jaargang 53 /september 2010 / nummer 9

nhg

9

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Huisarts en Wetenschap

- Obstipatie 463
  Mirjam Bouterse et al.
- Effecten van gestructureerde COPD-zorg vanuit zorginkoopperspectief 464
  Paul van Dijk et al.
- TNF-α-blokkerende geneesmiddelen voor de behandeling van reumatoïde artritis 468
  Marcel Flendrie / Piet van Riel
- Prognostische factoren bij een lumbosacraal radiculair syndroom 474
  Juliette Hordijk et al.
- Signalering van lichamelijke mishandeling 479
  Manon Ceelen et al.
- NHG-Standaard Obstipatie 484
- Ook zo blij met PSA? 501
  Henk Scholten
- PSA-screening deugt 503
  Chris Bangma
- Antipsychotica: let op metabole bijwerkingen 504
  Eelke Groen et al.
- Iris Wichers: 'Oppervlakkige tromboflebitis is niet zo onschuldig als we dachten' 508
- NHG-nieuws nhg-35

H&W

H&W 10 09.indb 1 25-08-10 09:04

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Dr. H.C.P.M. van Weert, hoofdredacteur
Dr. L.E. Bröker
Dr. J.W.L. Cals
Dr. H.C.A.M. van Rijswijk
Dr. H.J. Schers
Dr. W.E.M. Spinnewijn
Prof. Dr. Th.J.M. Verheij
Dr. J.C. van der Wouden

Redactiesecretariaat
H. Helsloot, M.N. Oosterom,
A. Stalenhoef, S.H. Umans
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving
Helfrich ontwerpbureau, Deventer

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van
Springer Uitgeverij.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Hafize Guven-Onder (030) 638 39 75, h.guven@bsl.nl
Paul Bakker (030) 638 39 28, paul.bakker@bsl.nl
Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactiecommissie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

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

Nieuwe abonnementen
Abonnementen kunnen op ieder gewenst moment worden aangegaan en worden stilzwijgend met telkens een jaar verlengd tot wederopzegging. Een abonnement wordt eenmaal per jaar bij vooruitfacturering voor het aankomende jaar berekend. Een studentenabonnement loopt gelijk met het studiejaar, van 1 september t/m 31 augustus, en wordt stilzwijgend met telkens 1 jaar verlengd tot wederopzegging. Een studentenabonnement heeft een maximale looptijd van 2 jaar en wordt dan automatisch omgezet in een regulier abonnement.
Bij wijziging van de tenaamstelling en/of het adres verzoeken wij u de adreswikkel met de gewijzigde gegevens op te sturen naar Bohn Stafleu van Loghum.
Beëindiging van het abonnement kan uitsluitend schriftelijk en dient uiterlijk 2 maanden voor afloop van het lopende abonnementsjaar te zijn ontvangen.

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
particulieren: € 157,-
studenten: € 78,50
losse nummers: € 17,25
jaarabonnement online: € 125,-
jaarabonnement online + folie: € 172,50
Prijswijzigingen voorbehouden
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Uitgeverij, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 1 januari 2008. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

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.
De artikelen uit H&W zijn voor NHG-leden, abonnees van de online-editie van H&W en abonnees van de gecombineerde folio/online-editie van H&W ook toegankelijk via de vakbibliotheek van Bohn Stafleu van Loghum: www.h&w.bsl.nl.

HOI 2010 PRINT

Nederlands uitgeversverbond
Groep uitgevers voor vak en wetenschap

Nieuwe geneesmiddelen

Regelmatig komen er nieuwe geneesmiddelen op de markt. Soms gaat het om variaties op een bekend thema, zoals een nieuw statine of een nieuwe ACE-remmer. Soms gaat het ook om een heel nieuw werkingsmechanisme, zoals de nieuwe medicijnen bij diabetes mellitus. Het is voor huisartsen een hele klus om bij de tijd te blijven. Niet voor niets besteden ze 40 uur per jaar aan nascholing en de farmaceutische industrie is graag bereid hen daarbij te helpen. Bij geneesmiddelen die niet in de eerste maar in de tweede of derde lijn worden voorgeschreven, is het voor huisartsen nog moeilijker hun kennis actueel te houden. En juist op dit vlak zijn er de afgelopen jaren belangrijke ontwikkelingen geweest.

Bijwerkingen

Middelen die in de tweede lijn worden voorgeschreven, kunnen bijwerkingen of interacties hebben die voor de huisarts relevant zijn. Nu weten de meeste huisartsen wel dat bijvoorbeeld methotrexaat en co-trimoxazol niet gecombineerd mogen worden. Maar hoe zit het met bijwerkingen van etanercept, infliximab, rituximab en erlotinib? Deze middelen horen tot de groep 'targeted therapieën'. Zoals de naam al aangeeft, richten deze geneesmiddelen zich op een specifiek 'target' of doelwit. Dat doelwit is vaak een eiwit dat is betrokken bij het ontstaan van de betreffende ziekte. Zo speelt 'tumor necrosis factor α' (TNFα) een grote rol in de pathogenese van reumatoïde artritis. De nieuwste generatie middelen tegen reumatoïde artritis is dan ook gericht tegen dit eiwit. 'Targeted therapieën' zijn vaak effectiever dan bestaande behandelingen en dit type medicijnen heeft daarom de laatste jaren een hoge vlucht genomen. Begin jaren negentig waren dit nog experimentele middelen die slechts in onderzoeksverband werden voorgeschreven. Tegenwoordig heeft elke huisarts patiënten in zijn praktijk die met dergelijke medicijnen worden behandeld. Enige kennis over werkingsmechanisme en mogelijke bijwerkingen is dus voor iedere huisarts van belang.

Reumatoïde artritis

De nieuwste generatie reumamiddelen is gericht tegen TNFα. Flendrie en Van Riel geven in dit nummer een mooi overzicht van de huidige stand van zaken van de behandeling van reumatoïde artritis met TNFα-blokkers. Zij gaan in op het werkingsmechanisme, de indicaties, de werkzaamheid en de bijwerkingen. Zo specifiek als we misschien zouden willen is deze behandeling overigens nog niet. Het blokkeren van TNFα remt niet alleen de gewrichtsontstekingen, maar heeft ook invloed op het immuunsysteem. Patiënten die met TNFα-remmers worden behandeld, hebben bijvoorbeeld een grotere kans op ernstig verlopende infecties, opvlamming van tuberculose en opportunistische infecties. Zij moeten jaarlijks de griepvaccinatie krijgen, maar mogen juist niet worden ingeënt tegen gele koorts. Ook huidafwijkingen die kunnen lijken op psoriasis komen voor. Daarnaast hebben patiënten een grotere kans op het ontwikkelen of verergeren van hartfalen. Dit zijn belangrijke zaken die een huisarts moet weten. Verder is een goede samenwerking tussen huisarts en reumatoloog van belang om risico's en bijwerkingen tijdig te herkennen en hierop te kunnen inspelen. Alleen op deze manier kunnen we patiënten veilig behandelen met nieuwe geneesmiddelen.

Linda Bröker

Rubrieken in dit nummer

Huisartsenzorg in cijfers	463
Spreekuur!	510
Columns	512, 514
Kennistoets	513
PEARLS	515
Ingezonden	516
Proefschriften	517

H&W 10 09.indb 459 25-08-10 09:04

Trouwe placebogebruikers leven langer

Bij rigoreus uitgevoerde klinische trials doet placebo vaak weinig onder voor werkzame onderhoudsmedicatie. Dit wordt verklaard met het 'healthy adherer effect'. Daarmee lijkt vooral therapietrouw van belang.

De TORCH-trial (Towards a Revolution in COPD Health) verdeelde ruim 6000 patiënten met matig tot ernstige COPD (FEV_1 < 60% pred) over 4 groepen: gebruikers van placebo, salmeterol (een langwerkende bèta-2-agonist, LABA), fluticason (inhalatiesteroïd, ICS) of de vaste combinatie ICS en LABA. De onderzoekers definieerden therapietrouw als > 80% gebruik van de inhalatiemedicatie gedurende de drie jaar lopende trial.

Eenvijfde van de 6000 deelnemers was niet therapietrouw; van hen was ongeveer een kwart na drie jaar overleden. Van de therapietrouwe deelnemers was ongeveer eentiende na drie jaar overleden. Dit overduidelijke verschil tussen het mogelijke effect van therapie(on)trouw op de uitkomst was gelijk verdeeld over de vier interventies. Therapietrouwe, placebogebruikende COPD-patiënten leken niet eerder te overlijden dan trouwe gebruikers van luchtwegverwijders en/of ICS. Dit verschil zou slechts deels te verklaren zijn door meer comorbiditeit onder de minder therapietrouwe COPD-patiënten.

Verschil tussen post of propter valt op basis van deze post-hocanalyse natuurlijk niet te maken, maar in de achteruitkijkspiegel van het TORCH-onderzoek zien wij de betrekkelijk grote invloed van patiëntengedrag bij COPD. Het *'healthy adherer effect'* omvat hier mogelijk meer bewegen en beter onderkennen van exacerbaties door de therapietrouwe COPD-patiënt. Therapietrouw blijft daarmee een belangrijk aandachtspunt.

Ben Ponsioen

Vestbo J, et al. Adherence to inhaled therapy, mortality and hospital admission in COPD. *Thorax* 2009;64:939-43.

De huisarts als luxeartikel

Patiënten in het Verre Oosten bezoeken liever een specialist dan een huisarts voor hun chronische aandoeningen. Ze hebben meer vertrouwen in een specialist en moeten een bezoek aan de huisarts zelf betalen.

Dit concluderen onderzoekers na het interviewen van 28 patiënten uit Hong Kong. Dat is een flinke tegenvaller voor beleidsmakers in het Verre Oosten omdat zij streven naar een verschuiving van chronische zorg van de tweede naar de eerste lijn. Het zorgsysteem in Hong Kong is verdeeld in een publieke sector (gesubsidieerd door de overheid en georganiseerd door ziekenhuizen) en een private sector. De huisarts behoort tot de private sector, patiënten moeten deze zelf betalen.

Onderzoekers hielden diepte-interviews met patiënten met chronische aandoeningen en vroegen naar hun meningen en opvattingen over huisartsenzorg. Veel patiënten vonden het hebben van een huisarts niet noodzakelijk. Ze zagen de huisarts meer als een 'luxeartikel' omdat ze er zelf voor moesten betalen. Bovendien zetten ze vraagtekens bij de kwaliteit van de chronische zorg van de huisarts: *'Ik denk niet dat er een dokter is die al mijn ziektes kan volgen'*. Alleen een medisch specialist zou in staat zijn een specifieke chronische aandoening goed te behandelen: *'Ik heb meer vertrouwen in een ziekenhuis'*. Wel gaven patiënten aan te balen van de wachttijden, het gebrek aan continuïteit van zorg, de haastige consulten, de beperkte keuzevrijheid en de slechte attitude van de medisch specialisten in het ziekenhuis. Hier liggen dus mogelijkheden voor de huisarts. Ook gaven patiënten aan dat het opbouwen van een langdurige therapeutische relatie en de holistische benadering belangrijke pluspunten waren van het 'luxeartikel' huisarts.

Foto: Shutterstock/Zhuda

De kosten (*'iets wat goed is kan niet goedkoop zijn'*) en het vertrouwen in kwaliteit van de huisartsenzorg zijn in Hong Kong de grootste obstakels voor een verschuiving van chronische zorg naar de eerste lijn. Op deze punten zal het Verre Oosten flink moeten investeren. Toch wordt ook hier duidelijk dat er meer nodig is dan een, op een tekentafel, door ambtenaren uitgewerkt plannetje. Wanneer leren beleidsmakers eens beter te luisteren naar de patiënten en de werkers in het veld? Alleen dan zijn we in staat om chronische zorg efficiënt en effectief te innoveren. Goede dingen hoeven nu eenmaal helemaal niet duur te zijn!

Tim olde Hartman

Mercer SW, et al. A qualitative study of the views of patients with long-term conditions on family doctors in Hong Kong. BMC *Fam Pract* 2010;11:46.

H&W 10 09.indb 460 25-08-10 09:04

Een bommetje onder het geloof in statines?

Recentelijk verscheen een meta-analyse over de effecten van statines op de totale sterfte bij patiënten met een vergrote kans op hart- en vaatziekten, maar die daarmee vooraf niet bekend waren (primaire preventie). Statines hadden daarin geen glansrol.
Op basis van 11 onderzoeken met in totaal 65.229 deelnemers die gemiddeld 3,7 jaar werden gevolgd registreerde men in totaal 2793 sterfgevallen waarvan 1346 in de statinegroep en 1447 in de placebogroep. De meta-analyse kon geen significante reductie van de totale sterfte in de behandelde groep aantonen (RR 0,91; 95%-BI 0,83-1,01).
Een dergelijk resultaat is natuurlijk koren op de molen van de Van der Lindes onder ons, die al jaren vraagtekens plaatsen bij de therapeutische vermogens van statines en daarbij gemakshalve niet-significant plegen te identificeren met niet-aanwezig. Betekent de meta-analyse dat statines voortaan maar niet meer moeten worden gebruikt voor de primaire preventie van hart- en vaatziekten en dat de NHG-Standaard Cardiovasculair Risicomanagement nu danig op de schop moet? Dat valt allemaal wel mee. Statines blijven effectief, maar een effect op totale sterfte is lastig aan te tonen omdat het effect op cardiovasculaire sterfte wordt verdund door sterfte aan andere oorzaken. De puntschatting van het RR van 0,91 in de behandelde groep is daarmee geheel in lijn, deze ligt immers onder de 1,00. In het beste geval onderstreept het onderzoek het belang van enige terughoudendheid met het initiëren van statinegebruik bij patiënten die vanwege comorbiditeit grote kans lopen binnen afzienbare tijd te overlijden aan een niet-cardiovasculaire aandoening.

Tjerk Wiersma

Foto: Shutterstock/mmaxer

Ray KK, *et al. Statins and all-cause mortality in high-risk primary prevention. A meta-analysis of 11 randomized controlled trials involving 65.229 participants. Arch Intern Med* 2010;170:1024-31.

Dat ene kuurtje maakt niet uit. Toch?

Patiënten die antibiotica krijgen voor een urine- of luchtweginfectie dragen meer resistente bacteriën met zich mee, zowel op de korte als op de langere termijn. Engelse onderzoekers toonden in een meta-analyse aan dat zelfs een enkel kuurtje verschil maakt voor de bacteriële resistentie van de individuele patiënt.
We weten dat er een relatie bestaat tussen de hoeveelheid voorgeschreven antibiotica en de bacteriële resistentiecijfers in een land. Bij internationale vergelijkingen komt Nederland op dat gebied regelmatig als een van de beste uit de bus. Maar wat betekent een antibioticakuurtje voor die ene patiënt die aan de andere kant van uw bureau zit met een vervelende hoest of de zoveelste blaasontsteking? In Bristol verzamelden onderzoekers verschillende onderzoeken waarin de resistentie werd bepaald bij patiënten die in de eerste lijn wel of geen antibiotica kregen voor een infectie. In 5 onderzoeken met meer dan 14.000 patiënten met een urineweginfectie was de oddsratio om resistente bacteriën te vinden bij een patiënt die antibiotica gebruikte voor een infectie het meest verhoogd in de eerste maand na gebruik (OR 4,4), maar deze bleef ook na 3, 6 en 12 maanden verhoogd (OR respectievelijk 2,5; 2,2; 1,3). Dit bleek ook uit 7 onderzoeken met 2600 luchtweginfectiepatiënten (OR 2,1 in de eerste maand; 2,4 in de eerste twee maanden en na 1 jaar). Welhaast vanzelfsprekend bleek dat de resistentie het hoogst was tegen het specifieke antibioticum dat de patiënt had gebruikt, maar de resistentie tegen andere antibiotica nam ook toe. De onderzoekers konden verder een opvallende dosisresponsrelatie aantonen; hoe hoger de dosering amoxicilline, hoe hoger de kans op individuele resistentie. Dit gold tevens voor elke additionele tablet trimethoprim. Baat het niet, dan schaadt het dus wel voor die patiënt aan de andere kant van uw bureau. Op basis van dit onderzoek is voortzetting van terughoudend antibioticabeleid dan ook zeker gepast. Want zowel voor de dokter als de patiënt geldt: een beter bacterieel milieu begint bij jezelf.

Jochen Cals

Costelloe C, *et al. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis.* BMJ 2010;340:c2096.

H&W 10 09.indb 461 25-08-10 09:04

De homocysteïnebelofte ontploft

Halverwege de jaren negentig raakte bekend dat homocysteïnespiegels positief waren geassocieerd met cardiovasculaire ziekten. Het was onduidelijk of de relatie oorzakelijk was. Daar moest het SEARCH-onderzoek een antwoord op geven. En dat deed het.

In een dubbelblind gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek volgden de onderzoekers 7 jaar lang 12.000 Engelse patiënten die een hartaanval hadden gehad tussen 1998 en 2008. Dagelijks kregen zij 2 mg foliumzuur en 1 mg vitamine B_{12} versus een placebo. De uitkomstmaat was het krijgen van een groot cardiaal event zoals hartdood, een hartaanval of een kransslagadercorrectie, een al dan niet-dodelijk CVA of een operatie aan een van de grote slagaders. In de follow-up kwam er in beide groepen even vaak een event voor (25%). Het relatieve risico (RR) was 1,04 (95%-BI 0,97-1,12) en was ook op geen enkele andere specifieke uitkomst significant verschillend: voor de groep 'kransslagaders' (20%) gold een RR van 1,05. CVA kwam bij 4,5% in beide groepen voor, RR 1,04. Evenmin was er een significant verschil tussen het aantal doden door vaatproblemen (9,6 versus 9,3%) De incidentie voor kanker (waarop een vermeend hogere kans was) verschilde niet significant.

Hoewel er jarenlang een substantiële verlaging van de homocysteïnespiegel was bereikt met de suppletie van foliumzuur en vitamine B_{12} leidde dit niet tot enig effect op de bovenvermeldde uitkomstmaten. En dat terwijl er een reductie van 25% was voorspeld op de cardiovasculaire events! Dit onderzoek zorgt ervoor dat de latente gedachte van veel artsen dat er 'iets' was met hart- en vaatziekten, homocysteïne en foliumzuur definitief 'uit' kan worden gezet. Zo blijkt maar weer: een associatie is nog geen reden voor interventie.

Mark Valk

SEARCH *Collaborative Group*, Armitage JM, *et al*. *Effects of homocysteine-lowering with folic acid plus vitamin* B_{12} *vs placebo on mortality and morbidity in myocardial infarction survivors. A randomized trial.* JAMA 2010;303:2486-94.

Bloedtesten op coeliakie zinnig?

Eenvoudig bloedonderzoek helpt bij het stellen van de diagnose coeliakie. Toch is de evidence hiervoor in de eerste lijn beperkt. Dat concluderen Amsterdamse onderzoekers die literatuuronderzoek deden naar de waarde van diagnostische testen bij coeliakie.

Het bepalen van antilichamen tegen tissue transglutaminase (IgA-tTG) is eenvoudig. Het staat op de meeste probleemgestuurde aanvraagformulieren onder het kopje 'coeliakie'. Het is snel aangekruist bij patiënten met langdurige, onbegrepen buikklachten. Meestal doen we de test om ziekte uit te sluiten, maar wat als deze onverhoopt positief is? Betekent dit dat die patiënt zeker coeliakie heeft? En wat is de waarde van een negatieve test; sluit die coeliakie uit?

De onderzoekers vonden in totaal 16 onderzoeken die alle de dunnedarmbiopsie als gouden standaard hanteerden. Zeven onderzoeken keken naar het IgA-tTG. De testeigenschappen waren goed, de sensitiviteit bedroeg 0,89 (95%-BI 0,82-0,94), de specificiteit 0,98 (95%-BI 0,95-0,99). De positieve likelihoodratio (LR+) was 37,7; de LR- was 0,11. Dat betekent dat de kans op daadwerkelijke coeliakie bij een positieve test zeer sterk toeneemt, bij een negatieve test neemt die kans sterk af. Maar de testuitslag is niet bewijzend. Bij milde coeliakie kunnen er bijvoorbeeld nog niet veel antistoffen worden gevormd en ook foutpositieve uitslagen komen regelmatig voor. En dat legt de verantwoordelijkheid weer bij de dokter. Hoe selectiever hij test, hoe groter hij de *a priori*-kans op coeliakie maakt. En een grotere a priori-kans zal de voorspellende waarde van positieve tests doen toenemen. Vooral patiënten met langdurige buikklachten en met een positieve familieanamnese voor coeliakie komen in aanmerking voor bepaling van het IgA-tTG.

Henk Schers

Van der Windt DAWM, *et al*. *Diagnostic testing for celiac disease among patients with abdominal symptoms: a systematic review.* JAMA 2010;303:1738-46.

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

H&W 10 09.indb 462 25-08-10 09:04

Obstipatie

Mirjam Bouterse, Mariëtte Hooiveld en Marjolein Berger

Obstipatie is een vervelende aandoening die leidt tot een verminderd welbevinden en soms tot sociale isolatie, zeker wanneer deze gepaard gaat met fecale incontinentie. Meestal ligt er geen organisch lijden aan ten grondslag. De huisarts stelt de diagnose op basis van symptomen en behandelt deze meestal met een laxans. Tot voor kort ontbraken echter richtlijnen voor keuze van een laxans, dosering en duur van behandeling. De nieuwe NHG-Standaard Obstipatie brengt daarin verandering. Een goed moment om eens te kijken naar het aantal patiënten met obstipatie in de huisartsenpraktijk en hun behandeling.

Prevalentie

Gemiddeld ziet een huisarts per jaar 20 patiënten met obstipatie (ICPC-code D12) per 1000 ingeschreven patiënten (*figuur* 1). Deze prevalentie veranderde de afgelopen jaren niet. Obstipatie komt het meest voor bij kinderen onder de 4 jaar en bij ouderen (75+) en het minst bij kinderen tussen de 13 en 18 jaar (8 per 1000 patiënten). Gemiddeld ziet de huisarts meer vrouwen dan mannen, behalve bij zuigelingen.

Laxantia

Patiënten met obstipatie krijgen meestal een laxans voorgeschreven: 60% van de kinderen jonger dan 1 jaar, 80% van de oudere kinderen en 88% van de volwassenen. Hierbij zijn er geen verschillen tussen mannen en vrouwen. Over de afgelopen jaren is het percentage patiënten dat een laxans kreeg voorgeschreven licht gestegen van 83% naar 86%.

Volgens de nieuwe richtlijn zijn lactulose of macrogol de eerste keuze bij medicamenteuze behandeling. Bij kinderen jonger dan een jaar is lactulose het enige middel. In *figuur* 2 is te zien dat het aantal macrogolrecepten de afgelopen jaren licht is gestegen en het aantal lactuloserecepten licht is gedaald. Dezelfde stijgende trend van macrogolen is waarneembaar bij kinderen jonger dan een jaar. Dit is opmerkelijk omdat het effect van macrogolen bij kinderen jonger dan 1 jaar nog niet wetenschappelijk is onderzocht. De reden voor medicatie – disimpactie of onderhoudsbehandeling – is onbekend.

Verwijsgedrag

Van de kinderen (0 tot 18 jaar) met obstipatie wordt in totaal 3,8% verwezen: het grootste deel (86,8%) naar de kinderarts of internist, een kleiner deel gaat naar de diëtist (7,4%) of chirurg (1,5%). Van de volwassen patiënten met obstipatie wordt in totaal 1,3% verwezen; 66,4% naar de internist, een kleiner deel naar de diëtist (12,2%). Het percentage verwijzingen naar chirurg of gynaecoloog ligt beduidend hoger dan op de kinderleeftijd, respectievelijk 7,3% en 2,1%. Dit hangt samen met de verschillen in etiologie tussen kinderen en volwassenen.

Conclusie

Obstipatie is een veelvoorkomende klacht. Over het algemeen behandelt de huisarts obstipatie zelf. Bij ouderen verwijst hij vaker voor een mogelijk chirurgische behandeling; er is wellicht sprake van een andere onderliggende aandoening dan bij kinderen. De keuze van een laxans in de afgelopen jaren lijkt in overeenstemming te zijn met de aanbevelingen van de nieuwe NHG-Standaard Obstipatie. De trend om macrogolen te geven aan zuigelingen verdient echter aandacht en aanpak.

Figuur 1 Obstipatie bij mannen en vrouwen, 2004-2008

Figuur 2 Verdeling van medicamenteuze behandelingen, 2004-2008

De hier beschreven analyses zijn uitgevoerd met gegevens uit het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH). LINH maakt gebruik van gegevens uit de elektronische patiëntendossiers (EPD's) van deelnemende huisartsen. De LINH-huisartsen verzamelen op continue basis gegevens over aandoeningen (ICPC-gecodeerde diagnose), aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvoorschriften en verwijzingen. www.linh.nl

H&W 10 09.indb 463 25-08-10 09:04

Effecten van gestructureerde COPD-zorg vanuit zorginkoopperspectief

Paul van Dijk, Onno van der Galiën, Aldien Poll

Inleiding

Sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 hebben zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid om namens hun verzekerden zorg op een doelmatige wijze in te kopen, binnen de macrokaders van de overheid. Zowel zorgverzekeraars als -aanbieders moeten hieraan wennen en dienen te investeren in dit zorginkoopproces.[1] Bij die inkoop is niet de financiering van het bestaande aanbod leidend, maar de behoefte aan zorg van een patiënt of een groep patiënten. Deze behoefte hangt samen met het vóórkomen van aandoeningen in wijken of gebieden en daarom is informatie over de opbouw van het verzekerdenbestand en hun huidige en toekomstige gezondheidsvragen van belang. Zorgverzekeraar Agis doet vooraf analyses in haar declaratiebestand om gericht te kunnen inkopen. Een van de aandoeningen die deze zorgverzekeraar in dit interne analyseprogramma selecteerde was COPD, een ziektebeeld met een grote ziektelast, waarbij het beroep op de zorg fors is.[2] Behalve op kwantitatieve overwegingen moet men de ingekochte zorg zo veel mogelijk baseren op professionele kwaliteitsnormen, wat moet leiden tot verbetering van zorguitkomsten. Bij het vaststellen van zorguitkomsten spelen zowel het professionele perspectief als dat van patiënten een belangrijke rol. Uit de literatuur komt het beeld naar voren dat een gestructureerde aanpak bij COPD tot verbetering van zorgprocessen[3] en betere resultaten op patiëntniveau leidt.[4] Wij waren daarom geïnteresseerd in de vraag of verschillen in de manier waarop men de zorg voor COPD-patiënten levert tot uiteenlopende uitkomsten leiden.

Methode

Het onderzoeksontwerp is dat van een retrospectief cohortonderzoek. We onderzochten verschillen in zorguitkomsten bij COPD-patiënten van drie groepen huisartsen. Groep 1 (de kadergroep) bestond uit twee gezondheidscentra waarin kaderhuisartsen voor astma en COPD de zorg voor chronische luchtwegproblemen coördineerden (in de onderzoeksperiode waren dit de enige zogenaamde CAHAG-huisartsen in Amsterdam). Groep 2 (de regiogroep) bestond uit de overige huisartsen met een praktijk in hetzelfde stadsdeel als de kadergroep. Groep 3 betrof de overige huisartsen in de stad Amsterdam (de stadsgroep).[5]

Gestructureerde zorg

De gestructureerde zorg door een kaderhuisarts is ingericht aan de hand van de NHG-Standaard. In de organisatie is een centrale rol weggelegd voor praktijkondersteuners, die de regie over het proces voeren. Ze doen de longfunctiemetingen in eigen beheer en houden de resultaten zodanig elektronisch bij, dat ze periodiek

Samenvatting

Van Dijk P, Van der Galiën O, Poll A. Effecten van gestructureerde COPD-zorg vanuit zorginkoopperspectief. Huisarts Wet 2010;53(9):464-7.

Inleiding We hebben onderzoek gedaan naar de effecten van gestructureerde COPD-zorg door huisartsen die moet leiden tot een betere instelling, een betere kwaliteit van leven en minder exacerbaties.

