale bronchospasmen, urticaria, angioneurotisch oedeem, nefritis, bloedrukveranderingen. Foster NEXThaler: *Vaak (1/10-1/100):* tremor, pneumonie (bij COPD-patiënten); *soms (1/100-1/1.000):* nasofaryngitis, orale candidiasis, hypertriglyceridaemie, hoofdpijn, tachycardie, sinusbradycardie, angina pectoris, myocardischemie, keelirritatie, astmatische exacerbatie, dyspnoe, orofaryngeale pijn, dysfonie, hoesten, nausea, vermoeidheid, geïrriteerdheid, verlenging QT-interval op ECG, verlaging van vrij cortisol in de urine, verlaging van cortisol in het bloed, verhoging van kalium in het bloed, verhoging bloedglucose, slechte r-top progressie op het ECG. Typische bijwerkingen voor formoterol: palpitaties, atriumfibrilleren, ventriculaire extrasystolen, mogelijk ernstige verhogingen van kalium, spierkrampen en myalgie. Meldt bijwerkingen aan LAREB: www.lareb.nl. **Bewaren:** Foster dosisaërosol: In de koelkast (2-8ºC). Na aflevering nog maximaal 5 maanden houdbaar bij maximaal 25ºC. Foster NEXThaler: geen bijzonderheden. **Afleverstatus:** UR. **Registratienrs:** resp. RVG 34610 en 110104. **Vergoeding en prijzen:** Beide worden volledig vergoed binnen het GVS. Voor de prijzen: zie Z-index. **Registratiehouder:** Chiesi Pharmaceuticals B.V., Evert van de Beekstraat 1 - 120, 1118 CL Schiphol. **Datum:** 29-9-2016. **Chiesi Pharmaceuticals B.V.**, Postbus 22517, 1100 DA Amsterdam, tel. +31 (0)88 501 64 00, info.nl@chiesi.com, www.chiesi.nl

Referenties: 1. De Backer et al. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv* 2010; 23(3):137-148. **2.** SmPC Foster® NEXThaler®. **3.** SmPC Foster®.

MOVENTIG® VERKORTE SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN

Moventig 12,5 mg en 25 mg filmomhulde tabletten. **Samenstelling**: elke filmomhulde tablet bevat naloxegoloxalaat overeenkomend met 12,5 resp. 25 mg naloxegol. **Indicaties**: behandeling van door opioïden geïnduceerde constipatie (OIC) bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op laxeermiddel(en). **Contra-indicaties**: Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen of voor een andere opioïdeantagonist. Patiënten met een bekende of vermoede gastro-intestinale (GI) obstructie of patiënten met een verhoogd risico op recidiverende obstructie, vanwege de kans op een gastrointestinale perforatie. Patiënten met onderliggende kanker met een verhoogd risico op een gastro-intestinale perforatie, zoals onderliggende maligniteiten van het maagdarmkanaal of het peritoneum, recidiverende of gevorderde ovariumkanker, behandeling met vasculaire endotheliale groeifactor (VEGF)-remmers. Gelijktijdig gebruik met krachtige CYP3A4-remmers (bijvoorbeeld claritromycine, ketoconazol, itraconazol of telithromycine; proteaseremmers zoals ritonavir, indinavir of saquinavir; grapefruitsap indien gebruikt in grote hoeveelheden). **Waarschuwingen en voorzorgen**: *Omstandigheden met verhoogd risico op gastro-intestinale perforatie* Voorzichtigheid is geboden bij het gebruik van naloxegol bij patiënten met een aandoening waarbij de integriteit van de wand van het maag-darmkanaal kan worden aangetast (bijvoorbeeld ernstige maagzweer, de ziekte van Crohn, actieve of recidiverende diverticulitis, infiltratieve maligniteiten van het maagdarmkanaal of peritoneale metastasen). Patiënten wordt geadviseerd de therapie met naloxegol te staken en onmiddellijk contact op te nemen met hun arts als zij ongebruikelijk ernstige of aanhoudende abdominale pijn krijgen. *Verstoringen van de bloed-hersenbarrière* Bij patiënten met klinisch belangrijke verstoringen van de bloedhersenbarrière bestaat het risico dat naloxegol in het CZS binnendringt en dient naloxegol met voorzichtigheid te worden voorgeschreven, waarbij gelet moet worden op mogelijke effecten op het CZS, zoals symptomen van opioïdeontwenning en/of interferentie met opioïd-gemedieerde pijnstilling. *Gelijktijdig gebruik van methadon* In klinische studies werd waargenomen dat patiënten die methadon namen als primaire therapie voor hun pijnaandoening, vaker last kregen van gastro-intestinale bijwerkingen (zoals abdominale pijn en diarree) dan patiënten die geen methadon kregen. In enkele gevallen werden symptomen waargenomen die wezen op opioïdeontwenning, bij een groter gedeelte van de patiënten die methadon namen t.o.v. de patiënten die geen methadon namen. *Gastro-intestinale bijwerkingen* Er zijn gevallen van ernstige abdominale pijn en diarree waargenomen in klinische onderzoeken met de dosis van 25 mg, vooral kort na de start van de behandeling. Er was een hogere incidentie van het staken van de behandeling vanwege diarree en abdominale pijn. Patiënten moet geadviseerd worden om ernstige, aanhoudende of erger wordende symptomen direct aan hun arts te melden, die kan overwegen om de dosis te verlagen tot 12,5 mg. *Opioïdeontwenningssyndroom* Er zijn gevallen van opioïdeontwenningssyndroom gemeld in het klinische programma van naloxegol. Dit syndroom ontwikkelt zich meestal binnen minuten tot enkele dagen na toediening van een opioïdeantagonist. Als opioïdeontwenningssyndroom wordt vermoed, moet de patiënt het gebruik van Moventig staken en contact opnemen met de arts. *Cardiovasculaire aandoeningen* Naloxegol moet bij patiënten met een voorgeschiedenis van myocardinfarct korter dan 6 maanden geleden, symptomatisch congestief hartfalen, manifeste hartziekten of patiënten met een QT-interval van ≥ 500 msec met voorzichtigheid worden gebruikt. *CYP3A4-inductoren* Naloxegol wordt niet aanbevolen voor patiënten die krachtige CYP3A4-inductoren nemen (bijvoorbeeld carbamazepine, rifampicine, sint-janskruid). *Nierinsufficiëntie* De aanvangsdosis voor patiënten met matig ernstige of ernstige nierinsufficiëntie is 12,5 mg. Als er bijwerkingen optreden die van invloed zijn op de verdraagbaarheid, dient de behandeling met naloxegol te worden gestaakt. *Ernstige leverinsufficiëntie* Voor patiënten met ernstige leverinsufficiëntie wordt het gebruik van naloxegol niet aanbevolen. *Aan kanker gerelateerde pijn* Vanwege beperkte klinische ervaring met het gebruik van naloxegol bij OIC-patiënten met pijn die gerelateerd is aan kanker is voorzichtigheid geboden bij het voorschrijven van naloxegol. **Bijwerkingen**: In klinische onderzoeken waren de meest frequent gemelde bijwerkingen van naloxegol (≥ 5%): abdominale pijn, diarree, nausea, hoofdpijn en flatulentie. Het merendeel van de gastro-intestinale bijwerkingen werd beoordeeld als mild tot matig van ernst, trad vroeg in de behandeling op en verdween in de loop van de behandeling. Overige bijwerkingen waren nasofaryngitis, hyperhidrose en opioïdeontwenningssyndroom. **Afleveringsstatus:** UR **Vergoeding en prijzen:** Moventig wordt volledig vergoed binnen het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index taxe. **Datum:** augustus 2017 **Registratienummers:** EU/1/14/962/001-007 **Registratiehouder:** Kyowa Kirin Ltd, Galabank Business Park, Galashiels, TD1 1QH, Verenigd Koninkrijk. De volledige productinformatie (SmPC) is op aanvraag verkrijgbaar bij Kyowa Kirin Pharma B.V., tel. 0900-1231236. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb (website: www.lareb.nl).

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. Zie onder 'Melding van vermoedelijke bijwerkingen' voor het rapporteren van bijwerkingen.

Referentie: 1. SmPC Moventig®.

MOV NL 201708005

KENNISTOETS: VRAGEN

De kennistoets gaat over twee artikelen in dit nummer van H&W, namelijk:
- Slok AHM, Kotz D, Chavannes NH, Snoeck-Stroband JB, Salomé PHL, In 't Veen JCCM, et al. De Ziektelastmeter COPD als hulpmiddel in de praktijk. Huisarts Wet 2017;60(10):500-2.
- Schermer T, Robberts B, Grootens J, Lucas J, Thoonen B, et al. Kan de diagnose COPD op één enkele spirometrie berusten? Huisarts Wet 2017;60(10):497-9.

Daarnaast is gebruikgemaakt van de volgende bronnen:
- Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, et al. NHG-Werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.
- www.Longalliantie.nl > Zorgstandaard COPD

1. In het onderzoek van Schermer werd bij 2300 personen met een verhoogd risico op COPD op drie tijdstippen de longfunctie gemeten met spirometrie. Op elk tijdstip gingen de onderzoekers na of er sprake was van luchtwegobstructie (diagnose COPD). In het onderzoek hielden zij bij hoe vaak de initieel gestelde diagnose 'wel' of 'geen' obstructie veranderde. Welke verandering trad het vaakst op?
a. Van wel obstructie naar geen obstructie.
b. Van geen obstructief naar wel obstructie.
c. Beide veranderingen even vaak.

2. Slok deed bij COPD-patiënten onderzoek naar de effecten van de ziektelastmeter COPD. Zij zag verbetering na gebruik van de ziektelastmeter. Op welke terrein(en) zag zij verbetering?
a. De COPD Assessment test (klachten COPD).
b. De kwaliteit van leven en de ervaren kwaliteit van zorg.
c. De spirometrie-uitslagen.

3. In de NHG-Standaard COPD bepaalt de ernst van COPD de ziektelast. De ziektelast is onder andere opgebouwd uit de combinatie van klachten en beperkingen en de FEV_1-waarde. Welke parameters horen er nog meer bij?
a. Comorbiditeit en frequentie van exacerbaties.
b. Comorbiditeit en de voedingstoestand.
c. Frequentie van exacerbaties en voedingstoestand
d. Voedingstoestand en gebruik inhalatiecorticosteroïden

4. Het stellen van de diagnose COPD door de huisarts is in de NHG-Standaard gebonden aan voorwaarden: het moet gaan om een hoestende en/of benauwde patiënt, ouder dan 40 jaar en met een rookhistorie (> 20 jaar roken of > 15 pakjaren). Van welke spirometrie-uitslag (na gestandaardiseerde bronchusverwijding) dient tevens sprake te zijn?
a. FEV_1 < 5e percentiel van gezonde referentiepopulatie.
b. FEV_1/FVC < 0,7.
c. FEV_1/FVC < 5e percentiel van gezonde referentiepopulatie.

5. De ziektelastmeter COPD is een interactief computergestuurd programma waarbij de scores worden weergegeven in ballonnen. Zowel dokter als patiënt hebben toegang tot het programma. De patiënt wordt zo nadrukkelijk bij (de behandeling van) zijn ziekte betrokken. Hoe de patiënt omgaat met zijn ziekte is van invloed op het beloop. Welke patiënteigenschap wordt in dit kader als positief geduid?
a. Adaptatie.
b. Autonomie.
b. Slagvaardigheid.
c. Volgzaamheid.

6. Vanwege een ernstige exacerbatie bezoekt de huisarts de heer Van Zundert, 73 jaar en bekend met COPD met matige ziektelast (FEV_1 30-50 % van voorspeld) het spreekuur. De heer Van Zundert is benauwd maar voelt zich niet ziek: AF: 32/min, SaO2 85%, T 37,0 °C. Na inhalatie per voorzetkamer knapt hij op. De huisarts schrijft een prednisonkuur voor en geeft instructies voor het gebruik van luchtwegverwijders. Wat is in dit geval het beleid voor het geven van antibiotica?
a. Antibiotica zijn hier niet geïndiceerd.
b. Antibiotica zijn hier wel geïndiceerd.
c. CRP-meting dient uitsluitsel te geven over het gebruik van antibiotica.

7. Naar aanleiding van een patiënt op het spreekuur met een exacerbatie COPD hebben aios en opleider een leergesprek. De opleider vraagt aan de aios wat de meest frequente oorzaak is van een exacerbatie bij COPD. Welk antwoord is correct?
a. Allergische prikkels.
b. Fijnstof.
c. Luchtweginfecties.
d. Oververmoeidheid.

8. Mevrouw Kraak is 49 jaar en heeft sinds anderhalf jaar last van kortademigheid, hoesten en een piepende ademhaling. Ze heeft van haar 19e tot haar 40e een pakje sigaretten per dag gerookt. Over de longen is een verlengd expirium te horen. De thoraxfoto is normaal. Bij herhaalde spirometrie is de FEV_1 60% van de voorspelde waarde en ligt de FEV_1/FVC-ratio op het tweede percentiel. Na bronchusverwijding neemt de FEV1 toe met 8%. Wat is de meest waarschijnlijke werkdiagnose?
a. COPD.
b. Astma.

Zie pagina 540 voor de antwoorden.

INTERVIEW

Onbekend COPD bestrijden in Afrika

"Niet roken maar open vuur in huis is de belangrijkste oorzaak van COPD", meent huisarts en onderzoeker Frederik van Gemert. Hij ruilde zijn Harlingse praktijk in voor fulltime onderzoek naar COPD in Afrika. In Oeganda kwam hij tot de onthutsende bevinding dat de term COPD er onbekend is terwijl in Afrika de mortaliteit van COPD die van tbc, aids en malaria samen overtreft.

Tijdens zijn eerste reis naar Afrika raakte Frederik van Gemert in de ban van het land. Samen met zijn vrouw reist hij al 25 jaar naar Afrika, vooral naar plaatsen waar geen andere toerist komt. "In Oeganda nodigde een bewoner ons trots uit om zijn nieuwe hut te bekijken. Ik hield het er geen minuut uit. De hut hing vol rook, hoestend moest ik naar buiten. Bijna alle Oegandezen leven onder deze omstandigheden. Ze koken op open vuur tussen drie stenen, zonder schoorsteen. Dit kan niet goed zijn voor de gezondheid, bedacht ik meteen."

'Bijna alle Oegandezen koken op een vuurtje tussen drie stenen, zonder schoorsteen.'

Na een gesprek met zijn latere promotor Thys van der Molen, hoogleraar huisartsgeneeskunde aan het UMCG, besloot van Gemert zijn verslaving aan Afrika te combineren met zijn interesse voor longziekten en een onderzoek naar COPD in Oeganda te starten. "Uit een literatuurstudie bleek dat er zo goed als niets bekend is over COPD in Afrika." Van Gemert nam in Oeganda de proef op de som. "De gemiddelde levensverwachting van de 35 miljoen Oegandezen is 52 jaar. Het land telt vier longartsen. De kennis over COPD bleek nul. Zelfs mensen die er in de eerstelijns gezondheidszorg werken kenden de term COPD niet. Mensen die hoesten gaan naar de dokter voor een tbc-test. Is deze negatief dan gaan ze weer naar huis waar ze doorleven met hun klachten."

Frederik van Gemert besloot zijn verslaving aan Afrika te combineren met zijn interesse voor longziekten en startte een onderzoek naar COPD in Oeganda.

Prevalentie

Nieuwsgierig naar de gevolgen van het leven in rokerige hutten, startte Van Gemert een epidemiologische studie. Hij trainde lokale eerstelijns hulpverleners in het gebruik van een spirometer. Vervolgens maten ze de longfunctie bij een steekproef van 588 Oegandezen ouder dan 30 jaar. Maar liefst 16,2% van hen heeft COPD. Door de combinatie van een lage levensverwachting en een blootstelling aan rook vanaf de zwangerschap, bedraagt de prevalentie bij de groep van 30-39 jaar zelfs 40%. Vrijwel alle mensen met COPD leven in rokerige hutten. Ter vergelijking, de prevalentie van COPD in Nederland is ongeveer 3,5%.

"Internationaal onderzoek naar de prevalentie van COPD gebeurt doorgaans bij mensen ouder dan veertig. In de westerse wereld geldt roken als de hoofdoorzaak van COPD. Doorgaans openbaren longklachten als gevolg van roken zich pas vanaf de leeftijd van 40", zegt Van Gemert. " We maten de longfunctie van mensen vanaf dertig jaar juist omdat ze al van kinds af aan bloot staan aan rook. Als we ook de twintigers testen, zal de prevalentie van COPD nog groter blijken. Ik ben er daarom van overtuigd dat niet roken maar het ongeventileerd verbranden van biomassa binnenshuis de belangrijkste oorzaak van COPD is. Wereldwijd roken meer dan 1,1 miljard mensen terwijl ruim 3 miljard mensen afhankelijk zijn van biomassa voor koken en verwarming."

Hiërarchie

Vanwege de angst voor tuberculose rust een stigma op hoestende mensen: "Ouders stoppen hun kinderen met astma, bijvoorbeeld, weg om maar te voorkomen dat mensen denken dat er tbc heerst", zegt Van Gemert.

Die stigmatisering, onwetendheid en Oegandese cultuur bemoeilijken de

hulpverlening. “Vrouwen voorlichten over hun kookgedrag werkt niet, de vrouw staat op de laagste plaats in de familiehiërarchie. Zolang je de man niet overtuigt van de noodzaak van gezonder koken, verandert er niks.” Van Gemert ontdekte een gemeenschappelijk belang van beide ouders: hun kinderen. “Als je de gevolgen voor de kinderen benoemt, wil de man wel luisteren. Ik wijs op de kinderen van mensen die al koken op een gesloten kooktoestel. Ze hebben geen rode ogen en snotneus meer.”

’Ongeventileerd verbranden van biomassa is de voornaamste oorzaak van COPD, niet roken.’

Voorlichting over rookvrij koken is essentieel, anders snappen mensen niet waarom ze de overstap van een open houtvuur naar een gesloten en geventileerd kooktoestel moeten maken. “Door gebrek aan voorlichting over de gevaren van rook gaan ze beide methoden gebruiken. We zagen dit bijvoorbeeld tijdens een project in de sloppenwijken van Oegandese hoofdstad Kampala. De mensen kookten er op een gasstelletje maar braden op de traditionele manier want dan smaakt het eten beter, zo redeneren ze.”

Gesteund door de Europese Unie ontwikkelde Van Gemert en zijn collega’s het Fresh Air Project dat beginnend met voorlichting vanuit de eerste lijn het gebruik van open vuur in huis moet tegengaan. “We schoolden lokale eerstelijns hulpverleners. Deze mensen gaven vervolgens voorlichting aan de bevolking via village health teams, dat zijn door de dorpelingen gekozen mannen en vrouwen.” Door de bewustwording over de gevolgen van rook blijken de bewoners eerder geneigd een gesloten kooktoestel aan te schaffen. “De mensen kunnen kiezen uit vijf toestellen variërend van een duur toestel van 60 dollar tot een gemaakt in Oeganda dat maar 2 dollar kost.”

Ruim 16% van de Oegandezen heeft COPD. Bij de groep 30-39 jaar is dit zelfs 40%.

Armoede

Momenteel onderzoekt Van Gemert het succes van de implementatie van het Fresh Air Project in Oeganda. Het Europese project krijgt al navolging in Vietnam, Kirgizië en op het platteland van Griekenland. De huisarts weet echter

’Goede voorlichting is essentieel. Mensen moeten snappen waarom ze een gesloten en geventileerd kooktoestel moeten gebruiken.’

dat zijn project onvoldoende is om de bewoners van al deze gebieden te helpen. “Het gebruik van open vuur in huis komt voort uit armoede. Alleen met armoedebestrijding kun je leefomstandigheden van de bevolking echt verbeteren.”

Terug naar Nederland, waar Van Gemerts Afrikaanse onderzoek ook consequenties heeft. Veel van de nieuwe Nederlanders, asielzoekers en vluchtelingen groeiden op in woningen met open vuur. “Ik ben nieuwsgierig naar de prevalentie van COPD en andere aan rook gerelateerde ziekten bij deze mensen, ook de jongeren. Elke huisarts moet erop bedacht zijn dat een patiënt met longklachten die opgroeide in Afrika of Azië mogelijk COPD heeft”, zo waarschuwt de arts.

Patrick Marx

Frederik van Gemert is kaderhuisarts astma/COPD in Friesland en onderzoeker bij het UMCG. Hij promoveerde op 10 april 2017 aan de Rijksuniversiteit Groningen op zijn onderzoek *Prevalence and impact of chronic obstructive pulmonary disease in a rural district of Uganda.* Het proefschrift is te downloaden via: http://hdl.handle.net/11370/fd-24be3e-496e-4e36-92fe-dab9af2fed95

Voor informatie over het Fresh Air Project in Oeganda, zie: www.theipcrg.org/freshair

Jan Palmen

Meer ervaring en minder drukke praktijk leidt tot betere diabeteszorg

Huisartsen met meer diabetespatiënten scoren beter op kwaliteit van zorg. Dat is de uitkomst van een Canadees onderzoek naar de relatie tussen het aanbod van diabetespatiënten van een huisarts en de uiteindelijke kwaliteit van zorg.

Foto: Shutterstock

Er is een relatie tussen de grootte van het patiëntenaanbod en de kwaliteit van de diabeteszorg.

Bij chirurgische ziektebeelden was de relatie tussen ervaring enerzijds en afname van de morbiditeit en mortaliteit anderzijds al duidelijk aangetoond. Bij diabeteszorg in de eerste lijn nog niet. Eerder onderzoek liet tegenstrijdige resultaten zien. De onderzoeksvraag van dit populatiegebaseerde cohortonderzoek was dan ook: is er een relatie tussen het patiëntenaanbod van diabetespatiënten van een huisarts en de uiteindelijke kwaliteit van zorg?

De data kwamen uit het register van de ziektekostenverzekeraar van Ontario, Canada. De verstrekte zorg werd van 2011 tot 2013 geanalyseerd. In Canada is de huisarts nagenoeg volledig verantwoordelijk voor deze zorg in de eerste lijn. Enerzijds werd gekeken naar het gemiddeld aantal consulten dat de huisarts per dag had. Anderzijds naar het gemiddeld aantal diabetespatiënten in zorg bij de huisarts. Voor het gemiddeld aantal patiëntencontacten per dag werden 5 groepen gedefinieerd: minder dan 20 patiënten per dag, 20-25 patiënten, 25-30 patiënten, 30-40 patiënten en meer dan 40 patiënten. Voor de diabetesgerelateerde patiëntenzorg werd het aantal diabetespatiënten genomen waar de huisarts hoofdbehandelaar was: minder dan 100, 100-150, 150-200, 200-300 en meer dan 300 diabetespatiënten. De kwaliteit van zorg werd gedurende twee jaar gemeten aan de hand van een zestal indicatoren: procesindicatoren (oogcontrole, HbA1c-bepaling, lipidenspectrumbepaling), adequate prescriptie van medicatie (ACE-remmers, AII-agonisten en statines) en complicaties met betrekking tot hypo- en hyperglykemische ontregeling.

Ruim een miljoen (1.018.647) patiënten met diabetes waren in 2011 in zorg bij 9014 huisartsen. De drukste spreekuren waren te zien in stadspraktijken. De huisartsen met minder diabetespatiënten in zorg waren jonger. Er was sprake van een omgekeerde relatie tussen de grootte van het totale patiëntenaanbod en de kwaliteit van diabeteszorg. Hoe drukker het gewone spreekuur, hoe minder de kwaliteit van de diabeteszorg. Huisartsen daarentegen met meer diabetespatiënten in zorg hadden betere uitkomsten met betrekking tot de kwaliteit van zorg bij alle zes de indicatoren.

PATIËNTENAANBOD EN KWALITEIT

Dit onderzoek toont aan dat er een relatie is tussen de grootte van het patiëntenaanbod en de kwaliteit van zorg voor diabetes. Naarmate het totale patiëntenaanbod toeneemt, neemt de kwaliteit af. In tegenstelling tot de Canadese situatie is de diabeteszorg in de Nederlandse huisartsenpraktijk voor een groot deel overgedragen aan de praktijkondersteuner. De zorg die de praktijkondersteuner levert is niet volledig te vervangen door de zorg van de huisarts. Zij dient complementair te zijn en moet zoveel mogelijk onnodige overlap voorkomen. Door de professionele interactie kunnen zij elkaar feedback geven op de geleverde zorg: door samen te werken zijn zij samen sterker en zorgen voor maatwerk. Ook de DiHAG (Diabetes Huisartsen Adviesgroep) adviseert dat de huisarts betrokken blijft bij diabeteszorg. Zeker omdat bij 50% van de totale diabetespatiëntenpopulatie sprake is van comorbiditeit en polyfarmacie. Daarnaast blijft het farmaceutisch beleid vooralsnog het domein van de huisarts.

Volgens dit Canadese cohortonderzoek wordt de kwaliteit van zorg minder wanneer het totale patiëntenaanbod per dag boven de dertig uitkomt. Verder zou de huisarts minimaal honderd of meer diabetespatiënten in zorg moet hebben om genoeg expertise te behouden in diabeteszorg. Vertaald naar de huidige Nederlandse situatie is dit een argument voor praktijkverkleining. Drukke spreekuren gaan ten koste van de kwaliteit, terwijl te weinig gericht patiëntenaanbod ten koste gaat van de expertise.

Of het registreren van uitkomst- en procesindicatoren ook leidt tot de noodzakelijke interventies blijft de vraag. Registreren moet een middel zijn om tot een betere en doelmatigere diabeteszorg te komen. Registreren is geen doel op zich. De huisarts moet niet alleen vinken maar ook vonken. ■

LITERATUUR

1 Cheung A, Stukel TA, Alter DA, et al. Primary care physician volume and quality of diabetes care. Ann Intern Med 2017;166:240-7.

Loes Meijer

Kwetsbaar? Beter af door samenwerken na ontslag

Goede nazorg door een multidisciplinair team verlaagt de mortaliteit en het aantal bezoeken aan de eerste hulp zónder opname van kwetsbare patiënten de eerste dertig dagen na ontslag uit het ziekenhuis. Dit kwam naar voren uit een Canadees onderzoek. Daarin keken onderzoekers onder andere naar de invloed van de wijze waarop het eerstelijnsteam georganiseerd is.

Heropnames in het ziekenhuis binnen dertig dagen na ontslag (de indexopname) zijn sinds 2015 toegevoegd aan de *Basisset kwaliteitsindicatoren* in de samenwerkingsovereenkomst tussen de ziekenhuizen en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Ontslag uit het ziekenhuis is voor patiënten een risicovolle gebeurtenis, waarbij leeftijd en multimorbiditeit het risico vergroten. Wordt het aantal heropnames bepaald door de werkwijze van een organisatie (het ziekenhuis), of is samenwerking tussen organisaties en mensen bepalend?

MULTIDISCIPLINAIR VERSUS TRADITIONEEL

In Canada nemen heropnames in het ziekenhuis een aanzienlijk deel in van het budget van de gezondheidzorg. Door combinatie van verschillende data (ontslag uit ziekenhuis, bezoek eerste hulp, overlijden, kwetsbaarheid) van de verzekeraar uit de provincie Québec hebben onderzoekers de gegevens over ontslagen patiënten uit de ziekenhuizen tussen 2002 en 2009 verzameld. Ouderen (> 70 jaar) en mensen met een of meer chronische ziekten werden geïncludeerd. De onderzoekers gingen van iedere ontslagen patiënt na of ze op het moment van ontslag door een multidisciplinair eerstelijnsteam of in de traditionele praktijk (solo- en groepspraktijken) behandeld werden. Geïncludeerd zijn 620.656 ontslagen, niet voorafgegaan door een opname ervoor (index ontslagen), van 312.377 patiënten. Primaire uitkomstmaat was de incidentie van heropname in het ziekenhuis binnen negentig dagen. De onderzoekers legden ook de incidentie van een bezoek aan de eerste hulp en overlijden binnen dertig en negentig dagen na ontslag vast.

Er bleek geen verschil in de incidentie van heropnames tussen de multidisciplinaire en traditionele teams binnen negentig dagen. Een op de vier patiënten ging weer naar het ziekenhuis binnen dertig dagen na ontslag voor heropname of bezoek aan de eerste hulp. Patiënten opgevangen door multidisciplinaire teams bleken minder vaak de eerste hulp te bezoeken en de eerste dertig dagen na ontslag een significant lagere kans op overlijden te hebben. De laagste overlijdenskans na dertig dagen was het grootst onder de patiënten met de hoogste comorbiditeit. Na dertig dagen verdwenen deze effecten. Het aantal heropnames na negentig dagen was bij deze groep gemiddeld 4% hoger.

De onderzoekers vermoeden dat de ziekste patiënten door de multidisciplinaire teams langer in leven gehouden werden, wat past bij de lagere mortaliteit in de groep met de hoogste comorbiditeit. Ook bleek een bezoek aan de eerste hulp zonder aansluitende opname het meest bij de hoog morbide groep voor te komen. Dit kan erop wijzen dat het multidisciplinaire team van artsen en verpleegkundigen betere resultaten bereikt in het coördineren van de zorg voor de meest kwetsbaren. De rol van de verpleegkundige in de multidisciplinaire teams in dit proces viel niet uit de data te halen.

NAZORG BIJ ONTSLAG

De nazorg bij ontslag uit het ziekenhuis door een multidisciplinair team lijkt vooral voor de kwetsbaarste patiënten effect te hebben op bezoek aan de eerste hulp en mortaliteit. De precieze werking van dit effect is niet duidelijk. Een rol speelt wellicht het hoger aantal huisartscontacten met kwetsbaren in de multidisciplinaire groep. De rol van de huisartsenpraktijkmedewerkers samen met eerstelijns verpleegkundigen als casemanager en organisator van systematische follow-up kan een mogelijke interventie zijn die invloed heeft op de kosten en zorg na ontslag uit het ziekenhuis.

Het verminderen van de heropnames na ontslag van kwetsbaren uit het ziekenhuis blijkt een complex proces. De inspectie is met de ziekenhuizen overeengekomen dat heropnames na dertig dagen een kwaliteitsmaat is. Of een simpel getal inzicht geeft in de beïnvloedende factoren is de vraag. Voor het aantal bezoeken aan de eerste hulp en overlijden na opname van de kwetsbaren lijkt het een maat voor samenwerken binnen de eerste lijn.