Methode Uit alle verzekerden bij zorgverzekeraar Agis stelden we een cohort van verzekerden samen van veertig jaar en ouder, die op het moment van inclusie geen medicatie gebruikten voor diabetes of hart- en vaatziekten en geen medicatie voor de luchtwegen. Ze stonden ingeschreven bij drie groepen Amsterdamse huisartsen: een groep gestructureerde zorg, inclusief een kaderhuisarts COPD (referentiegroep), de overige huisartsen in dezelfde regio en de overige huisartsen in de stad (controlegroepen). We hebben de starters met luchtwegmedicatie over een periode van vijf jaar in beeld gebracht om een indruk te krijgen van de vergelijkbaarheid op aantallen gebruikers en lengte van het gebruik. In het vijfde jaar hebben we de relatieve risico's op de kans op opname vanwege COPD en het gebruik van een prednisonstootkuur en antibiotica gemeten.

Resultaten Het omderzochte cohort bestond uit 105.902 verzekerden. In alledrie de groepen patiënten was de proportie starters met luchtwegmedicatie en de duur van het gebruik vergelijkbaar. In de controlegroepen bleek de kans op opname in een ziekenhuis bijna 2,5 maal zo hoog en was de kans op gebruik van een prednisonstootkuur en antibiotica 1,3 maal zo hoog.

Conclusie Gestructureerde COPD-zorg lijkt tot betere zorguitkomsten te leiden en de zorginkoop voor deze groep patiënten zou zich daar meer op moeten richten.

Agis Zorgverzekeringen, Postbus 19, 3800 HA Amersfoort: dr. P. van Dijk, adviserend geneeskundige; O. van der Galiën, adviseur zorginnovatie en risicoverevening; A. Poll, adviseur Raad van Bestuur. AMC, divisie Klinische Methoden en Public Health, afdeling Huisartsgeneeskunde, Amsterdam: dr. P. van Dijk, onderzoeker.

Correspondentie: p.van.dijk@agisweb.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W 10 09.indb 464 25-08-10 09:04

Wat is bekend?

- Uit de literatuur blijkt dat gestructureerde COPD-zorg leidt tot verbetering van het zorgproces en resultaten bij patiënten.

Wat is nieuw?

- In dit onderzoek bestaan grote verschillen in zorggebruik tussen COPD-patiënten met gestructureerde zorg met een kaderhuisarts en COPD-patiënten bij wie dat niet het geval is.
- Gestructureerde COPD-zorg leidt tot minder opnamen, minder prednisonstootkuren en minder antibioticagebruik.
- Voor zorgverzekeraars kan dit aanleiding zijn om zich op inkoop van gestructureerde zorg te richten.

een overzicht van de uitkomsten van zorg aan de hulpverleners kunnen terugkoppelen. Deze werkwijze is ons bekend uit contractbesprekingen met beide huisartsengroepen. De overige groepen werkten mogelijk anders en hadden in ieder geval geen kaderhuisarts voor astma en COPD.

Inclusie

We includeerden alle in Amsterdam wonende Agis-verzekerden van veertig jaar en ouder, die vanaf 2001 verzekerd waren en bij Agis verzekerd bleven tot en met 2006. Ze mochten op 1 januari 2002 en in 2001 geen luchtwegmiddelen gebruiken (ATC-code R03, 'middelen bij astma/COPD') en geen medicatie gebruiken die wijst op comorbiditeit van diabetes mellitus of hart- en vaatziekten. We identificeerden de verzekerden aan de hand van postcodes; voor specifieke aandoeningen deden we dat met behulp van medicatiegebruik en DBC-codes. Aan de hand van de inschrijving op naam identificeerden we de betreffende huisarts. Dit cohort splitsten we in drieën: een kadergroep, een regiogroep en een stadsgroep.

Uitkomstmaten

De uitkomstmaten waren het percentage ziekenhuisopnamen met als ontslagdiagnose COPD, het percentage patiënten dat kort prednison gebruikte (stootkuur) en het percentage patiënten dat antibiotica gebruikte. Alle drie golden als maat voor het optreden van exacerbaties. De uitkomstmaten zijn in kaart gebracht over het jaar 2006.

Gegevensverzameling

Wij verzamelden de gegevens in het declaratiebestand van Agis, waarin alle declaraties op verzekerdennummer (anoniem) zijn opgeslagen.

Analyse

Omdat zorguitkomsten niet alleen door huisartsen worden bepaald, maar onder andere ook door de overige zorginstellingen, vergeleken we de uitkomsten van de zorg door de kaderarts met die van huisartsen in dezelfde stadsregio. Deze huisartsen maken gebruik van hetzelfde referentieziekenhuis en zijn voor een belangrijk deel ook georganiseerd in gezondheidscentra. Daarnaast vergeleken we de uitkomsten met de gemiddelden over heel Amsterdam minus de regiogroep, met de kadergroep.

In een multipele regressieanalyse, met de patiënt als analyseeenheid, bepaalden we de relatieve risico's op de uitkomsten van de regio- en stadsgroep (controlegroepen) ten opzichte van de kadergroep (referentiegroep). We corrigeerden voor de populatiekenmerken die men gebruikt bij de zogenaamde risicoverevening (de compensatie voor voorspelbare kosten in de budgettering van zorgverzekeraars): leeftijd, geslacht, postcode (achterstandswijken) en voor gezondheidsstatus aan de hand van proxyvariabelen, zoals geneesmiddelengebruik en DBC-code.

Resultaten

Uiteindelijk includeerden we 105.942 verzekerden. Het percentage verzekerden dat in de onderzoeksonderzoeksperiode luchtwegmiddelen ging gebruiken (starters) was in de kadergroep, de regiogroep en de stadsgroep respectievelijk 14,2% (n = 2226), 12,5% (n = 8331) en 13,1% (n = 95.385). De duur van het gebruik van de luchtwegmiddelen, als maat voor de ernst (1, 2, 3, 4 of 5 jaar), verschilde niet (*tabel* 1).

Tabel 2 toont de organisatiekenmerken van de huisartsen in het onderzochte cohort. Verzekerden in de kadergroep waren allen ingeschreven in een gezondheidscentrum. In de regiogroep was dit percentage 41,5% en in de stadsgroep 15,8%. Ook voor de ove-

Foto: Shutterstock/Kenneth William Calero

H&W 10 09.indb 465 25-08-10 09:04

rige twee organisatiekenmerken waren er verschillen.

Op alle drie de uitkomstmaten bleken er verschillen te bestaan tussen de kadergroep en de andere groepen. De kans op ziekenhuisopname was in beide andere groepen meer dan tweemaal zo groot als in de kadergroep. Het relatieve risico (gecorrigeerd voor de samenstelling van de patiëntenpopulatie) bij de regiogroep was 2,36 (95%-BI 1,65-3,37); bij de stadsgroep was dit 2,52 (95%-BI 1,80-3,51). Voor antibioticagebruik was dit respectievelijk 1,29 (95%-BI 1,23-1,34) en 1,24 (95%-BI 1,20-1,29) voor de regio- en stadsgroep. Patiënten in de regiogroep en de stadsgroep gebruikten vaker prednison. Het relatieve risico was respectievelijk 1,40 (95%-BI 1,31-1,51) en 1,26 (95%-BI 1,18-1,34) (*tabel* 3).

Beschouwing

Er bestaan grote verschillen in zorguitkomsten bij COPD-patiënten na correctie voor de belangrijkste factoren die deze verschillen zouden kunnen verklaren. Patiënten zonder gestructureerde zorg hebben een ruim twee keer zo grote kans om te worden opgenomen in een ziekenhuis met de diagnose COPD als patiënten die gestructureerde zorg krijgen van samenwerkende huisartsen met een kaderhuisarts astma/COPD. Ze gebruiken bovendien bijna anderhalf keer zo vaak antibiotica en prednison. We hebben in deze analyse niet kunnen corrigeren voor het feit dat in de twee controlegroepen vergelijkbare samenwerkingsverbanden (maar zonder kaderhuisarts) bestaan en voor de waarschijnlijk grote variatie in de samenwerking in de controlegroepen. Dit kan betekenen dat er sprake is van een onderschatting van de effecten van de gestructureerde zorg. Het bestand van Agis bevat weliswaar gegevens over de extra gefinancierde samenwerkingsverbanden, maar beschikt over onvoldoende informatie over de (mate van) samenwerking. De omvang van de gevonden verschillen maakt het onwaarschijnlijk dat de mate van samenwerking de enige verklaring is.

Het is mogelijk dat we behalve patiënten met COPD ook een aantal patiënten met alleen astma hebben ingesloten. Het gaat dan om patiënten, ouder dan veertig jaar, die wel astma hebben, maar gedurende twee jaar geen luchtwegmedicatie hebben gebruikt. Waarschijnlijk betreft dat een relatief gering aantal patiënten. Bovendien dragen zij niet bij aan de ontslagdiagnose COPD, terwijl we juist daar het grootste verschil vonden. De drie groepen zijn vergelijkbaar voor wat betreft het aantal starters en de duur van het gebruik van luchtwegmiddelen (als maat voor de ernst). De kleine verschillen daarin kunnen de verschillen in de uitkomsten niet verklaren. Ook kunnen de verschillen te maken hebben met verschillen in de patiëntengroepen, waarbij sociaaleconomische status een belangrijke parameter is. Een belangrijke correctie hiervoor voerden we echter uit met de factoren die gebruikt worden in de risicoverevening: sociale status en achterstandswijk. Van de gebruikte uitkomstmaten is 'opname gecodeerd voor COPD' één op één te herleiden tot de COPD-groep. Uit een analyse van onze bestanden blijkt dat 90% van de prednisonstootkuren is gekoppeld aan gebruik van luchtwegmedicatie. Het totale

Tabel 1 Aantal verzekerden per groep (40+, geen diabetes mellitus of hart- en vaatziekten bij inclusie), percentages starters met luchtwegmiddelen in de onderzoeksperiode, naar lengte van het gebruik

		Totaal	Kadergroep	Regiogroep	Stadsgroep
Aantal verzekerden > 40 jaar	n	105.942	2226	8331	95385
Geen gebruik in cohortperiode			85,8%	87,5%	86,9%
Starters die luchtwegmiddelen gebruiken, naar lengte van het gebruik	1 jaar		7,8%	7,0%	7,2%
	2 jaar		3,1%	2,5%	2,6%
	3-4 jaar		2,5%	2,3%	2,6%
	5 jaar		0,8%	0,7%	0,7%

Tabel 2 Organisatiekenmerken van de huisartsen

Organisatievorm	Kadergroep	Regiogroep	Stadsgroep
1-2 huisartsen	0%	39,8%	50,6%
3-4 huisartsen	0%	18,7%	33,5%
Huisartsen in gezondheidscentra	100% (2 centra)	41,5%	15,8%

Tabel 3 Percentage opnamen met ontslagdiagnose COPD, percentage prednisonstootkuur en antibioticagebruik, als percentages van het cohort, relatieve risico's en 95%-betrouwbaarheidsinterval

	Percentage van het cohort in 2006 (n = 105.942)	RR	95%-BI
Ziekenhuisopnamen met ontslagdiagnose COPD			
Kadergroep	0,3	1,00	referent
Regiogroep	0,6	2,36	1,65-3,37
Stadsgroep	0,8	2,52	1,80-3,51
Antibiotica			
Groep met gestructureerde COPD-zorg	23,5	1,00	referent
Regiogroep	29,0	1,29	1,23-1,34
Stadsgroep	28,4	1,24	1,20-1,29
Prednisongebruik als stootkuur			
Kadergroep	8,1	1,00	referent
Regiogroep	10,2	1,40	1,31-1,51
Stadsgroep	9,7	1,26	1,18-1,34

H&W 10 09.indb 466 25-08-10 09:04

Abtract

Van Dijk P, Van der Galiën O, Poll A. Effect of structured care for COPD patients from a health insurance perspective. Huisarts Wet 2010;53(9):464-7.

Introduction We investigated whether coordinated and structured care provided by general practitioners for patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) leads to better disease management and improved patient outcomes, namely, fewer exacerbations and a better quality of life.

Method Patients insured with the Agis Health Insurance Company who were older than 40 years and not taking drugs for respiratory diseases or cardiovascular diseases at the time of inclusion participated in this study. They were on the lists of three groups of general practitioners in Amsterdam: GPs who offered structured care, including a GP specialized in COPD (intervention group), GPs in the same area, and GPs in other areas of Amsterdam (control groups). Patients who started using drugs for respiratory diseases were followed up for 5 years, to determine whether the groups were similar in terms of number of new users and duration of medicine use. In year 5, we assessed the relative risk of hospital admission for COPD, and the use of high-dose prednisone therapy and antibiotics.

Results The cohort consisted of 105,942 individuals. The proportion of new users of respiratory drugs and the duration of medicine use were similar in the three groups. The risk of hospitalization was nearly 2.5-times higher and the use of high-dose prednisone therapy and antibiotics was 1.3-times higher in the control groups than in the intervention group.

Conclusion Structured care for COPD patients would appear to lead to better clinical outcomes. Health insurance companies should encourage this type of care for these patients.

antibioticagebruik is natuurlijk niet één op één gerelateerd aan de COPD-groep. Deze uitkomst is daarom aan discussie onderhevig, maar vertoont dezelfde tendens als het prednisongebruik.

Beperkingen van het onderzoek betreffen het kleine aantal praktijken met gestructureerde zorg met een kaderhuisarts en het feit dat we niet hebben gecorrigeerd voor clustering van patiënten binnen praktijken.

De vraag is of deze gestructureerde zorg met een kaderhuisarts de belangrijkste verklarende factor is voor de gevonden verschillen. We zijn geneigd het effect vooral toe te schrijven aan de combinatie van een al langer hecht samenwerkende groep huisartsen, die ook op andere gebieden een gestructureerde aanpak kent, en de aanwezigheid van een kaderhuisarts, waarbij een traditie van samenwerking sneller leidt tot acceptatie van de ideeën van de kaderarts.

Deze vorm van zorg lijkt doelmatigheidswinst op te kunnen leveren als de kosten van exacerbaties (een acute opname kost gemiddeld tussen € 5000 en € 7000) worden vergeleken met gestructureerde zorg. Wij onderzoeken nader of er na de investering in de gestructureerde zorg doelmatigheidswinst overblijft.

Behalve effectiviteit en kosten spelen ook kwaliteit van leven en ervaringen van patiënten een belangrijk rol bij de inkoop van zorg. In de toekomst zullen we met de zogenaamde CQ-index[6] en de SF36 respectievelijk de patiëntervaringen en de kwaliteit van leven in kaart brengen, en relateren aan de gegevens over het zorggebruik.

Hoe verder?

Net als andere uitkomsten zullen wij deze uitkomsten met de aanbieders bespreken: zijn de resultaten herkenbaar, geven ze aanleiding tot verbetervoorstellen en zo ja, hoe zouden die dan moeten worden gerealiseerd? Het is in ieder geval voor Agis aanleiding om gestructureerde zorg in brede zin, waaronder die voor COPD-patiënten, verder op financierbaarheid te onderzoeken. Uitgangspunt hierbij is dat betere kwaliteit van zorg hand in hand moet gaan met een grotere doelmatigheid. Dat laatste is van belang als we de toekomstige ontwikkelingen in de zorg betaalbaar willen houden.

Literatuur

1 Van Dijk P, Hogervorst W. Quality based purchasing and quality improvement in general practice [Proefschrift]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2008.
2 http://www.astmafonds.nl/downloads/KetenDBC-boekje.pdf
3 Lemmens K, Strating M, Huijsman R, Nieboer A. Professional commitment to changing chronic illness care: results from disease management programmes. Int J Qual Health Care 2009;21:233-42.
4 Meulepas M, Jacobs J, Smeenk F, Smeele I, Lucas A, Bottema B, et al. Effect of an integrated primary care model on the management of middle-aged and old patients with obstructive lung diseases. *Scand J Prim Health Care* 2008;25:186-92.
5 Van der Galiën O. COPD onder de knie. Onderzoek naar verschillen in uitkomstmaten van exacerbaties bij COPD-patiënten, tussen huisartsenpraktijken in Amsterdam. Eindverslag masteropleiding epidemiologie. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2008.
6 Vlems F, Stam P, Poll A. Zorginkoop en de CQ-index. Tijdschr Soc Gezondheidsz 2008;8:426-27.

H&W 10 09.indb 467 25-08-10 09:04

TNF-α-blokkerende geneesmiddelen voor de behandeling van reumatoïde artritis

Marcel Flendrie, Piet van Riel

Inleiding

Reumatoïde artritis (RA) is een chronische systemische autoimmuunziekte van onbekende oorzaak, die zich voornamelijk uit in symmetrische gewrichtsontstekingen. De prevalentie is 0,5 tot 1%.[1] In de laatste twee decennia is er een grote vooruitgang geboekt in de ontrafeling van de ontstekingsprocessen bij RA. Een belangrijke ontdekking hierbij is de rol van een aantal proinflammatoire cytokines, zoals tumornecrosisfactor alfa (TNF-α). *Figuur* 1 toont schematisch de centrale rol die TNF-α speelt bij de pathogenese van RA. Parallel aan deze ontdekking is een nieuwe groep medicijnen ontwikkeld, met als specifiek doel het antagoneren van deze cytokines, de zogenaamde 'biologicals'. Uit deze groep zijn de geneesmiddelen die gericht zijn tegen TNF-α als eerste geregistreerd (in 2000) voor de behandeling van RA. Momenteel zijn het de meest toegepaste biologicals in de reumatologische praktijk. Kennis over de effecten en bijwerkingen is van belang voor iedere eerste- en tweedelijnsarts die in zijn dagelijkse praktijk patiënten ziet die een behandeling krijgen met een TNF-α-blokkerend geneesmiddel. Dit artikel geeft een overzicht van belangrijke aspecten van de toepassing van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen die in de afgelopen tien jaar uit klinisch onderzoek naar voren zijn gekomen en die relevant zijn voor de dagelijkse praktijk.

Samenvatting

Flendrie M, Van Riel PLCM. TNF-α-blokkerende geneesmiddelen voor de behandeling van reumatoïde artritis. Huisarts Wet 2010;53(9):468-73.

De komst van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen heeft de behandeling van reumatoïde artritis ingrijpend veranderd. Waar bij veel patiënten aanvankelijk controle van ziekteactiviteit het hoofddoel was, zien we nu een verschuiving naar het bereiken van een snelle en volledige remissie. Het percentage patiënten dat dit doel ook daadwerkelijk haalt door gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen is echter nog laag. De unieke structuur en het werkingsmechanisme van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen kunnen leiden tot specifieke bijwerkingen, bijvoorbeeld een verhoogd infectierisico. Dit blijkt onder andere uit observationele onderzoeken, opgezet om de effectiviteit en bijwerkingen van deze nieuwe medicijnen te monitoren. Dit artikel beschrijft aan de hand van een observationeel onderzoek de belangrijkste effecten en bijwerkingen van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen. Kennis hierover is van belang voor artsen, zowel in de eerste als de tweede lijn, die in hun dagelijkse praktijk patiënten zien die een behandeling krijgen met een TNF-α-blokkerend geneesmiddel.

Rijnstate ziekenhuis, Wagnerlaan 55, 6815 AD, Arnhem: dr. M. Flendrie, reumatoloog in opleiding. UMC St Radboud: prof.dr. P.L.C.M. van Riel, reumatoloog, hoofd afdeling Reumatologie.

Correspondentie: mflendrie@alysis.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

TNF-α-blokkerende geneesmiddelen

Vlak voor de eeuwwisseling werden twee TNF-α-blokkerende geneesmiddelen, etanercept en infliximab, geregistreerd voor de behandeling van RA in Europa. Verschillende Nederlandse universiteiten en ziekenhuizen hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan deze registratie. Zo heeft men in Leiden in het begin van de jaren negentig voor het eerst een RA-patiënt met een TNF-α-blokkerend geneesmiddel behandeld, te weten infliximab.

Infliximab (merknaam Remicade®) is een chimerisch, monoklonaal antilichaam, bestaande uit een humaan IgG-1-eiwit, waarvan het bindingsdeel vervangen is door een stukje muizeneiwit met specifieke bindingscapaciteit voor TNF-α (*figuur* 2). De halfwaardetijd is acht tot tien dagen.[1]

Etanercept (merknaam Enbrel®) is een fusie-eiwit dat bestaat uit twee oplosbare TNF-α-receptoren, die zijn gebonden aan het Fc-deel van een IgG-1-eiwit (*figuur* 2). Het heeft een kortere halfwaardetijd van drie tot vier dagen en men dient het toe als subcutane injectie.

In 1997 heeft men in het UMC St Radboud in Nijmegen voor het eerst een patiënt behandeld met adalimumab (Humira®). Adalimumab is een volledig humaan monoklonaal antilichaam tegen TNF-α, met een halfwaardetijd van tien tot veertien dagen.[1]

Inmiddels gebruikt men TNF-α-blokkerende middelen ook voor andere (niet-)reumatische aandoeningen en komen er in de groep van biologicals bijna jaarlijks nieuwe middelen bij. Recentelijk heeft men twee nieuwe TNF-α-blokkerende geneesmiddelen geregistreerd voor de behandeling van RA, te weten golimumab en pegsunercept. Vanwege het beperkte gebruik in de huidige reumatologische praktijk hebben we deze twee nieuwe middelen in dit artikel buiten beschouwing gelaten. Een overzicht van verschillende biologicals voor RA staat in *tabel* 1.

Naamgeving van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen

De generieke naamgeving van biologicals komt voort uit het International Proprietary Names (INN) programma van de World Health Organization (WHO).[2] De namen zijn opgedeeld in een

H&W 10 09.indb 468 25-08-10 09:04

De kern

- Aan het behandelarsenaal van reumatoïde artritis zijn de afgelopen jaren TNF-α-blokkerende medicijnen toegevoegd. Hiermee is de ziekteactiviteit soms tot volledige remissie te brengen, ook bij patiënten bij wie de reeds bestaande middelen geen effect hadden.
- TNF-α-blokkerende medicijnen hebben een verhoogd risico op (ernstige) infecties en auto-immuunverschijnselen als bijwerking.
- Kennis van deze middelen en goede samenwerking tussen eerste en tweede lijn zijn essentieel voor een veilige behandeling van patiënten met reumatoïde artritis.

aantal stammen (of woorddelen), waarbij het laatste deel de hoofdstam vormt en bepalend is voor het aantal en de aard van de substammen die ervoor staan. Zo eindigen monoklonale antilichamen op de hoofdstam '-mab'. De twee substammen ervoor beschrijven in omgekeerde volgorde: 1) de origine van het eiwit (u = humaan, zu = gehumaniseerd, (x)i = chimerisch), en 2) de ziektegroep of het doel (li(m) = immunomodulerend). Het staat de farmaceut vrij om de eerste substam te bepalen, mits het INN-programma deze heeft goedgekeurd. Voor receptormoleculen en interleukinen bestaan andere vervoegingstabellen.[2]

Effectiviteit van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen

De effectiviteit van de drie genoemde TNF-α-blokkerende geneesmiddelen is aangetoond in verschillende placebogecontroleerde klinische trials, zowel voor monotherapie als voor de combinatie met het veelgebruikte tweedelijnsgeneesmiddel methotrexaat.[1] Later volgden trials van patiënten, vaak met recent ontstane RA met een ziekteduur korter dan twee jaar, waaruit bleek dat de combinatie van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen met methotrexaat de ziekteactiviteit beter onderdrukt dan een van beide als monotherapie.[4-7] Ook bleek dat de gemiddelde gewrichtsschade, zoals vastgesteld via röntgenfoto's van handen en voeten, duidelijk minder snel progressief was bij patiënten die een behandeling met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen kregen.

Verschillende onderzoeken hebben de effectiviteit van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk aangetoond. Gemiddeld vertoont 60 tot 80% van de RA-patiënten een respons op deze geneesmiddelen, dat wil zeggen een klinisch significante daling van de ziekteactiviteit. Het maximale effect zien we meestal na 12 weken therapie, maar soms kan het tot 6 maanden duren voordat dit effect wordt bereikt. Bij 10 tot 20% is er sprake van remissie, met andere woorden een zeer lage ziekteactiviteit. Na een jaar blijkt dat gemiddeld 10 tot 40% van de RA-patiënten met het medicijn is gestopt vanwege ineffectiviteit of bijwerkingen. Na 2 jaar is dit aantal opgelopen tot 20 tot 50%.[1] Hierna treedt er minder uitval op. In het algemeen zijn de drie TNF-α-blokkerende geneesmiddelen adalimumab, infliximab en etanercept gelijkwaardig met betrekking tot effectiviteit, hoewel sommige onderzoeken kleine verschillen laten zien in effectiviteit of medicijntrouw (dat wil zeggen de duur van de periode waarin patiënten hetzelfde geneesmiddel blijven

Figuur 1 De rol van TNF-α bij reumatoïde artritis © *M. Flendrie*

Schematische weergave van de rol van TNF-α bij reumatoïde artritis. TNF-α wordt vooral door macrofagen geproduceerd en bindt aan TNF-α-receptoren op verschillende doelwitcellen (niet-onderbroken zwarte pijlen), zoals endotheel, fibroblasten, chondrocyten en osteoclasten. Het stimuleert een aantal inflammatoire en degeneratieve processen (onderbroken pijlen), zoals migratie van leukocyten, kraakbeendegradatie en botresorptie. Blokkade van TNF-α (blauwe cirkel) kan plaatsvinden door binding aan monoklonale antilichamen (links in de cirkel), zoals Remicade® of Humira®, of aan oplosbare receptoren (rechts in de cirkel), zoals Enbrel®.

H&W 10 09.indb 469 25-08-10 09:04

Figuur 2 Structuur en naamgeving van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen © M. Flendrie

Antilichaamstructuur
Fab-deel: antigeen bindend deel; Fc-deel: bindt aan Fc-receptoren op het celoppervlak (macrofagen) en bindt complement; SS: disulfidebruggen. Infliximab is een chimerisch (deels humaan, deels muis), monoklonaal antilichaam, adalimumab is een volledig humaan antilichaam. Etanercept is een fusie-eiwit dat bestaat uit een Fc-deel van een IgG1-molecuul, gefuseerd met twee oplosbare p75 TNF-a-receptoren (sTNF-r).

Tabel 1 Huidige biologicals voor de behandeling van reumatoïde artritis

Generieke naam (merknaam)	Gericht tegen	Structuur	Jaar van registratie in Europa†
Infliximab (Remicade®)	TNF-α	Chimerisch* monoklonaal antilichaam	1999
Etanercept (Enbrel®)	TNF-α	Oplosbaar receptor fusie-eiwit	2000
Anakinra (Kineret®)	IL-1-receptor	Recombinante receptorantagonist	2002
Adalimumab (Humira®)	TNF-α	Humaan monoklonaal antilichaam	2003
Rituximab (Mabthera®)	B-cel	Chimerisch* monoklonaal antilichaam	2006
Abatacept (Orencia®)	CD80/86	Humaan fusie-eiwit	2007
Tocilizumab (RoActemra®)	IL-6-receptor	Gehumaniseerd monoklonaal antilichaam	2009
Certolizumab pegol (Cimzia®)	TNF-α	Recombinant gehumaniseerd antilichaam fragment	2009
Golimumab (Simponi®)	TNF-α	Humaan monoklonaal antilichaam	2009

TNF = tumor necrosis factor, IL = interleukine, CD = cluster of differentiation (celbiologische aanduiding van oppervlaktemoleculen)
*chimerisch = samengesteld uit delen van verschillende origine
† Nederland volgt meestal binnen een jaar de Europese registratie van de EMEA (European Medicines Agency; de 'Europese FDA').

gebruiken).[1] Er zijn tot op heden geen aanwijzingen dat een van de nieuwere biologicals beter is dan de drie eerste TNF-α-blokkerende geneesmiddelen.

Het monitoren van de effectiviteit en veiligheid

Aan de hand van klinische trials kan men de effectiviteit of doeltreffendheid in gecontroleerde omstandigheden onderzoeken. De onderzochte RA-populaties betreffen veelal een homogene selectie uit een zeer heterogene groep, waarbij beperkingen gelden met betrekking tot comedicatie en comorbiditeit. Bovendien is de follow-upduur vaak beperkt. Extrapolatie van gegevens met betrekking tot effectiviteit en veiligheid naar de klinische praktijk is daarom niet altijd eenvoudig. Een recent onderzoek heeft laten zien dat eenderde tot de helft van alle RA-patiënten die TNF-α-blokkerende geneesmiddelen kregen niet voldeden aan de inclusiecriteria voor de klinische trials die hebben geleid tot registratie van deze middelen.[3] Bovendien bleken patiënten die wel voldeden aan de inclusiecriteria over het algemeen een betere respons op de therapie te hebben. Dit onderzoek laat duidelijk zien dat er sprake is van een beperkte generaliseerbaarheid van gegevens uit klinische trials naar de praktijk en dat het noodzakelijk is om postmarketing onderzoek te doen.