In de samenwerking tussen eerste en tweede lijn hebben verschillende factoren mogelijk invloed op dit complexe proces van heropnames. Van ziekenhuiszijde kan tijdige informatie over de ziekenhuisopname en de medicatie bij ontslag en de patiënt een rol spelen, evenals het pas ontslaan als de opvang geregeld is. Door overleg over het moment van ontslag wordt wellicht een betere opvang gegarandeerd. En of ontslag op vrijdagmiddag een verstandige keuze is, is de vraag... ■

LITERATUUR

1 Riverin BD, Li P, Naimi AI, et al. Team-based versus traditional primary care models and short-term outcomes after hospital discharge. CMAJ 2017;189:E585-93.

Sanne Klinkhamer, Toine Lagro-Janssen

CATS

Zelfcontrole van IUD-draadjes niet zinvol

Het advies aan vrouwen om zelf te controleren of de IUD nog goed zit kent geen wetenschappelijke onderbouwing. Uit de beperkte hoeveelheid literatuur die er wel is lijken extra controles zowel door artsen als patiënten de kans op een vroegtijdige ongemerkte expulsie niet te verminderen.

In de NHG-Standaard Anticonceptie wordt aangeraden zes weken na plaatsing van een spiraal de huisarts in speculo te laten controleren op zichtbare draadjes dan wel partiële expulsie. Ook wordt genoemd dat de vrouw zelf kan controleren of haar spiraal nog goed zit, bij voorkeur na de menstruatie. Wij onderzochten of het haalbaar is voor vrouwen om zelf spiraaldraadjes te controleren en of zelfcontrole op tijd een ongemerkte expulsie voorkomt.

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

Wij doorzochten Pubmed begin 2016 op de zoektermen IUD AND (checks OR follow-up OR clinical evaluation) met de filters full text en publication date < 10 years. Hieruit kwamen 235 artikelen. Screening op title en abstract leverde drie relevante artikelen op en via referenties vonden we nog een geschikt artikel.

Steenland et al. voerden een systematische review uit om te kijken of follow-up contacten na start van anticonceptie het continueren en correct gebruik verbeteren.[1] We vonden slechts vier onderzoeken van slechte kwaliteit, waarvan twee over het gebruik van IUD gingen. Een van de artikelen was het artikel van Neuteboom et al., al door ons gevonden.[2] Het andere artikel kwam uit 1971 en is buiten beschouwing gelaten.

Neuteboom et al. onderzochten twee groepen vrouwen.[2] De vraag luidde of de intensiteit van controles invloed heeft op – onder andere – het aantal ongemerkte expulsies. De eerste groep van 81 vrouwen werd 6 weken na plaatsing gecontroleerd en daarna jaarlijks, de tweede groep van 199 vrouwen kreeg controles na 6 weken, 3, 6 en 12 maanden. Het aantal zwangerschappen (3 in totaal) en het aantal ongemerkte expulsies (2 in totaal) verschilde niet significant tussen de twee groepen. Ongemerkte expulsies werden in 3,5 en 11 per 1000 controles vastgesteld bij respectievelijk de 6 weken controle na plaatsing en alle controles erna. Conclusie: extra geplande controles voorkomen een ongemerkte expulsie niet.

Draper et al. (2011) onderzochten retrospectief in een groep van 272 vrouwen uit een huisartsenpraktijk (423 IUD-episodes van minimaal twee jaar tussen 1976 en 2005, 70% koperspiraal, 30% hormoonspiraal) of routinecontroles vroegtijdige ernstige bijwerkingen voorkwamen.[3] Men vond dat ernstige bijwerkingen niet werden voorkomen, maar wel eerder ontdekt (in totaal anemie bij 11%, PID 25%, zwangerschap en EUG 6%, en explusie 2%). Geconcludeerd werd dat vrouwen na de initiële controle alleen bij klachten gecontroleerd hoeven te worden.

Davies et al. (2013) vroegen 100 vrouwen naar zelfcontrole van hun IUD.[4] Ruim de helft (51%) gaf aan nooit een zelfcontrole te hebben uitgevoerd, vooral omdat ze het vergaten. Slechts 1 op de 4 (23%) controleerde met enige regelmaat. Ongeveer 33% van vrouwen probeerde de draadjes te controleren maar slaagde hier niet in. Davies et al. concludeerden dat er minder nadruk op de (zelf)controle moet worden gelegd.

ZELFCONTROLE OVERBODIG ADVIES

De richtlijn van het NHG geeft geen wetenschappelijke onderbouwing voor zelfcontroles na de routinecontrole rond zes weken. Een uitgebreide zoekactie op PubMed bevestigt het gebrek aan literatuur over zelfcontroles. De onderzoeken die er zijn concludeerden dat extra routinecontroles (echo of controle van draadjes) geen toegevoegde waarde hebben in het detecteren van ongemerkte expulsies. Tevens blijkt uit het artikel van Davies et al. dat slechts één op de vier vrouwen het advies om de draadjes zelf te controleren, opvolgt.[4]

Het aanraden van zelfcontrole van IUD-draadjes heeft geen toegevoegde waarde om ongemerkte expulsies te voorkomen. Bovendien vergeten de meeste vrouwen het in de praktijk toe te passen. Het wordt tijd dit overbodige advies te schrappen of om beter onderzoek op te zetten. ■

LITERATUUR

1 Steenland MW, Zapata LB, Brahmi D, et al. The effect of follow-up visits or contacts after contraceptive initiation on method continuation and correct use. Contraception 2013;87(5):625-30.
2 Neuteboom K, De Kroon CD, Dersjant-Roorda M, et al. Follow-up visits after IUD-insertion: sense or nonsense? A technology assessment study to analyze the effectiveness of follow-up visits after IUD insertion. Contraception 2003;68(2):101-4.
3 Draper IB, Haque MS, McManus RJ. Routine intrauterine device checks: are they advisable? J Fam Plann Reprod Health Care 2012;38(1):15-8.
4 Davies A, Fleming C. Do intrauterine device/intrauterine system users check their threads? J Fam Plann Reprod Health Care 2014;40(2):122-5.

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van Marianne Dees en Victor van der Meer • Correspondentie: redactie@nhg.org.

Julius GZC Vleuterweide, Vleuten: S. Klinkhamer, kaderhuisarts urogynaecologie-in-opleiding. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Unit Vrouwenstudie Medische Wetenschappen, Nijmegen: em.prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoofd Centrum Sexueel en Familiaal Geweld Nijmegen • Correspondentie: sklinkhamer@lrjg.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Hans Sportel, Erik Bischoff

Griepvaccinatie leidt niet tot COPD-exacerbatie

Er is onvoldoende bewijs dat het geven van griepvaccinatie bij mensen met COPD leidt tot een exacerbatie in de periode direct na vaccinatie. Gevonden onderzoeken tonen aan dat direct na vaccinatie het risico op een exacerbatie bij mensen met COPD niet groter is dan in andere periodes en niet verschilt van niet-gevaccineerde mensen met COPD.

De NHG-Standaard COPD adviseert om mensen met COPD jaarlijks tegen de griep te vaccineren om zo exacerbaties te voorkomen.[1] We merken echter regelmatig terughoudendheid bij patiënten én artsen uit vrees voor het optreden van een exacerbatie direct na griepvaccinatie. We zochten in de wetenschappelijke literatuur naar een antwoord op de onderzoeksvraag: Wat is het risico op een exacerbatie in de eerste maand na de griepvaccinatie bij mensen met COPD?

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

Wij zochten in november 2016 in Pubmed met de volgende zoekstrategie: "COPD AND exacerbations AND (Influenza Vaccine)". We gebruikten daarbij de filters soort (mens) en taal (Engels, Nederlands). Dit leverde 42 artikelen op. Onafhankelijk van elkaar bestudeerden wij alle titels en samenvattingen en selecteerden zo een gerandomiseerd gecontroleerd experiment, een case-controlonderzoek en een cohortonderzoek.

In een Thais onderzoek ontvingen 125 patiënten met COPD na randomisatie een griep- of een placebovaccinatie.[2] Na een week en na vier weken vergeleken de onderzoekers het optreden van bovenste luchtweginfecties, exacerbaties, griep en longontsteking tussen beide groepen. Ook vergeleken zij de longfunctie en mate van dyspneu. Geen enkele uitkomst verschilde significant tussen de vaccinatie- en de placebogroep na een week en na vier weken. Een onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk selecteerde uit huisartsendossiers 293 patiënten met COPD die in de laatste drie maanden van 2005 een griepvaccinatie ontvingen.[3] Elke patiënt werd gekoppeld aan een patiënt met COPD die in deze periode géén griepvaccinatie ontving. De onderzoekers definieerden exacerbatie als een toename van klachten waarvoor meer luchtwegmedicatie, het starten van prednisolon en/of antibioticum of ziekenhuisopname nodig was. Het risico op een exacerbatie in de eerste twee weken na vaccinatie was laag en verschilde niet tussen beide groepen (OR 0,52; 95%-BI 0,29 tot 1,14). In een ander onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk bestudeerden de onderzoekers de huisartsendossiers van een steekproef van 6.000 mensen met astma en 6.000 mensen met COPD over een periode van drie jaar. Voor elk jaar telden zij bij de gevaccineerde patiënten het aantal voorschriften prednisolon en het aantal exacerbaties in de eerste twee weken na vaccinatie. Deze aantallen vergeleken ze met andere periodes in het griepseizoen van elk jaar. Ze vonden geen significante verschillen in het aantal exacerbaties tussen de eerste twee weken en de overige bestudeerde periodes.

COPD-patiënten en artsen zijn onterecht terughoudend om zich jaarlijks tegen griep te laten vaccineren.

EXACERBATIES NIET GEMELD

Slechts drie onderzoeken beantwoordden onze onderzoeksvraag. De overige onderzoeken die wij vonden, volgden mensen met COPD gedurende een lange periode na vaccinatie en bestudeerden niet de korte-termijn complicaties. Het Thaise onderzoek had mogelijk onvoldoende power. Vooraf berekenden de auteurs niet hoeveel patiënten ze nodig hadden om een statistisch significant verschil in exacerbaties tussen beide groepen te kunnen detecteren. De onderzoeken uit het Verenigd Koninkrijk maakten gebruik van gegevens uit huisartsendossiers. Het gebruik van huisartsendossiers kent echter nadelen. Uit andere onderzoeken weten we namelijk dat ongeveer de helft van de exacerbaties door patiënten niet wordt gemeld bij de dokter. Deze gegevens worden dus gemist wanneer alleen medische dossiers worden beoordeeld. Dit zou kunnen leiden tot een onderschatting van het werkelijke aantal exacerbaties direct na vaccinatie.

De terughoudendheid van patiënten met COPD en artsen wat betreft het opvolgen van het advies uit de NHG-Standaard COPD lijkt onterecht. ■

LITERATUUR

1 Snoeck-Stroband JB, Schermer TRJ, Van Schayck CP, Muris JW, Van der Molen T, In 't Veen JCCM, et al. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211
2 Wongsurakiat P, Maranetra KN, Gulprasutdilog P, Aksornint M, Srilum W, Ruengjam C, et al. Adverse effects associated with influenza vaccination in patients with COPD: a randomized controlled study. Respirol 2004;9(4):550–6.

De resterende literatuur staat bij dit artikel op www.henw.org.

Huisartsenpraktijk De Linde, Ruurlo: H. Sportel, kaderhuisarts Astma COPD. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde en Universitair Gezondheidscentrum Heyendael, Nijmegen: dr. E. Bischoff, kaderhuisarts Astma COPD, senior onderzoeker en coördinator kaderopleiding Astma COPD • Correspondentie: Erik.Bischoff@radboudumc.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

Ruud Verhees, Jean Muris

PEARLS

Pneumokokkenvaccinatie bij patiënten met COPD

COPD-patiënten in de Nederlandse huisartsenpraktijk met een *matige* of *ernstige* ziektelast zouden pneumokokkenvaccinatie aangeboden moeten krijgen. Uit een Cochrane-review blijkt dat deze vaccinatie bij COPD-patiënten exacerbaties en pneumonieën kan voorkomen.

Exacerbaties bij patiënten met COPD hebben forse implicaties voor gezondheid en zorgkosten. Vijftig tot zeventig procent van deze exacerbaties wordt uitgelokt door een virale of bacteriële luchtweginfectie. Dergelijke exacerbaties leiden vaak tot langere ziekenhuisopnames, grotere achteruitgang van de longfunctie en verlies van kwaliteit van leven. *Streptococcus pneumoniae* kan een rol spelen in het ontstaan van deze exacerbaties en is een van de meest voorkomende verwekkers van bacteriële pneumonieën bij COPD-patiënten. Immunisatie tegen pneumokokken zou het aantal exacerbaties en pneumonieën in theorie kunnen reduceren. Het 23-valente pneumokokken polysaccharide vaccin beschermt in potentie gedurende 3-5 jaar tegen 85-90% van de varianten van *S. pneumoniae* en wordt momenteel het meest frequent gebruikt.

FOCUS OP EXACERBATIE EN PNEUMONIE

Met de onderzoeksvraag of pneumokokkenvaccinatie exacerbaties en pneumonieën voorkomt bij COPD includeerden de auteurs in totaal twaalf RCT's (n = 2171) in hun systematische review.Alle deelnemers hadden COPD. Daar waar dit gemeten werd (vier van de twaalf onderzoeken), bedroeg de gemiddelde FEV_1 54%, hetgeen overeenkomt met COPD-stadium GOLD-II. De gemiddelde leeftijd was 66 jaar en 67% was man. Het toegediende pneumokokkenvaccin was veelal van het 23-valente type (negen van de twaalf onderzoeken). De gemiddelde follow-up duur bedroeg veertien maanden (spreiding 6 tot 48 maanden). De auteurs concludeerden dat pneumokokkenvaccinatie vergeleken met placebo, de kans op een community-acquired pneumonia (CAP) bij patiënten met COPD verkleint (odds ratio (OR) 0,62; 95%-BI 0,43 tot 0,89). Hetzelfde geldt voor het voorkómen van een exacerbatie (OR 0,60; 95%-BI 0,39 tot 0,93). Het aantal patiënten dat gevaccineerd moet worden om een CAP of een exacerbatie te voorkomen (NNT) is respectievelijk 21 en 8. Noch de totale sterfte, noch de cardiopulmonale sterfte verschilde tussen vaccin- en controlegroepen. Ook het aantal ziekenhuisopnames (ongeacht de reden van opname) verschilde niet tussen beide groepen.

De auteurs merkten op dat het aantal deelnemers per geïncludeerd onderzoek (gemiddeld 187, spreiding 37 tot 600) mogelijk te klein was om een significant effect op andere uitkomstmaten dan exacerbaties en pneumonieën aan te tonen. De bewijskracht van de eerdergenoemde resultaten wordt door de auteurs als 'gemiddeld' beoordeeld.

VOOR WELKE COPD-PATIËNTEN EFFECTIEF?

De in 2015 geactualiseerde NHG-Standaard COPD stelt dat pneumokokkenvaccinatie van COPD-patiënten niet effectief is om exacerbaties of pneumonieën te voorkomen. De standaard onderschrijft wel de rol die de patiënt zelf kan spelen in de behandeling van de ziekte. Zelfmanagement gericht op geïndividualiseerde actieplannen blijkt echter niet effectief wanneer het voorkómen van exacerbaties de uitkomstmaat is. Naast deze adviezen zijn er diverse medicamenteuze behandelingen die de kans op exacerbaties of pneumonieën kunnen reduceren. De NHG-werkgroep beschouwt het voorkómen van een exacerbatie als cruciale uitkomstmaat in de behandeling van COPD. Een NNT < 10 wordt daarbij als klinisch relevant beschouwd. De in de review berekende NNT van 8 ter preventie van een exacerbatie valt binnen deze range. Ter vergelijking: om een exacerbatie te voorkomen moeten vijf mensen met inhalatiecorticosteroïden (ICS) of 2,9 mensen met azitromycine op preventieve basis behandeld worden.

ICS en azitromycine worden voorgeschreven aan COPD-patiënten met een relatief hoge ziektelast. Dat is een minderheid van de COPD-patiënten in de eerste lijn. Zowel ICS als azitromycine hebben een groter risico op ernstige bijwerkingen dan pneumokokkenvaccinatie. De Cochrane-review geeft niet duidelijk aan voor welke specifieke groep COPD-patiënten het pneumokokkenvaccin effectief was. Sommige onderzoeken includeerden namelijk alleen COPD-patiënten die dagelijks ICS gebruikten, terwijl andere onderzoeken zich richtten op jongere COPD-patiënten of zelfs niet vermeldden wat de ernst van de COPD was. Daardoor kan men niet zonder meer stellen dat de conclusie van Walters ook van toepassing is op alle COPD-patiënten in de Nederlandse huisartsenpraktijk, waarvan de meerderheid een lichte ziektelast kent.

Groot retrospectief cohortonderzoek uitgevoerd in het Verenigd Koninkrijk toont echter dat circa 50% van alle COPD-patiënten in de eerste lijn binnen een jaar een exacerbatie ontwikkelt. COPD-patiënten in de eerste lijn kunnen dus profiteren van een dergelijk vaccin. Deze getallen zijn niet beschikbaar voor Nederland, maar liggen hier naar onze indruk lager. De aanwijzingen dat exacerbaties wellicht meer voorkomen dan we weten en de nieuwe informatie over het effect op het voorkómen van pneumonieën, brengt ons tot de conclusie dat pneumokokkenvaccinatie aan alle COPD-patiënten vanaf een *matige* ziektelast in de Nederlandse huisartsenpraktijk aangeboden dient te worden.

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Maastricht: Ruud A.F. Verhees, aiotho; prof. dr. Jean W.M. Muris, hoogleraar huisartsgeneeskunde • Correspondentie: jean.muris@maastrichtuniversity.nl • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

LITERATUUR

1 Walters JA, Tang JN, Poole P, Wood-Baker R. Pneumococcal vaccines for preventing pneumonia in chronic obstructive pulmonary disease (Review). Cochrane Database Syst Rev 2017;1:CD001390.

Lidewij Broekhuizen

Elektronische sigaret bij stoppen met roken

De e-sigaret helpt op korte termijn om te stoppen met roken. Langetermijneffecten zijn echter nog onbekend en daarom is het niet verstandig de e-sigaret (meteen) te adviseren bij mensen die willen stoppen met roken. Dit zijn resultaten van een Cochrane-review. Het bewijs van de geïncludeerde onderzoeken was laag.

Elektronische sigaretten zijn sinds 2006 op de markt. Door verhitting verdampen ze een vloeistof (meestal nicotine, propyleenglycol en glycerol). Het gebruik wordt dan ook vaak 'dampen' genoemd. Ze bevatten minder schadelijke stoffen dan gewone sigaretten, maar het is onbekend of ze bruikbaar en veilig zijn bij stoppen met roken.

De auteurs van de Cochrane-review stelden de klinische vraag: wat is de effectiviteit en veiligheid van e-sigaretten als hulpmiddel om langdurig te stoppen met roken? Zij includeerden twee randomized controlled trials (RCT's), met in totaal 662 deelnemers, waarin e-sigaretten werden vergeleken met een placebo e-sigaret (een elektronische sigaret zonder nicotine).1 Na zes maanden waren gebruikers van de e-sigaret significant vaker gestopt met roken dan placebogebruikers (9% versus 4%; RR 2,29; 95%-BI 1,05 tot 4,96). In een derde RCT werd de e-sigaret vergeleken met nicotinepleisters (584 deelnemers), ook met de uitkomstmaat stoppen met roken na zes maanden. In deze RCT was er geen significant verschil tussen beide groepen (7,3% versus 5,8%; RR 1,26; 95%-BI 0,68 tot 2,34).

De auteurs beoordeelden de kwaliteit van het bewijs als laag, omdat de uitkomst weinig voorkwam en het aantal onderzoeken klein was. In de drie trials werden geen ernstige bijwerken gemeld en de niet-ernstige bijwerkingen (vooral irritatie van mond en keel) verschilden niet tussen de groepen. De auteurs concluderen dat er enig bewijs is dat e-sigaretten helpen om langdurig te stoppen met roken, maar dat de kwaliteit van het bewijs laag is. Het bewijs (volgens de GRADE-methode) is laag vanwege het weinig voorkomen van de uitkomst (stoppen met roken), hetgeen de betrouwbaarheid verlaagt, en vanwege het kleine aantal onderzoeken.

NICOTINE HELPT BETER

E-sigaretten met nicotine helpen beter bij stoppen met roken dan e-sigaretten zonder nicotine. Het effect van 5% meer stoppers na zes maanden lijkt klein, maar is vergelijkbaar met andere interventies van stoppen met roken, die vaak arbeidsintensiever zijn. Daarnaast suggereren de resultaten dat de e-sigaret iets beter helpt dan nicotinepleisters bij stoppen met roken, maar dit is niet bewezen omdat de uitkomst te weinig voorkwam. Aangezien wordt gedacht dat een deel van de nicotineverslaving samenhangt met de fysieke handeling van het roken, zou het effect van de e-sigaret wanneer we dat vergelijken met helemaal geen hulpmiddel nog beter kunnen zijn dan vergeleken met een placebo e-sigaret. De e-sigaret simuleert immers het gevoel en gedrag van roken, en ook het visuele aspect ervan. Een zwakte van de onderzoeken is de relatief korte follow-up, aangezien bekend is dat de meeste stoppers na een half jaar terugvallen. De gegevens over de bijwerkingen zijn wel bruikbaar voor adviezen over gebruik van de e-sigaret en sluiten aan bij het Nederlandse rapport van het RIVM.2 De bijwerkingen op korte termijn zijn mild. Daarnaast is in de trials niet geëvalueerd in hoeverre de mensen die waren gestopt met roken met behulp van de e-sigaret, de e-sigaret daarna zijn blijven gebruiken. Wanneer mensen stoppen met tabak roken maar vervolgens (jarenlang) de e-sigaret gebruiken, zou dit de gezondheid en ook het weer starten met roken van tabak ongunstig kunnen beïnvloeden.

BIJWERKINGEN E-SIGARET

Er zijn veel mensen die nu een e-sigaret gebruiken, al dan niet (deels) als vervanger voor tabak. Huisartsen krijgen hierover vaak vragen. Voor gedegen advies over het nut en de gevaren van gebruik van de e-sigaret, is eerst informatie nodig over bijwerkingen op de lange termijn, aangezien de e-sigaret ook stoffen bevat die toxisch en/of carcinogeen zijn, al zijn het er minder dan in gewone sigaretten. De meestvoorkomende bijwerking van de e-sigaret op korte termijn is irritatie van mond en keel, en die is gerelateerd aan propyleen, glycol en nicotine. Conform de Richtlijn Behandeling van Tabaksverslaving (www.partnershopstopmetroken.nl) en de website thuisarts.nl moeten we de e-sigaret daarom (nog) niet actief aanbevelen bij stoppen met roken, maar kunnen we rokers die na verschillende stoppogingen zelf kiezen voor ondersteuning van de e-sigaret hierin wel begeleiden. Gelijktijdig gebruik van tabakssigaretten en de e-sigaret moet worden ontraden. ■

LITERATUUR

1 Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, Begh R, Stead LF, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev 2016;9:CD010216.
2 RIVM. E-2sigaretten Fact sheet. Bilthoven: RVIM, 2014. www.rivm.nl.

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

Dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en redactielid H&W • Correspondentie: lidewijbroekhuizen@gmail.com • Belangenverstrengeling: niets gemeld.

HET VROUWENHART: BEGEERD EN MINDER MISKEND

Y Appelman, J Roeters van Lennep. Het vrouwenhart 'begeerd en minder miskend'. Leidraad cardiovasculair risicomanagement bij vrouwen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017. 84 pagina's. Prijs € 21,50. ISBN 978-90-368-1809-4.

Appelman en Roeters van Lennep beschrijven in twee delen het vrouwenhart. Zij richten zich op professionals werkzaam in de huisartsgeneeskunde, gynaecologie, cardiologie en vasculaire geneeskunde.

Het eerste deel beschrijft hart- en vaatziekten bij vrouwen. De context van de man-vrouwverschillen met aandacht voor sekse en genderverschillen en de epidemiologie zet meteen de noodzaak van aandacht voor het vrouwenhart neer. Het bewijs van de invloed van 'klassieke' risicofactoren, zoals roken en diabetes, is nog niet verwerkt in de huidige cardiovasculaire preventierichtlijnen. De invloed van de menstruele cyclus op lipidenwaarden en menopauze op overgewicht is evident. Diabetes mellitus, inactiviteit, migraine, depressie en (acute) stress en auto-immuunziekten komen terug in het cardiovasculaire risicoprofiel. Daarnaast worden vrouwspecifieke risicofactoren onderverdeeld in reproductieve en zwangerschapsgerelateerde risicofactoren. Hoewel er steeds meer onderzoek wordt gedaan bij vrouwen, is er nog steeds een kennisachterstand ten opzichte van mannen over de exacte pathofysiologie van ischemische hartziekten door atherosclerose, coronaire microcirculatie, endotheeldysfunctie en spasmen. Er zijn nog onvoldoende vrouwen die een juiste diagnose en behandeling krijgen. Seksespecifiek onderzoek is nodig, omdat de huidige diagnostiek voor vrouwen tekortschiet en de behandeling van microvasculaire dysfunctie gebaseerd is op onderzoeken bij patiënten met obstructief coronairlijden.

Het tweede deel geeft een leidraad voor management van cardiovasculaire preventie bij vrouwen. Naast adviezen over leefstijlverandering wordt een risicoclassificatie bij vrouwen uiteengezet, zodat na de eerste inschatting met de SCORE-tabel een verdere nuancering van het cardiovasculaire risico kan geschieden met vrouwspecifieke risicofactoren.

Dit handzame boek beschrijft de essentie van het vrouwenhart. Door praktische tips en overzichtelijke tabellen is het een must voor elke vasculaire professional totdat de huidige richtlijnen de vrouwspecifieke aandachtspunten hebben geïmplementeerd. Hoewel minder miskend, is het vrouwenhart nog niet helemaal gekend. ■

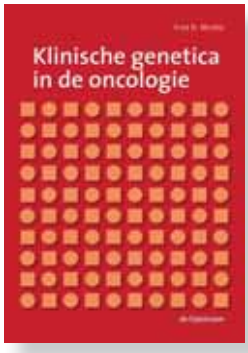
Claudia Lobo

Waardering: ●●●●

KLINISCHE GENETICA IN DE ONCOLOGIE

F Menko. Klinische genetica in de oncologie. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2016. 392 pagina's. Prijs € 48. ISBN 978-90-58983-04-6.

Dr. Fred Menko, klinisch geneticus in het Antoni van Leeuwenhoek, schreef ook voor de huisartsenpraktijk een zeer overzichtelijk handboek over klinische genetica in de oncologie.



Aan de hand van verschillende ziektebeelden, die soms familiair en soms erfelijk kunnen zijn, gaat de auteur in op de verschillende genetische achtergronden van deze aandoeningen. Ziekten als colorectaal carcinoom, lynchsyndroom, mammacarcinoom en minder vaak voorkomende erfelijke tumoren (zoals paraganglioom en de ziekte van Von Hippel-Lindau) worden tot in detail behandeld. Details die soms moeilijk te vinden zijn op internet en waar je anders moeilijk te interpreteren artikelen voor moet lezen. Iets waar de gemiddelde huisarts geen zin of tijd voor heeft.

Huisartsen worden steeds vaker geconfronteerd met genetica en vragen rondom erfelijke vormen van kanker bij hun patiënten. *Next generation sequencing* geeft als nieuwe techniek een enorme hoeveelheid informatie en kan het inzicht in het ontstaan van kanker doen toenemen. Verschillende erfelijke aanlegfactoren kunnen het verhoogde risico op kanker verklaren, iets waar ook huisartsen hun weg in dienen te vinden als het gaat om tijdige preventie, verwijzing, vroege opsporing en het zo mogelijk maken van doelgerichte behandeling of preventieve operaties (zoals bilaterale mastectomie na het vinden van een BRCA2-mutatie bij iemand met een hoog risico op het ontwikkelen van borstkanker). Om te eindigen met de inleiding: een overzichtelijk hoofdstuk waarin onder andere de klinische en moleculaire diagnose, het risico op kanker, psychosociale aspecten en criteria voor verwijzing worden besproken.

Kritisch punt is de te beperkte aandacht in het boek voor de rol van de huisarts als poortwachter, zeker in het Nederlandse zorgsysteem. Er is helaas geen huisarts betrokken geweest bij de totstandkoming van het boek. Dit is jammer, vooral omdat huisartsen binnen de (keten)zorg rondom kankerpatiënten en preventie van kanker een steeds grotere rol hebben. Dankzij dit boek met actuele informatie rondom oncogenetica kan de huisarts de informatie die te vinden is via huisartsengenetica.nl een plek geven. ■

Isa Houwink

Waardering: ●●●●

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

LEERBOEK PSYCHIATRIE

MW Hengeveld, AJLM van Balkom, C van Heeringen, BGC Sabbe (red.). Leerboek psychiatrie. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij, 2016. 777 pagina's. Prijs € 89. ISBN 978-90-589-8278-0.

Voor iedereen die wil leren over de psychiatrie, met name studenten, artsen (in opleiding), psychiaters (in opleiding) en geïnteresseerde huisartsen, passeert in dit boek vrijwel alle wetenschappelijke kennis van de psychiatrie de revue. Deze editie is grondig herschreven, aangepast aan de DSM 5 en onderwijskundig verbeterd. Kortom: een zorgvuldig uitgewerkt leerboek waarin vrijwel alles wat de psychiatrie te bieden heeft, aan bod komt.

Het boek is opgebouwd uit vier delen: Psychiatrische ziekteleer, Psychiatrische stoornissen, Speciale psychiatrie en Maatschappelijke aspecten. Het boek is geschreven door meer dan tachtig psychiaters en twintig andere deskundigen uit Nederland en België.

Het eerste deel beschrijft uitvoerig de basis van de psychiatrie, de classificatie, het psychiatrisch onderzoek en de vastlegging hiervan in de 'status mentalis', psychische processen en psychologische modellen, nieuwe neurobiologische kennis, epidemiologie, en alle vormen van behandelingen. Op een heldere en aansprekende manier leggen Van Os en Delespaul uit hoe populatie-interventies het bevolkingsrisico op psychische stoornissen kunnen verkleinen.

Als ggz-geïnteresseerde huisartsen ging onze aandacht vooral uit naar het tweede deel, waarin alle psychiatrische

syndromen systematisch worden uitgediept. De hoofdstukken zijn geschreven volgens een vast stramien: inleiding, syndromen, ontwikkeling, diagnostiek, differentiële diagnostiek, epidemiologie, etiopathogenese en behandeling. Fraaie hoofdstukken bespreken de depressieve stemmingsstoornissen, angststoornissen, trauma- en stressgerelateerde stoornissen, en psychosespectrumstoornissen. Via e-learning en casuïstiek kan de lezer zichzelf toetsen.