Een goede methode om aanvullende gegevens te verkrijgen is longitudinaal observationeel onderzoek. Zo'n onderzoek heeft als voordeel dat het gaat om 'real-life' gegevens. Als nadeel geldt dat er niet altijd een goede controlegroep voorhanden is. In verschillende landen in Europa (Engeland, Zweden, Duitsland, Nederland) en in de Verenigde staten heeft men dergelijke onderzoeken op grote schaal uitgevoerd. Het UMC St Radboud is in 2000 begonnen met het monitoren van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen en andere biologicals.[1] In 2003 heeft dit cohortonderzoek een vervolg gekregen in de vorm van een groter multicenteronderzoek, het DREAM-onderzoek (Dutch Rheumatoid Arthritis Monitoring), waarbij elf ziekenhuizen in voornamelijk het oosten en noorden van Nederland betrokken zijn.[3] In dit observationele onderzoek volgt men patiënten met driemaandelijkse visites, waarbij men gegevens verzamelt over onder andere ziekteactiviteit en bijwerkingen.

Antilichaamvorming

Antilichaamvorming tegen TNF-α-blokkerende geneesmiddelen kan optreden bij alle drie geneesmiddelen, zij het met wisselende frequenties. Vooral bij infliximab-gebruik kunnen ten gevolge van het chimere karakter anti-infliximab-antilichamen ontstaan, in sommige onderzoeken tot wel 44% van de patiënten.[1] Deze antilichamen kunnen geassocieerd zijn met neutralisatie en een toegenomen klaring van infliximab, waardoor de effectiviteit afneemt. Ook rapporteert men in aanwezigheid van anti-infliximab-antilichamen vaker, maar niet uitsluitend, infusiereacties. Combinatietherapie met methotrexaat is geassocieerd met minder anti-

H&W 10 09.indb 470 25-08-10 09:04

lichaamvorming en daarom mogelijk met betere effectiviteit en minder infusiereacties.

Ook bij adalimumab-gebruik kunnen neutraliserende antilichamen ontstaan die de effectiviteit verminderen, zij het in mindere mate (15%). Of de aanwezigheid van anti-adalimumab-antilichamen leidt tot meer overgevoeligheidsreacties is niet duidelijk. Anti-etanercept-antilichamen zijn zeldzaam en mogelijk niet neutraliserend.

Ook zien we tijdens het gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen vaak antinucleaire antilichamen (40% tot 75%). Deze antilichamen zijn echter zeer zelden geassocieerd met het optreden van bijwerkingen, zoals een medicijngeïnduceerde systemische lupus erythematosus.

Bijwerkingen

Uit klinische trials bleek dat TNF-α-blokkerende geneesmiddelen een acceptabel bijwerkingenprofiel hadden. De statistisch meest significante bijwerkingen betroffen huidreacties op de plaats van de injectie en infusiereacties. Gegevens met betrekking tot een verhoogd infectierisico waren aanvankelijk tegenstrijdig, hoewel een meta-analyse later aantoonde dat behandeling met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen leidt tot een verhoogd risico op ziekenhuisopname ten gevolge van een infectie.[8] Het ging hierbij vooral om pneumonie, urosepsis, tbc-reactivatie en ernstige wekedeleninfecties. Men rapporteerde in 10% van de gevallen tuberculose en opportunistische infecties, wat relatief frequent is. Uit verschillende postmarketingobservaties blijkt dat meer bijwerkingen toegeschreven kunnen worden aan het gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen, onder andere medicijngeïnduceerde systemische lupus erythematosus, demyeliniserende syndromen en verergering van pre-existent hartfalen.[9] De belangrijkste zijn weergegeven in *tabel* 2.

Bij de patiënten uit het Nijmeegse cohort kwamen infecties, allergische reacties en huidafwijkingen het meest voor. Ernstige infecties (leidend tot ziekenhuisopname) zag men 4,6 maal per 100 patiëntjaren. Ook hierbij ging het meestal om pneumonie, (uro) sepsis, septische artritis en wekedeleninfecties. Andere observationele onderzoeken meldden vergelijkbare cijfers (5,3 tot 6,4 per 100 patiëntjaren).[1]

Ook huidafwijkingen zien we frequent tijdens TNF-α-blokkerende behandeling (16 aandoeningen per 100 patiëntjaren).[1] Het gaat om een brede variatie van verschillende huidaandoeningen, onder andere huidinfecties, gegeneraliseerde erythemateuze en erythematosquameuze erupties, eczeem, psoriasis en cutane vasculitis. Haaruitval en slijmvliesproblemen rapporteerde men nauwelijks. Aanvankelijk bestond er bezorgdheid over de ontwikkeling van maligniteiten tijdens gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen, in het bijzonder van lymfomen en andere hematologische maligniteiten. Uit een groot observationeel onderzoek uit Zweden blijkt dat lymfomen tweemaal zo vaak voorkomen bij RA-patiënten vergeleken met de normale populatie. RA-patiënten die TNF-α-blokkerende geneesmiddelen gebruikten hadden een risico dat nog iets hoger lag, maar dit effect verdween als men corrigeerde voor factoren die geassocieerd zijn met ziekte-ernst.[10]

Risicofactoren voor bijwerkingen

Uit het Nijmeegse onderzoek kwam naar voren dat RA-patiënten bij wie men de behandeling van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen combineerde met prednison of methotrexaat een significant hoger risico hadden op infecties. De relatieve risico's die men hierbij vond, waren 2,0 (95%-BI 1,3-3,1), respectievelijk 2,3 (95%-BI 1,3-4,0).[1] Het risico op infecties bij gelijktijdig prednisongebruik werd bevestigd in een ander observationeel onderzoek.[11] Verder bleken gelijktijdig prednisongebruik en een oudere leeftijd bij start met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen risicofactoren voor ernstige bijwerkingen, die leiden tot ziekenhuisopname.[1]

Screening en preventie van bijwerkingen

De kennis over bijwerkingen heeft geleid tot een aantal duidelijke adviezen voor het gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk. Daarnaast is een aantal aanbevelingen opgesteld waarover in de nabije toekomst mogelijk consensus volgt.

Tabel 2 Bijwerkingen geassocieerd met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen[1]

Bijwerking	Specificatie
Infecties	
Ernstige infecties (leidend tot ziekenhuisopname)	Banale infecties (pneumonie, urineweginfectie) kunnen ernstiger en aspecifieker verlopen
Tuberculose	Reactivatie van latente tuberculose; vaker extrapulmonale lokalisatie
Intracellulaire micro-organismen	Onder andere *Salmonella*-species, atypische mycobacteriën
Opportunistische micro-organismen	Histoplasmose, Listeriose, Aspergillose, Candidiasis, Cryptococcose
Virale infecties	Gordelroos, exacerbatie chronische hepatitis B-infectie
Immuungemedieerde bijwerkingen	
Overgevoeligheidsreacties	Infusiereacties (hemodynamische problemen, gegeneraliseerd exantheem), injectieplaatsreacties
Medicijngeïnduceerde systemische lupus erythematosus	In het bijzonder huidafwijkingen en anti-ds-DNA; zelden viscerale betrokkenheid
Demyeliniserende syndromen	Focale neurologische uitval en wittestoflaesies
Huidafwijkingen	
Vasculitis	In het bijzonder cutane (leukocytoclastische) vasculitis
Eczeem	Meestal lokaal, incidenteel gegeneraliseerd
Psoriasis en psoriasiforme erupties	Plaque psoriasis en relatief vaak psoriasis pustulosa palmoplantaris
Huidinfecties	Meestal mild (schimmel, folliculitis, gordelroos), soms ernstig (necrotiserende fasciitis, uitgebreide gordelroos)
Overige	
Hartfalen	Verergering van pre-existent hartfalen; mogelijk tevens nieuw hartfalen
Hematologische afwijkingen	Zeer zeldzaam: pancytopenie, aplastische anemie

H&W 10 09.indb 471 25-08-10 09:04

Voor een patiënt met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen begint, moet hij gescreend worden op de aanwezigheid van een latente of doorgemaakte tuberculose. Patiënten met een latente of inactieve tuberculose kunnen wel een behandeling krijgen met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen, maar moeten ook worden behandeld met tbc-profylaxe.

Tevens moet men voordat de patiënt met een TNF-α-blokkerend geneesmiddel begint actieve infecties uitsluiten. Indien er tijdens de behandeling een infectie met hoge koorts of ernstige symptomen optreedt, moet men de behandeling kortdurend stoppen. Als een arts twijfelt of de patiënt moet stoppen, is het aan te raden om advies in te winnen bij de behandelend reumatoloog. Hierbij moeten we erop wijzen dat ook een kortdurende onderbreking van enkele weken in een opvlamming van de RA kan resulteren.

Hartfalen (NYHA-klasse III of IV) geldt als een absolute contra-indicatie voor gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen. In samenspraak met de patiënt wijken artsen hier echter soms van af als ze het gevoel hebben met de rug tegen de muur te staan. Relatieve contra-indicaties voor gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen zijn onder andere chronische infecties (chronische hepatitis B), demyeliniserende ziekten, maligniteiten (actueel of gedurende de laatste vijf jaar), leverfalen, zwangerschap en borstvoeding. Men adviseert actief op chronische hepatitis B en C te screenen, maar dat gebeurt nog niet overal.[12]

Ook gelden momenteel de volgende vaccinatieadviezen. Patiënten moeten jaarlijks een griepinenting krijgen. Passieve vaccinaties of vaccinaties met een geïnactiveerd (dood) virus zijn toegestaan, maar kunnen tot een lagere antilichaamtiter leiden dan bij de gezonde populatie.[12] Vaccinaties met een levend verzwakt vaccin, zoals het gelekoortsvaccin, zijn absoluut gecontraïndiceerd en moeten plaatsvinden voor de start met TNF-α-blokkerende geneesmiddelen of na een adequate wash-out-periode. Reizigers die naar landen gaan waarvoor een vaccinatieadvies geldt, moet men adviseren naar de GGD of een travelclinic te gaan.

Over het gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen bij vrouwen die zwanger zijn, zwanger willen worden of borstvoeding geven, bestaan momenteel nog onvoldoende gegevens. Een aantal kleinere onderzoeken laat geen verhoogde incidentie zien van abortus of miskramen na gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen, maar grotere onderzoeken ontbreken.[12] Vanwege de langere halfwaardetijd van infliximab en adalimumab is het aan te bevelen ten minste vijf, respectievelijk zes, maanden na het stoppen met de medicatie door te gaan met anticonceptiva.

Huidige indicaties en kosten

TNF-α-blokkerende geneesmiddelen zijn effectief gebleken bij de behandeling van verschillende auto-immuunziekten. Het indicatiegebied breidt zich dan ook langzaam uit, zowel met betrekking tot de geregistreerde als de niet-geregistreerde (*off-label*) indicaties (*tabel* 3). Bij dit laatste gaat het om indicaties waarvoor de fabrikant geen registratie heeft aangevraagd, maar waarbij het College van Zorgverzekeringen op grond van adviezen door de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH) wel de werkzaamheid voor de betreffende indicatie erkent en waarbij aan bepaalde voorwaarden is voldaan. Voorwaarden voor vergoeding bestaan onder andere uit eisen met betrekking tot de uitgebreidheid van ziekte en eerder therapiefalen. Ook moet een specialist het recept hebben ondertekend. De kosten voor de standaardbehandeling in Nederland (zonder dosis- of intervalaanpassingen) bedragen jaarlijks rond de € 11.000,- voor infliximab en € 14.000,- voor etanercept en adalimumab.[4]

Conclusie

De komst van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen heeft de behandeling van RA ingrijpend veranderd. Waar voorheen bij veel patiënten controle van ziekteactiviteit het hoofddoel was, vindt nu een verschuiving plaats naar het bereiken van een snelle en volledige remissie. Het percentage patiënten dat dit doel ook daadwerkelijk haalt door gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen is nog laag. De specifieke remming van TNF-α kan ook leiden tot ongewenste effecten op het afweersysteem, zoals een verhoogde infectiegevoeligheid en verschillende auto-immuunfenomenen. Deze effecten en andere bijwerkingen van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen vragen om een verhoogde waakzaamheid en intensieve monitoring tijdens het gebruik.

Voor zowel patiënten als artsen die in hun praktijk te maken krijgen met het gebruik van TNF-α-blokkerende geneesmiddelen is het van belang op de hoogte te zijn van het verhoogde infectierisico en een mogelijk ernstiger verloop van infecties. Hoewel reumatologen laagdrempelig bereikbaar zijn voor patiënten wanneer het gaat om infecties en andere mogelijke bijwerkingen, kunnen ook huisartsen geconfronteerd worden met deze problematiek. Kennis over TNF-α-blokkerende geneesmiddelen en een nauwe samenwerking tussen eerste en

Tabel 3 Indicaties voor TNF-α-blokkerende geneesmiddelen per 1 januari 2010

Geregistreerde indicaties*	Welk TNF-α-blokkerend middel?
Reumatoïde artritis	Infliximab, etanercept, adalimumab
Artritis psoriatica	Infliximab, etanercept, adalimumab
Spondylitis ankylopoëtica (ziekte van Bechterew)	Infliximab, etanercept, adalimumab
Ziekte van Crohn	Infliximab, adalimumab
Colitis ulcerosa	Infliximab
Plaque psoriasis	Infliximab, etanercept, adalimumab
Juveniele idiopathische artritis	Etanercept, adalimumab
Ongeregistreerde indicaties*	
Ziekte van Crohn	Etanercept
Uveïtis	Infliximab, adalimumab
Hydradenitis suppurativa	Infliximab, etanercept, adalimumab
Sarcoïdose	Infliximab, etanercept, adalimumab
Polymyositis	Etanercept
Ziekte van Wegener	Etanercept
Ziekte van Takayasu	Etanercept

* Zie de tekst.

H&W 10 09.indb 472 25-08-10 09:04

tweede lijn is belangrijk om tijdig de risico's te onderkennen en adequaat te handelen in geval van mogelijke bijwerkingen.

Literatuur

1 Flendrie M. Effectiveness and safety of TNF-alpha blocking therapy in patients with rheumatoid arthritis [Proefschrift]. Wageningen: Ponsen & Looijen, 2009. Digitaal beschikbaar via dare.ubn.kun.nl.
2 World Health Organisation International Proprietary Names (INN) program, www.who.int/medicines/services/inn/en.
3 Kievit W, Fransen J, Oerlemans AJ, Kuper HH, Van der Laar MA, De Rooij DJ, et al. The efficacy of anti-TNF in rheumatoid arthritis, a comparison between randomised controlled trials and clinical practice. Ann Rheum Dis 2007;66:1473-8.
4 Van den Bemt BJF, Den Broeder AA, Van der Tempel H, Van den Hoogen FHJ, Breedveld FC, Janknegt R. InforMatrix behandeling reumatoïde artritis met biologicals. Ned Tijdschr Reumatol 2008;1:1-51.
5 Breedveld FC, Weisman MH, Kavanaugh AF, Cohen SB, Pavelka K, Van Vollenhoven R, et al. The PREMIER study: a multicenter, randomized, double-blind clinical trial of combination therapy with adalimumab plus methotrexate versus methotrexate alone or adalimumab alone in patients with early, aggressive rheumatoid arthritis who had not had previous methotrexate treatment. Arthritis Rheum 2006;54:26-37.
6 Klareskog L, Van der Heijde D, De Jager JP, Gough A, Kalden J, Malaise M, et al. Therapeutic effect of the combination of etanercept and methotrexate compared with each treatment alone in patients with rheumatoid arthritis: double-blind randomised controlled trial. Lancet 2004;363:675-81.
7 Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS, Davis D, Macfarlane JD, et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1998;41:1552-63.
8 Bongartz T, Sutton AJ, Sweeting MJ, Buchan I, Matteson EL, Montori V. Anti-TNF antibody therapy in rheumatoid arthritis and the risk of serious infections and malignancies: systematic review and meta-analysis of rare harmful effects in randomized controlled trials. JAMA 2006;295:2275-85.
9 Hyrich KL, Silman AJ, Watson KD, Symmons DP. Anti-tumour necrosis factor {alpha} therapy in rheumatoid arthritis: an update on safety. Ann Rheum Dis 2004;63:1538-43.
10 Askling J, Fored CM, Baecklund E, Brandt L, Backlin C, Ekbom A, et al. Haematopoietic malignancies in rheumatoid arthritis: lymphoma risk and characteristics after exposure to tumour necrosis factor antagonists. Ann Rheum Dis 2005;64:1414-20.
11 Schneeweiss S, Setoguchi S, Weinblatt ME, Katz JN, Avorn J, Sax PE, et al. Anti-tumor necrosis factor alpha therapy and the risk of serious bacterial infections in elderly patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2007;56:1754-64.
12 Furst DE, Keystone EC, Fleischmann R, Mease P, Breedveld FC, Smolen JS, et al. Updated consensus statement on biological agents for the treatment of rheumatic diseases, 2009. Ann Rheum Dis 2010;69:i2-i29.

Intermezzo

Boos

Wantrouwend kijkt ze me aan als ik haar naar de psycholoog wil sturen voor pijn. 'Je vindt het toch niet psychisch? Jij ook al! Iedereen denkt dat ik me aanstel. Ik heb echt veel hoofdpijn, misselijkheid, nekpijn, sinds die val van de trap. Toch moest ik weer gaan werken van de bedrijfsarts. De teamleider gelooft me ook al niet. Schreeuwende ruzie hebben we gehad.'

Ze wordt steeds bozer. Dit is geen fijne start van een consult. Eerst geef ik haar gelijk. Het is beroerd dat ze geen begrip ontvangt voor haar klachten. Dan schakel ik door. 'Hoe gaan we het oplossen?' Ze valt even stil en begint van voren af aan, met het probleem, niet met een oplossing. Dat breek ik af, want met een tienminutenafspraak moet je opschieten. Ze wil dat de hele wereld haar begrijpt. Dat lijkt me niet eenvoudig. 'Begin met je eigen aandeel', is mijn suggestie. 'Geen natuurlijk herstel én een werkprobleem. Dan heb jij ook een rol. Waarom ben je zo boos? Welke gevoelige snaar is er geraakt bij je? Dat is iets voor de psycholoog. En met de bedrijfsarts heb ik afgesproken dat je het met een nieuwe leidinggevende gaat uitpraten. Nieuwe start, zand erover. Je hebt een tweekoppig probleem: je klachten door dat ongeval en je privéwanhoop over onbegrip, in de hoek geduwd worden. Dat zal wel vertrouwde wanhoop zijn.' Even natte ogen, een diepgaand gesprek dreigt. Ik vat maar gauw samen, vijftien minuten nu. 'Je klachten komen door die geweldige optater die je nek heeft gekregen, natuurlijk. Maar het beloop, dat het niet opknapt en de ruzies, dat is psychologie, van jou; van anderen ook trouwens.' Een nek geneest niet zolang je onrecht wordt aangedaan. Ruziemaken over wie de schuld heeft houdt genezing tegen. Blijvende boosheid is een slecht medicijn. Het levert alleen maar bijwerkingen op en geen oplossing. Praat eens met je boosheid. Wie weet wordt dat wel een goed gesprek.

Nico van Duijn

H&W 10 09.indb 473 25-08-10 09:04

Prognostische factoren bij een lumbosacraal radiculair syndroom

Juliette Hordijk, Pim Luijsterburg, Bart Koes, Arianne Verhagen

Inleiding

Het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) is te definiëren als radiculaire pijn in één been (tot onder de knie), al dan niet met andere prikkelingsverschijnselen en neurologische uitvalsverschijnselen van de aangedane lumbosacrale zenuwwortel(s). LRS wordt veelal veroorzaakt door irritatie van of compressie op de zenuwwortel, meestal door een discushernia. Het kan ook worden veroorzaakt door vernauwing van het wervel- en/of wortelkanaal. Meestal gaat het om een combinatie van beide factoren.[1-3] In Nederland gaan mensen met hun klachten meestal eerst naar de huisarts.[4,5] De incidentie van LRS in de huisartsenpraktijk is 9 per 1000 per jaar.[2] De incidentie is het hoogst (16 per 1000 patiënten per jaar) bij patiënten van 45 tot 64 jaar.[2]

Volgens de NHG-Standaard behoort de behandeling van LRS de eerste 6 tot 8 weken conservatief te zijn.[2] Hoe deze behandeling precies ingevuld moet worden, is nog onduidelijk.[6-10] Op dit moment bestaat de conservatieve behandeling uit pijnmedicatie, informatie geven over het natuurlijk beloop van LRS en het stimuleren van de patiënt om zijn of haar dagelijkse activiteiten te continueren.[2]

Wij hebben recentelijk een gerandomiseerde klinische trial (LRS-trial) uitgevoerd naar het effect van fysiotherapie bij de behandeling van LRS.[11] Hierin vergeleken we het effect van de behandeling door de huisarts en fysiotherapeut met dat van behandeling door alleen de huisarts bij patiënten met LRS, gedurende 1 jaar follow-up. Na de follow-up vond 79% van de patiënten in de fysiotherapiegroep (n = 67) en 62% van de patiënten in de huisartsengroep (n = 68) dat ze hersteld waren (RR = 1,4; 95%-BI 1,1-1,8).[11] Gedurende de follow-up bleken 7 patiënten geopereerd te zijn – 4 in de fysiotherapiegroep en 3 in de huisartsengroep.[11]

We weten nog weinig over het langetermijnbeloop van het LRS en over de frequentie waarin het LRS persisteert of recidiveert.[1] Tevens is onbekend hoeveel mensen op de lange duur toch in aanmerking komen voor een operatie. Het doel van het huidige onderzoek was dan ook om na te gaan hoeveel patiënten uit de LRS-trial de afgelopen drie jaar recidiefklachten hebben gekregen of waren geopereerd vanwege het LRS. Ook hebben we onderzocht of er prognostische factoren waren die de kans op een operatie of recidiefklachten kunnen voorspellen.

Methode

Onderzoekspopulatie

Voor dit onderzoek hebben we de patiëntenpopulatie van de LRS-trial benaderd.[11] In deze trial waren patiënten opgenomen

Samenvatting

Hordijk JC, Luijsterburg PAJ, Koes BW, Verhagen AP. Prognostische factoren bij een lumbosacraal radiculair syndroom. Huisarts Wet 2010;53(9):474-8.

Inleiding We weten nog weinig over het beloop van het lumbosacraal radiculair syndroom (LRS) en over de frequentie waarin het LRS persisteert of recidiveert. Daarom hebben we geïnventariseerd welk percentage patiënten met een acuut LRS op de lange termijn wordt geopereerd en/of recidiefklachten houdt. Tevens hebben we vastgesteld welke prognostische factoren de kans op een operatie en/of recidiefklachten voorspellen.

Methode Ons onderzoek betreft het langetermijnbeloop van mensen met acute LRS-klachten in de huisartsenpraktijk. Bij deze patiënten namen we ongeveer drie jaar na de start van het onderzoek telefonisch een vragenlijst af. We bepaalden de prognostische factoren met behulp van univariabele en multivariabele logistische regressieanalyse.

Resultaten Van de 135 patiënten namen er 96 deel aan het follow-uponderzoek (71,1%). In totaal ondergingen 7 patiënten een operatie, allen in het eerste jaar. Tijdens de driejaarsfollow-upmeting rapporteerde ongeveer eenderde van de patiënten nog 'beenklachten in de afgelopen week'. Bijna iedereen had gedurende de follow-up nog nieuwe episodes met rugpijn en meer dan de helft van de patiënten had sinds de start van het onderzoek nieuwe episodes met beenpijn. Recidiverende klachten kwamen voor bij 57 (59,3%) patiënten en 4 patiënten (4,2%) hadden aanhoudende klachten. Zwaar lichamelijk werk en de mate van beperkingen in het fysiek functioneren op de baseline bleken recidiefklachten te voorspellen, terwijl de mate van pijn in het been op de baseline een prognostische factor was voor een operatie.

Conclusie Recidiverende klachten kwamen veel voor bij patiënten met een acute LRS. Zeven patiënten (5,2%) met LRS ondergingen een operatie in het eerste jaar na het ontstaan van de klachten.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040; 3000 CA Rotterdam: J.C. Hordijk, huisarts in opleiding; dr. P.A.J. Luijsterburg, projectleider; prof.dr. B.W. Koes, hoofd onderzoek; dr. A.P. Verhagen, projectleider.

Correspondentie: a.verhagen@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

H&W 10 09.indb 474 25-08-10 09:04

Wat is bekend?

- De incidentie van het lumbosacraal radiculair syndroom in de huisartsenpraktijk is negen per duizend per jaar.
- De NHG-Standaard adviseert de eerste zes tot acht weken een conservatieve behandeling.

Wat is nieuw?

- Recidiverende klachten komen relatief veel voor (59,3%) bij patiënten met een lumbosacraal radiculair syndroom.
- Slechts een klein deel van de patiënten (5,2%) ondergaat een operatie.

die radiculaire pijn in het been tot onder de knie hadden, die korter duurde dan zes weken. De deelnemers waren ouder dan achttien jaar en hadden minimaal een van de volgende symptomen: meer pijn bij hoesten, niezen en persen, een positieve test van Lasègue, verminderde kracht, sensibiliteitsstoornissen of verlaagde reflexen in het been. Patiënten konden niet deelnemen aan het onderzoek als er in de afgelopen zes maanden al eens radiculaire pijn was opgetreden of als ze in de afgelopen drie jaar een rugoperatie hadden ondergaan, behandeld waren met epidurale injecties, zwanger waren of een directe indicatie (snelle progressieve parese of cauda equina syndroom) voor een operatie hadden. De patiënten stonden onder behandeling van de huisarts en de helft kreeg ook een aanvullende behandeling van de fysiotherapeut. Uitgebreide informatie over de exacte methoden en resultaten van het onderzoek naar de behandeling van LRS is elders beschreven.[11]

We hebben de 135 patiënten uit de oorspronkelijke trial ongeveer 3 jaar na randomisatie telefonisch een vragenlijst afgenomen.

Meetinstrumenten

We belden de patiënten op voor een gestructureerd interview en vroegen ze naar de klachten die de voorafgaande week waren opgetreden, zoals rugklachten, beenklachten, sensibiliteitsstoornissen en krachtsverlies in het been. Ook hebben we gevraagd naar een operatie vanwege de LRS-klachten, ervaren herstel en eventuele nieuwe episodes van rug- en beenpijn sinds de start van het onderzoek. Onder een nieuwe episode verstaan we het opnieuw optreden van klachten na een, door de patiënt ervaren, klachtenvrije periode. Wat betreft het functioneren zijn de ADL (activiteiten in het dagelijks leven) en de Roland Disability Questionnaire (RDQ) afgenomen. De Tampa Scale for Kinaesophobia (TSK) geeft inzicht in de mate van bewegingsangst.

Uitkomstmaten

De uitkomstmaten voor dit onderzoek waren recidiverende of aanhoudende klachten en eventuele operaties. Bij het afnemen van de vragenlijst vroegen we of er de voorafgaande week nog klachten waren opgetreden en of de patiënt tijdens de follow-upperiode nog nieuwe episodes met beenpijn had doorgemaakt. Er was sprake van recidiefklachten als de patiënt op een van beide vragen positief antwoordde. De patiënt had aanhoudende klachten wanneer hij aangaf gedurende de hele follow-upperiode beenklachten te hebben gehad, zonder klachtenvrije periodes.