De eerste lijn wordt duidelijk gepositioneerd voor de minder ernstige problematiek; daarbij wordt erkend dat veel behandelrichtlijnen voortkomen uit de tweede of derde lijn en niet toepasbaar zijn in de huisartsgeneeskunde. Jammer is wel dat psychische problemen consequent vermeld worden als 'psychiatrische' problemen. Ook de hoofdstukken over spoedeisende psychiatrie en ouderenpsychiatrie bieden goede aanknopingspunten voor de huisarts.

Kortom: een zorgvuldig uitgewerkt leerboek waarin vrijwel alles wat de psychiatrie te bieden heeft, aan bod komt. Een aanrader voor elke huisarts die meer dan alleen de standaarden wil weten! ■

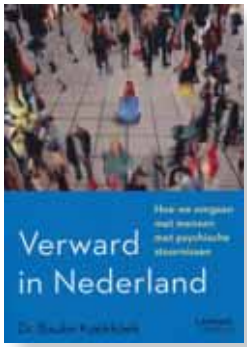
Marian Oud, Richard Starmans

Waardering: ● ● ● ●

VERWARD IN NEDERLAND

B Koekkoek. Verward in Nederland. Hoe we omgaan met mensen met psychische stoornissen. Tielt: Lannoo Campus, 2016. 287 pagina's. Prijs € 24,99. ISBN 978-94-014-4153-7.

***Verward in Nederland* richt zich op alle professionals in de geestelijke gezondheidszorg. Het boek is mooi vormgegeven en voorzien van veel verhelderende tabellen en grafieken. Door gebruik te maken van kleur en infographics is het een makkelijk leesbaar boek.**



Het boek gaat uit van 61 verschillende vragen over de ggz, die ook voor huisartsen heel herkenbaar zijn. Bijvoorbeeld: hoe komt iemand aan een psychische stoornis en hoe komt iemand ervan af? Hoe krijgt iemand een diagnose? Waarom wordt de ggz steeds duurder? Is er steeds meer ellende of denken we dat alleen maar?

De auteur deelt deze vragen in goede, lastige en onmogelijke vragen in. Op elke vraag geeft hij waar mogelijk een antwoord, dat hij onderbouwt met recente onderzoeksgegevens. Zo toont hij bijvoorbeeld aan dat er vrijwel geen relatie is tussen de toename van het aantal verwarde personen op straat en de afname van het aantal bedden.

De vragen gaan onder meer over de ervaren toename van psychische problemen in de maatschappij, de stijgende kosten en de beperkingen van de ggz in het bieden van oplossingen. De auteur maakt veelvuldig gebruik van vergelijkingscijfers met andere landen. Hij analyseert veelgemaakte denkfouten, zoals bijvoorbeeld 'nul' risico willen nemen, of bij alles te denken: 'dit is ernstig'. In het laatste hoofdstuk doet hij alternatieve voorstellen om tot oplossingen te komen.

De auteur is er uitstekend in geslaagd om vragen waar ook huisartsen mee te maken krijgen helder onder woorden te brengen. Deze informatie is ook goed bruikbaar tijdens het spreekuur, bijvoorbeeld bij het informeren van de patiënt en zijn naaste(n). Ook de rol van de huisarts en de poh-ggz worden goed beschreven. Eigenlijk zou elke huisarts van de inhoud kennis moeten nemen, maar daarvoor is het boek net te uitgebreid. Het is overigens ook goed te gebruiken om het antwoord op een losse vraag te beantwoorden. Een echte aanrader voor huisartsen, dus. ■

Maarten Jacobs

Waardering: ● ● ● ●

Uw diagnose

Een 6-jarig jongetje komt op het spreekuur. Sinds enige tijd heeft hij over het hele lichaam multipele rode verdikte plaques met witachtig beslag. De plekken jeuken niet. Op de afbeelding ziet u de linkerelleboog.

a. Psoriasis
b. Nummulair eczeem
c. Annulaire lichen planus
d. Cutane discoïde lupus

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

Foto: Annet Sollie, huisarts

Fotoquiz van de maand oktober

Foto's gezocht

Ziet u ook een bijzondere aandoening op het spreekuur? Denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's, liefst staand (minimaal 300 dpi of 1 Mb) met een duidelijke diagnose. Stuur uw foto naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'.

Onderzoeksprojecten gezocht

Welke nieuwe onderzoeksprojecten zijn relevant voor de huisarts? In de rubriek (Ver)stand van Zaken schrijft een arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker (aiotho) over zijn promotieonderzoek en wat daarbij de belangrijkste onderzoeksvraag is. Voor u als huisarts goed om te weten, want misschien zijn er wel patiënten in uw praktijk die aan zo'n onderzoek willen deelnemen. Bovendien bent u dan meteen op de hoogte van onderwerpen waar onderzoek naar wordt gedaan.

ANDERE SPECIALISMEN

Naast huisartsgeneeskundige onderzoek is de redactie ook geïnteresseerd in nieuw onderzoek van specialisten-in-opleiding die raakvlakken met de huisartsgeneeskunde hebben. En dat zijn er vele, bijvoorbeeld het onderzoek naar het effect op lichttherapie bij depressieve zwangere vrouwen (Huisarts Wet 2017;60(8):407.)

Doet u een promotieonderzoek, start uw onderzoek binnenkort of kent u iemand die hiermee bezig is? En is dit onderzoek relevant voor de huisarts? Neem dan contact op met Nadine Rasenberg, coördinator van deze rubriek (n.rasenberg@erasmusmc.nl of redactie@nhg.org).

De auteursrichtlijnen zijn te vinden op onze website www.henw.org/voorauteurs ⇒ auteursinstructie Uit de praktijk.

Oproep casuïstiek

Komt u een patiënt tegen met een zeldzame aandoening? Of juist een veelvoorkomende aandoening die zich anders presenteerde? Draait er een (implementatie)project in uw praktijk met interessante uitkomsten? Of ging er in uw praktijk of op de post iets fout? En wilt u dit uw collega's niet onthouden? Denk er dan eens aan de casus op te schrijven en in te dienen bij H&W. Zowel de redactie als uw collega's stellen dit zeer op prijs.

Wim Verstappen (wimhjmverstappen@gmail.com) en Lidewij Broekhuizen (lidewijbroekhuizen@gmail.com) zijn beide redactieleden van Huisarts en Wetenschap en coördinatoren van de rubriek Casuïstiek. U kunt bij hen terecht voor informatie en begeleiding. De auteursrichtlijnen staan op www.henw.org/voorauteurs ⇒ auteursinstructie Uit de praktijk.

Boehringer Ingelheim

UW VOORUITZIENDE BLIK. HUN TOEKOMST.

ON OFF

De zekerheid van een uitgebreid vastgesteld veiligheids- en effectiviteitsprofiel[1-12]

Pradaxa®
dabigatran

ON OFF

De enige NOAC met een specifiek antidotum[13]

Praxbind®
idarucizumab

WWW.PRADAXA.NL/PRAXBIND

Goed geregeld

Meer productinformatie elders in deze uitgave.

© Boehringer Ingelheim International GmbH.
All rights reserved.

NL/PRA-171609

REFERENTIES: 1. Connolly SJ, Michael MD, Ezekowitz MD, et al. Dabigatran versus Warfarin in patients with Atrial Fibrillation. NEJM 2009 Sep 17; 361:1139-1151 [Erratum: NEJM 2010 Nov 4; 363:1875-1876 and NEJM 2014 Oct 9; 371(15):1464-1465]. **2.** Connolly SJ, Wallentin L, Ezekowitz MD et al. The long-term multicenter observational study of dabigatran treatment in patients with atrial fi brillation (RELY-ABLE) study. Circulation 2013 Jul 16; 128(3):237-243. **3.** Alpesh AN, Keshishian A, Xie L et al. Early comparison of major bleeding, stroke and associated medical costs among treatment-naive non-valvular atrial fi brillation patients initiating apixaban, dabigatran, rivaroxaban or warfarin. Blood 2015 Dec 3; 126(23):745. **4.** Deitelzweig S, Bruno A, Trocio J et al. An early evaluation of bleeding-related hospital readmissions among hospitalized patients with nonvalvular atrial fi brillation treated with direct oral anticoagulants. Curr Med Res Opin 2016 Jan 1; 32(3):573-582. **5.** Graham DJ, Reichman ME, Wernecke M et al. Cardiovascular, bleeding, and mortality risks in elderly Medicare patients treated with dabigatran or warfarin for nonvalvular atrial fi brillation. Circulation 2015 Jan 13; 131(2):157-164. **6.** Larsen TB, Gorst-Rasmussen A, Rasmussen LH et al. Bleeding events among new starters and switchers to dabigatran compared with warfarin in atrial fi brillation. Am J Med 2014 Jul; 127(7):650-656. **7.** Larsen TB, Rasmussen LH, Rasmussen-Gorst A et al. Myocardial ischemic events in real world patients with atrial fi brillation treated with dabigatran or warfarin. Am J Med 2014 ; 127:329-336.e4. **8.** Lauffenburger JC, Farley JF, Gehi AK et al. Effectiveness and safety of dabigatran and warfarin in real-world US patients with non-valvular atrial fi brillation: a retrospective cohort study. J Am Heart Assoc 2015; 4(4):e001798. **9.** Lin I, Masseria C, Mardekian J et al. Real-world bleeding risk among non-valvular atrial fi brillation patients prescribed apixaban, dabigatran, rivaroxaban, and warfarin: analysis of electronic health records. Poster presented at: European Society of Cardiology Congress; August 29-September 2, 2015; London, UK. **10.** Seeger JD, Bykov K, Bartels DB et al. Safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in routine care of patients with atrial fi brillation. Thromb Haemost 2016; 8:1-13. [Epub ahead of print]. **11.** Tepper P, Mardekian J, Masseria C et al. Real-world comparison of bleeding risks among nonvalvular atrial fi brillation patients on apixaban, dabigatran, rivaroxaban: cohorts comprising new initiators and/or switchers from warfarin. Presented at: European Society of Cardiology Congress; August 30, 2015; London, UK. **12.** Villines TC, Schnee J, Fraeman K et al. A comparison of the safety and effectiveness of dabigatran and warfarin in non-valvular atrial fibrillation patients in a large healthcare system. Thromb Haemost 2016; 8:1-9. [Epub ahead of print]. **13.** PRAXBIND® SPC. **14.** NHG-werkgroep Atriumfibrilleren. NHG-Standaard Atriumfibrilleren (derde partiële herziening). Huisarts Wet. 2017;60(9):460.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRADAXA®
Samenstelling: 75 mg, 110 mg of 150 mg dabigatran etexilaat (als mesilaat) per capsule. Farmacotherapeutische categorie: directe trombineremmers. **Farmaceutische vorm:** harde capsules. **Therapeutische indicaties: 1.** Preventie van cerebrovasculair accident (CVA) en systemische embolie bij volwassen patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren met één of meer risico factoren zoals: CVA of TIA in de anamnese, symptomatische hartfalen (≥ NYHA 2), ≥75 jaar, diabetes mellitus, hypertensie. **2.** Behandeling van diep veneuze trombose (DVT) en longembolie (PE) en preventie van recidiverende DVT en PE bij volwassenen.**3.** Primaire preventie van veneuze trombo-embolische (VTE) aandoeningen bij volwassen patiënten die electief een totale heupvervangende operatie (THO) of een totale knievervangende operatie (TKO) hebben ondergaan. **Dosering en wijze van toediening:** Capsules in oorspronkelijke verpakking bewaren ter bescherming tegen vocht. Capsules niet openen, innemen met een glas water, met of zonder voedsel. Preventie van CVA of systemische embolie, behandeling van DVT/PE, preventie van recidiverende DVT/PE: 300 mg per dag, ingenomen als één capsule van 150 mg tweemaal daags. Patiënten van 80 jaar en ouder: 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal daags. Preventie VTE na electieve TKO: éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1 – 4 uur na de operatie starten, daarna 10 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Preventie VTE na electieve THO: éénmaal daags 220 mg, ingenomen als 2 capsules van 110 mg. Behandeling binnen 1-4 uur na de operatie starten met 1 capsule, daarna 28-35 dagen voortzetten met 2 capsules éénmaal daags. Na TKO of THO is bij patiënten met een matig verminderde nierfunctie (creatinineklaring 30 – 50 ml/min) en ouderen (> 75 jaar) de aanbevolen dosis 150 mg per dag, ingenomen als 2 capsules van 75 mg. Zolang geen hemostase is vastgesteld moet het begin van de behandeling bij TKO en THO worden uitgesteld. Begint de behandeling niet op de dag van de operatie, dan moet worden gestart met éénmaal daags 2 capsules. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen, ernstig verminderde nierfunctie (creatinineklaring < 30 ml/min), actieve, klinisch significante bloedingen, laesie of aandoening die als een significante risicofactor voor majeure bloedingen wordt beschouwd, gelijktijdige behandeling met andere anticoagulantia, verminderde werking van de lever of leveraandoeningen die naar verwachting invloed hebben op de overleving, gelijktijdige behandeling met systemische ketoconazol, ciclosporine, itraconazol, en dronedarone, kruidhartklep waarvoor antistollingsbehandeling vereist is. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Voor de start van de behandeling met dabigatran dient de nierfunctie bepaald te worden door berekening van de creatinineklaring (m.b.v. de Cockcroft-Gaultmethode). Tijdens de behandeling dient de nierfunctie bepaald te worden in klinische situaties waarbij verwacht wordt dat de nierfunctie zal afnemen of verslechteren en tenminste eens per jaar bij patiënten ≥75 jaar of met nierinsufficiëntie. Bij patiënten met een verhoogde kans op bloedingen dient een dosis van 220 mg dabigatran, ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag, overwogen te worden voor de preventie van CVA of systemische embolie en bij de behandeling van DVT/PE en preventie van recidiverende DVT/PE. Een stollingstest (dTT, ECT of aPTT) kan worden gebruikt om patiënten met verhoogde dabigatran concentraties te identificeren. Een INR-test is onbetrouwbaar bij patiënten die dabigatran gebruiken. Patiënten die dabigatran gebruiken, hebben, wanneer zij een operatie of invasieve procedure ondergaan, een verhoogd risico op bloedingen. Er is een specifiek antidotum (Praxbind, idarucizumab) beschikbaar. Bij patiënten met verhoogde leverenzymen > 2 maal ULN, wordt dabigatran niet aanbevolen. Er is geen ervaring bij kinderen en adolescenten. Anesthesie via een postoperatieve inwendige epidurale katheter wordt niet aanbevolen. Na het verwijderen van de katheter moet ten minste twee uur gewacht worden met de eerste toediening van dabigatran. Niet gebruiken tijdens zwangerschap of borstvoeding. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Er is geen of weinig ervaring met de volgende behandelingen die de kans op bloedingen, in combinatie met het gebruik van dabigatran, kunnen verhogen: anticoagulantia zoals UFH, LMWH en heparinederivaten, trombolytische middelen, vitamine K-antagonisten, rivaroxaban of andere orale anticoagulantia en plaatjesaggregratieremmers zoals GPIIb/IIIa-receptorantagonisten, ticlopidine, prasugrel, ticagrelor, dextran en sulfinpyrazon. Zowel het gebruik van acetylsalicylzuur, clopidogrel, SSRI's, SNRI's, als chronisch gebruik van NSAID's verhoogden in de RE-LY-studie het risico op bloedingen bij zowel dabigatran als warfarine. Dabigatran wordt niet gemetaboliseerd door het cytochroom-P450-systeem en heeft geen effect *in vitro* op menselijke cytochroom-P450-enzymen. De pro-drug dabigatran etexilaat is een substraat voor de effluxtransporter P-glycoproteine. Proteaseremmers beïnvloeden Pglycoproteïne en gelijktijdige behandeling met dabigatran en deze middelen wordt daarom niet aanbevolen. Gelijktijdige toediening van P-glycoproteine-inductoren (zoals rifampicine, sint-janskruid (Hypericum Perforatum), carbamazepine of fenytoïne) dient vermeden te worden. Preventie van CVA en systemische embolie, behandeling van DVT/PE, preventie van recidiverende DVT/PE: Voorzichtigheid is geboden bij gelijktijdig gebruik van dabigatran en lichte tot matig sterke Pglycoproteïneremmers (bv. amiodaron, kinidine, verapamil en ticagrelor), in het bijzonder bij patiënten met een licht tot matig verminderde nierfunctie. Bij patiënten die tegelijk dabigatran en verapamil krijgen, dient de dosis dabigatran te worden verlaagd naar 220 mg ingenomen als één capsule van 110 mg tweemaal per dag. Gelijktijdige behandeling met tacrolimus wordt niet aanbevolen. Gelijktijdige behandeling met protonpompremmers (PPI) leek de werkzaamheid van dabigatran niet te verminderen. De toediening van ranitidine samen met dabigatran had geen klinisch relevant effect op de mate waarin dabigatran werd geabsorbeerd. Preventie van VTE: Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en amiodaron, kinidine of verapamil gebruiken dient de dosering verlaagd te worden tot 150 mg dabigatran eenmaal daags. Bij patiënten met matige nierinsufficiëntie die gelijktijdig dabigatran en verapamil gebruiken dient een dosis van 75 mg dabigatran overwogen te worden. Bij patiënten die gelijktijdig dabigatran en claritromycine gebruiken dient nauwgezet klinisch toezicht te worden gehouden, in het bijzonder wat betreft het optreden van bloedingen, speciaal bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie. **Bijwerkingen:** De meest gemelde bijwerkingen zijn bloedingen. Ernstige bloedingen kunnen, ongeacht waar ze in het lichaam optreden, leiden tot invaliditeit, levensbedreigend zijn of zelfs een dodelijke afloop tot gevolg hebben. Indien ernstige bloedingen optreden moet de behandeling worden gestopt en de bron van de bloeding worden onderzocht. Er is een specifiek antidotum (Praxbind, idarucizumab) beschikbaar. Andere vaak voorkomende klachten zijn buikpijn, diarree, dyspepsie, misselijkheid en abnormale leverfunctie / leverfunctietest (minder dan 10%). Preventie van CVA en systemische embolie: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 16,6% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 3,5%). Dabigatran werd in de RELY studie gerelateerd aan een hogere incidentie van majeure gastro-intestinale bloedingen. De toediening van een protonpompremmer kan overwogen worden om een gastro-intestinale bloeding te voorkomen. Behandeling van DVT/PE, preventie van recidiverende DVT/PE: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 19,4% van de patiënten voor; ernstige bloedingen werden zelden gerapporteerd in het klinisch onderzoek (minder dan 1,0%). Preventie van VTE: Bloedingen kwamen in totaal bij ongeveer 14% van de patiënten voor; ernstige bloedingen (inclusief wondbloedingen) werden zelden gerapporteerd (minder dan 2%). **Verpakking:** Pradaxa 75 mg, 110 en 150 mg worden geleverd in aluminium blisterverpakkingen van 60 stuks. **Afleverstatus:** U.R. **Registratie:** EU/1/08/442/003, EU/1/08/442/007, EU/1/08/442/011. Registratiedatum 18 mrt 2008 (VTE preventie na THO/TKO), 04 aug 2011 (CVA), 03 juni 2014 (acute DVT/LE, preventie recidiverende DVT/LE). **Vergoeding en prijzen:** Volledig vergoed binnen het GVS, mits geïnitieerd door huisarts of specialist. Voor prijzen, zie KNMP taxe. Voor volledige productinformatie is de samenvatting van productkenmerken op aanvraag beschikbaar**.** Boehringer Ingelheim bv., Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar. Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** 2 februari 2017.