Andere uitkomstmaten waren het door de patiënt ervaren herstel en de ernst van de klachten. Het ervaren herstel meten we met de Global Perceived Effect (GPE). De GPE bestaat uit een zevenpuntsschaal, variërend van volledig hersteld en veel verbeterd, tot slechter dan ooit. De scores 'geheel hersteld' en 'veel verbeterd' classificeerden we als 'hersteld' en de andere scores als 'niet hersteld'. De GPE is een klinisch relevante uitkomstmaat en is bewezen valide en responsief.[12-15] De ernst van de klachten maten we met een elfpuntsschaal (NRS, numerical rating scale), waarbij 0 geen pijn en 10 ondraaglijke pijn betekent. Bij een score ≥ 7 beschouwden we de klachten als 'ernstig', bij een score van 4 tot 6 als 'matig' en bij een score van 1 tot 3 als 'licht'. We noemden een patiënt klachtenvrij als deze geen pijn, gevoelsstoornissen of krachtsverlies in het been rapporteerde. De NRS is bewezen valide en responsief.[15-18]

Statistische analyse

Alle analyses voerden we uit met behulp van SPSS versie 11. Voor alle uitkomstmaten berekenden we de groepsverschillen en 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI). Verschillen tussen de baseline en de follow-up analyseerden we met behulp van beschrijvende statistiek. Bij de analyse van mogelijk prognostische factoren (door middel van de multivariabele logistische regressie (methode: backward Wald)) voor operatie of recidiefklachten hebben we rekening gehouden met de regel dat er per variabele ten minste tien events nodig zijn.[19] Als dat niet mogelijk was hebben we alleen een univariabele logistische regressie uitgevoerd. Voor de multivariabele analyse kwamen alle variabelen uit de univariabele analyse met een p-waarde kleiner of gelijk aan 0,10 in aanmerking. Bij de analyses hebben we gecorrigeerd voor de behandeling (huisartsbehandeling of huisartsbehandeling en fysiotherapie). We beschouwden variabelen met een p-waarde kleiner dan 0,05 als statistisch significant.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

In totaal namen 96 patiënten (van de 135) deel aan de follow-upmeting (71,1%). De duur van de follow-up was gemiddeld 38 maanden (sd 4,4) na randomisatie. De meeste uitvallers (n = 39; 28,9%) waren niet traceerbaar via de eerder opgegeven contactgegevens. Eén patiënt wilde geen medewerking aan het onderzoek verlenen. *Tabel* 1 bevat de gegevens van de basispopulatie (alle deelnemers) en de respondenten na 3 jaar follow-up.

De kenmerken van de respondenten na 3 jaar follow-up zijn goed vergelijkbaar met die van de basispopulatie; geen van de verschillen zijn statistisch significant.

Beloop

Er zijn 7 patiënten (3 vrouwen) geopereerd als gevolg van hun klachten, allen in het eerste jaar na het begin van het onderzoek. Van de 96 deelnemers rapporteerden 57 (59,3%) patiënten reci-

H&W 10 09.indb 475 25-08-10 09:04

Tabel 1 Baseline-karakteristieken van de onderzoekspopulatie

Baseline-karakteristieken	Basispopulatie (n = 135)	%	Respondenten na 3 jaar (n = 96)	%
Mannen, n	70	51,9	45	46,9
Leeftijd, gemiddelde (sd)	42,53 (10,8)		44,1 (10,9)	
Gewicht, n (%):				
– Normaal	58	43,0	46	47,9
– Overgewicht (BMI > 25)	52	38,5	37	38,5
– Obesitas (BMI > 30)	25	18,5	13	13,5
Rugklachten in het verleden, n (%)	39	28,9	23	24,0
Pijn in het been; schaal 0-10, gemiddelde (sd)	6,44 (1,7)		6,43 (1,7)	
Meer pijn in het been bij hoesten, niezen en persen, n (%)	77	57	55	57,3
Verergerende factoren (zitten, staan, lopen, liggen), n (%)	117	86,7	81	84,4
Positieve Lasègue, n (%)	72	53,3	49	51,0
Score RDQ, gemiddelde (sd)	15,66 (4,2)		15,29 (4,0)	
Score TSK, gemiddelde (sd)	40,03 (6,5)		39,5 (5,8)	
Algemene gezondheid (0 = uitstekend, 10 = zeer slecht), gemiddelde (sd)	4,52 (2,4)		4,26 (2,4)	
Betaald werk, n (%):				
– Geen of niet ingevuld	29	21,5	24	25,0
– Parttime (1-35 uur)	47	34,8	25	36,5
– Fulltime (> 36 uur)	59	43,7	37	38,5
Zwaar lichamelijk werk, n (%)	39	28,9	25	26,0

RDQ: Roland disability questionnaire; TSK: Tampa scale for kynaesiophobia

Tabel 2 Aantal patiënten met LRS-gerelateerde klachten na drie jaar follow-up

Karakteristieken	Follow-uppopulatie (n = 96)	
	n	%
Voorafgaande week beenklachten (ja):	32	33,3
– Ernstig (score > 7)	10	9,4
– Matig (score 4-6)	17	17,7
– Licht (score 1-3)	5	5,2
Voorafgaande 3 jaar nog perioden met beenklachten (ja)	59	61,5
Voorafgaande week gevoelsstoornissen in been (ja):	16	16,7
– Ernstig (score > 7)	5	5,2
– Matig (score 4-6)	7	7,3
– Licht (score 1-3)	4	4,2
Voorafgaande week krachtsverlies in het been (ja):	15	15,6
– Ernstig (score > 7)	4	4,2
– Matig (score 4-6)	7	7,3
– Licht (score 1-3)	4	4,2
Hersteld sinds het begin van de behandeling (GPE 1/2)	63	65,6

GPE = Global Perceived Effect

diefklachten en 4 (4,2%) patiënten hadden gedurende de follow-up aanhoudende klachten. In *tabel* 2 zijn de klachten weergegeven die tijdens de follow-upperiode bij de patiënten optraden.

Ongeveer eenderde van de patiënten bleek de voorafgaande week nog beenklachten te hebben gehad. Meer dan de helft van de patiënten heeft gedurende de follow-upperiode nog nieuwe episodes met beenpijn doorgemaakt en 88,5% maakte nieuwe episodes met rugpijn door. Deze episodes verschilden aanzienlijk tussen de patiënten, namelijk van een paar episodes per jaar met hevige pijn, tot een vrijwel continue matige tot lichte rugpijn. Iets meer dan de helft van de patiënten rapporteerde volledig of veel hersteld te zijn sinds het begin van het onderzoek.

Prognostische factoren

Van alle variabelen op de baseline bleek slechts een factor, namelijk de mate van pijn in het been op de baseline, een prognostische factor te zijn voor een operatie in de toekomst (oddsratio = 2,18 (95%-BI 1,19-3,99)). Per punt op de NRS-schaal meer pijn heeft men een twee keer zo grote odds. op een operatie in het eerste jaar. Andere variabelen bleken niét statistisch significant (p > 0,05) geassocieerd te zijn.

Tabel 3 laat de baseline-variabelen zien en hun invloed op recidiverende en/of aanhoudende klachten.

Twee factoren bleken geassocieerd met recidiverende en/of aanhoudende klachten, namelijk functie (de score op de RDQ) en het uitvoeren van zwaar lichamelijk werk. Dit betekent dat naarmate patiënten meer zwaar lichamelijk werk uitvoeren en op de baseline hoger scoren op de RDQ, de kans op recidiverende en/of aanhoudende klachten toeneemt. De verklaarde variantie van het model was 18,1%.

Beschouwing

Recidiverende klachten kwamen vaak voor na een periode met LRS. Meer dan de helft van de patiënten had sinds de start van het onderzoek nieuwe episodes met beenpijn gehad en het merendeel van de patiënten had sinds de start van het onderzoek nieuwe episodes met rugpijn doorgemaakt. Toch ondergaan slechts weinig LRS-patiënten uit de eerste lijn een operatie. De ernst van de pijn in het been voorspelt de kans op een operatie. Hoe meer pijn op de baseline, des te groter de kans op een operatie in de toekomst. Door het geringe aantal patiënten dat in dit onderzoek geopereerd is, is er wel voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van deze factor.

H&W 10 09.indb 476 25-08-10 09:04

Tabel 3 De invloed van baseline-variabelen op recidiverende en/of aanhoudende LRS-klachten na 3 jaar follow-up (n = 96)

Baseline-variabele	n = 96	Univariabele analyse* OR (95%-BI)	Multivariabele analyse* OR (95%-BI)
Geslacht (vrouw)	51	2,04 (0,86-4,81)	
Leeftijd (jaren)	96	1,01 (0,97-1,05	
Lengte (cm)	96	0,96 (0,91-1,01)	0,96 (0,91-1,02)
BMI:	96		
– Overgewicht (BMI 25-30)	37	0,79 (0,32-1,93)	
– Obesitas (BMI > 30)	13	1,49 (0,39-5,75)	
Rugklachten in het verleden	23	0,88 (0,33-2,33)	
Meer pijn bij hoesten, niezen en persen	55	1,49 (0,64-3,46)	
Ernst pijn in het been (0-10)	96	1,01 (0,85-1,41)	
Verergerende factoren aanwezig	47	1,40 (0,61-3,22)	
Positieve Lasègue	49	1,18 (0,51-2,71)	
Toename angstklachten door te bewegen (0-10)	96	1,21 (1,01-1,45)	1,01 (0,88-1,34)
Last in ADL (0-10)	96	1,11 (0,92-1,36)	
RDQ op baseline	96	1,16 (1,04-1,30)	1,16 (1,03-1,30)
TSK op baseline	96	1,11 (1,02-1,20)	1,07 (0,98-1,17)
Algemene gezondheid op baseline	96	1,01 (0,90-1,27)	
Werk:			
– Parttimewerk	35	0,98 (0,31-3,13)	
– Fulltimewerk	37	0,49 (0,16-1,46)	
Ziekteverzuim	46	0,82 (0,35-1,91)	
Zwaar lichamelijk werk	25	4,10 (1,27-13,19)	4,04 (1,23-13,31)

* Gecorrigeerd voor de behandeling (huisartsbehandeling of huisartsbehandeling en fysiotherapie).

Sterkte en zwakte van het onderzoek

Dit onderzoek is het eerste dat resultaten beschrijft bij een groep patiënten uit de eerste lijn in Nederland. Internationaal verschilt de operatiefrequentie, waardoor een Nederlands onderzoek noodzakelijk is om iets te kunnen zeggen over de Nederlandse situatie. Door de relatief lange follow-upperiode hebben we meer inzicht verkregen in de langetermijngevolgen van een acute LRS. Hoewel er veel uitvallers waren in het onderzoek (28,9%), was de follow-uppopulatie goed te vergelijken met de basispopulatie en zijn de resultaten goed generaliseerbaar naar de eerstelijnspopulatie in Nederland.

Dit is een prospectief onderzoek waarin de follow-upmeting gemiddeld 3 jaar na randomisatie is afgenomen. Een nadeel is dat er bij het afnemen van de vragenlijst mogelijk herinneringsbias is opgetreden doordat wij retrospectief aan patiënten naar LRS-gerelateerde klachten vroegen die in de voorafgaande 3 jaar waren opgetreden. In welke mate de herinneringsbias invloed heeft gehad op de resultaten is onduidelijk.

Hoewel 65,6% van de respondenten aangaf hersteld te zijn, rapporteerde 59,3% van de patiënten recidiverende klachten. Dit lijkt tegenstrijdig: een deel van de patiënten acht zichzelf hersteld, maar geeft ook aan nog recidiefklachten te hebben (gehad). Een mogelijke verklaring is dat de recidiefklachten mild zijn.

Vergelijking met andere onderzoeken

Bij een prospectief onderzoek in Frankrijk nam men bij ruim 500 patiënten met LRS vragenlijsten af, 2 en 4 jaar na de start van het onderzoek.[20] Na 2 jaar gaf 55% aan nog last te hebben van LRS-klachten en na 4 jaar was dit 53%. Onder hen bevond zich een deel dat na 2 jaar hersteld was, maar dat in het derde of vierde jaar na de start van het onderzoek toch weer recidiefklachten kreeg. Van de patiënten die na 2 jaar hersteld waren had 61% nog steeds episodes met lagerugpijn.[20] Een onderzoek uit Finland uit 1995 beschreef een groep van 327 patiënten met LRS.[21] De follow-upduur was een jaar. Na dat jaar had 53% nog steeds last van LRS-gerelateerde klachten.[21] Wij vonden een lager percentage patiënten (33%) dat, na 3 jaar follow-up, aangaf de voorafgaande week nog LRS-klachten gehad te hebben. Verder kwam het ook in ons onderzoek voor dat er na een klachtenvrije periode toch weer recidiefklachten optraden. Ook rapporteerden patiënten die vonden redelijk hersteld te zijn dat ze toch nog incidenteel episoden met lagerugpijn doormaakten.

Voor de praktijk betekenen onze resultaten dat bij de begeleiding van de acute LRS aandacht zou moeten worden besteed aan adequate pijnbestrijding en voorkoming van recidieven. Dit zou kunnen gebeuren door middel van goede voorlichting tijdens de acute fase en educatie (onder leiding van een fysiotherapeut) over mogelijkheden tot zelfmanagement.[11] Initiatieven en interventies hiervoor moet men in de eerstelijnszorg ontwikkelen en evalueren.

Uit ons onderzoek bleek dat zwaar lichamelijk werk invloed had op recidiefklachten. Deze bevinding stemt overeen met die van een aantal andere onderzoeken waarin naar voren kwam dat zwaar lichamelijk werk ook een prognostische factor voor recidiefklachten was.[20,22] Verder bleek angst voor toename van de klachten door beweging geen recidiefklachten te voorspellen. Hoewel deze factor in andere onderzoeken niet als zodanig voorkwam, wezen deze wel stress en psychosomatische problemen aan als prognostische factoren.[21] Verder wezen andere onderzoeken oudere leeftijd, weinig plezier in het werk,[21] LRS-klachten in de voorgeschiedenis[20] en obesitas[22] aan als prognostische factoren voor recidiefklachten. Bij ons onderzoek bleken deze factoren recidiefklachten niet te voorspellen. Directe vergelijking van onze resultaten met die van eerder genoemde onderzoeken was moeilijk vanwege verschillen in methoden, duur van de follow-upperiode en de gebruikte definitie van LRS.

Conclusie

Bij ons onderzoek ondergingen relatief weinig acute LRS-patiënten uit de eerste lijn een operatie, en hoe meer pijn er was op de baseline, hoe groter de kans op een operatie in de toekomst. Recidiverende klachten komen bij meer dan de helft van de patiënten met LRS voor. Zowel zwaar lichamelijk werk als beperkingen in het functioneren lijken gerelateerd te zijn met recidiverende en/of aanhoudende klachten. Dit betekent dat men bij de begeleiding van de acute LRS-patiënten aandacht moet besteden aan adequate pijnbestrijding en voorkoming van recidieven.

H&W 10 09.indb 477 25-08-10 09:04

Abstract

Hordijk JC, Luijsterburg PAJ, Koes BW, Verhagen AP. Prognostic factors for lumbosacral radiculopathy. Huisarts Wet 2010;53(9):474-8.

Background Little is known about the course of lumbosacral radiculopathy and its rate of persistence or recurrence. We therefore investigated what proportion of patients with acute lumbosacral radiculopathy undergo surgery or have persistent complaints in the long term. We also investigated prognostic factors for surgery and/or recurrent symptoms and complaints.

Methods In this long-term follow-up of patients with symptoms of acute lumbosacral radiculopathy in general practice, patients were invited to participate in a telephone interview about 3 years after the start of the study. Prognostic factors were determined by means of univariate and multivariate logistic regression analysis.

Results Of 135 eligible patients, 96 (71.1%) participated in the study. Seven patients underwent surgery, all during the first year. At 3-year follow-up, about one third of the patients reported experiencing "leg symptoms in the past week", and almost all patients reported having new episodes of back pain. More than half of the patients reported new episodes of leg pain. Fifty-seven patients (59.3%) had recurrent symptoms and 4 (4.2%) patients had persistent symptoms. Heavy labour and functional disability at baseline were associated with persistent symptoms, and pain severity at baseline was predictive of future surgery.

Conclusions Many patients with acute lumbosacral radiculopathy experienced recurrent symptoms during this 3-year follow-up study, and seven patients (5.2%) underwent surgery within a year of symptom onset.

Literatuur

1 Stam J. Consensus over diagnostiek en behandeling van het lumbosacrale radiculaire syndroom. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:2621-7.
2 Mens JMA, Chavannes AW, Koes BW, Lubbers WJ, Ostelo RWJG, Spinnewijn WEM, et al. NHG-Standaard Lumbosacraal Radiculair Syndroom. Huisarts Wet 2005;48:171-8.
3 Health Council of the Netherlands. Management of the lumbosacral radicular syndrome (sciatica). The Hague: publication no. 1999/18, 1999.
4 Luijsterburg PAJ, Schreuder HK, Verhagen AP, Avezaat CJJ, Koes BW. Na operatie wegens lumbosacraal radiculair syndroom bij meer dan de helft van de patiënten nog klachten op middellange termijn, maar wel grote tevredenheid. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1516-20.
5 Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Braak S, Oemraw A, Avezaat CJJ, Koes BW. General practitioners' management of LRS compared with a clinical guideline. Eur J Gen Pract 2005;11:113-21.
6 Hofstee DJ, Gijtenbeek JM, Van Houwelingen HC, Kloet A, Lotters F, Tans JTJ. Bedrust en fysiotherapie geen meerwaarde bij acute lumbosacrale radiculaire pijn; een gerandomiseerde, klinische studie. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:249-54.
7 Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, Van Os TA, Peul WC, Koes BW. Effectiveness of conservative treatments for the lumbosacral radicular syndrome: a systematic review. Eur Spine J 2007;16:881-99.
8 Vroomen PC, De Krom MC, Slofstra PD, Knottnerus JA. Conservative treatment of sciatica: a systematic review. J Spinal Disord 2000;13:463-9.
9 Vroomen PCAJ, De Krom MCTFM, Wilmink JT, Kester ADM, Knottnerus JA. Twee weken bedrust niet effectief voor het lumbosacrale radiculaire syndroom; een gerandomiseerd klinisch onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 2000:1441-5.
10 Peul WC, Van Houwelingen HC, Van den Hout WB, Brand R, Eekhof JA, Tans JT, et al. Vroeg opereren of langer afwachten voor het lumbosacraal radiculair syndroom: een gerandomiseerd onderzoek. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151:2512-23.
11 Luijsterburg PAJ, Verhagen AP, Ostelo RWJG, Van den Hoogen HJ, Peul WC, Avezaat CJ, et al. Physical therapy plus general practitioners' care versus general practitioners' care alone for sciatica: a randomised clinical trial with a 12-month follow-up. Eur Spine J 2008;17:509-17.
12 Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. Spine 2000;25:3100-3.
13 Bombardier C, Tugwell P, Sinclair A, Dok C, Anderson G, Buchanan WW. Preference for endpoint measures in clinical trials: results of structured workshops. J Rheumatol 1982;9:798-801.
14 Fries JF. Toward an understanding of patient outcome measurement. Arthritis Rheum 1983;26:697-704.
15 Ostelo RWJG, De Vet HC. Clinically important outcomes in low back pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2005;19:593-607.
16 Carlsson AM. Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. Pain 1983;16:87-101.
17 Revill SI, Robinson JO, Rosen M, Hogg MI. The reliability of a linear analogue for evaluating pain. Anaesthesia 1976;31:1191-8.
18 Sriwatanakul K, Kelvie W, Lasagna L, Calimlim JF, Weis OF, Mehta G. Studies with different types of visual analog scales for measurement of pain. Clin Pharmacol Ther 1983;34:234-9.
19 Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. J Clin Epidemiol 1996;49:1373-9.
20 Tubach F, Beaute J, Leclerc A. Natural history and prognostic indicators of sciatica. J Clin Epidemiol 2004;57:174-9.
21 Miranda H, Viikari-Juntura E, Martikainen R, Takala EP, Riihimaki H. Individual factors, occupational loading, and physical exercise as predictors of sciatic pain. Spine 2002;27:1102-9.
22 Bejia I, Younes M, Zrour S, Touzi M, Bergaoui N. Factors predicting outcomes of mechanical sciatica: a review of 1092 cases. Joint Bone Spine 2004;71:567-7.

H&W 10 09.indb 478 25-08-10 09:04

Signalering van lichamelijke mishandeling

Manon Ceelen, Tina Dorn, Marcel Buster, Koos de Keijzer, Udo Reijnders

Samenvatting

Ceelen M, Dorn T, Buster MCA, De Keijzer JC, Reijnders UJL. Signalering van lichamelijke mishandeling. Huisarts Wet 2010;53(9):479-83.

Inleiding Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het signaleren van lichamelijk letsel dat is veroorzaakt door huiselijk geweld. Doel van dit onderzoek was om de ervaringen van huisartsen op dit gebied te inventariseren.

Methode We schreven 412 zelfstandig gevestigde Amsterdamse huisartsen aan met het verzoek een vragenlijst over de signalering van lichamelijk geweld in te vullen. We kregen 251 bruikbare vragenlijsten terug (respons 61%).

Resultaten Vijfenzestig procent van de huisartsen gaf aan dat er gedurende de huisartsenopleiding aandacht is besteed aan de signalering van lichamelijke mishandeling; 64% van de huisartsen heeft na- en/of bijscholing gevolgd op dit gebied. Scholing en karakteristieken van de huisarts bleken belangrijke factoren die van invloed zijn op het aantal vermoedens van lichamelijke mishandeling. Bijna driekwart van de huisartsen gaf aan belemmeringen en/of beperkingen te ervaren bij het signaleren van lichamelijke mishandeling. Het merendeel van de huisartsen stond positief tegenover het idee huisartsen de mogelijkheid te bieden vermoedens van lichamelijke mishandeling direct te bespreken met een forensisch arts (70%).

Conclusie Een groot deel van de huisartsen ervaart belemmeringen bij het signaleren van lichamelijke mishandeling. Scholing en consultatie van een forensisch arts zouden kunnen worden ingezet om ervoor te zorgen dat huisartsen beter in staat zijn om lichamelijke mishandeling te signaleren.

GGD Amsterdam, afdeling Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam: dr. M. Ceelen, onderzoeker; dr. T. Dorn, onderzoeker; dr. M.C.A. Buster, onderzoeker. Afdeling Forensische Geneeskunde: dr. U.J.L. Reijnders, forensisch arts; J.C. de Keijzer, forensisch arts.

Correspondentie: mceelen@ggd.amsterdam.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Inleiding

Lichamelijke mishandeling is een veelvoorkomende vorm van huiselijk geweld en vormt een groot maatschappelijk probleem in Nederland. Onderzoek heeft aangetoond dat ongeveer 27% van de Nederlandse bevolking dagelijks tot wekelijks wordt blootgesteld aan huiselijk geweld.[1] In totaal loopt een op de vijf slachtoffers van huiselijk geweld lichamelijk letsel op tijdens het voorval. De consequenties van huiselijke geweldpleging voor de gezondheid en het welzijn van slachtoffers op korte en langere termijn zijn vaak ernstig. Jaarlijks overlijden zo'n veertig tot vijftig kinderen en zestig tot tachtig vrouwen aan de gevolgen van huiselijk geweld.[2,3] Veel slachtoffers van huiselijk geweld laten hun letsel behandelen bij de huisarts of spoedeisende hulp, bezoeken de huisarts geregeld met allerlei lichamelijk onverklaarbare klachten en gebruiken veelvuldig pijnstillers. Desondanks herkennen huisartsen het onderliggende geweldsprobleem vaak niet en maken ze dit niet bespreekbaar.[4-7] Bovendien blijkt uit onderzoek dat veel mishandelde vrouwen de arts niet uit eigen beweging inlichten over de mishandeling.[8] Veel slachtoffers ervaren door schaamte en/of angst een drempel en brengen de mishandeling daarom niet ter sprake. Zij blijken wel bereid erover te spreken als de arts dit onderwerp zou aansnijden.[9] Het is dus essentieel dat medici zeer alert zijn op tekenen die verband kunnen houden met huiselijk geweld, om vervolgens het gesprek met de patiënt aan te gaan.

In Nederland dragen artsen in toenemende mate de verantwoordelijkheid voor de signalering, diagnostiek en aanpak van mishandeling, mede door de ontwikkeling van diverse meldcodes.[10,11] Gezien hun positie ten opzichte van de patiënt en het gezin zouden in het bijzonder huisartsen door vroegtijdige signalering een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de strijd tegen huiselijk geweld. Dankzij de begeleiding van de patiënt of verwijzing naar vervolghulp kunnen huisartsen hierbij een essentiële rol spelen. Uit onderzoek blijkt dat het geweld in ongeveer 50% van de gevallen stopt als het slachtoffer zich ertegen verzet.[1]

Letsels vormen een belangrijke aanwijzing voor mishandeling. Huisartsen hebben echter moeite om verwondingen te herkennen die door geweld zijn veroorzaakt.[12] Recent dossieronderzoek toonde aan dat men kindermishandeling op de huisartsenpost vaak niet opmerkt.[13] Ook het feit dat het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en het Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld relatief weinig meldingen ontvangen van huisartsen, doet vermoeden dat zij belemmeringen ervaren bij de signalering en/of aanpak van huiselijk geweld.[14,15] Huisartsen zijn zelf van mening dat er tijdens hun opleiding weinig aandacht was voor het herkennen van lichamelijke mishandeling en dat zij op dit punt praktijkervaring missen.[16]

Ons onderzoek heeft als doel zicht te krijgen op de signalering door huisartsen van lichamelijke letsels die zijn veroorzaakt door huiselijk geweld, de knelpunten die zij hierbij ervaren en op welke wijze deze signalering verbeterd dan wel ondersteund kan worden.

Methode

In juni 2008 schreven we 412 zelfstandig gevestigde Amsterdamse huisartsen aan met het verzoek een vragenlijst over de signalering van lichamelijk geweld in te vullen. Half juli en begin september

H&W 10 09.indb 479 25-08-10 09:04

Wat is bekend?

- Huisartsen spelen een belangrijke rol bij het signaleren van lichamelijk letsel dat is veroorzaakt door huiselijk geweld.

Wat is nieuw?

- Scholing en de mogelijkheid tot het consulteren van een forensisch arts zouden een positieve bijdrage kunnen leveren aan de deskundigheidsbevordering van huisartsen met betrekking tot de herkenning van huiselijk geweld.

van datzelfde jaar stuurden we een herinneringsbrief, inclusief een vragenlijst naar de huisartsen. De vragenlijst bevatte vragen over de volgende onderwerpen: scholing op het gebied van signalering van lichamelijke mishandeling, aantal vermoedens van lichamelijk geweld en handelen van de huisarts, knelpunten bij de signalering van lichamelijke mishandeling, forensische consultatie en informatieoverdracht. Bij de ontwikkeling van de huidige vragenlijst maakten we onder andere gebruik van de KNMG-vragenlijst voor onderzoek naar de knelpunten bij de signalering van kindermishandeling.[17]

De Amsterdamse huisartsenkring, de belangenvereniging voor Amsterdamse huisartsen, steunde het huidige vragenlijstonderzoek door een aankondiging van het onderzoek op hun website te plaatsen.

We analyseerden de gegevens met behulp van SPSS (versie 17). We voerden een multivariate logistische regressieanalyse uit om na te gaan welke factoren invloed uitoefenen op het volgen van na- en/of bijscholing op het gebied van signalering van lichamelijke mishandeling. De invloed van factoren op het aantal vermoedens van lichamelijke mishandeling onderzochten we met behulp van multivariate poissonregressie.

Resultaten

De respons

In totaal kregen we 251 bruikbare vragenlijsten terug (respons 61%). De achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen staan in *tabel* 1.

Scholing op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling

Ongeveer 56% (n = 137) van de huisartsen gaf aan dat er gedurende de huisartsenopleiding aandacht was voor de signalering van lichamelijke mishandeling. Ruim 22% van de huisartsen (n = 27) beoordeelde de aandacht voor dit onderwerp gedurende hun opleiding als 'onvoldoende'; 37% (n = 45) en 40% (n = 49) van de huisartsen vond de aandacht respectievelijk 'matig' en 'voldoende'. Geen van de respondenten beoordeelde de aandacht als 'goed'. Vierenzestig procent van de huisartsen heeft na- en/of bijscholing gevolgd op het gebied van de signalering van lichamelijke geweldpleging (n = 159). De mate waarin deze scholing volgens de artsen heeft geleid tot een verbeterd vermogen om lichamelijke mishandeling te signaleren varieerde van 'onvoldoende' (2%; n = 3), 'matig' (42%; n = 63), 'voldoende' (47%; n = 71) tot 'goed' (9%; n = 13). Veertien procent van de huisartsen gaf aan noch scholing tijdens de huisartsenopleiding, noch na- of bijscholing gevolgd te hebben. Het volgen van na- en/of bijscholing bleek afhankelijk van geslacht en het aantal jaren werkervaring (*tabel* 2). Mannelijke huisartsen en huisartsen met relatief weinig werkervaring hebben significant minder vaak na- en/of bijscholing gevolgd. Huisartsen die aangaven tijdens hun opleiding geen onderwijs in signalering te hebben gekregen, bleken niet significant vaker na- en/of bijscholing te hebben gevolgd.