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE PRAXBIND®
▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden. **Samenstelling:** Elke injectieflacon bevat 2,5 g idarucizumab, 2 g sorbitol en 25 mg natrium in 50 ml. Farmacotherapeutische categorie: specifiek antidotum voor dabigatran. **Farmaceutische vorm:** Oplossing voor injectie/infusie. **Therapeutische indicaties:** Volwassen Pradaxa (dabigatran etexilaat) gebruikers wanneer het anticoagulerend effect van dit middel snel moet worden geneutraliseerd voor spoedoperaties/ dringende ingrepen of bij een levensbedreigende/ongecontroleerde bloeding. **Dosering en wijze van toediening:** Uitsluitend voor gebruik in het ziekenhuis. De aanbevolen dosis is 5 g (2 x 2,5 g/50 ml), intraveneus toegediend als twee achtereenvolgende infusies van elk 5 tot 10 minuten of als bolusinjectie. **Contra-indicaties:** Geen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Idarucizumab heft alleen het anticoagulerend effect van dabigatran, niet van andere anticoagulantia. Idarucizumab kan worden gebruikt in combinatie met standaard ondersteunende maatregelen, die vanuit medisch oogpunt in aanmerking dienen te komen. Het risico van het gebruik van Praxbind bij patiënten met een bekende overgevoeligheid (bijv. anafylactoïde reactie) voor idarucizumab of voor een van de hulpstoffen (bijv bij erfelijke fructose intolerantie) moet zorgvuldig worden afgewogen tegen het mogelijke voordeel. Indien een anafylactische reactie of een andere ernstige allergische reactie optreedt, dient de toediening van Praxbind onmiddellijk te worden gestaakt en een passende behandeling te worden gestart. Door neutralisatie van de dabigatrantherapie worden patiënten blootgesteld aan het verhoogde trombotisch risico van hun onderliggende aandoening en moet worden overwogen om de anticoagulatiebehandeling te hervatten zodra dat medisch verantwoord is. Praxbind veroorzaakt een voorbijgaande proteïnurie die niet wijst op nierschade, waarmee bij urineonderzoek rekening dient te worden gehouden. Praxbind bevat 2,2 mmol (of 50 mg) natrium per dosis waarmee bij patiënten met een natriumbeperkt dieet rekening te worden gehouden. **Interacties met andere geneesmiddelen:** Klinisch relevante interacties met andere geneesmiddelen worden onwaarschijnlijk geacht. In preklinische onderzoeken zijn er geen interacties aangetoond met infusievloeistoffen voor volume expansie, concentraten van stollingsfactor (bijv. (geactiveerde) protrombinecomplex concentraten, recombinant factor VIIa) en andere anticoagulantia (bijv. andere trombineremmers dan dabigatran, factor Xa remmers, inclusief laagmoleculairgewichtheparine, vitamine K antagonisten, heparine). **Bijwerkingen:** De veiligheid van Praxbind is onderzocht bij 224 gezonde deelnemers en in een lopend fase III onderzoek bij 123 patiënten. Er zijn daarbij geen bijwerkingen vastgesteld. **Verpakking:** Oplossing van 50 ml in glazen injectieflacon (type I glas), met butylrubber stop, aluminium kap en etiket met geïntegreerde ophanglus. **Houdbaarheid:** 36 maanden. **Afleverstatus:** U.R. **Registratie:** EU/1/15/1056/001. **Vergoeding en prijzen:** Voor prijzen, zie KNMP taxe. Voor volledige productinformatie is de SmPC op aanvraag beschikbaar**.** Boehringer Ingelheim bv., Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar. Tel. 0800-2255889. **Datum herziening van de tekst:** 20 juli 2017.

Boehringer Ingelheim

Verkorte productinformatie

galepharm

D-Cura 25.000 IE drankampul
D-Cura 100.000 IE drankampul
(cholecalciferol)

Samenstelling: D-CURA bevat per drankampul van 1 ml oplossing 0,625 mg cholecalciferol (25.000 IE) respectievelijk 2,5 mg cholecalciferol (100.000 IE). **Indicatie:** D-CURA is geïndiceerd voor de aanvangsbehandeling van vitamine D deficiëntie. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor de werkzame stof of één van de hulpstoffen, hypercalciëmie en/of hypercalciurie, nephrolithiasis, ernstige nierinsufficiëntie, hypervitaminose D, pseudohypoparathyroidisme (de vitamine D behoefte kan zijn afgenomen als gevolg van fasen van de normale vitamine D gevoeligheid, pediatrische patiënten (<18 jaar). **Dosering:** De dosering dient individueel te worden bepaald door de behandelend arts. Als startdosering voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie onder medisch toezicht, wordt een enkelvoudige dosering of een cumulatieve dosis van 100.000 IE, over een periode van 1 week, aanbevolen. 1 ampul van D-CURA 100.000 IE kan worden voorgeschreven als een enkele dosis per week of als 4 ampullen van D-CURA 25.000 IE verdeeld over meerdere giften per week. Noodzakelijke aanvullende behandeling met D-CURA moet worden besloten door de behandelend arts. Serumconcentraties van 25-hydroxycalciferol en calcium dienen gecontroleerd te worden na de start van de behandeling. De noodzaak voor verdere monitoring kan individueel worden bepaald aan de hand van de toegediende dosis en de behoeften van de patiënt. Voor de behandeling van vitamine D-deficiëntie dient een aanvangsdosis gevolgd te worden door een onderhoudstherapie cholecalciferol. Onderhoudstherapie vereist lagere cholecalciferol doseringen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen voor gebruik:** Tijdens een langdurige behandeling met D-CURA, moet het calciumgehalte in het serum en in de urine regelmatig worden gecontroleerd en de nierfunctie dient gecontroleerd te worden door meting van de serum-creatinine gehaltes. Deze controles zijn vooral belangrijk bij oudere patiënten en bij gelijktijdige behandeling met cardiale glycosiden of diuretica. In het geval van hypercalciëmie of tekenen van een verminderde nierfunctie, moet de dosis worden verlaagd of de behandeling worden onderbroken. Het wordt aanbevolen om de dosis te verlagen of de behandeling te onderbreken als het calciumgehalte in de urine een waarde van 7,5 mmol/24 uur (300 mg/24 uur) overschrijdt. Voorzichtigheid bij patiënten met een gestoorde nieruitscheiding van calcium en fosfaat, bij behandeling met benzothiadiazine derivaten en bij geïmmobiliseerde patiënten (risico van hypercalciëmie en hypercalciurie). Ook voorzichtigheid bij patiënten die lijden aan sarcoïdose, in verband met het risico op een verhoogde omzetting van vitamine D naar zijn actieve metaboliet. Calciumwaarden van serum en urine dienen bij al deze patiënten regelmatig te worden gecontroleerd. Als nog andere vitamine D-bevattende geneesmiddelen worden voorgeschreven, dient men rekening te houden met de dosering van D-CURA. De extra toediening van vitamine D of calcium dient alleen te worden uitgevoerd onder medisch toezicht. Fenytoïne of barbituraten kunnen de werking van vitamine D verminderen. Thiazidediuretica kunnen leiden tot hypercalciëmie als gevolg van verminderde uitscheiding van calcium via de nieren. Gelijktijdige toediening van glucocorticoïden kan de werking van vitamine D verminderen. De toxiciteit van hartglycosiden kan toenemen gedurende de behandeling met vitamine D door een verhoogd calciumgehalte (risico op hartritmestoornissen). De ECG waarden alsmede de calcium niveaus in het plasma en urine dienen regelmatig te worden gecontroleerd bij deze patiënten. Gelijktijdige behandeling met ionenuitwisselingsharsen zoals cholestyramine of laxantia zoals paraffineolie kan de gastro-intestinale absorptie van vitamine D verminderen. Het cytotoxische middel actinomycine en imidazole (antischimmel middel) interfereren met de vitamine D activiteit door het remmen van de omzetting van 25-hydroxyvitamine D in 1,25-dihydroxyvitamine D door het nierenzym 25-hydroxyvitamine D-1-hydroxylase. **Vruchtbaarheid, zwangerschap en borstvoeding:** D-CURA mag alleen tijdens de zwangerschap worden gebruikt als dit strikt noodzakelijk is en alleen bij doses die absoluut noodzakelijk zijn om het gebrek te elimineren. Overdosering van vitamine D moet worden vermeden tijdens de zwangerschap, omdat langdurige hypercalciëmie kan leiden tot lichamelijke en mentale retardatie, supravalvulaire aortastenose en retinopathie bij het kind. Vitamine D en zijn metabolieten wordt uitgescheiden in de moedermelk. Overdosering bij kinderen ten gevolge van borstvoeding is niet waargenomen. Er is in reproductietoxiciteitsstudies geen effect op de vruchtbaarheid waargenomen met cholecalciferol. **Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens voor te schrijven.**

- **Is een praktische handleiding voor 160 typische kleine en meestal onschuldige kwalen die bij kinderen voorkomen**
- **Verduidelijkt door veel beeldmateriaal**
- **Met 27 nieuwe hoofdstukken**
- **Sluit aan bij de richtlijnen van het Nederlands Huisartsen Genootschap**

Kleine kwalen bij kinderen 4e druk
ISBN: 9789036816953
Onder redactie van Just Eekhof, Arie Knuistingh Neven, Sjoerd Bruggink en Marissa Scherptong-Engbers

KLEINE KWALEN BIJ KINDEREN

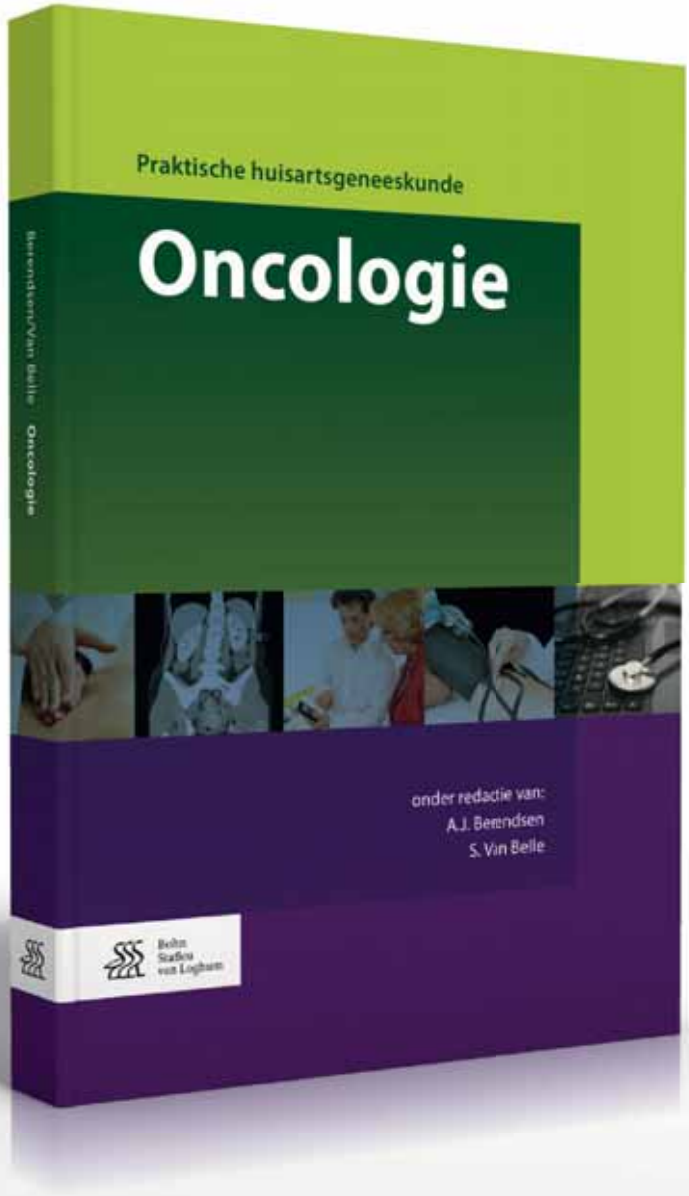
Dit boek geeft een uitgebreid overzicht van typische kleine en meestal onschuldige kwalen die bij kinderen voorkomen, zoals krentenbaard, platvoeten en waterpokken. Daarmee onderscheidt dit boek zich van andere boeken over kindergeneeskunde, waarin vooral aandacht is voor ernstige aandoeningen.