Vermoedens en handelen van de huisarts

Het merendeel van de huisartsen heeft in de voorafgaande 12 maanden het vermoeden gehad dat er binnen hun eigen patiëntenpopulatie gevallen van lichamelijke mishandeling waren (76%; n = 191). Ongeveer de helft van de huisartsen heeft dit gedurende deze periode 1 tot 2 keer meegemaakt, 35% van de huisartsen vermoedde dit 3 tot 5 keer en 11% meer dan 5 keer. Huisartsen die bij- en/of nascholing gevolgd hadden rapporteerden significant meer vermoedens van lichamelijke mishandeling, dan huisartsen die geen nascholing hadden gevolgd (*tabel* 3). Ook bleken huisartsen met relatief veel werkervaring, huisartsen die < 32 uur per week werkten en vrouwelijke huisartsen significant vaker vermoedens te hebben. Zo'n 55% van de huisartsen gaf aan vermoedens altijd uit te spreken richting de patiënt, 35% van de huisartsen deed dit soms en 10% van de huisartsen deed dit nooit. In de gevallen dat de huisarts een vermoeden uitsprak, bevestigde de patiënt dit altijd (37%), soms (29%) of nooit (35%).

Knelpunten

Bijna driekwart van de huisartsen bleek in de praktijk belemmeringen en/of beperkingen te ervaren bij het signaleren van lichamelijke mishandeling (n = 182). De belangrijkste knelpunten waren 'onduidelijke signalen', 'tekort aan kennis en vaardigheden' en 'tekort aan ervaring' (*tabel* 4). De overige aspecten, waaronder 'vertrouwensrelatie jegens gezinsleden', 'te weinig tijd', 'persoonlijke betrokkenheid' en 'organisatorische belemmeringen' werkten in

Tabel 1 Achtergrondkenmerken van de deelnemende huisartsen

	Onderzoekspopulatie (n = 251)	%
Mannelijk geslacht	127	53
Vrouwelijk geslacht*	114	47
Leeftijd		
– Gemiddelde leeftijd	49,7 ± 8,3 jaar	
– 30-39 jaar	29*	12,1
– 40-49 jaar	85	35,4
– 50-59 jaar	97	40,4
– ≥ 60 jaar	29	12,1
Huisartsgeneeskundige werkervaring		
– Gemiddeld aantal jaren werkervaring	17,5 ± 9,7 jaar	
– < 10 jaar	66*	27,6
– 10-19 jaar	68	28,5
– 20-29 jaar	72	30,1
– ≥ 30 jaar	33	13,8
Duur huidige werkweek		
– Gemiddelde werkweek (uren)	34,3 ± 9,3 uur	
– < 24 uur	31*	13,0
– 25-32 uur	98	41,2
– 33-40 uur	78	32,8
– ≥ 40 uur	31	13,0

* De totalen tellen bij de verschillende variabelen niet op tot 251, omdat sommige huisartsen vragen hebben opengelaten.

H&W 10 09.indb 480 25-08-10 09:04

Tabel 2 Multivariate logistische regressieanalyse: factoren die samenhangen met het volgen van na- en/of bijscholing op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling

	Volgen van na- en/of bijscholing		
	OR	95%-BI	p-waarde
Mannelijk geslacht	0,4	0,2-0,7	0,002
Meer huisartsgeneeskundige werkervaring (> 15 jaar)	2,0	1,0-3,9	0,04
Langere werkweek (> 32 uur)	0,7	0,4-1,2	0,2
Aandacht tijdens de opleiding	0,8	0,4-1,5	0,4

Tabel 3 Multivariate poissonregressieanalyse: factoren die van invloed zijn op het aantal vermoedens van lichamelijke mishandeling van de huisarts in twaalf maanden tijd

	Aantal vermoedens		
	B	95%-BI	p-waarde
Mannelijk geslacht	-0,64	-1,08 – -0,20	0,005
Meer huisartsgeneeskundige werkervaring (> 15 jaar)	1,31	0,79 – 1,82	< 0,001
Langere werkweek (> 32 uur)	-0,67	-1,14 – -0,21	0,005
Aandacht tijdens opleiding	0,10	-0,42 – 0,63	0,7
Bij- en/of nascholing	1,24	0,79 – 1,69	< 0,001

Tabel 4 Aard en mate van belemmering ervaren door 182 huisartsen bij de signalering van lichamelijke mishandeling

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Ervaren knelpunten				
Onduidelijke signalen	3,3%	26,5%	61,9%	8,3%
Tekort aan kennis en vaardigheden	6,1%	72,4%	19,3%	2,2%
Tekort aan ervaring	8,3%%	54,7%	33,7%	3,3%
Vertrouwensrelatie versus gezinsleden	12,7%	51,9%	28,2%	7,2%
Te weinig tijd	31,8%	40,4%	24,4%	3,4%
Persoonlijke betrokkenheid	43,9%	48,4%	5,5%	2,2%
Organisatorische belemmeringen	46,2%	38,2%	15,6%	-

Tabel 5 Verwacht gebruik van verschillende typen forensische consultatie door huisartsen

	Nooit	Soms	Vaak	Altijd
Type forensische consultatie				
Telefonisch overleg	6,0%	50,6%	31,8%	11,6%
Beoordeling letsel door forensisch arts met behulp van foto's	38,3%	51,9%	8,4%	1,4%
Beoordeling patiënt met letsel door forensisch arts	20,6%	61,9%	13,0%	4,5%

lichtere mate beperkend. Daarnaast noemden diverse huisartsen factoren als 'onvoldoende gesprekstechnieken', 'ontkenning van de patiënt', 'culturele en/of taalbarrière', 'angst om het mis te hebben' en de 'aanwezigheid van de (vermoedelijke) dader, die het onderzoek/gesprek belemmerde'. Enkele huisartsen dachten dat huisartsen gevallen van mishandeling soms niet opmerken doordat ze de signalen waarschijnlijk niet voldoende (h)erkennen en/of niet stilstaan bij de mogelijkheid van mishandeling. Huisartsen die aangaven knelpunten te ervaren maakten gemiddeld langere werkweken dan huisartsen die zich niet belemmerd voelden (respectievelijk 36,7 ± 9,9 uur per week versus 33,4 ± 8,9 uur; p = 0,013). Wat betreft scholing, het aantal jaar werkervaring, leeftijd en geslacht waren er geen verschillen tussen deze twee groepen.

Forensische consultatie en informatieoverdracht

We inventariseerden wat Amsterdamse huisartsen vinden van de mogelijkheid om hun vermoedens over lichamelijke mishandeling direct met een forensisch arts te bespreken. Zeventig procent van de huisartsen (n = 170) beoordeelde deze mogelijkheid als nuttig, van wie 41% redelijk nuttig en 29% zeer nuttig. Tweeëntwintig procent koos de antwoordoptie 'neutraal', 6% de antwoordoptie 'redelijk onnuttig' en 3% de antwoordoptie 'erg onnuttig'. Deze beoordeling hing niet samen met het ervaren van knelpunten bij de signalering van lichamelijke mishandeling of andere kenmerken van de huisarts. Vrijwel alle huisartsen verwachtten gebruik te zullen maken van de mogelijkheid om vermoedens van lichamelijke mishandeling telefonisch te bespreken met een forensisch arts (94%; *tabel* 5). Minder huisartsen verwachtten dat zij fotografisch beeldmateriaal van verdacht lichamelijk letsel ter beoordeling aan de forensisch arts zouden sturen (62%). Ongeveer 79% van de huisartsen dacht dat zij patiënten met lichamelijk verdacht letsel zouden laten onderzoeken door een forensisch arts. Tot slot wilden de meeste huisartsen graag informatie over het bezoek van hun eigen patiënten aan het letselspreekuur van de GGD (88%). Ongeveer 45% van de huisartsen gaf aan een kopie van de letselverklaring van de forensisch arts te willen ontvangen.

Beschouwing

Ons onderzoek beschrijft de ervaringen van huisartsen op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling. Slechts een krappe meerderheid van de huisartsen gaf aan scholing te hebben ontvangen op het gebied van de signalering van lichamelijke mishandeling tijdens de huisartsenopleiding. Daarnaast was een aanzienlijk deel van de huisartsen niet tevreden over de beperkte aandacht voor dit onderwerp tijdens deze opleiding. Ruim de helft van de huisartsen bleek na- en/of bijscholing te hebben gevolgd over het signaleren van lichamelijke geweldpleging. Vrouwelijke huisartsen gaven significant vaker aan na- en/of bijscholing op dit gebied te hebben gevolgd dan mannelijke huisartsen. Op basis van ons onderzoek zijn deze verschillen niet te verklaren. In de literatuur suggereert men echter dat de sekse van de huisarts van invloed is op de houding en het handelen ten aanzien van slachtoffers van huiselijk geweld.[18,19] Ongeveer de helft van de huisartsen voelde zich na het volgen van bij- en/of nascholing beter in staat lichamelijke mishandeling te signaleren. Onlangs werd forse kritiek geuit op de huidige curriculumsamenstelling van zowel de basisopleiding als de huisartsenopleiding.[20] Het onderwijs over huiselijk geweld is facultatief, met als gevolg

H&W 10 09.indb 481 25-08-10 09:04

Abstract

Ceelen M, Dorn T, Buster MCA, De Keijzer JC, Reijnders UJL. Identifying physical abuse Huisarts Wet 2010;53(9):479-83.

Objective General practitioners (GPs) play an important role in identifying physical injuries caused by domestic violence. The aim of this study was to investigate the experience of GPs in this area.

Design Questionnaire survey.

Method In total, 412 GPs in Amsterdam, the Netherlands, were asked to complete a questionnaire on identifying physical violence and 251 questionnaires were returned (response rate 61%).

Results Sixty-five percent of the GPs indicated that their GP training programme had included how to identify physical abuse, and 64% had attended a refresher course on this. Education and GP characteristics appeared to be important factors influencing suspicions of physical abuse. Almost 75% of the GPs reported experiencing barriers and/or limitations when identifying physical abuse. The majority (70%) welcomed the idea of directly consulting a forensic doctor if they suspected physical abuse.

Conclusion A large proportion of GPs experienced difficulties when identifying physical abuse. Education and consultation with a forensic doctor could enable GPs to better identify physical abuse.

dat de kennis over kindermishandeling en geweld binnen het gezin bij artsen in het algemeen grote lacunes vertoont.

Een groot deel van de huisartsen in ons onderzoek gaf aan knelpunten te ervaren bij de signalering van lichamelijk geweld, in het bijzonder een gebrek aan kennis, vaardigheden en ervaring, en onduidelijke signalen van de patiënt. Het feit dat een groot deel van de huisartsen worstelt met verschillende aspecten die tijdige signalering kunnen belemmeren, pleit voor een aanpak ter verbetering. Scholing zou hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Huisartsen die bij- en/of nascholing op dit gebied volgden, rapporteerden significant meer vermoedens van lichamelijk mishandeling en spraken dit vermoeden vaker uit richting de patiënt, dan huisartsen zonder deze vorm van scholing. Eerder onderzoek naar het effect van scholing toonde een verbeterd bewustzijn van huisartsen aan ten aanzien van partnergeweld en liet ook zien dat ze actiever doorvroegen bij vrouwelijke patiënten met onduidelijke signalen die niet direct wijzen op mishandeling.[21] Huisartsen die een anderhalve dag durende training volgden rapporteerden 4,5 keer meer gevallen van partnergeweld in vergelijking met de controlegroep. Nascholing lijkt dus een geschikte methode om het bewustzijn, de signalering en de aanpak van geweld in de huiselijke sfeer te bevorderen.

Consultatie van een forensisch arts door huisartsen bij verdacht lichamelijk letsel kan misschien leiden tot een verbeterde opsporing van stelselmatige lichamelijke mishandeling. Forensisch artsen hebben expertise op het gebied van letselbeoordeling, inclusief de ontstaansmechanismen. Bij de GGD Amsterdam maken forensisch artsen in opdracht van politie en justitie jaarlijks ongeveer 1500 letselverklaringen op.[22] Reijnders et al. toonden aan dat forensisch geneeskundigen beter in staat zijn geweldgerelateerde letsels te beoordelen, dan artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn op de spoedeisende hulp.[23] Het merendeel van de huisartsen staat positief tegenover de mogelijkheid tot forensische consultatie om de signalering en kennis op dit gebied binnen hun beroepsgroep te verbeteren. Men verwacht dat forensische consultatie vooral meerwaarde heeft op het moment dat de huisarts lichamelijk letsel signaleert, maar niet goed kan achterhalen of er werkelijk sprake is lichamelijke mishandeling. Hoewel er op het gebied van intercollegiale consultatie binnen de huisartsgeneeskunde al enige ervaring is,[24,25] is de consultatie van een forensisch arts door huisartsen nog relatief nieuw en onbekend. Een goede samenwerking met en bereikbaarheid van de forensisch arts zijn belangrijke vereisten om de huisartsen op deze wijze een werkbare aanvulling te kunnen bieden. Per heden is het mogelijk voor artsen, al dan niet huisartsen, om 24 uur per dag en 7 dagen per week te overleggen met een forensisch arts die verbonden is aan het Forensisch Medisch Expertisecentrum (www.formedex.nl). Telefonische consultatie van een forensisch arts is hierdoor praktisch gezien gemakkelijk uitvoerbaar en vrijwel de helft van de huisartsen (43%) gaf aan deze mogelijkheid vaak tot altijd te zullen benutten. De overige genoemde forensische consultatiemogelijkheden zullen eerst een praktische uitwerking moeten krijgen. Zo is het ontbreken van een digitale camera in de huisartsenpraktijk een veelgenoemde reden om fotografisch beeldmateriaal niet te laten beoordelen. Bij het signaleren en aanpakken van huiselijk geweld kan het ook nuttig zijn als de forensisch arts zijn letselverklaringen aan de huisarts overdraagt.

De respons op ons vragenlijstonderzoek is met 61% alleszins redelijk te noemen. We konden geen non-responsanalyse uitvoeren omdat we niet beschikten over achtergrondgegevens van de niet-responderende huisartsen. Hierdoor konden we niet nagaan in hoeverre de achtergrondkenmerken van respondenten en niet-respondenten verschilden. Het is niet uit te sluiten dat er selectiebias is opgetreden. Daarnaast is *recall bias* een veelvoorkomende beperking van retrospectief onderzoek.[26] Onder recall bias verstaat men de vertekening van de onderzoeksresultaten doordat de relevante gebeurtenis lang geleden heeft plaatsgevonden. In het huidige onderzoek kunnen verschillende aspecten onderhevig geweest zijn aan deze vorm van bias. Zo vroegen we artsen in hoeverre er tijdens hun opleiding aandacht was voor de signalering van lichamelijk geweld. Voor sommigen is het inmiddels tientallen jaren geleden dat zij hun opleiding volgden. Enkele huisartsen hebben de opleiding in het geheel niet gevolgd omdat die pas in de jaren zeventig is gestart. Ook vroegen we huisartsen hoe vaak zij vermoedden dat er in hun patiëntenpopulatie sprake was van lichamelijke mishandeling. We verwachten dat hier de recall bias beperkt is gebleven doordat we voor een recent tijdvak hebben gekozen (de voorafgaande twaalf maanden). Tot slot moet men bedenken dat lichamelijk zichtbaar letsel niet de belangrijkste indicator van huiselijke geweldpleging is. Slachtoffers van huiselijk geweld vertonen vaak aspecifieke somatische en psychische klachten, waardoor identificatie van deze groep bijzonder com-

H&W 10 09.indb 482 25-08-10 09:04

Foto: Shutterstock/Rudyanto Wijaya

plex is. Diverse screeningsmethoden kunnen artsen ondersteuning bieden bij de opsporing van deze slachtoffers.[6,27,28]
Dit artikel wil inzicht bieden in de huidige knelpunten die huisartsen ervaren bij de signalering van lichamelijke mishandeling. Scholing en de mogelijkheid om een forensisch arts te consulteren kunnen een positieve bijdrage leveren aan de deskundigheidsbevordering van huisartsen ten aanzien van de herkenning van huiselijk geweld. Dit is zowel voor de patiënt, als voor de behandelend arts van groot belang.

Literatuur

1 Van Dijk T, Flight S, Oppenhuis E, Duesmann B. Huiselijk geweld – aard, omvang en hulpverlening. Den Haag: Intomart, Sociaal Wetenschappelijk Onderzoek, 1997.
2 Kuyvenhoven MM, Hekkink CF, Voorn TB. Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142:2515-8.
3 Van Gurp L. De veilige gemeente. Utrecht: Stichting TransAct, 2000.
4 Hamberger LK, Ambuel B, Marbella A, Donze J. Physician interaction with battered women: the women's perspective. Arch Fam Med 1998;7:575-82.
5 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Römkens R, Lagro-Janssen T. Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. Br J Gen Pract 2007;57:396-400.
6 Compernolle T. Eerste hulp bij kindermishandeling en het Struisartssyndroom. Tijdschr Kindergeneeskd 1996;64:168-79.
7 Marquet R, Schellevis F, Donker G. Slachtoffers van geweld zijn grootgebruikers van de huisartsenzorg. Huisarts Wet 2006;10:489.
8 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol S, Romkens R, Hezemans D, Lagro-Janssen T. Talking matters: abused women's views on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse situation. Patient Educ Couns 2008;70:386-94.
9 Drijber B, Reijnders UJL, Ceelen M. Vrouwelijke slachtoffers van huiselijk geweld zoeken meestal geen hulp bij de huisarts. Huisarts Wet 2009;52:6-10.
10 Artsen en kindermishandeling. Meldcode en stappenplan. Utrecht: KNMG, 2008.
11 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Meldcode huiselijk geweld, kindermishandeling, vrouwelijke genitale verminking en eergerelateerd geweld. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.
12 Reijnders UJL, Van Baasbank MC, Van der Wal G. Diagnosis and interpretation of injuries: a study of Dutch general practitioners. J Clin Forensic Med 2005;12:291-5.
13 Goren SS, Raat AC, Broekhuijsen-van Henten DM, Russel IMB, Van Stel HF, Schrijvers AJP. Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost. Retrospectief statusonderzoek bij mishandelde kinderen. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153(B127).
14 Van Rijssel WGH. Oog voor kindermishandeling, meldingen bij het AMK. Epidemiol bull 2007;42:15-20.
15 Jaarrapport Blijf Groep – thuis in huiselijk geweld. Amsterdam: Stichting Blijf Groep, 2008.
16 Reijnders UJL, Van Baasbank MC, Van der Wal G. Van de trap gevallen. Med Contact 2004;43:1678-9.
17 De Vries KM, Wiegersma PA. Knelpunten bij de aanpak van kindermishandeling. Groningen: UMCG, Sociale Geneeskunde, 2007.
18 Rose K, Saunders DG. Nurses' and physicians' attitudes about women abuse: the effects of gender and professional role. Health Care Women Int 1986;7:427-38.
19 Lo Fo Wong SH, De Jonge A, Wester F, Mol SLS, Römkens RR, Toine Lagro-Janssen, T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? Fam Prac 2006;23:578-86.
20 Lo Fo Wong S. Huisartsen herkennen kindermishandeling zelden. Ned Tijdschr Geneeskd 2009;153:B89.
21 Lo Fo Wong S, Wester F, Mol SS, Lagro-Janssen TL. Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2006;56:249-57.
22 Dorn T, Ceelen M, De Keijzer JC. Verrichtingen forensische geneeskunde regio Amsterdam. Formatus 2005-2007. Amsterdam: GGD Amsterdam, 2008.
23 Reijnders UJL, Giannakopoulos GF, De Bruin KH. Assessment of abuse-related injuries: a comparative study of forensic physicians, emergency room physicians, emergency room nurses and medical students. J Forensic Leg Med 2008;15:15-9.
24 Crebolder HFJM. Opnieuw: intercollegiale toetsing via waarneemgroepen – een haalbare kaart? Huisarts Wet 1993;28:168-70.
25 Schuit KW, Cost Bude PE, Van Heest FE, Rolf C. Bellen met een consulent is effectief bij terminale zorg. Huisarts Wet 2003;46:388-91.
26 Raphael K. Recall bias: a proposal for assessment and control. Int J Epidemiol 1987;16:167-70.
27 Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. Fam Med 1996;28:422-8.
28 Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. JAMA 1997;277:1357-61.

H&W 10 09.indb 483 25-08-10 09:04

NHG-Standaard Obstipatie

Diemel JM, *Van den Hurk* APJM, *Muris* JWM, *Pijpers* MAM, *Verheij* AAA, *Kurver* MJ. *Huisarts Wet* 2010;53(9):484-98.

Inleiding

De NHG-Standaard Obstipatie geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van obstipatie bij kinderen en volwassenen in de huisartsenpraktijk, en vervangt de Farmacotherapeutische richtlijnen Obstipatie bij kinderen en Obstipatie bij volwassenen.
De klacht obstipatie, oftewel 'moeite met de stoelgang', komt bij kinderen en volwassenen veel voor.
Tot op heden ontbrak een eenduidige definitie en behandelstrategie van obstipatie, wat mogelijk geleid heeft tot over- of onderdiagnostiek en -behandeling. Deze NHG-Standaard geeft nu een definitie voor obstipatie die voor kinderen en volwassenen hanteerbaar is in de praktijk, waardoor eenduidigheid kan ontstaan tussen verschillende behandelaars over deze 'symptoomdiagnose'.
Er zijn diverse overeenkomsten in de benadering van obstipatie bij kinderen en volwassenen: anamnese en lichamelijk onderzoek zijn vaak voldoende voor de diagnose, zowel voor kinderen als voor volwassenen is het belangrijk dat zij het aandranggevoel herkennen en toegeven aan de defecatiereflex, en de medicamenteuze behandeling is, op de dosering na, nagenoeg hetzelfde. Een belangrijk onderscheid in de aanpak is dat het bij volwassenen vooral belangrijk is onderliggende (ernstige) oorzaken van de klachten aan te tonen of uit te sluiten. Bij kinderen is ophoudgedrag een van de belangrijkste oorzaken van obstipatie. In het beleid bij kinderen dient veel aandacht te zijn voor goede voorlichting en begeleiding aan kinderen en ouders.
De passages in deze NHG-Standaard die over kinderen gaan, sluiten aan bij de multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Met name bij kinderen kan fecale incontinentie een van de kenmerken van obstipatie zijn, maar deze NHG-Standaard zal niet ingaan op *solitaire* fecale incontinentie. Dit is een andere aandoening, waarbij sprake is van onvrijwillig verlies van ontlasting zonder obstipatie.
Voor obstipatie in de palliatieve fase wordt verwezen naar bestaande (palliatieve) richtlijnen, zoals de Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding (http://www.nhg.org, zie ook http://www.oncoline.nl). Voor diagnostiek en beleid bij obstipatie in het kader van het prikkelbaredarmsyndroom verwijst deze standaard naar de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom.
De aanpak van obstipatie bij kinderen en volwassenen komt grotendeels overeen, en de standaard behandelt deze gezamenlijk. De extra aandachtspunten die relevant zijn bij kinderen bespreekt de standaard apart.

Achtergronden

Begrippen

Er is sprake van *obstipatie bij volwassenen*[1] wanneer ten minste twee van de volgende symptomen aanwezig zijn:
- defecatiefrequentie ≤ 2 per week;
- hard persen tijdens defecatie;
- harde en/of keutelige defecatie;
- gevoel van incomplete defecatie;
- gevoel van anorectale obstructie of blokkade;
- digitale handelingen noodzakelijk om ontlasting te verwijderen.

Er is sprake van *obstipatie bij kinderen*[2] wanneer ten minste twee van de volgende symptomen aanwezig zijn:
- defecatiefrequentie ≤ 2 per week;
- ophouden van ontlasting;
- pijnlijke, harde of keutelige defecatie;
- grote hoeveelheid in luier of toilet;
- grote fecale massa palpabel in abdomen of rectum;
- fecale incontinentie ≥ 1 episode per week (indien zindelijk).

Er is sprake van *functionele obstipatie* wanneer er geen aanwijzingen zijn voor een onderliggende somatische oorzaak.
Fecale incontinentie is het onvrijwillig verliezen van ontlasting. Andere termen voor onvrijwillig verlies van ontlasting zijn encopresis en 'soiling', maar deze worden niet meer gebruikt.
Overloopdiarree is diarree die voorkomt bij fecale impactie, vooral bij kinderen en ouderen, en is een uiting van ernstige obstipatie.

Epidemiologie

Ongeveer tien tot dertig procent van de algemene bevolking ervaart op enig moment klachten van obstipatie en er zijn aanwijzingen dat vrouwen tweemaal zo vaak obstipatieklachten hebben als mannen.[3] De huisarts ziet per maand gemiddeld twee nieuwe patiënten met obstipatie, vooral jonge kinderen en ouderen.[4]

Etiologie

Het is van belang om onderliggende somatische oorzaken uit te sluiten.[5] Onderliggende somatische oorzaken komen vooral voor bij volwassenen en zelden bij kinderen.

Volwassenen

Obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak

Een *colorectaal carcinoom* kan zich met name presenteren bij oudere patiënten (arbitrair > 50 jaar) met verschillende klachten zoals rectaal bloedverlies en een veranderd defecatiepatroon. Een van deze klachten kan obstipatie zijn als het carcinoom de passage van feces bemoeilijkt. Bij (een combinatie van) deze kenmerken is de kans op colorectaal carcinoom verhoogd en is verdere diagnostiek geïndiceerd (zie de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies). Alléén obstipatie is echter zelden het eerste en enige symptoom van een colorectaal carcinoom.[6]
Het uitblijven van ontlasting kan veroorzaakt worden door een *ileus*. Een mechanische ileus is een obstructie van het darmlumen op het niveau van de dunne darm of op het niveau van de dikke darm door een streng, volvulus, tumor of strictuur. Dit kan gepaard gaan met steeds toenemende buikpijn en het steeds verder opzetten van de buik en (fecaal) braken. Bij een paralytische ileus (ook wel pseudo-obstructie genoemd) ontbreekt een mechanische oorzaak en is de gestoorde darmpassage het gevolg van het niet of ineffectief contraheren van de darmwand.[7] Dit komt voor na intra-abdominale ingrepen, bij peritonitis door welke oorzaak ook en als zeldzame complicatie van medicamenten die de darmmotiliteit negatief beïnvloeden.
In de dagelijkse huisartsenpraktijk wordt

Kernboodschappen

- In de meeste gevallen van obstipatie is er geen organische oorzaak.
- De diagnose obstipatie wordt gesteld met behulp van anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Niet-medicamenteuze adviezen en langdurige behandeling (minstens twee maanden) zijn belangrijk bij de behandeling van obstipatie bij kinderen.
- Lactulose en macrogol zijn effectieve medicamenteuze behandelingen van obstipatie.
- De medicamenteuze behandeling is bij kinderen en volwassenen nagenoeg hetzelfde.

H&W 10 09.indb 484 25-08-10 09:04

obstipatie bij volwassenen nogal eens veroorzaakt door *medicamenten*, vooral door opioïden en medicamenten met anticholinerge werking. Opioïden verhogen de tonus van de gladde gastro-intestinale musculatuur en verminderen de gastro-intestinale motiliteit. De productie van secreet door de darmmucosa neemt af en de vochtabsorptie neemt toe, zodat harde en droge ontlasting ontstaat.[8] Niet alleen opioïden en anticholinerge medicamenten (anticholinerge antihistaminica, tricyclische antidepressiva, antipsychotica, parkinsonmedicatie, oxybutynine) kunnen obstipatie veroorzaken, maar ook serotonineheropnameremmers, anti-epileptica, bisfosfonaten, ijzer- en calciumpreparaten, calciumantagonisten, NSAID's, diuretica en aluminiumbevattende antacida.[9]

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

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

Delegeren van taken

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

Diverse *metabole aandoeningen*, zoals hypothyreoïdie, kunnen (onder andere) obstipatie veroorzaken. De huisarts zal dan door de bijkomende klachten op het spoor gezet worden. Bij diabetes mellitus kan autonome neuropathie leiden tot een verlengde darmpassagetijd.
Obstipatie tijdens de *zwangerschap* ontstaat doordat progesteron een vertraagde darmpassage veroorzaakt, waardoor meer vocht wordt onttrokken aan de feces.
Obstipatie komt meer voor bij vrouwen die een *(uro)gynaecologische ingreep* hebben ondergaan.[5]
Een *prolaps* van de vagina-achterwand ten gevolge van een rectokèle kan ook defecatieklachten geven. Een *enterokèle* kan het gevoel geven van loze aandrang en het gevoel van anale blokkade ten tijde van de ontlasting.
Neurodegeneratieve aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson en multipele sclerose kunnen als autonoom verschijnsel (neuropathie) obstipatie geven, maar ook de bijkomende immobiliteit van de patiënt speelt een rol bij het ontwikkelen van obstipatie.

Functionele obstipatie

Bij het ontwikkelen van functionele obstipatie spelen weinig lichaamsbeweging, weinig drinken, onvoldoende vezelinname en niet toegeven aan defecatiedrang mogelijk een rol. De wetenschappelijke onderbouwing voor in de praktijk veel gegeven adviezen die hierop inhaken, is echter (zeer) beperkt.[10-12]
Obstipatie kan daarnaast deel uitmaken van andere functionele aandoeningen, zoals het prikkelbaredarmsyndroom.

Kinderen

Obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak

De *ziekte van Hirschsprung* is een zeldzame aangeboren aandoening waarbij over een variabele lengte van het colon ganglioncellen ontbreken.[13] Wanneer de eerste meconiumlozing pas 48 uur na de geboorte optreedt of later, bestaat er een sterke verdenking op de ziekte van Hirschsprung. De eerste ontlastingsproblemen zijn vaak kort na de geboorte aanwezig. Andere symptomen die passen bij de ziekte van Hirschsprung zijn: failure to thrive, bloederige diarree, gallig braken, leeg rectum en na rectaal toucher een forse 'explosie' van ontlasting.
Andere zelden voorkomende oorzaken voor obstipatie bij kinderen zijn *afwijkingen van de wervelkolom* (bij verminderde kracht, tonus of reflexen van de benen, afwezige anusreflex, pluk haar op de wervelkolom, sacrale indeuking, scheve bilnaad) en *anorectale misvormingen* (abnormale anus).
Een deel van de kinderen met obstipatie heeft, naast obstipatie, een urineweginfectie of klachten van urine-incontinentie (overdag of 's nachts)[14] waarbij obstipatie een rol speelt. De exacte rol van *urologische klachten* bij obstipatie is vooralsnog onduidelijk.

Functionele obstipatie

Bij borstgevoede kinderen is de defecatiefrequentie zeer variabel. Dit is een fysiologisch verschijnsel, hoeft niet tot klachten te leiden en hoeft niet behandeld te worden. Op zuigelingenleeftijd kan de *overgang van borstvoeding naar flesvoeding* tijdelijke defecatieproblemen veroorzaken. Zo is bij een zuigeling bijna altijd sprake van functionele obstipatie als de klachten zijn begonnen na de overgang van borstvoeding naar flesvoeding. Een andere onschuldige vorm van obstipatie bij gezonde kinderen tussen 0 en 6 maanden is *infant dyschezia*. Hierbij persen en huilen kinderen voorafgaand aan de defecatie ten minste tien minuten. Dit verdwijnt spontaan na enkele weken en behoeft geen behandeling als er geen andere symptomen van obstipatie aanwezig zijn. De oorzaak is niet duidelijk.
Rond de leeftijd van 4 jaar is 95% van de kinderen zindelijk voor ontlasting. Een mogelijke oorzaak voor het ontwikkelen en in stand houden van obstipatie op de kinderleeftijd is het *bewust of onbewust tegenhouden van de ontlasting*. Niet genoeg tijd nemen voor de defecatie en de weigering een onbekend toilet te gebruiken (bijvoorbeeld op school of bij vreemden) kunnen 'ophoudgedrag' veroorzaken. Ook angst voor pijnlijke defecatie kan een rol spelen. Andere (psychosociale) oorzaken voor obstipatie zijn ingrijpende gebeurtenissen in het gezin, zoals geboorte van broer of zus, verlies van dierbaren of schoolproblemen.
Daarnaast spelen bij kinderen mogelijk ook *weinig drinken*, *onvoldoende inname van vezels* en *onvoldoende beweging* een rol.
Obstipatie kan in uitzonderlijke gevallen een uiting zijn van *seksueel misbruik* of *fysiek geweld*. Anamnestische gegevens en lichamelijk onderzoek kunnen hiervoor aanwijzingen geven, zoals smeren met ontlasting, extreme angst voor anale inspectie of rectaal toucher, littekens bij de anus en hematomen.[15]

Richtlijnen diagnostiek

Anamnese

De huisarts vraagt volwassenen en kinderen (en/of ouders/verzorgers) naar:
- aanvang en duur van de klachten (eerdere episodes);
- defecatiepatroon:
  - het gebruikelijke defecatiepatroon en

H&W 10 09.indb 485 25-08-10 09:04

eventuele veranderingen daarin;
  - frequentie, hoeveelheid, vorm en consistentie van de ontlasting;
  - diarree (overloopdiarree);
- uitstelgedrag (kinderen: ophoudgedrag, benen over elkaar; volwassenen: niet toegeven aan de defecatiereflex, bijvoorbeeld op school of werk);
- toepassing van methoden ter bevordering van de defecatie (bijvoorbeeld digitale ontruiming);
- gevoel dat ontlasting in de darm achterblijft (incomplete defecatie);
- moeizame passage van de ontlasting (anorectale obstructie of blokkade past bij de diagnoses obstipatie, rectokèle of enterokèle, cave rectumcarcinoom);
- aanwijzingen voor prikkelbaredarmsyndroom (zie de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom);
- voeding (voldoende vochtinname en voldoende vezelinname);
- oorzakelijke factoren en gevolgen:
  - pijn bij defecatie (fissura ani);
  - rectaal bloedverlies (hemorroïden, fissura ani);
  - gebruik van laxantia en medicatie die obstipatie als bijwerking hebben;[5,8,9]
  - hypothyreoïdie, diabetes mellitus, zwangerschap, ziekte van Parkinson, multipele sclerose.
- overig:
  - algemene klachten: toenemende buikpijn en braken (ileus), malaise, gewichtsverlies[6] (cave maligniteit).

Aanvullende anamnese bij kinderen
- Tijdstip van eerste meconiumlozing (> 48 uur: aanwijzing voor de ziekte van Hirschsprung).
- Overgang van borst- op flesvoeding.
- Fecale incontinentie.
- Zindelijkheidstraining (peuters), defecatie op school (kleuters).
- Ouder-kindrelatie (omgaan met klacht).
- Verlies van dierbaren, geboorte van broer of zus, schoolproblemen.
- Groei(curve) en ontwikkeling (failure to thrive is een aanwijzing voor de ziekte van Hirschsprung).

De huisarts is alert op het vóórkomen van seksueel misbruik of fysiek geweld en stelt dit zo nodig aan de orde.

Lichamelijk onderzoek

Onderzoek het abdomen (inspectie, auscultatie, percussie en palpatie). Let bij het onderzoek van de buik vooral op palpabele weerstanden (bij volwassenen: maligniteit) en op aanwijzingen voor een ileus (distensie abdomen, afwezige peristaltiek of 'gootsteengeluiden', peritoneale prikkeling).

Inspecteer de perianale regio met goede belichting, spreid de billen en laat de patiënt even persen.

Let op de aanwezigheid van eventuele fissuren, hemorroïden of een prolaps van vagina en/of rectum.

Verricht rectaal toucher bij aanwezigheid van rectaal bloedverlies en bij algemene klachten zoals buikpijn, malaise en gewichtsverlies om een palpabele afwijking vast te stellen. Bij veel klachten kan de bevinding palpabele harde feces bij rectaal toucher helpen bij het maken van de keuze om eventueel rectale medicatie voor te schrijven.[16] Verricht uitgebreider lichamelijk onderzoek indien de anamnese daartoe aanleiding geeft.

Aandachtspunten bij kinderen

Bij de palpatie van de buik bij kinderen gaat de aandacht uit naar de aanwezigheid van een grote palpabele fecale massa (scybala) omdat dit een van de kenmerken is van obstipatie. Let op afwijkingen van de wervelkolom en anorectale misvormingen. Let bij inspectie van de anus vooral op de aanwezigheid van fissuren of littekens.

Overweeg een rectaal toucher[17] bij twijfel over de diagnose (wanneer er slechts één in plaats van twee symptomen van obstipatie aanwezig is, zie Begrippen). Doel van het rectaal toucher is dan het vaststellen van eventuele fecale impactie, zodat de diagnose obstipatie gesteld kan worden.[16] De aanwezigheid van palpabele harde feces geeft informatie over de diagnose obstipatie, een lege ampul en palpatie van zachte feces in de ampul daarentegen niet.

Aanvullend onderzoek

Verricht alleen laboratoriumonderzoek[18] en urineonderzoek indien de anamnese daartoe aanleiding geeft. Een buikoverzichtsfoto is voor het stellen van de diagnose obstipatie niet zinvol.[19] Ook andere vormen van beeldvormend onderzoek zijn niet zinvol.[20]

Evaluatie

Maak bij patiënten met obstipatieklachten onderscheid tussen:
- obstipatie door een onderliggende somatische oorzaak (obstructie door ileus of maligniteit, medicatie, organische oorzaak);
- obstipatie zonder onderliggende somatische oorzaak (functionele obstipatie).

Denk aan *een onderliggende oorzaak* van obstipatie als er sprake is van:
- malaise, onverklaard gewichtsverlies, rectaal bloedverlies, veranderd defecatiepatroon (maligniteit);
- veel buikpijn, braken, forse distensie van het abdomen, afwezige peristaltiek of gootsteengeluiden (ileus);
- gebruik van medicatie die obstipatie kan veroorzaken (opioïden, anticholinergica, serotonineheropnameremmers, anti-epileptica, bisfosfonaten, ijzer- en calciumpreparaten, calciumantagonisten, NSAID's, diuretica en aluminiumbevattende antacida);
- hypothyreoïdie, diabetes mellitus, zwangerschap, ziekte van Parkinson, multipele sclerose;
- prolaps van vagina en/of rectum (bekkenbodempathologie);
- bij kinderen: meconiumlozing > 48 uur na geboorte, bloederige diarree, gallig braken, failure to thrive, koorts (ziekte van Hirschsprung), afwijkingen van de wervelkolom of anorectale misvormingen.

Stel de diagnose *functionele obstipatie* indien er geen onderliggende somatische oorzaak is voor de obstipatie en aan de criteria voor de diagnose obstipatie is voldaan (zie Begrippen).

Denk aan psychosociale factoren bij ingrijpende gebeurtenissen in het gezin of schoolproblemen. Denk aan seksueel misbruik en fysiek geweld bij de volgende klachten of bevindingen: smeren met ontlasting, hematomen, extreme angst voor anale inspectie, littekens bij de anus en fissura ani.

Obstipatie kan ook deel uitmaken van een andere functionele aandoening: het prikkelbaredarmsyndroom (voor criteria zie de NHG-Standaard Prikkelbaredarmsyndroom).

Fissura ani of hemorroïden, zich uitend in rectaal bloedverlies en vastgesteld bij lichamelijk onderzoek, kunnen het gevolg van obstipatie zijn, maar ook bestaande obstipatie verergeren. Voor de behandeling van fissuren en hemorroïden zie de NHG-Standaard Rectaal bloedverlies.

Richtlijnen beleid

Functionele obstipatie behandelt de huisarts zelf. Als een patiënt veel hinder ondervindt, kan naast het geven van voorlichting en niet-medicamenteuze therapie direct met medicatie worden begonnen.

Als een medicament de obstipatie lijkt te veroorzaken, moet in de eerste plaats worden beoordeeld of het betreffende middel kan worden gestaakt dan wel een ander middel kan worden voorgeschreven. Het beleid bij obstipatieklachten die optreden bij hypothyreoïdie, diabetes mellitus, zwangerschap, bekkenbodempathologie of aandoeningen zoals ziekte van Parkinson, multipele sclerose, fissura ani of hemorro-

H&W 10 09.indb 486 25-08-10 09:04

iden is gelijk aan het beleid bij functionele obstipatie.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting, kan de huisarts de patiënt een van de NHG-Patiëntenbrieven over Obstipatie meegeven: Obstipatie bij kinderen, Obstipatie bij volwassenen, Vezelrijke voeding en Poepdagboek voor kinderen. Deze brieven zijn gebaseerd op de NHG Standaard, en bevatten informatie over obstipatie en de behandeling ervan (zie de NHG website: http://www.nhg.org, rubriek patiëntenvoorlichting).

Voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen

De huisarts geeft uitleg over wat een normaal defecatiepatroon is en over het vaak recidiverende karakter van obstipatie. Tevens geeft hij adviezen over voeding en lichaamsbeweging. Bij zuigelingen is er specifieke aandacht voor de juiste bereiding van flesvoeding. Vermijden van het ophouden van de ontlasting is op alle leeftijden een belangrijk aandachtspunt, en bij kleuters is toilettraining van belang. Bij kinderen is het gebruik van een poepdagboek nuttig om de klachten te registreren en te volgen. Indien van toepassing legt de huisarts uit dat ingrijpende gebeurtenissen in het gezin of op school obstipatie kunnen veroorzaken.

Defecatie

Geef de patiënt (en/of de ouders) voorlichting over het normale bij de leeftijd passende defecatiepatroon.[21]

- Bij borst- en flesgevoede zuigelingen (0 tot 3 maanden) is de defecatiefrequentie zeer variabel, met een gemiddelde van twee- tot driemaal per dag. Er zijn ook borstgevoede zuigelingen die maar eenmaal in de tien dagen defeceren.
- Na de leeftijd van 3 maanden daalt de defecatiefrequentie, bij kinderen van 3 jaar en ouder en bij volwassenen bedraagt deze gemiddeld één- tot tweemaal per dag, maar dit kan zeer variëren per persoon.

Geef de patiënt het advies om toe te geven aan het aandranggevoel en de defecatiereflex om de vicieuze cirkel te doorbreken (harde feces – ophouden – verdwijnen van het aandranggevoel – verder indikken van de feces – uitzetten van het rectum – meer harde feces).[22] Geef uitleg over het feit dat obstipatie een recidiverende klacht kan zijn. Het doel van de behandeling is dan ook tweeledig, enerzijds dat de patiënt klachtenvrij wordt en anderzijds recidiverende klachten zo veel mogelijk te voorkomen.[23]

Voeding en lichaamsbeweging

Voor een goede consistentie van de ontlasting zijn voldoende vochtinname en voldoende vezelinname van belang.

Vezels houden water vast en zorgen op die manier voor een grotere en zachtere fecesmassa, en bevorderen de peristaltiek. Ook beweging heeft een gunstig effect op de darmperistaltiek. Daarom is het van belang om voldoende vochtinname[10], voldoende vezelinname[11] en voldoende beweging[12] te adviseren. De wetenschappelijke onderbouwing voor deze adviezen is echter beperkt.

- Voor volwassenen is de inname van 1,5 tot 2 liter *vocht* per dag voldoende. Een gezond kind vanaf 10 kilo lichaamsgewicht heeft 1 tot 1,5 liter vocht per dag nodig. Een gezonde zuigeling heeft dagelijks 150 ml per kilo lichaamsgewicht nodig. Ga na of eventuele flesvoeding juist wordt bereid (1 afgestreken maatlepeltje per 30 ml water). Voor adviezen zoals het geven van extra vocht of het toevoegen van sla- of maïsolie aan de flesvoeding is geen plaats.[24]
- *Voedingsvezels* zitten in plantaardige voedingsmiddelen, zoals graanproducten, zaden, bonen, erwten, groenten en fruit. Adviseer een gezond en gevarieerd dieet met voldoende vezels (NHG-Patiëntenbrief Vezelrijke voeding).[11]
- Adviseer voldoende *beweging* volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen: bij voorkeur alle dagen van de week een half uur matig intensieve lichamelijke activiteit. Dit advies moet uiteraard passen bij de leeftijd en omstandigheden van de patiënt. Adviseer aan kinderen (< 18 jaar) dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit.

Als aan bovenstaande adviezen is voldaan, is het niet noodzakelijk om extra vocht, extra vezels of extra beweging voor te schrijven. Het is niet wetenschappelijk aangetoond dat extra vocht, extra vezels en extra beweging naast een normaal dieet- en bewegingspatroon een gunstig effect hebben op obstipatie. Als de patiënt niet in staat is voldoende vezels aan zijn dieet toe te voegen, schrijft de huisarts vezelpreparaten (zoals psylliumzaad of sterculiagom) voor. Probiotica zijn niet bewezen effectief bij obstipatie.[25]

Poepdagboek en toilettraining

Geef aan ouders het advies om een poepdagboek bij te houden, zodat voor henzelf en het kind inzichtelijk wordt wat de defecatiefrequentie is en wat de bijkomende klachten zijn. Het poepdagboek kan gebruikt worden voordat men start met medicatie, maar kan ook belangrijke informatie geven over de effectiviteit van de (medicamenteuze) behandeling. Bij kinderen vanaf 4 jaar kan toilettraining een bijdrage leveren aan de behandeling van obstipatie. Geef daarom uitleg over toilettraining (zie kader Toilettraining).[22]

Toilettraining

Een kind neemt driemaal daags, tien tot vijftien minuten na iedere maaltijd, gedurende ongeveer vijf minuten in rust plaats op het toilet, met de voeten goed aan de vloer of ondersteund door een voetenbankje. Het kind moet hiermee actief bezig zijn en dient dus bijvoorbeeld geen boek te lezen waardoor de aandacht is afgeleid. Geef het kind de opdracht om tienmaal actief te drukken met de buik en dat even vast te houden, daarna even te ontspannen en dan vervolgens nog eens tienmaal te drukken. Door beloning (bijvoorbeeld een sticker) blijft het kind gemotiveerd om mee te werken. Zeker bij jonge kinderen is het van belang dat de ouders helpen met wat langer op het toilet te blijven zitten. Dit kan bijvoorbeeld door een 5-jarige vijfmaal actief te laten drukken met de buik, dan een verhaaltje voor te lezen en dan nogmaals vijfmaal te laten drukken. Langer op het toilet blijven zitten heeft alleen zin indien dat ook resultaat heeft. Als het kind meteen in het begin voldoende ontlasting heeft, hoeft het niet langer op het toilet te zitten.

Medicamenteuze therapie

Start met medicamenteuze therapie bij patiënten met obstipatie als na twee weken niet-medicamenteuze therapie geen verbetering is opgetreden, of eerder als de patiënt veel hinder van de klachten ervaart. Het doel van de behandeling is om de ontlasting te verzachten en vervolgens zacht te houden. Leg uit dat langdurig gebruik van laxantia niet leidt tot een 'luie darm'.

Lactulose (een osmotisch werkend laxans) of macrogol (een volumevergrotend en osmotisch werkend laxans) zijn beide middelen van eerste keus, zowel bij volwassenen als bij kinderen ouder dan 1 jaar.[26-28] Bij kinderen jonger dan 1 jaar is lactulose het enige middel van eerste keus. Lactitol is een alternatief voor lactulose omdat het hetzelfde werkingsmechanisme heeft. Macrogol zonder elektrolyten is even werkzaam als macrogol met elektrolyten. De doseringen van de diverse laxantia staan in *tabel* 1 (dosering lactulose en macrogol bij volwassenen), *tabel* 2 (dosering lactulose bij kinderen) en *tabel* 3 (dosering macrogol bij kinderen). Indien de patiënt een van de middelen van eerste keus niet goed verdraagt, bijvoorbeeld door een opgeblazen gevoel of vieze smaak, schrijft de huisarts

H&W 10 09.indb 487 25-08-10 09:04

het andere middel van eerste keus voor.
Indien het middel van eerste keus onvoldoende werkzaam is, ondanks maximale dosering, is de volgende stap het kiezen van een middel met een ander werkingsmechanisme. Afhankelijk van de werkzaamheid kan het middel van eerste keus daarbij al dan niet gecontinueerd blijven. De huisarts kan kiezen voor contactlaxantia zoals bisacodyl (bij voorkeur 's avonds oraal 5-10 mg), sennosiden of andere osmotisch werkende laxantia (bijvoorbeeld magnesiumoxide, 2-5 g per dag). Met deze middelen is veel praktijkervaring, maar wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik ervan ontbreekt. Het is niet duidelijk wat de bijwerkingen van contactlaxantia (vooral sennosiden) zijn op de lange termijn. Schrijf daarom (vooral bij kinderen) met terughoudendheid sennosiden voor.[26,27] Langdurig gebruik van hoge doses magnesiumoxide kan bij ernstige nierfunctiestoornissen leiden tot hypermagnesiëmie.
Als er veel klachten zijn, is het van belang voldoende hoog te doseren, zodat uitstelgedrag niet meer mogelijk is. Ernstige obstipatie kan zich uiten als (overloop)diarree met aanwijzingen voor fecale impactie bij onderzoek van het abdomen en/of rectaal toucher. Overweeg rectale medicatie (klysma of zetpil, zie *tabel* 4) als er sprake is van fecale impactie (harde massa palpabel in de onderbuik en/of uitgezet rectum met grote hoeveelheid ontlasting bij rectaal toucher) of indien na drie dagen orale therapie bij ernstige klachten geen defecatie heeft plaatsgevonden.[29] Doel van disimpactie is het legen van het rectum en daarmee voorkomen dat buikpijn en fecale incontinentie (ten gevolge van overloopdiarree) toenemen bij het starten van de onderhoudsbehandeling. Fecale impactie kan ook behandeld worden met hoge doseringen macrogol (zie *tabel* 1 en 3).
Heroverweeg bij elke stap of aan de obstipatie mogelijk een organische oorzaak ten grondslag ligt waarvoor verwijzing noodzakelijk is.
Bij obstipatie veroorzaakt door medicatie (vooral opioïden en anticholinerge medicamenten zoals anticholinerge antihistaminica, tricyclische antidepressiva, antipsychotica, parkinsonmedicatie en oxybutynine) beoordeelt de huisarts of de indicatie voor het betreffende middel nog van toepassing is en of het middel kan worden gestaakt. Als er geen alternatieve behandeling mogelijk is, voegt de huisarts een laxans aan de medicatie toe. Een opioïd moet zelfs altijd samen met een laxans worden gestart. Ook voor deze indicatie zijn lactulose of macrogol eerste keus.[28]
De belangrijkste contra-indicatie voor het gebruik van orale laxantia is (verdenking op) een ileus. Zwangerschap is geen contra-indicatie voor het gebruik van lactulose en macrogol.

Controles

Na het geven van alleen *voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen* vindt na twee weken controle plaats. De huisarts gaat na of de adviezen wat betreft voeding, bewegen en toegeven aan de defecatiereflex zijn opgevolgd en of er bij de patiënt nog vragen of belemmeringen zijn waar de huisarts op in kan gaan.
Tijdens de *medicamenteuze behandeling* vinden controles plaats na drie dagen (bij ernstige klachten) of na twee weken (bij milde klachten). Bij bijwerkingen of onvoldoende effect van de medicatie past de huisarts de medicatie of dosering zo nodig aan.
Continueer de behandeling als deze succesvol is (geen klachten meer van patiënt, niet meer voldoen aan de diagnose obstipatie) en overleg met de patiënt wanneer de behandeling wordt afgebouwd.
Daarna bouwt de huisarts naar eigen inzicht de behandeling geleidelijk af.
Mocht het afbouwen van medicatie niet lukken, dan wordt de behandeling gecontinueerd. Heroverweeg daarbij de diagnose functionele obstipatie.

Extra aandachtspunten bij kinderen

Naast de evaluatie van de gegeven *voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen* bespreekt de huisarts met de ouders het ingevulde poepdagboek. Zo kan de huisarts de defecatiefrequentie en het klachtenpatroon nagaan. Het dagboek geeft informatie over het resultaat van de toilettraining. Het poepdagboek kan bij kinderen ook een hulpmiddel zijn om het resultaat van *medicamenteuze therapie* te evalueren en geeft het inzicht in therapietrouw. Zo nodig wordt de medicatie (middel of dosering) aangepast.
Indien bij kinderen gedurende drie dagen geen defecatie is opgetreden ondanks optimale onderhoudstherapie, kan bisacodyl 5 mg oraal eenmaal daags worden voorgeschreven.
De huisarts bespreekt met de ouders dat bij succesvolle behandeling (defecatiefrequentie driemaal per week of meer en geen andere klachten), de behandeling minstens twee maanden wordt voortgezet.[23] Daarna bouwt de huisarts de medicatie naar eigen inzicht af. Een aantal kinderen hebben echter minimaal zes maanden medicamenteuze behandeling nodig, en voor sommige kinderen kan dit zelfs oplopen tot jaren. De huisarts stemt met de ouders af hoe en wanneer ze de dosering van de medicatie zelf kunnen aanpassen.
Vanwege het recidiverende karakter van obstipatie biedt de huisarts bij kinderen een maand na het stoppen van de behandeling de ouders een (telefonisch) consult aan om te beoordelen of er weer klachten aanwezig zijn.

Consultatie/verwijzing

Bij een vermoeden van een ileus of maligniteit verwijst de huisarts naar de chirurg of internist voor aanvullend onderzoek en behandeling.
Indien de ingestelde behandeling onvoldoende werkzaam is, verwijst de huisarts volwassenen naar de MDL-arts of internist.[30] In de tweede lijn zal het onderzoek gericht zijn op het diagnosticeren van een onderliggende oorzaak en/of optimalisatie van de (medicamenteuze) therapie.
Consulteer een gynaecoloog indien er sprake is van verdenking op bekkenbodempathologie.
Bij twijfel over voldoende vezelinname verwijst de huisarts naar een diëtiste voor extra uitleg aan de patiënt over een gezond voedingspatroon met voldoende vezels.

Kinderen

Indien bij kinderen de ingestelde behandeling onvoldoende werkzaam is of bij een vermoeden van de ziekte van Hirschsprung of een congenitale afwijking van de wervelkolom of anus (zie Evaluatie) verwijst de huisarts naar de kinderarts.
Indien er bij kinderen twijfel bestaat aan de juiste uitvoering van de toilettraining of de perstechniek kan de huisarts verwijzen naar een fysiotherapeut met specifieke deskundigheid op dit gebied. Verdere behandeling vindt plaats in overleg met de huisarts. Een jgz-verpleegkundige heeft de mogelijkheid om in een aantal consulten een gezin pedagogische ondersteuning of begeleiding bij de toilettraining te bieden. Deze ondersteuning wordt echter niet in alle regio's aangeboden.
Bij kinderen bij wie sprake is van forse gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen of een sterk verstoorde ouder-kindinteractie rond de defecatie verwijst de huisarts naar de psycholoog.
Bij een vermoeden van seksueel misbruik of fysiek geweld handelt de huisarts volgens de Meldcode Kindermishandeling.[15]

Totstandkoming

Nadat werd besloten te beginnen met de ontwikkeling van een NHG-Standaard Obstipatie startte in januari 2009 een werkgroep die een conceptversie maakte. De werkgroep bestond uit de volgende leden: J.M. Diemel, huisarts te Arnhem; A.J.P.M. van den Hurk, huisarts te Brielle, dr. J.W.M. Muris, huisarts en universitair hoofddocent Universiteit Maastricht, M.A.M. Pijpers, aiotho, Erasmus MC Rotterdam, A.A.A. Verheij, huisarts te Spijkenisse. Er werd geen belangenverstren-

H&W 10 09.indb 488 25-08-10 09:04

Tabel 1 Dosering lactulose en macrogol bij volwassenen

Middel	Dosering
Lactulose	
lactulosestroop 670 mg/ml of poeder in sachet 6 g of 12 g	15-45 ml stroop of 12-30 g poeder in 1 of 2 doses*
Macrogol	
zonder elektrolyten: macrogol 4000, sachet 10 g	volwassenen en kinderen > 8 jaar: 1-2 sachets per dag
met elektrolyten: macrogol 3350 sachet volwassenen	afhankelijk van fabrikant 1-4 sachets per dag (> 11 jaar 1-2 sachets)
	fecale impactie: 8 sachets (van 13 g) per dag, innemen binnen 6 uur, gedurende maximaal 3 dagen (bij verminderde cardiovasculaire functie maximaal 2 sachets per uur)

Bronnen: Farmacotherapeutisch Kompas 2009 en Informatorium Medicamentorum.
* Bij buikpijn of diarree de dosering verlagen.