Van alle 160 aandoeningen worden etiologie, diagnostiek, beleid en beloop beschreven. De vele foto's tonen de kenmerken van de verschillende aandoeningen en verduidelijken daarmee de tekst.

Dit boek is bestemd voor huisartsen (in opleiding), consultatiebureauartsen, jeugdartsen en kinderartsen.

Bohn Stafleu van Loghum

Bestel snel via www.bsl.nl



- **Praktisch naslagwerk voor preventie, stervensbegeleiding en revalidatie van oncologische zorg in Nederland**
- **Aan de hand van casuïstiek worden veelvoorkomende vormen van kanker in Nederland besproken**

ISBN: 9789036809603
Onder redactie van: A.J. Berendsen, S. van Belle

€ 69,50

ONCOLOGIE

Dit boek gaat in op de (veranderende) rol van de huisarts, nu en in de toekomst, bij de zorg rondom de oncologische patiënt in de dagelijkse praktijk.

Oncologie verschijnt in de reeks Praktische huisartsgeneeskunde. In deze reeks verschijnen uitgaven met praktische en klachtgerichte informatie over de verschillende deelgebieden van de huisartsgeneeskunde.

Bohn Stafleu van Loghum

Bestel snel via www.bsl.nl

Genoemde prijzen zijn incl. BTW. Prijswijzigingen voorbehouden. Hebt u vragen? U kunt ons bellen op 030-6383736.

nederlands huisartsen genootschap

Mis het NHG-Congres niet

Huisarts Universalis
nieuwsgierig in ontwikkeling

NHG-Congres 2017 • 17 november • RAI - Amsterdam

NHG-Congres 2017
Huisarts Universalis

Tijdens het NHG-Congres op 17 november draait alles om de lerende huisarts.
U werkt in een veelzijdige en snel veranderde samenleving. Vanuit verschillende invalshoeken komt er informatie op u af. U wordt uitgedaagd om u te blijven ontwikkelen. Individueel, binnen een team en samen met uw patiënten.
Laat u op het NHG-Congres inspireren en blijf een leven lang leren!

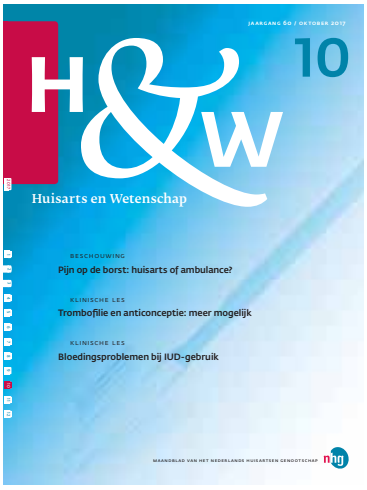
Wat kunt u verwachten

- Keynotesprekers **Dick Swaab, Toon Gerbrands** en **Jan Jacobs**
- **24 inhoudelijke sessies waarmee u zelf aan de slag kunt**
- **Diner en spectaculair feest**
- **Verfrissend voorprogramma over 'Omdenken' op 16 november**
- **En nog veel meer!**

Ga naar NHGCONGRES.NL voor het volledige programma

#NHG17

Aanmelden op NHGCONGRES.NL
Meld u aan en bespaar tot 26 oktober 100,-



Kijkt u elke maand uit naar de nieuwe H&W?
En beslist u graag mee over de inhoud? Solliciteer dan op onze vacature.
Per 1 maart 2018 zoeken wij een

Redactielid Huisarts en Wetenschap

Wie zoeken wij?
Bij voorkeur een praktiserend huisarts die vlot kan schrijven, beschikt over een creatieve en kritische geest en een voor H&W relevant netwerk. Het is handig om ervaring te hebben met het beoordelen en publiceren van wetenschappelijke literatuur en/of het geven van onderwijs. Daarnaast is het prettig om affiniteit te hebben met implementatie en nascholing. Wij geven de voorkeur aan sollicitanten die gepromoveerd zijn en/of een aanstelling hebben bij een wetenschappelijke instelling.

Wat vragen wij?
Enthousiasme en bereidheid om – tegen vergoeding – vier uur per week met H&W bezig te zijn. Taken: kopij lezen en beoordelen, auteurs begeleiden, journaals en andere stukken schrijven, auteurs werven, ideeën spuien over de inhoud en samenstelling van H&W.

Wat bieden wij?
Een levendige, gezellige club van acht huisartsen en onderzoekers die elke maand samenkomt om kopij te bespreken en om te bedenken welke onderwerpen er in H&W moeten komen. Zij werken nauw samen met een driekoppige, professionele bureauredactie.

Meer weten?
Kijk op www.henw.org voor meer informatie over deze vacature. Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich op dinsdag, donderdag en vrijdag wenden tot dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W via i.smeele@nhg.org of 030-2823500/06-17068540.

Belangstelling?
Mail uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 20 november 2017 naar dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur, via redactie@nhg.org.

Bent u aiotho, leest u graag H&W en zou u op
bestuurlijk niveau willen meebeslissen over het gevoerde beleid?
Reageer dan op onze vacature voor

Aiotholid Raad van Advies Huisarts en Wetenschap

Wie zoeken wij?
Een creatieve aiotho met affiniteit met (wetenschappelijk) publiceren en de toepassing van moderne media (internet), enig inzicht in communicatie via wetenschappelijke tijdschriften en goede contactuele eigenschappen. Het hebben van bestuurlijke ervaring is een pré.

Wat vragen wij?
Gevraagd en ongevraagd adviseren over het gevoerde en te voeren inhoudelijke beleid van H&W en toezien op het functioneren van de hoofdredacteur en redactie van H&W. Daarnaast het NHG-bestuur adviseren over belangrijke beleidsbesluiten van en ten aanzien van de redactie. Verder als klankbord functioneren voor de hoofdredacteur en inhoudelijk de koers van het blad bewaken. De bereidheid om minimaal tweemaal per jaar te vergaderen, of vaker als dat nodig is en op te treden bij conflicten tussen de redactie van H&W en het bestuur van het NHG. De Raad bestaat uit zeven leden.

Wat bieden wij?
Een zevenkoppige, betrokken club mensen die in principe elk halfjaar samenkomt om het gevoerde en te voeren beleid van H&W te bespreken. Naast huisartsen zitten er ook een specialist en een wetenschapsjournalist in de raad. Leden van Raad van Advies H&W krijgen een vergoeding.

Meer weten?
Kijk op www.henw.org voor meer informatie over deze vacature. Voor nadere inlichtingen over de functie kunt u zich op dinsdag, donderdag en vrijdag wenden tot dr. Ivo Smeele, hoofdredacteur H&W via i.smeele@nhg.org, 030-2823500/06-17068540 of dr. Hans Uijen, voorzitter van de Raad van Advies, via h.uijen@hcdo.nl.

Belangstelling?
Mail uw sollicitatie met CV en motivatie vóór 20 november 2017 naar dr. Hans Uijen, voorzitter, via redactie@nhg.org.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1a
Schermer T, Robberts B, Grootens J, Lucas J , Thoonen B, et al. Kan de diagnose COPD op één spirometrietest berusten? Huisarts Wet 2017;60(10):497-99.

2b
Slok AH, Kotz D, Chavannes NH, Snoeck-Stroband JB, Salomé PH, In 't Veen JC, et al. De Ziektelastmeter COPD als hulpmiddel in de praktijk. Huisarts Wet 2017;60(10):500-2.

3c
Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, et al. NHG-werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.

4c
Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, et al. NHG-werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.

5a
Slok AH, Kotz D, Chavannes NH, Snoeck-Stroband JB, Salomé PH, In 't Veen JC, et al. De Ziektelastmeter COPD als hulpmiddel in de praktijk. Huisarts Wet 2017;60(10):500-2.
Zorgstandaard COPD. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2016. www.longalliantie.nl.

6a
Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, et al. NHG-werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.

7c
Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, et al. NHG-werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.

8a
Snoeck-Stroband JB, Schermer TR, Van Schayck CP, et al. NHG-werkgroep Astma bij volwassenen en COPD. NHG-Standaard COPD (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58(4):198-211.

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

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

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

De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt.
De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.
Auteursinformatie: www.henw.org/vooraauteurs

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

Aan dit nummer werkten mee: Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie) en Margot Scheerder (beeldredactie).

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

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

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

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

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

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

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

© 2017
ISSN 0018-7070

Bij kennis komen

De tandartsassistente op de lagere school die met tandenborstel van wel een halve meter liet zien hoe je je tanden moet poetsen, zal ik nooit vergeten. Nou leert iedereen op zijn eigen manier. Zo ontwikkelde ik tijdens mijn huisartsenopleiding in de jaren negentig een digitaal aantekenboekje op een floppy disk, waarin ik alle te onthouden kennis opschreef en weer gemakkelijk kon terugvinden. Later kwam er Evernote, maar toen was mijn behoefte om dergelijke aantekeningen te maken alweer compleet veranderd. Leerstijlen verschillen per persoon en in de loop van de tijd. We leren om bij de tijd te blijven, zodat

we onze patiënten kunnen helpen volgens de laatste stand van de wetenschap, maar ook om kritisch te beschouwen of deze nieuwste inzichten de patiënt vooruit zullen helpen. Patiënten brengen ook vaker eigen informatie mee naar het gesprek. De gepubliceerde relevante informatie is niet bij te houden door te proberen alles maar te lezen, laat staan dat we die nog paraat hebben als we met de patiënt in de spreekkamer zitten. De vraag is daarom niet alleen hoe ik bij de kennis kom, maar ook: hoe komt de kennis bij mij op het moment dat ik het nodig heb?

Optimaal leren in verschillende situaties is het uitgangspunt van het komende NHG-Congres. Of u nu individueel leert of in uw hagro of toetsgroep, met uw praktijkmedewerkers of met de patiënt: de congrescommissie heeft ervoor gezorgd dat u zich op al deze terreinen kunt laten inspireren. Elke workshop is een nascholing op zich, steeds vanuit een ander perspectief. Ik zie u graag op vrijdag 17 november in de RAI!

Rob Dijkstra

Intercollegiale toetsgroepen

Wilt u een intercollegiale toetsgroep oprichten, of bent u erkend kwaliteitsconsulent (EKC)? Een nieuwe NHG-brochure geeft een overzicht van de mogelijkheden van deze nascholingsmogelijkheid in kleine, vaste groepen. De nieuwe brochure vermeldt ook wanneer u de accreditatiepunten van een nascholingscursus voor meerdere functies kunt opvoeren. Want als u zowel huisarts bent als EKC en/of kaderhuisarts, kunt u accreditatiepunten voor de herregistratie dubbel registreren in GAIA. Zie ook het artikel op de volgende pagina.

Preventie in de buurt

Wilt u ondersteuning bij samenwerking in de wijk, voor de gezondheid van de bewoners? Meld u dan aan voor een werksessie met een NHG-geaccrediteerd format vanuit Preventie in de buurt, een project van het NHG en het RIVM.
Meer informatie: www.nhg.org/preventieindebuurt of via t.drenthen@nhg.org.

Inzage medisch dossier

Uw patiënt laten meekijken in zijn medische dossier? De Richtlijn Online inzage in het H-EPD (elektronische patiëntendossier bij de huisarts) biedt houvast: welke patiënteninformatie delen u en de patiënt, op welke manier, en hoe gaat u beiden met deze informatie om? Het NHG heeft deze richtlijn opgesteld in samenwerking met Patiëntenfederatie Nederland. U kunt de richtlijn vinden op de NHG-website: www.nhg.org/ict.

&NHG

Nascholing in toetsgroepen

Nascholing in kleine, vaste toetsgroepen is bewezen effectief. Een nieuwe NHG-brochure geeft een overzicht van de mogelijkheden van deze nascholingsmogelijkheid, en van de regelgeving voor zaken als accreditatie.

Cervero e.a. constateren aan de hand van 38 reviews dat nascholing in toetsgroepen duidelijk effectief is (*J Contin Educ Health Prof* 2015;35:131-8), vooral omdat huisartsen deze scholing daadwerkelijk blijken te gaan toepassen in hun praktijk. Bovendien verbetert de gezondheid van de patiënt significant door deze vorm van nascholing. Omdat uit dit soort onderzoeken al langer blijkt dat nascholing in vaste intercollegiale toetsgroepen effectiever is dan andere nascholing, is sinds 2009 de regel dat alle huisartsen verplicht 10 nascholingspunten per 5 jaar behalen in een intercollegiale toetsgroep. Uit cijfers van het GAIA-systeem blijkt dat in 2016 elke huisarts gemiddeld 7 punten per jaar in een toetsgroep behaald heeft. De verwachting is dat dit in de toekomst nog zal toenemen.
Voor toetsgroepen geldt een andere accreditatieregeling dan voor andere nascholing. Elke toetsgroep bevat verplicht één erkend kwaliteitsconsulent (EKC) die een tweedaagse cursus gevolgd heeft. De EKC levert aan de perifere accreditatiemedewerker (PAM) een jaarplan, en van elke bijeenkomst een verslag. De PAM verleent, na lezing van het verslag, accreditatie aan de deskundigheidsbevordering in die toetsgroep.

Nieuwe brochure

Het NHG heeft een nieuwe brochure ontwikkeld voor huisartsen die van plan zijn om een intercollegiale toetsgroep op te richten, en voor erkend kwaliteitsconsulenten (EKC'en) die nog eens zaken willen terugzoeken. De brochure geeft een overzicht van de regelgeving van intercollegiale toetsgroepen en behandelt diverse hulpmiddelen voor toetsgroepen en EKC'en, zoals een voorbeeld van een jaarplan of een bijeenkomstverslag. De brochure is een initiatief van de Stuurgroep Kwaliteit Huisartsenzorg, een samenwerkingsverband tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), het Landelijk Implementatie Netwerk Kwaliteitsbeleid Huisartsenzorg (LINKH), eerstelijns brancheorganisatie InEen, en het NHG.