Tabel 2 Dosering lactulose bij kinderen

Lactulose (stroop 670 mg/ml)	
0-1 maand	1-2 maal daags 0,5 ml
1 t/m 6 maanden	0,6-1 ml/kg/dag in 1-2 doses
7 maanden tot 18 jaar*	1-3 ml/kg/dag in 1-2 doses

Bronnen: Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar, http://www.kinderformularium.nl.
*Maximaal 66 gram per dag. Bij buikpijn of diarree de dosering verlagen.

Tabel 3 Dosering macrogol bij kinderen

Zonder elektrolyten	
macrogol 4000 sachet junior 4 g	afhankelijk van leeftijd 1-4 sachets per dag > 8 jaar: zie tabel 1, volwassenen
Met elektrolyten	
macrogol 3350 sachet junior 6,56 g†	afhankelijk van leeftijd en fabrikant 1-4 sachets per dag
en macrogol 3350 sachet junior 2,95 g	> 11 jaar: zie tabel 1, volwassenen

Bronnen: Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar, http://www.kinderformularium.nl.
† Fecale impactie: 1-1,5 g/kg/dag (maximaal 7 dagen).

Tabel 4 Rectale medicatie kinderen en volwassenen*

Rectale medicatie	Dosering kinderen	Dosering volwassenen
Bisacodyl zetpil	3-10 jaar: 5 mg/dag in 1 dosis 10-18 jaar: 5-10 mg/dag in 1 dosis	10 mg/dag
Natriumlaurylsulfoacetaat, microklysma 5 ml	1-12 mnd: eenmalig half microklysma (= 2,5 ml) > 1 jaar: eenmalig 1 microklysma (= 5 ml) (canule slechts voor helft in rectum brengen)	1 microklysma
Natriumfosfaat, klysma 133 ml (contra-indicatie kinderen: ziekte van Hirschsprung) (contra-indicatie volwassenen: matige en ernstige nierinsufficiëntie)	3-6 jaar: 1 dd half klysma > 6 jaar: 1 dd heel klysma	1 klysma
Natriumdocusaat/glycerol, klysma 1 mg/ml docusaat, glycerol 85%, 100 ml, of 12 mg/g docusaat, glycerol 35%, tube 10 g	1-6 jaar: eenmalig 30 ml 6-12 jaar: eenmalig 50 ml > 12 jaar 120 mg (1 klysma of tube eenmalig)	1 klysma of tube
Natriumdocusaat/sorbitol, klysma 120 ml	< 6 jaar: 60 ml > 6 jaar: 120 ml	1 klysma

*De keuze voor rectale medicatie zal bepaald worden door de ervaring, inzicht en voorkeur van de arts en/of patiënt.

geling gemeld. De begeleiding van de werkgroep en de redactie berustten bij M.J. Kurver, huisarts te Utrecht en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het Nederlands Huisartsen Genootschap. F.S. Boukes was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker van deze afdeling. M.M. Verduijn was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie. E. Oosterberg was betrokken als wetenschappelijk medewerker Implementatie.
In februari 2010 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Negentien commentaarformulieren werden retour ontvangen.
In maart 2010 werd de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep met elf huisartsen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten prof.dr. A.J.P.M. Smout, gastroenteroloog, dr. M.A. Benninga, kindergastro-enteroloog, dr. H. Cloetens namens de Domus Medica vzw België, P. Leusink, huisarts en seksuoloog, prof.dr. A.L.M. Lagro-Jansen, hoogleraar Vrouwenstudies en medische wetenschappen en huisarts, dr. M.E. Numans, huisarts, prof.dr. N. de Wit, huisarts, prof.dr. M.Y. Berger, huisarts en hoogleraar Huisartsgeneeskunde Universitair Medisch Centrum Groningen, prof.dr. J.M.A. Sitsen, artsklinisch farmacoloog en hoofdredacteur van het *Farmacotherapeutisch Kompas*, en A.J.G. Jordens, apotheker, dr. E.J. Vollaard, ziekenhuisapotheker, dr. T. Schalekamp, apotheker, J.J. Luinenburg, apotheker en K. Becker, apotheker, allen namens het KNMP. Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.
D. Soeters, huisarts, en dr. R. Starmans, huisarts, hebben namens de NAS tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het basisplan. In mei 2010 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie. Op de NHG-website (www.nhg.org) staat bij de webversie van deze standaard de zoekstrategie beschreven die de werkgroep volgde bij het zoeken naar wetenschappelijke literatuur. Op de NHG-website zijn tevens de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek.

© 2010 Nederlands Huisartsengenootschap

Noten

Noot 1
Definitie van obstipatie bij volwassenen
Gastro-enterologen hebben op basis van ervaring en literatuur de Rome-criteria voor functionele

H&W 10 09.indb 489 25-08-10 09:04

gastro-intestinale aandoeningen vastgesteld. In 1994 verschenen de Rome-I-criteria, in 1999 de Rome-II-criteria en als meest recente in 2006 de Rome-III-criteria. Moesten in de Rome-II-criteria de symptomen minstens een jaar bestaan om de diagnose functionele obstipatie te kunnen stellen, in de Rome-III-criteria is dit teruggebracht naar een half jaar. De Rome-III-criteria voor de diagnose functionele obstipatie luiden als volgt.

1 Twee of meer van de volgende criteria:
   - defecatiefrequentie ≤ 2 per week;
   - hard persen in > 25% van de defecaties;
   - harde of keutelvormige ontlasting in > 25% van de defecaties;
   - gevoel van incomplete evacuatie in > 25% van de defecaties;
   - gevoel van anorectale obstructie of blokkade in > 25% van de defecaties;
   - manuele handelingen noodzakelijk in > 25% van de defecaties.
2 Zachte ontlasting zelden zonder laxantia.
3 Onvoldoende criteria voor het prikkelbaredarmsyndroom.
4 Bovenstaande criteria zijn ten minste 3 maanden aanwezig en de klachten zijn ten minste 6 maanden voor het stellen van de diagnose begonnen [Longstreth 2006].

Onder behandelaars in de eerste en tweede lijn is geen eenduidigheid over de definitie van obstipatie bij volwassenen. Bovenstaande definitie is om twee redenen niet makkelijk te hanteren in de eerste lijn.
Ten eerste: patiënten in de huisartsenpraktijk komen niet pas na drie maanden met klachten op het spreekuur, en zij zullen niet pas drie maanden nadien een behandeling krijgen. Maar ook bij deze patiënten kan sprake zijn van functionele obstipatie. Het criterium dat de patiënt ten minste drie maanden klachten moet hebben, lijkt in de dagelijkse huisartsenpraktijk niet toepasbaar. Omdat het bovendien geen consequenties heeft voor het beleid, heeft de werkgroep besloten het tijdscriterium te laten vervallen.
Ten tweede: de in de definitie genoemde percentages zijn subjectief, niet objectiveerbaar en vermoedelijk dus niet betrouwbaar. De werkgroep kiest ervoor om deze percentages daarom niet te hanteren.
Dat patiënten alleen met laxantia zachte ontlasting hebben, geldt waarschijnlijk voor de groep patiënten met langdurige klachten. Ook in deze standaard is het prikkelbaredarmsyndroom een exclusiecriterium. De werkgroep heeft ervoor gekozen om de criteria die genoemd zijn bij het eerste punt te gebruiken voor de definitie in de huisartsenpraktijk.

Noot 2
Definitie van obstipatie bij kinderen
Obstipatie is een klinische diagnose, bestaande uit een combinatie van symptomen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek. In de literatuur worden verschillende definities voor (functionele) obstipatie gebruikt. Onduidelijkheid over de definitie van obstipatie komt de behandeling niet ten goede. Kinderartsen en kindergastro-enterologen hebben op basis van ervaring en literatuur de Rome-criteria (zie ook noot 1) vastgesteld. De meest recente zijn de Rome-III-criteria [Hyman 2006; Rasquin 2006] en deze luiden als volgt.

0-4 *jaar*
Ten minste één maand ten minste twee van de volgende criteria:
- defecatiefrequentie ≤ 2 per week;
- ten minste fecale incontinentie éénmaal per week;
- ophouden van ontlasting;
- pijnlijke of harde ontlasting;
- grote fecale massa in abdomen of rectum;
- grote hoeveelheid feces in luier of toilet.

≥ 4 *jaar*
Ten minste twee van de volgende criteria (met onvoldoende criteria voor prikkelbaredarmsyndroom), minstens eenmaal per week gedurende twee maanden voor het stellen van de diagnose:
- defecatiefrequentie ≤ 2 per week;
- fecale incontinentie minstens één episode per week;
- ophouden van ontlasting;
- pijnlijke of harde ontlasting;
- grote hoeveelheid fecale massa in abdomen of rectum;
- grote hoeveelheid feces in toilet.

De Rome-III-criteria lijken om de volgende drie redenen niet goed bruikbaar in de huisartsenpraktijk.
Ten eerste: het criterium dat kinderen een of twee maanden klachten moeten hebben alvorens van de diagnose functionele obstipatie te kunnen spreken en daarna behandeling te kunnen starten. Dit tijdscriterium is toegevoegd in de veronderstelling dat obstipatieklachten veel voorkomen en meestal vanzelf overgaan, en dat deze acute klachten niet als een ziekte moeten worden geïnterpreteerd. Er is echter geen onderbouwing voor deze veronderstelling. Er zijn wel (summiere) aanwijzingen dat tijdig starten met behandeling de kans op succes vergroot. Bij de herziening van de Rome-criteria in 2006 werd het toen geldende tijdscriterium verkort van drie maanden naar twee maanden, omdat kinderen met klachten korter dan drie maanden behandeling werd onthouden, maar het is aannemelijk dat in de eerste lijn ook twee maanden te lang is om te wachten met het starten van de behandeling. Vooralsnog is echter niet duidelijk hoe het beloop van obstipatie is bij kinderen met kortdurende klachten en of behandeling dit beloop gunstig kan beïnvloeden [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
Ten tweede: 'voldoen aan twee criteria'. Het komt voor dat kinderen ook met andere klachten komen, zoals veel huilen (zuigelingen) of buikpijn. Als deze kinderen daarnaast slechts aan één criterium voldoen, is het de vraag of de diagnose obstipatie gesteld kan worden. De werkgroep is van mening dat dit wel het geval zou kunnen zijn, maar voor deze veronderstelling is geen goede onderbouwing. De werkgroep van de multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009] heeft dan ook besloten om buikpijn niet als criterium toe te voegen, wel moet bij kinderen met buikpijn aan obstipatie worden gedacht.
Ten derde: het criterium fecale massa in abdomen of rectum. Bewijs ontbreekt voor de diagnostische waarde van lichamelijk onderzoek en rectaal toucher (zie noot 13). Veel huisartsen zijn terughoudend met het uitvoeren van een rectaal toucher bij kinderen. Huisartsen vermoeden dat de belasting voor het kind niet opweegt tegen de diagnostische informatie. Artsen werkzaam in de tweede en derde lijn zijn echter wel van mening dat dit onderzoek extra diagnostische informatie oplevert. Daarom is dit criterium wel opgenomen in de standaard.

Conclusie: strikt genomen zijn de Rome-III-criteria niet goed bruikbaar in de huisartsenpraktijk. Als maar één criterium aanwezig is, wordt obstipatie wel in de differentiaaldiagnose opgenomen. De diagnose obstipatie zoals in deze standaard geformuleerd (zonder tijdscriterium) sluit tevens aan bij de multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Noot 3
Epidemiologie van obstipatie in de algemene bevolking
De epidemiologische cijfers variëren met de gehanteerde definitie. De in de literatuur gebruikte Rome-criteria (zie noot 1 en 2) geven lagere prevalentiecijfers dan zelfgerapporteerde obstipatieklachten.
In een systematische review van achttien onderzoeken bleek de prevalentie van obstipatie bij kinderen in de algemene bevolking te variëren. De prevalentie in de algemene bevolking varieerde van 1,5% (school-sample minder dan drie defecaties per week langer dan zes maanden) tot 29,6% (kinderdagverblijf, vragenlijsten ouders, Rome-II-criteria langer dan twee weken) [Van den Berg 2006].
Een andere systematische review beschrijft de prevalentie van obstipatie in de algemene bevolking bij volwassenen. De afzonderlijke onderzoeken lieten op basis van vragenlijsten of interviews een prevalentie zien die varieerde tussen de 22,4 en 35 per 100 personen. Obstipatie kwam tweemaal zo veel voor bij vrouwen als bij mannen [Peppas 2008]. In een cohortonderzoek verricht in de Verenigde Staten bij 2109 vrouwen tussen de 40 en 67 jaar rapporteerde 12,5% obstipatie. Er was sprake van obstipatie bij één van de volgende kenmerken in één week: moeite met ontlasting, persen langer dan vijftien minuten of onvolledige lediging. Daarnaast had 60% van de vrouwen obstipatieklachten zonder dat zij volden aan de definitie [Varma 2008].

Conclusie: de prevalentie van obstipatie in de algemene bevolking (bij kinderen en volwassenen) is afhankelijk van de gehanteerde definitie. Ongeveer 10 tot 30% van de algemene bevolking ervaart op enig moment klachten van obstipatie, vrouwen ervaren tweemaal zo vaak klachten van obstipatie als mannen.

Noot 4
Epidemiologie van obstipatie in de huisartsenpraktijk
Het Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg (LINH) beschikt over recente incidentiecijfers. In 2007 participeerden in het netwerk 74 praktijken met in totaal 257.424 patiënten. In 2007 was de gemiddelde incidentie van obstipatie (ICPC D12) 10,6 per 1000 ingeschreven patiënten van alle leeftijden. Dat betekent dat de huisarts in een normpraktijk per maand gemiddeld 2 patiënten met obstipatie ziet. De incidentie was het hoogst bij 0-jarigen en 75-plussers; respectievelijk 40,2 en 36,7. Bij jonge kinderen is de incidentie bij meisjes en jongens nagenoeg gelijk, daarna stijgt de incidentie bij vrouwen ten opzichte van mannen. In de leeftijdscategorie 15-44 jaar is het verschil het grootst (bij vrouwen 9,0 en mannen 2,6 per 1000 ingeschreven patiënten) [NIVEL 2009].

Conclusie: de huisarts ziet met name jonge kinderen en ouderen met obstipatie. Bij (jong)volwassenen komt obstipatie minder vaak voor, maar in deze groep wel meer bij meisjes en vrouwen dan bij jongens en mannen.

Noot 5
(Patho)fysiologie en etiologie van obstipatie
Fysiologie van het colon
Er zijn twee typen contracties van het colon. De meest voorkomende zijn fasische drukgolven, waarbij de inhoud van het colon wordt gemengd en in contact komt met de mucosa. Het tweede type contracties heeft een propulsief effect, treedt ongeveer zesmaal per dag op en is geassocieerd met defecatie. De frequentie en grootte van de contracties van het colon nemen toe vlak na ontwaken en na inname van voedsel. De normale defecatie wordt in gang gezet door één of meer contracties van grote amplitude, die leiden tot vulling van het rectum en reflectoire relaxatie van de interne anale sfincter. Rectumvulling en contact van feces met receptoren in het proximale deel van het anale kanaal leiden tot het gevoel van aandrang. Voor defecatie is relaxatie van de externe sfincter nodig. Tijdens de defecatie ontspant ook de m. puborectalis, waardoor de anorectale hoek minder scherp wordt. Persen verhoogt de intra-abdominale druk, waardoor de ontlasting naar buiten wordt gedreven. Als de defecatie wordt tegengehouden, vindt contractie plaats van de externe anale sfincter en de bekkenbodem totdat het rectum zich heeft aangepast aan het toegenomen rectale volume.

H&W 10 09.indb 490 25-08-10 09:04

Pathofysiologie en etiologie bij volwassenen
In de literatuur wordt grofweg onderscheid gemaakt tussen een stoornis van de motiliteit van het colon en een functiestoornis van de bekkenbodem. Beide stoornissen kunnen voorkomen bij één patiënt [Muris 2007]. Overigens heeft het grootste deel van de patiënten met obstipatie een normale darmpassagetijd en anorectale functie [Longstreth 2006].
Een *stoornis van de motiliteit van het colon* kan een toename geven in de passagetijd door de darm. Deze stoornis wordt onderverdeeld in drie groepen: stoornis van de motiliteit van colon ascendens (ernstige vorm: coloninertie of lui colon), colon descendens of rectosigmoïd. 'Slow transit'-obstipatie wil zeggen dat de totale passagetijd door de darm is toegenomen als gevolg van hetzij een afgenomen darmactiviteit met daling van het aantal contracties van het gehele colon, hetzij een toename van het aantal ongecoördineerde contracties [Muris 2007].
Bij een *functiestoornis van de bekkenbodem* (ook wel spastisch bekkenbodemsyndroom of anisme genoemd) verloopt het ontlastingsmechanisme niet goed, waardoor feces zich ophoopt in het rectum. Er is sprake van paradoxale contractie of inadequate relaxatie van de bekkenbodemspieren tijdens de defecatie, of er zijn inadequate propulsies tijdens de defecatie. De Rome-criteria voor deze aandoening zijn de criteria voor functionele obstipatie met daarbij een anorectale disfunctie, aangetoond door anorectaal functieonderzoek zoals een ballonexpulsietest of manometrie. De diagnostische waarde van deze onderzoeken is overigens niet duidelijk. De auteurs van de Rome-criteria bevelen daarom in eerste instantie conservatieve, (niet)medicamenteuze behandeling aan, bijvoorbeeld adviezen. Anorectaal functieonderzoek is alleen geïndiceerd indien deze behandeling onvoldoende werkzaam is [Bharucha 2006]. Angst en stress kunnen bijdragen aan deze functiestoornis door toename van de spierspanning, en er is mogelijk een relatie met seksueel misbruik in het verleden. In een onderzoek bij volwassen patiënten in de derde lijn (n = 118), die langer dan een jaar obstipatieklachten hadden met een functiestoornis van de bekkenbodem, rapporteerde 29% van de mannen en 32% van de vrouwen dat zij in het verleden slachtoffer waren van fysiek geweld. Van de patiënten was 22% in het verleden seksueel misbruikt [Rao 2004]. In een Nederlands derdelijns onderzoek bij volwassen vrouwen die waren verwezen naar een bekkenbodempolikliniek (n = 185, gemiddelde leeftijd 47 jaar) werden drie domeinen onderscheiden: urologisch, gastrointestinaal (obstipatieklachten, bloedverlies, perianale huidklachten, pijn, fecale incontinentie) en seksueel. Van de onderzochte vrouwen was 23% in het verleden seksueel misbruikt. De groep die seksueel misbruikt was, had significant meer klachten in alle drie de domeinen dan de overige proefpersonen (83,3% respectievelijk 48%, $p < 0,0001$) [Beck 2009].
Door een *rectokèle* kan sterke uitbochting van het rectum de passage van de feces belemmeren. Om defecatie mogelijk te maken, drukt de patiënt soms met vingers de vagina-achterwand terug. Bij een *enterokèle* kan de vagina-achterwand prolaberen en ook de voorwand van het rectum kan inzakken. Deze inzakking kan reiken tot in het anale kanaal [Heineman 2007].
Obstipatie komt meer voor bij vrouwen na *uterusextirpatie en urinecontinentiebevorderende ingrepen*. Naast mechanische factoren, zoals het optreden van een rectokèle of enterokèle, en een verminderde colonmotoriek door schade aan coloninnerverende zenuwvezels spelen hierbij waarschijnlijk ook psychologische factoren een rol [Smout 2000].

Pathofysiologie en etiologie bij kinderen
Op de kinderleeftijd kan het bewust of onbewust tegenhouden van ontlasting een oorzaak zijn voor het ontwikkelen en in stand houden van obstipatie. Tijdens het ophouden rekt het rectum uit. Hierdoor nemen de propulsieve contracties van het rectum af. Oorzaken voor dit ophoudgedrag zijn: pijnlijke defecatie door harde of grote hoeveelheid ontlasting of door fissuren, niet genoeg tijd nemen voor de defecatie en het weigeren van een onbekend toilet (school, bij vreemden). Bij 5% van de kinderen wordt een organische oorzaak gevonden zoals de ziekte van Hirschsprung, cystische fibrose, anorectale misvormingen, hypothyreoïdie of medicatie [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
Uit ervaring blijkt dat 'life events' zoals fysiek geweld, seksueel misbruik maar ook verlies van dierbaren, geboorte van broer of zus en schoolproblemen een oorzaak kunnen zijn van obstipatie [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
Tabel 5 geeft een niet-uitputtende opsomming van organische en iatrogene oorzaken van obstipatie.

Noot 6
Klachten (obstipatie en gewichtsverlies) en colorectaal carcinoom
In de literatuur wordt een veranderd defecatiepatroon geassocieerd met de aanwezigheid van een maligniteit, maar in weinig onderzoeken wordt een veranderd defecatiepatroon nader gedifferentieerd.
In een retrospectief onderzoek (Verenigde Staten, tweede en derde lijn) werden de resultaten van in totaal 19.764 sigmoïdoscopieën en colonoscopieën onderzocht. Bij 563 scopieën was obstipatie één van de indicaties, bij 234 (1,2%) de enige indicatie. Bij de patiënten die alleen klachten hadden van obstipatie was in geen enkel geval sprake van een colorectaal carcinoom. Bij 1,3% was sprake van een villeus adenoom, en bij 13,7% sprake van een tubulair adenoom. Van de patiënten die naast obstipatie nog een andere klacht hadden, had 2,4% een colorectaal carcinoom, 0,6% een villeus adenoom en 12,8% een tubulair adenoom [Pepin 2002].
In een groot eerstelijns case-controlonderzoek in Groot-Brittannië bij volwassenen ouder dan 30 jaar (5477 cases en 38.314 controls) had de klacht obstipatie een geringere betekenis (OR 2,1; 95%-BI 1,9-2,3) dan de klacht veranderd defecatiepatroon (OR 14; 95%-BI 12-17). De auteurs konden niet achterhalen wanneer huisartsen de klacht obstipatie of een veranderd defecatiepatroon scoorden [Hamilton 2009].

Noot 7
Ileus
Bron: [Van der Meer 2005].

Noot 8
Obstipatie door opioïden
Een meta-analyse (n = 1114) liet zien dat 41% van de groep volwassen patiënten die opioïden gebruikten (exclusie: maligniteit) obstipatieklachten kreeg. In de placebogroep kreeg 11% obstipatieklachten. Het 'number needed to harm' bedroeg 3,4 (95%-BI 2,9-4,0) [Kalso 2004]. Een meta-analyse waarin ook patiënten werden geïncludeerd die codeïne of tramadol gebruikten, had 15% (95%-BI 14-16) van de volwassen patiënten (n = 4043) obstipatieklachten, tegen 5% (95%-BI 3,9-7,2) in de placebogroep [Moore 2005]. De Farmacotherapeutische richtlijn Pijnbestrijding (http://www.nhg.org) adviseert bij gebruik van opioïden tegelijkertijd te starten met een laxans.

Noot 9
Medicatie en obstipatie
Diverse medicamenten kunnen als bijwerking obstipatie geven. Voorbeelden zijn opioïden (zie noot 8), aluminiumbevattende antacida, ijzerpreparaten, anticholinergica en NSAID's. Ook psychotropica (onder andere tricyclische antidepressiva, anti-epileptica en antiparkinsonmedicatie) en cardiovasculaire medicatie (diuretica en calciumantagonisten) kunnen obstipatie geven [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009]. Overigens is deze opsomming niet uitputtend.
In Australië is in de eerste lijn een groot dossieronderzoek verricht. De onderzoekspopulatie (leeftijd > 10 jaar) bestond uit een groep met de diagnose chronische obstipatie (niet nader gespecificeerd) (n = 7251), een groep met obstipatie (n = 6441) en een controlegroep (n = 7103). De ziekte van Parkinson en multipele sclerose waren sterk geassocieerd met obstipatie, maar kwamen relatief weinig voor. Opioïden (OR 2,44; 95%-BI 2,10-2,85), antidepressiva (niet-gespecificeerd) (OR 2,05; 95%-BI 1,83-2,30), spasmolytica (OR 2,88; 95%-BI 2,52-3,29), calciumsupplementen (OR 2,40; 95%-BI 1,46-3,96) en anticonvulsiva (OR 2,20; 95%-BI 1,68-2,86) waren geassocieerd met obstipatie, evenals diuretica, antihistaminica, alumiumbevattende antacida en ijzerpreparaten [Talley 2003].
In een dwarsdoorsnedeonderzoek in de Verenigde Staten werden 892 vragenlijsten verstuurd aan volwassenen tussen 30-64 jaar uit de algemene bevolking. De respons was 73%; personen met symptomen van het prikkelbaredarmsyndroom werden geëxcludeerd. Bij 18% van de respondenten was sprake van chronische obstipatie (gedurende drie maanden twee van de volgende klachten: defecatiefrequentie < 3 per week, harde of keutelige ontlasting bij ≤ 25% van alle defeca-

Tabel 5 Voorbeelden van oorzaken obstipatie bij volwassenen en kinderen

Oorzaak	Voorbeelden
Anatomisch	anusatresie, stenose van de anus, abnormale positie van de anus
Hormonaal	zwangerschap
Maligniteit	colorectaal carcinoom, gynaecologische en urologische tumoren
Mechanisch	volvulus, adhesies, fecale impactie, ileus, pseudo-obstructie, status na (uro)gynaecologische ingrepen
Medicatie	anticholinergica (antihistaminica, tricyclistische antidepressiva, antipsychotica, parkinsonmedicatie, spasmolytica, cyclizine, oxybutynine), serotonineheropnameremmers, supplementen (onder andere calcium en ijzer), opioïden, calciumantagonisten, diuretica, NSAID's, aluminiumbevattende antacida)
Metabool	hypothyreoïdie, diabetes mellitus, diabetes insipidus, hypercalciëmie, hypokaliëmie
Gastro-intestinaal	cystische fibrose, coeliakie, koemelkeiwitallergie
Neurogeen	ziekte van Hirschsprung, ziekte van Parkinson, multipele sclerose, CVA, dwarslaesie, neurofibromatose
Psychogeen	seksueel misbruik, fysiek geweld, angst, depressie, anorexia nervosa
Systemisch	amyloïdose, dermatomyositis

Bronnen: Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar en consensus werkgroep.

H&W 10 09.indb 491 25-08-10 09:04

ties, persen bij ≤ 25% van alle defecaties, gevoel van onvolledige lediging na defecatie). Chronische obstipatie bleek geassocieerd met gebruik van acetylsalicylzuur (OR 1,7; 95%-BI 1,0-2,7) en andere NSAID's (OR 1,8; 95%-BI 1,1-3,0) [Chang 2007].

Noot 10
Niet-medicamenteuze adviezen: vocht
De consistentie van de ontlasting wordt bepaald door de hoeveelheid water die door het colon geabsorbeerd wordt. De absorptiecapaciteit van de dunne darm bedraagt ongeveer 15 l per dag bij volwassenen, en daarnaast is het proximale colon nog in staat om 5 l per dag te absorberen. Een relatief geringe vochttoename, zoals bij extra vochtadviezen, zal dus geabsorbeerd worden in de dunne darm of het proximale colon en zal daarom de uiteindelijke consistentie niet veranderen [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Volwassenen
Er zijn geen onderzoeken gevonden die het effect van extra vochtinname bij volwassenen met obstipatie onderzochten.

Kinderen
Eén niet-geblindeerd onderzoek van slechte kwaliteit heeft het effect van vocht bij de behandeling van obstipatie onderzocht bij kinderen tussen 2 en 12 jaar (n = 90). Er waren drie onderzoeksgroepen, een groep met een verhoogde waterinname (50% toename ten opzichte van de normale inname van het kind), een groep met verhoogde inname door middel van hyperosmolaire vloeistoffen en een controlegroep. De uitkomstmaten (defecatiefrequentie per week, consistentie en moeite met poepen) waren niet verschillend na twee en drie weken behandeling [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Conclusie: de werkgroep beveelt een normale vochtinname aan. In het algemeen heeft een gezonde zuigeling dagelijks 150 ml vocht per kilo lichaamsgewicht nodig. Vanaf 10 kg lichaamsgewicht heeft een gezond kind 1000 tot 1500 ml vocht per dag nodig. Een gezonde volwassene heeft gemiddeld per dag 1900 tot 2500 ml vocht nodig, waarvan ongeveer 70% via drinken [Voedingscentrum 2008]. Elke arts dient een inschatting van de vochtbehoefte te geven tijdens de behandeling van obstipatie.