Accreditatie dubbel gebruiken

Een erkend kwaliteitsconsulent (EKC) die zich wil laten herregistreren, moet binnen vijf jaar twintig uur voor de functie relevante nascholing hebben gevolgd. Hierbij gaat het om alle nascholing die de EKC kan gebruiken voor diens functie. Deze uren zijn dan uiteraard ook te gebruiken voor de herregistratie als huisarts. Mocht de cursus ook nog te gebruiken zijn voor de herregistratie als kaderhuisarts dan is de accreditatie soms wel drie keer te gebruiken.
Voor EKC'en zijn er verschillende relevante scholingen. De regionale perifere accreditatiemedewerkers (PAM'en) bieden samen met de regionale Werkgroep Deskundigheidsbevordering (WDH), Kring of Regionale Ondersteuningsstructuur (ROS) scholing aan om het eigen functioneren als EKC te verbeteren. Het LINKH en het NHG organiseren landelijke EKC-nascholingsbijeenkomsten en -vervolgcursussen. Huisartseninstituten scholen huisartsenopleiders in onderwijsvaardigheden. Er zijn intervisiebijeenkomsten van en voor EKC'en. Ook is er onderwijsgerichte nascholing voor kaderartsen (die op die manier ook gebruikt kan worden voor herregistratie van beide functies). En ook via congressen en andere cursussen kan de EKC zich nascholen. Uiteraard moeten de GAIA-inhoud van de cursus en de presentie raadpleegbaar zijn.

Toekomst

In eerste instantie waren er vooral toetsgroepen voor farmacotherapieoverleg (FTO), tegenwoordig is er ook intervisie als populaire werkvorm voor toetsgroepen. Door nascholing in toetsgroepen kun je je nascholing gemakkelijk laten aansluiten op je eigen, lokale nascholingsbehoeften. Nog effectiever en praktischer toepasbaarder wordt je nascholing door spiegelinformatie of terugkoppeling uit visitatie of praktijkaccreditering en/of -certificering te gebruiken in je toetsgroep. Daarom verwachten we bij het NHG dat er steeds meer materialen en hulpmiddelen ontwikkeld zullen worden voor gebruik in intercollegiale toetsgroepen. Verder verwachten we dat het aantal verplichte toetsgroeppunten geleidelijk aangepast zal worden aan de nu al bestaande situatie. [BS]

Kijk voor de nieuwe brochure over toetsgroepen op:
www.nhg.org/scholing/22.

NHG-visie en uitvoering

‘Ouderenzorg is echt huisartsenwerk’

De Visie Huisartsenzorg voor ouderen beschrijft wat goede huisartsenzorg voor oudere patiënten is. Maar hoe werkt dat in de praktijk? Huisarts Christine van der Pol vertelt hoe zij het ouderenbeleid in haar praktijk uitvoert.

Christine van der Pol: ‘Juist bij ouderen helpt het om de patiënt en de context goed te kennen. Dat is de essentie van huisartsenzorg. Met twintig jaar ervaring in een dorpspraktijk is dat misschien eenvoudiger te realiseren dan in een stad, waar wellicht meer verloop is. Door het vertrouwen is het eenvoudiger om lastige onderwerpen te bespreken, zoals eenzaamheid, veilige verkeersdeelname of een naderend levenseinde. De toenemende chronische aandoeningen en polyfarmacie die bij de ouderdom horen, zorgen voor toenemende complexiteit die een beroep doet op het gezonde verstand en de creativiteit van de huisarts en het huisartsenteam. Ik vind dat inspirerend. Ouderen zijn vaak interessant. Niet zozeer medisch, maar omdat ze al een hele levensgeschiedenis achter de rug hebben. Ik probeer me altijd voor te stellen hoe hun leven geweest is.

Dankzij de hulp van de praktijkondersteuner ouderenzorg, de POH-O, zijn alle 75-plussers, circa 10% van de populatie, inmiddels goed bekend. Het heeft twee jaar extra inspanning gevraagd om al deze patiënten in kaart te brengen. Gelukkig was daarvoor een extra vergoeding beschikbaar. De patiënten hebben op vragenlijsten en tijdens interviews thuis opgeschreven wat zij van belang vinden, dus we kunnen de zorg vanuit de praktijk daarop laten aansluiten. Zo is bij elke oudere patiënt in het medische dossier genoteerd wie de contactpersoon is: een eenvoudige oplossing die in noodsituaties tijd kan besparen. Ook is het goed als de wensen over het levenseinde in het dossier vastliggen. Dat is bijvoorbeeld belangrijk bij verwijzing naar het ziekenhuis.

Je kunt en hoeft niet altijd alle problemen van een patiënt op te lossen, maar de patiënt kan vaak wel zeggen waarmee hij of zij in eerste instantie het meest geholpen zou zijn. Soms is dat antwoord verrassend, iets wat de huisarts of POH-O niet zo snel zou bedenken. Vaak liggen de wensen in het sociale domein, zoals een vervoersvoorziening, een tuinman, of iemand die komt voorlezen of de hond uitlaat.’

Werkbare zorg

‘Toen ik op zoek was naar een POH-O, heb ik er niet alleen op gelet dat de protocollaire en verpleegkundige zorg aandacht krijgt, maar ook dat de praktijkondersteuner goede sociaal-emotionele voelhorens heeft en een pragmatische inslag. De POH-O in mijn praktijk komt bijvoorbeeld uit de thuiszorg en weet van aanpakken.

De zorgvraag beperkt zich niet altijd tot de medische as. Soms zijn financiële zorgen of eenzaamheid redenen van niet-welbevinden. In die gevallen neemt de POH-O contact op met bijvoorbeeld de welzijnsmedewerker voor passende hulp. Een mooi voorbeeld is een echtpaar met geldzorgen in contact brengen met een financieel adviseur, waardoor ze kleiner gaan wonen, in een aanleunwoning, veel minder zorgen hebben en zich beter voelen.

Voor het multidisciplinaire overleg kiezen wij voor een werkvorm met steeds alleen die zorgverleners die direct bij die patiënten betrokken zijn. Het begint met de patiënten met chronische aandoeningen en de praktijkondersteuners somatiek, vervolgens sluit de POH-O aan voor de ouderen, en tot slot de welzijnswerker van de gemeente voor de patiënten met sociale problemen. Het structurele overleg met de vaste specialist ouderengeneeskunde bleek mede door deze proactieve aanpak minder frequent nodig te zijn dan in eerste instantie gepland.

Christine van der Pol, huisarts in Gaanderen

De correspondentie met professionals via het HIS en Zorgdomein werkt goed. Vanwege privacy en technische beperkingen is het echter nog lastig om het informatie-uitwisseling met de huisartsenpost, de thuiszorg en het welzijnswerk goed te organiseren. Veel niet-patiëntgebonden tijd is nog gemoeid met afstemming met mantelzorgers en andere zorgverleners.’

Toekomstige zorg

‘Het aantal patiënten met complexe problematiek op hogere leeftijd zal nog verder toenemen. Ook de medische mogelijkheden en mondigheid nemen toe. Per patiënt zal er meer tijd nodig zijn. De vergoeding voor de POH-O en voor huisbezoeken is vaak lang niet toereikend door de vaak complexe zorgvraag en de vele zorgverleners. Toch willen we persoonsgerichte, generalistische, continue zorg aan ouderen blijven bieden, door geïnspireerde huisartsen. Want ouderenzorg is echt huisartsenwerk. Persoonlijk zie ik de oplossing in verkleinen van de normpraktijk.’ [LT, CP]

&NHG

Huisarts Lizzy Slok over de Richtlijn Infectiepreventie

‘Nu hoef ik er niet meer over na te denken’

In mei verscheen de herziene Richtlijn Infectiepreventie. Nieuw is een beperkte set van negen minimumnormen. Praktijken hebben een jaar om eraan te voldoen, tot en met mei 2018. Huisarts Lizzy Slok vertelt hoe ver haar praktijk is met de implementatie.

Lizzy Slok, huisarts in Houten

Is infectiepreventie wel relevant?
‘Wondinfecties zie je niet veel in de huisartsenpraktijk en infecties overbrengen van patiënt op patiënt is zeldzaam. Maar dat maakt het ook lastiger, want vooral voor kwetsbare patiënten wil je alert blijven. Ik moet er niet aan denken dat ik een infectieziekte overbreng op een patiënt die bezig is met chemotherapie.
Bedenk ook: heb je een patiënt met een bijzonder resistent micro-organisme, een BMRO, dan is het heel vervelend als je dat overdraagt op een kwetsbare patiënt die veel in het ziekenhuis komt. En als je een prikaccident hebt, is het heel handig als een lijst met vaccinatiegraden van medewerkers in de la hebt liggen. Want zoiets gebeurt natuurlijk altijd op een moment dat het toch al druk is. Ineens zit er een patiënt tegenover je met mogelijk tuberculose; dan wil je een goed ademhalingsbeschermingsmasker kunnen pakken. Het komt niet veel voor, maar we kunnen er niet omheen. Bovendien, patiënten letten erop. Ze vinden het vies als je urine hebt nagekeken en je gaat meteen iets anders doen zonder je handen te wassen.’

Ben je wijzer geworden van de richtlijn?
‘Nieuw aan de herziene richtlijn is dat alles bij elkaar staat en beter is uitgewerkt. Vroeger moest je meer zoeken. Er staat nu bijvoorbeeld uitgebreid in hoe alles in de praktijk moet worden schoongemaakt, welke handschoenen en gezichtsmaskers goed zijn, hoe je een chlooroplossing maakt, en wanneer je moet oppassen voor overdracht als je zelf een infectie hebt. De richtlijnen voor ziekenhuizen zijn niet klakkeloos overgenomen in deze huisartsenrichtlijn: het NHG heeft zorgvuldig overwogen wat nodig en haalbaar is in de huisartsenpraktijk.
De vijf momenten van handhygiëne toepassen lijken bijvoorbeeld heel veel. Maar je moet zorgen dat het een gewoonte wordt, een routine, zodat je er niet meer bij hoeft na te denken. En als je even in de logistiek duikt, gaan dingen veel sneller en efficiënter dan voorheen. Nu halen de assistentes tweemaal per dag alle spullen op voor de medische vaatwasser en de autoclaaf. Je hoeft er niet meer over te piekeren en je krijgt meer tijd voor andere belangrijke dingen. Vaak wordt het werk juist prettiger, zoals met handalcohol, dat werkt gemakkelijker en sneller dan handen wassen.’

Hoe ver zijn jullie met de minimumnormen?
‘Onze praktijk heeft enige tijd geleden de praktijkaccreditatie doorlopen en toen bleek dat we niet allemaal handalcohol bij ons hadden. Horloges blijven ook lastig: afdoen is niet altijd handig want je bent niet altijd in een ruimte met een klok, en in acute situaties moet je toch pols en adem kunnen tellen. Gelukkig is de herziene richtlijn heel praktisch: de huisarts mag de risico’s zelf inschatten. Alleen bij een ingreep moet je echt je horloge afdoen. Dat moeten we er nog in krijgen voor mei. Maar sieraden laat ik tegenwoordig thuis.’

Is het een lastig proces?
‘Logistiek regelen vind ik leuk. En dat ik er niet meer over na hoef te denken zodra alles geregeld is. Met de praktijkassistenten hebben we het hele proces langsgelopen: niet alleen of we voldeden aan de richtlijnen, maar ook hoe het handiger kon. Assistenten komen ook met dingen waar ik niet bij nagedacht had, zoals wachtkamerspeelgoed. We schaffen dat alleen nog aan als het goed schoon te maken is. Het werkt prettig als iedereen weet wat-ie moet doen. Dat geeft rust in de praktijk.’
[ML, FK]

Voor de minimumnormen, zie:
www.nhg.org/overzicht-minimumnormen.

Redactie NHG-Nieuws Colofon
Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen, Simone Sinjorgo, Linda Tolsma en Yvonne Vos. Met bijdragen van Masja Loogman, Christine van der Pol en Bas Spelberg. Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 39.

NHG-Nieuws is een uitgave van het NHG-bureau.

Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van Huisarts & Wetenschap: blader vier pagina’s terug.

INNOVIVA | gsk

Opgelucht de dag beginnen!

FEV$_1$ waarde <70%

Geschiedenis van exacerbaties

&

Ondanks onderhouds-medicatie voor COPD houdt zij klachten

Dit is Noortje, zij is 65 jaar en heeft COPD. Ze heeft een verleden met exacerbaties en ervaart dagelijks de beperkingen ondanks onderhouds-medicatie. De meeste hinder van haar ziekte ondervindt ze aan het begin van de dag.

INCRUSE®&RELVAR® bij COPD

- **INCRUSE®** (55 µg) **verbetert longfunctie** t.o.v. tiotropium (18 µg), waardoor COPD-patiënten met meer lucht de dag doorkomen.[2]
- **RELVAR®*** (92/22 µg) **vermindert matige/ernstige exacerbaties bij COPD** t.o.v. 2dd ICS/LABA.[4*]

INCRUSE® (55 µg) & **RELVAR®** (92/22 µg):
24 uur effectief met **éénmaal daagse dosering** in twee **dezelfde inhalatoren.**[1,3]

* Gedurende de behandelingsperiode mochten patiënten na randomisatie additioneel een LAMA gebruiken. Subgroep van patiënten gerandomiseerd in ICS/LABA ± LAMA en die ICS/LABA medicatie kregen op baseline.

Het primaire eindpunt van de studie was het effect van RELVAR (n=1135) versus huidige medicatie (n=1134) op het aantal matige/ernstige exacerbaties (analyse uitgevoerd in patiënten met ≥1 matige/ernstige exacerbatie in het jaar voorafgaand aan de studie). De reductie in het aantal matige/ernstige exacerbaties van RELVAR* vs. gebruikelijke medicatie is 8,4% (aantal exacerbaties/jaar: 1,74 resp 1,90).[4] Gelijk aan andere ICS-houdende medicatie is ook bij RELVAR het risico verhoogd op pneumonieën bij COPD-patiënten.[3]

Zie voor een volledig overzicht van bijwerkingen de VPI elders in dit blad. INCRUSE: Naast typische anticholinerge bijwerkingen zijn de meest voorkomende bijwerkingen hoofdpijn en nasofaryngitis. RELVAR: Naast typische ICS en -adrenerge bijwerkingen zijn de meest voorkomende bijwerkingen nasofaryngitis en hoofdpijn.

INCRUSE® 55 µg (LAMA) is geïndiceerd als bronchus-verwijdende onderhoudsbehandeling ter verlichting van symptomen bij volwassen COPD-patiënten.[1]

Voor referenties en verkorte product-informatie, zie elders in dit blad.

INCRUSE® ELLIPTA®
umeclidinium

RELVAR® 92/22 µg (ICS/LABA) bij COPD is geïndiceerd voor de symptomatische behandeling bij patiënten met een FEV$_1$<70% (van voorspelde normaal waarde) met een geschiedenis van exacerbaties ondanks regelmatige bronchus-verwijdende behandeling.[3]

RELVAR® ELLIPTA®
(fluticasonfuroaat en vilanterol inhalatiepoeder)

Prod. jan. 2017 NL/INC/0006/16(1)

Het dagelijks innemen van vitamine D is niet meer nodig.

VITAMINE D
75 NMOL/L
STREEFWAARDE

STARTDOSERING:
D-CURA 100.000 IE
1 DRINKAMPUL PER WEEK,
2-4 WEKEN LANG

ONDERHOUDSDOSERING:
D-CURA 25.000 IE
1 DRINKAMPUL PER WEEK

Om de streefwaarde van 75 nmol/l te handhaven dient men minimaal 100.000 IE per maand in te nemen.

Flexibele dosering van vitamine D mogelijk vanaf 25.000 IE, 50.000 IE naar meervouden van 100.000 IE.

Verpakkingen:
D-Cura (cholecalciferol) **25.000 IE drank**
vier drankampullen van elk 25.000 IE
D-Cura (cholecalciferol) **100.000 IE drank**
vier drankampullen van elk 100.000 IE

VOLLEDIG VERGOED
RECEPT PLICHTIG

Voor inlichtingen: info@galephar.nl

galephar