Noot 11
(Niet-)medicamenteuze adviezen: vezels
Vezels (bulkvormers) zijn organische polymeren die water vasthouden in feces. Diverse producten ondergaan bacteriële fermentatie (afbraak) in het colon, waardoor gasvorming in de darmen ontstaat. Bij vezels is het effect groter naarmate de vezelrijke voeding zo grof mogelijk en zo weinig mogelijk bewerkt (verhit) is, en naarmate de vezels meer behoren tot de niet-oplosbare, niet-fermenteerbare, niet-viskeuze soort (volkoren graanproducten, kiwi's) dan tot de oplosbare, fermenteerbare, viskeuze soort (kool, bonen, appels). Niet-fermenteerbare voedingsvezels worden niet afgebroken door bacteriën in het colon. Ze vergroten wel het volume van de darminhoud. Vezelrijke producten bevatten vaak beide typen vezels. Een laatste soort vezels is niet-verteerbar zetmeel ('resistant starch'); voorbeelden zijn gekookte en afgekoelde aardappelen of pasta verwerkt in salades, niet-verwarmde cornflakes, muesli en onrijpe bananen [Mathus-Vliegen 2004].

Volwassenen
De auteurs van een Amerikaanse systematische review oordelen dat psyllium de defecatiefrequentie verhoogt. Overigens was psyllium het enige vezelpreparaat waarvoor voldoende data beschikbaar waren om een aanbeveling mogelijk te maken [Brandt 2005].
Een meta-analyse van twintig onderzoeken (gepubliceerd tussen 1974 en 1988) liet zien dat vezelpreparaten het gewicht van feces deden toenemen en de passagetijd van feces door het colon deden afnemen, maar niet 'normaliseerden'. De gemiddelde toename van de defecatiefrequentie per week was 1,4 (in vergelijking met een niet-bulkvormend laxans: 1,5) [Petticrew 2001].
Een eenzijdig geblindeerd onderzoek in de eerste lijn in Groot-Brittannië, uitgevoerd door de fabrikant bij 201 patiënten (gemiddelde leeftijd 49 jaar, 50 mannen) met functionele obstipatie (niet nader gespecificeerd, prikkelbaredarmsyndroom geen specifiek exclusiecriterium) onderzocht de effectiviteit van psylliumvezels ten opzichte van placebo gedurende twee weken. Het dieet van de patiënten is niet beschreven. Voor behandeling was de mediane defecatiefrequentie 2,3 keer per week in beide groepen. Na behandeling (3 zakjes per dag) was deze in de psylliumgroep en controlegroep respectievelijk 14 en 9 per week ($p < 0,001$). De volgende eindpunten waren significant verbeterd in de psylliumgroep: consistentie van ontlasting, buikpijn, ongemak en noodzaak tot persen [Fenn 1986].
Bij 22 patiënten met chronische obstipatie (defecatiefrequentie > 3 per week gedurende 6 maanden, bevestigd met dagboek, prikkelbaredarmsyndroom geen specifiek exclusiecriterium, dieet niet beschreven) werd psyllium vergeleken met placebo gedurende 8 weken. Na 8 weken was de wekelijkse defecatiefrequentie in de psylliumgroep significant verbeterd ten opzichte van de placebogroep (3,8 versus 2,9, $p < 0,05$). De auteurs concludeerden dat psyllium de defecatiefrequentie en het gewicht van de feces deed toenemen en de consistentie verbeterde, maar geen effect had op de passagetijd en de parameters van anorectale manometrie [Ashraf 1995].
Een Engels eerstelijns onderzoek bij 124 patiënten met obstipatie vergeleek ispaghula (psyllium) met lactulose. Het onderzoek was niet geblindeerd en het dieet van de patiënten is niet beschreven. Inclusiecriteria waren leeftijd > 18 jaar en ten minste 3 weken een defecatiefrequentie ≤ 3 per week. Prikkelbaredarmsyndroom was geen specifiek exclusiecriterium. Het onderzoek duurde 4 weken en 16% van de patiënten beëindigde het onderzoek vroegtijdig, waarvan de helft met onbekende reden. De defecatiefrequentie op baseline was in beide groepen rond 2 per week, na 4 weken behandeling bedroeg dit in de ispaghulagroep ruim 6 en in de lactulosegroep bijna 8 (exacte cijfers ontbreken). Forse klinische verbetering (niet nader omschreven) trad op in de ispaghulagroep (64,4%) en de lactulosegroep (68,8%) [Rouse 1991].
Mechanische obstructie in oesophagus en colon als gevolg van psylliumgebruik zijn gerapporteerd, evenals anafylactische en andere allergische reacties [Xing 2001].

Kinderen
In de eerste lijn zijn geen onderzoeken uitgevoerd. In een dubbelblind gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek in de tweede lijn bij 97 kinderen tussen 1 en 13 jaar is een mix van onder andere niet-verteerbaar zetmeel en sojavezels vergeleken met lactulose, beide verwerkt in een yoghurt. De kinderen waren verwezen door huisartsen of jeugdartsen. Inclusiecriteria waren tenminste twee van de volgende vier: defecatiefrequentie < 3 per week; fecale incontinentie ≥ 2 per week; grote hoeveelheden ontlasting eens per 7 tot 30 dagen; palpabele massa in abdomen of rectum. Na 8 weken behandeling was geen verschil aantoonbaar in defecatiefrequentie tussen de vezelgroep en de lactulosegroep: respectievelijk 7 en 6 per week (in week 0 was dit respectievelijk 3 en 2,5). De consistentie van de ontlasting in de lactulosegroep was zachter. Klachten over buikpijn en winderigheid waren in beide groepen vergelijkbaar [Kokke 2008].
Een systematische review die het effect van medicamenteuze behandeling en dieet bij functionele obstipatie onderzocht, includeerde twee derdelijns onderzoeken met betrekking tot het effect van vezels op de klachten. In beide onderzoeken werden vezels vergeleken met placebo. Statistische pooling van de resultaten van deze twee onderzoeken laat geen significante verbetering zien wat betreft de defecatiefrequentie per week (gemiddelde toename 0,35; 95%-BI – 0,04 tot 0,74) [Pijpers 2009].

Conclusie: er zijn aanwijzingen dat vezelpreparaten (bij volwassenen psyllium) bij kinderen en volwassenen enig, zij het wisselend effect hebben op obstipatie, maar het bewijs is mager. De onderzoeken zijn van matige kwaliteit (onduidelijk beschreven populatie, kleine aantallen, onvoldoende geblindeerd) en de dieetinname van de onderzoekspersonen is onbekend. Daarom worden extra vezels in de vorm van vezelpreparaten niet aanbevolen bij kinderen en volwassenen voor de behandeling van obstipatie. Voldoende vezelinname blijft wel van belang (kinderen 15 g, volwassenen 30-40 g voedingsvezels per dag) [Voedingscentrum 2008]. Indien een dieet niet volstaat, zijn vezelpreparaten een alternatief.

Noot 12
Niet-medicamenteuze adviezen: beweging
In het algemeen wordt aangenomen dat lichaamsbeweging een gunstig effect heeft op obstipatieklachten.
Een review over de relatie tussen lichaamsbeweging en gastro-intestinale functie vond inconsistente resultaten voor het effect van lichamelijke inspanning op de passagetijd van feces door het colon. Meer lichamelijke inspanning zal ook leiden tot meer inname van calorieën en vezels, waardoor beweging en dieet moeilijk los van elkaar te beoordelen zijn. De auteurs van de review concluderen dat er geen bewijs is dat beweging leidt tot vermindering van obstipatieklachten [Bi 2003].
In Nederland is bij 43 patiënten met obstipatie (gerekruteerd uit eerste lijn en via apotheken) die ouder waren dan 45 jaar en voldeden aan de Rome-I-criteria (zie noot 1) het effect onderzocht van een bewegingsprogramma en dieet op de obstipatieklachten en de passagetijd van feces in het colon. Fysiek actieve personen (niet nader gedefinieerd) werden geëxcludeerd. De patiënten werden gerandomiseerd (de randomisatieprocedure is niet beschreven) in twee groepen. Gedurende de eerste drie maanden hield de eerste groep hun normale leefstijl aan, maar kreeg wel persoonlijk dieetadvies. Na drie maanden startte deze groep met een bewegingsprogramma gedurende drie maanden. De tweede groep startte gelijk met het bewegingsprogramma van drie maanden, en kreeg ook persoonlijk dieetadvies. Op de baseline voldeed de tweede groep aan significant meer Rome-criteria dan de eerste groep (2,7 ± 0,1 versus 2,3 ± 0,1) en was ook de passagetijd in de tweede groep significant langer (79,2 ± 9,1 versus 59,5 ± 8,4 uur). Na het bewegingsprogramma (respectievelijk na 6 maanden en 3 maanden) was in beide groepen het aantal patiënten met twee of meer Rome-criteria significant afgenomen (groep 1: baseline 100%, na 3 maanden: 89%, na 6 maanden 61%; groep 2: baseline 100%, na 3 maanden 64%) [De Schryver 2005].
Er zijn geen onderzoeken bij kinderen verricht die het effect van beweging als onderdeel van de behandeling van obstipatie hebben onderzocht. De multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar beveelt geen extra beweging aan, maar een normaal bewegingspatroon bij ieder kind [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Conclusie: één klein onderzoek laat enig effect zien van beweging en dieet bij niet fysiek actieve personen. Wetenschappelijk is dus onvoldoende onderbouwd dat extra lichaamsbeweging, naast een normaal actief bewegingspatroon, een

H&W 10 09.indb 492 25-08-10 09:04

gunstig effect heeft bij obstipatieklachten. De werkgroep beveelt voor kinderen en volwassenen een normaal bewegingspatroon aan volgens de Nederlandse Norm Gezond Bewegen [Kemper 2000]. Voor kinderen houdt deze norm dagelijks een uur matig intensieve lichamelijke activiteit in, voor volwassenen een half uur matig intensieve lichamelijk activiteit op ten minste vijf dagen en bij voorkeur alle dagen van de week.

Noot 13
Ziekte van Hirschsprung
In Nederland komt de ziekte van Hirschsprung voor bij 1 op de 5000 pasgeborenen. Jaarlijks worden in Nederland ongeveer 40 kinderen met deze aandoening geboren. Bij 94% van de gezonde pasgeborenen vindt de eerste meconiumlozing plaats binnen 24 uur, en dit percentage stijgt tot 99% binnen 48 uur. Bij gezonde dysmaturen en prematuur geboren zuigelingen kan de meconiumlozing soms langer uitblijven, maar dit behoeft geen behandeling. Bij meer dan 90% van de zuigelingen met de ziekte van Hirschsprung en bij 25% van de zuigelingen met cystische fybrose is de meconiumlozing vertraagd [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Noot 14
Urineweginfecties, urine-incontinentie en obstipatie
Eén van de klinische presentaties van obstipatie is een urineweginfectie [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009]. In een prospectief tweedelijns onderzoek werden 234 kinderen (176 jongens, 58 meisjes, gemiddelde leeftijd 9 jaar) met langdurige klachten van obstipatie minstens een jaar gevolgd. Een belangrijke beperking van dit onderzoek is het ontbreken van een controlegroep. Bij aanvang van het onderzoek had 29% van de kinderen klachten van enuresis diurna, 34% klachten van enuresis nocturna en 11% een urineweginfectie (meisjes meer dan jongens, respectievelijk 33% en 3%). De obstipatieklachten waren na gemiddeld een jaar bij de helft van de onderzochte kinderen met succes behandeld.
In de groep waar de obstipatieklachten verdwenen waren, had 89% geen klachten meer van enuresis diurna en 63% geen klachten meer van enuresis nocturna. In de groep die nog wel obstipatieklachten had, bedroegen deze percentages respectievelijk 61% en 33%. Van de in totaal 25 kinderen met een urineweginfectie bleek bij 4 kinderen sprake van een afwijkende anatomie. Bij de andere kinderen trad geen urineweginfectie meer op na goede behandeling van obstipatie.
De auteurs concluderen dat succesvolle behandeling van obstipatie een belangrijke rol speelt in de preventie en behandeling van urologische klachten bij kinderen [Loening-Baucke 1997]. Dit lijkt vooral op te gaan voor enuresis diurna.
Een systematische review naar prognostische factoren voor obstipatie bij kinderen includeerde twee onderzoeken van matige kwaliteit die beide aanwijzingen vonden dat doorgemaakte urineweginfecties niet van invloed zijn op de prognose van functionele obstipatie. Er was echter onvoldoende bewijskracht voor het trekken van conclusies [Pijpers 2010].

Conclusie: kinderen die zich presenteren met urineweginfecties kunnen obstipatie hebben. Behandeling van obstipatie kan zorgen voor vermindering van urologische klachten, maar de rol van urologische klachten bij obstipatie is onduidelijk.

Noot 15
Seksueel misbruik en fysiek geweld en obstipatie
Bronnen: Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009] en Meldcode Kindermishandeling (http://www.knmg.nl).

Noot 16
Rectaal toucher

Volwassenen
In Engeland is bij 94 ouderen die opgenomen waren op een geriatrische afdeling de relatie onderzocht tussen de bevindingen bij rectaal toucher en die op een buikoverzichtsfoto. Het is niet beschreven in hoeverre deze patiënten obstipatieklachten hadden. De beoordelaar van de buikoverzichtsfoto was niet op de hoogte van de uitkomst van het rectaal toucher. De uitkomst van het rectaal toucher werd beoordeeld als: leeg rectum, vol rectum of 'some faeces'. Deze uitkomst was niet gerelateerd aan de hoeveelheid feces in rectosigmoïd, colon en caecum.
De auteurs concludeerden dat de hoeveelheid feces in het rectum geen informatie geeft over de hoeveelheid feces in het colon [Smith 1990].
In een literatuuronderzoek is de diagnostische waarde van het rectaal toucher onderzocht bij patiënten met buik- en urinewegklachten. Acht onderzoeken in de tweede lijn werden geïncludeerd, waarvan één met rectaal carcinoom als uitkomst (sensitiviteit en specificiteit 24% respectievelijk 95%). Dit was ook het enige onderzoek waarbij het rectaal toucher verricht werd door twee artsen, 60% van de rectumtumoren werden door beide artsen gevonden [Muris 1993].

Kinderen
Het rectaal toucher geeft informatie over eventuele pijn bij inbrengen van de vinger (als gevolg van bijvoorbeeld angst of fissuren). In het eerste levensjaar (en met name gedurende de eerste zes levensmaanden) is verdenking op de ziekte van Hirschsprung een indicatie voor het verrichten van een rectaal toucher. Een lege ampul (bij een baby die niet net voor het onderzoek ontlasting heeft gehad) of een 'explosie' van feces na het verwijderen van de toucherende vinger zijn suggestief voor de ziekte van Hirschsprung [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
Er zijn onvoldoende valide gegevens om de waarde van het rectaal toucher bij de diagnostiek van obstipatie vast te stellen. Twee onderzoeken van matige kwaliteit concluderen dat het rectaal toucher slecht discrimineert tussen kinderen met en zonder fecale retentie op een buikoverzichtsfoto [Beckmann 2001; Rockney 1995]. In één onderzoek van slechte kwaliteit bleek het rectaal toucher onderscheidend voor kinderen die voldoen aan de Rome-III-criteria (zie noot 2) en kinderen die hieraan niet voldoen (likelihood ratio 9). Een belangrijke kanttekening is dat deze likelihood ratio waarschijnlijk overschat is door selectiebias, want een palpabele fecale massa in het rectum is een van de Rome-III-criteria [Joensson 2008; Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
De multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar beveelt aan om rectaal toucher alleen uit te voeren als er twijfel bestaat over de diagnose obstipatie, namelijk als er maar één Rome-criterium aanwezig is in plaats van twee. Bij aanwezigheid van twee criteria is er sprake van obstipatie en hoeft geen rectaal toucher uitgevoerd te worden. Voldoet een kind aan géén van de criteria, dan heeft een rectaal toucher geen aanvullende waarde [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
In de praktijk wordt een rectaal toucher bij kinderen door huisartsen niet vaak uitgevoerd. Terughoudendheid van de huisarts speelt hierbij een rol. Voor deze werkwijze ontbreekt degelijke wetenschappelijke onderbouwing. In de huisartsenpraktijk zal bij twijfel over de diagnose eerder een proefbehandeling (poepdagboek, conservatieve adviezen, medicatie) gegeven worden. Ook kunnen eventuele andere klachten zoals bijvoorbeeld buikpijn richting geven aan de diagnose obstipatie.

Conclusie: de werkgroep is van mening dat rectaal toucher een eenvoudig uit te voeren onderzoek is bij volwassenen. De uitkomst van een rectaal toucher is informatief bij een duidelijke positieve bevinding (harde feces in rectum of palpabele tumor). Indien fecale impactie aanwezig is, kan een klysma worden overwogen als onderdeel van de medicamenteuze behandeling. Indien een palpabele tumor wordt gevonden, heeft dit consequenties voor het verwijsbeleid. Op basis van consensus adviseert de werkgroep om in ieder geval bij rectaal bloedverlies of bij algemene klachten zoals buikpijn, malaise en gewichtsverlies een rectaal toucher te verrichten.
Er is onvoldoende bewijs om op basis van de literatuur rectaal toucher bij kinderen aan te bevelen dan wel af te wijzen. De multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar beveelt aan om bij twijfel een rectaal toucher uit te voeren, tenzij de arts zich daartoe niet bekwaam genoeg acht of bij veel angst van het kind. Op basis van de eerdergenoemde overwegingen beveelt de werkgroep aan een rectaal toucher te overwegen bij twijfel over de diagnose.

Noot 17
Techniek rectaal toucher
Kinderen tot 1 jaar kunnen het best in rugligging getoucheerd worden, waarbij bij voorkeur de pink wordt gebruikt. Het oudere kind wordt getoucheerd in linker zijligging, bij hen wordt de wijsvinger gebruikt. Na uitleg aan het kind en aan diens ouder(s) of vertegenwoordigers wordt het kind gevraagd om met opgetrokken knieën op de linkerzijde of op de rug te gaan liggen. Belangrijk is om tijdens het onderzoek oogcontact met het kind te hebben. Na het aanbrengen van een ruime hoeveelheid glijmiddel op de toucherende vinger en de anus vraagt men het kind licht te persen wanneer de vinger wordt ingebracht.
Eerst wordt de vinger op de anus geplaatst. Door deze stimulatie zal de externe anale sfincter zich enigszins ontspannen, waarna met lichte druk de vinger kan worden opgevoerd. Na het ontspannen van de interne sfincter kan de vinger verder worden geïntroduceerd in het rectum. Het is in het belang van de patiënt en in het belang van de kwaliteit van het onderzoek om het rectaal toucher niet te snel en niet onachtzaam uit te voeren [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Noot 18
Laboratoriumonderzoek
Alleen bij verdenking op coeliakie, hypothyreoïdie, hypokaliëmie en hypercalciëmie (zie de LESA Rationeel aanvragen laboratoriumdiagnostiek) is laboratoriumonderzoek geïndiceerd. Het is niet zinvol om onderzoek naar (koemelkeiwit)allergie te verrichten bij kinderen met obstipatie. Op indicatie (jonger dan 3 jaar en positieve familieanamnese voor atopie en/of atopische klachten) dient wel onderzoek verricht te worden.
Bij aanwijzingen van anemie wordt het hemoglobinegehalte gecontroleerd (zie de NHG-Standaard Anemie).

Noot 19
Buikoverzichtsfoto (X-BOZ)
Volwassenen
Een Nederlands onderzoek includeerde 30 patiënten uit de derde lijn (20 vrouwen en 10 mannen, gemiddelde leeftijd 49 jaar) bij wie de arts dacht aan obstipatie of paradoxale diarree. Bij iedereen werd een X-BOZ gemaakt, die werd beoordeeld door vier radiologen (blindering niet beschreven). Het colon was onderverdeeld in vier delen (colon ascendens, colon transversum, colon descendens, rectosigmoïd). Twee dagen na de buikoverzichtsfoto werd een markerstudie verricht. Er waren zwakke associaties (niet-significant) tussen kenmerken van de X-BOZ en klinische gegevens zoals de defecatiefrequentie. Conclusies of aanbevelingen over de diagnostische waarde van de X-BOZ kan op basis van dit onderzoek niet worden gemaakt [Starreveld 1990].
In een systematische review zijn geen onderzoeken gevonden die de diagnostische waarde beschrijven van een buikoverzichtsfoto bij volwassenen. Geïncludeerd werden onder andere

H&W 10 09.indb 493 25-08-10 09:04

patiënten met niet nader gedefinieerde obstipatie. De uitkomstmaat was het aantal patiënten met een organische aandoening of afwijkende testuitslag. Er werden 112 artikelen gevonden, maar na beoordeling door twee onafhankelijke reviewers voldeed geen enkele aan de inclusiecriteria [Rao 2005].

Kinderen
Een systematische review heeft de diagnostische waarde van een X-BOZ beoordeeld [Reuchlin-Vroklage 2005]. Inclusiecriteria waren: gecontroleerde, observationele onderzoeken die naar de relatie tussen fecale stase op een X-BOZ en klachten van obstipatie keken bij kinderen tussen 1 en 18 jaar. De referentietest kon een X-BOZ zijn met vooraf gestelde definities, of een (vooraf gestelde) klinische diagnose obstipatie. De data van de onderzoeken moesten gebruikt kunnen worden voor het berekenen van een diagnostische waarde (sensitiviteit, specificiteit, likelihood ratio et cetera). Zes tweedelijns onderzoeken werden geïncludeerd. Twee van deze onderzoeken waren van goede kwaliteit [Beckmann 2001; Benninga 1995]. De diagnostische waarde van de X-BOZ was gerelateerd aan de methodologische kwaliteit van de onderzoeken: onderzoeken van mindere kwaliteit lieten een betere diagnostische waarde zien [Barr 1979; Leech 1999]. De sensitiviteit van de X-BOZ varieerde van 60 tot 80%, de specificiteit van 43 tot 90% (*zie tabel* 6). De auteurs concluderen dat er tegenstrijdig bewijs is voor een associatie tussen klinische symptomen van obstipatie en fecale hoeveelheid op een X-BOZ; zij bevelen geen X-BOZ aan bij twijfel over de diagnose obstipatie.

In een dwarsdoorsnedeonderzoek werd de Leech-methode onderzocht voor beoordeling van de X-BOZ [De Lorijn 2006]. Alle kinderen die naar een derdelijns kliniek in 2001 en 2002 waren verwezen in verband met obstipatie die voldeden aan Rome-III criteria, werden geïncludeerd. De beoordelaars van de buikoverzichtfoto's waren niet op de hoogte van de klinische informatie. De Leech-methode verdeelt het colon in drie segmenten, het rechter colon, linker colon en het rectosigmoid. Elk segment kan gescoord worden van 0-5. Bij 0 is er geen zichtbare feces, bij 5 ernstige fecale hoeveelheid met darmdilatatie. Dit resulteert in een score van 0 tot 15 (maximum). Een totale score van 9 of meer is suggestief voor de diagnose obstipatie. In dit onderzoek is de sensitiviteit en specificiteit matig, 75% respectievelijk 59%. De positief voorspellende waarde en de negatief voorspellende waarde was respectievelijk 72% en 37% [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009; De Lorijn 2006].

Conclusie: een systematische review van goede kwaliteit kent aan de buikoverzichtsfoto bij kinderen een twijfelachtige diagnostische waarde toe, en voor volwassenen ontbreekt goede literatuur. In de eerste lijn zijn geen onderzoeken verricht. De werkgroep beveelt daarom een buikoverzichtsfoto niet aan als diagnostische test voor het vaststellen van obstipatie.

Noot 20
Overig aanvullend onderzoek
In de literatuur zijn er enkele onderzoeken die diagnostische waarde van echografie hebben onderzocht. Deze onderzoeken vonden plaats in de tweede lijn. Met name enkele bijkomende afwijkingen zoals een rectokèle of prolaps kunnen gediagnosticeerd worden met anale, vaginale of dynamische perianale echografie [Perniola 2008; Brusciano 2007]. Ook de diameter van het rectum kan bepaald worden, maar de klinische betekenis hiervan is niet duidelijk [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009]. In de eerste lijn is echografie niet onderzocht en wordt het door de werkgroep daarom niet aanbevolen.

Noot 21
Defecatiefrequentie
Op de leeftijd van 0-3 maanden is de gemiddelde defecatiefrequentie bij kinderen die borstvoeding en flesvoeding krijgen respectievelijk 2,9 en 2,0 maal per dag. Er zijn ook kinderen die borstvoeding krijgen en die maar eens in de 10 dagen defeceren. Indien er geen andere klachten van obstipatie zijn, is behandeling niet nodig en is er sprake van een fysiologisch mechanisme.
Bij kinderen vanaf 3 maanden daalt de gemiddelde defecatiefrequentie tot gemiddeld eenmaal per dag op 3-jarige leeftijd [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
In een enquête werden zijn naar alle 11.389 patiënten van 3 huisartsenpraktijken vragenlijsten gestuurd om het defecatiepatroon te inventariseren. Er werden 8259 formulieren terugontvangen. De gemiddelde defecatiefrequentie werd onderverdeeld in vier groepen: > 2, 1-2, < 1 per dag en onbekend. De percentages bedroegen respectievelijk 4,4%, 69,9%, 20,8% en 4,9% [Gill 1979].

Noot 22
Niet-medicamenteuze adviezen: toilettraining
Er zijn geen onderzoeken naar het effect van toilettraining bij obstipatie. Toch zijn er wel overwegingen om toilettraining aan te bevelen. Zo bestaat er bij veel kinderen ophoudgedrag. Dit gedrag wordt veroorzaakt door angst voor pijnlijke ontlasting en door het niet meer voelen en ervaren van aandrang en daardoor ook niets doen. De hypothese bestaat dat ophoudgedrag blijft bestaan door gebrek aan tijd voor een regelmatige stoelgang, onvoldoende aandranggevoel, angst om ontlasting los te laten, angst voor het toilet of afkeer van vreemde toiletten (bijvoorbeeld wc's op school of campings). Het ligt voor de hand gebruik te maken van de gastrocolische reflex (toename van de colonmotiliteit na maagvulling) door de patiënt te adviseren na elke maaltijd naar de wc te gaan [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009]. Een juiste houding is van belang: zittend op het toilet, met voeten recht op de grond of een voetenbankje [McCallum 2009].

Conclusie: de werkgroep beveelt aan om bij kinderen ouder dan vier jaar driemaal per dag na de maaltijd toilettraining te adviseren. Ook aan volwassenen moet geadviseerd worden zich bewust te zijn van het aandranggevoel en de defecatiereflex, en hieraan toe te geven.

Noot 23
Beloop van obstipatie
Onderzoek naar het beloop en de prognose van obstipatie bij patiënten met kortdurende klachten in de eerste lijn ontbreekt.

Kinderen
Van de kinderen met functionele obstipatie in de tweede en derde lijn gebruikt 40% na 6 tot 12 maanden nog laxantia of heeft nog klachten [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009; Pijpers 2010]. Voor de volgende factoren is de relatie met de prognose van obstipatie tegenstrijdig of onvoldoende onderzocht: geslacht, prematuriteit, vertraagde meconiumlozing, leeftijd bij ontstaan van klachten, obstipatie in het eerste levensjaar, duur van de symptomen voorafgaand aan presentatie en de aanwezigheid van fecale incontinentie, soms grote hoeveelheid ontlasting produceren, urineweginfecties, enuresis nocturna en ophoudgedrag. Factoren die waarschijnlijk geen effect hebben op de prognose van obstipatie zijn leeftijd bij presentatie, frequentie van fecale incontinentie en buikpijn [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009]. Voor de volgende factoren bestaat bewijs dat zij een positieve relatie hebben met de prognose van obstipatie: symptoomduur van minder dan 3 maanden en behandelduur van minder dan 2 maanden vóór presentatie in de tweede lijn [Pijpers 2010].
De multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar adviseert om kinderen minimaal twee maanden te behandelen [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Noot 24
Niet-medicamenteuze adviezen: kinderen
Er zijn geen onderzoeken die adviezen zoals het toevoegen van extra vocht of olie aan de flesvoeding hebben onderzocht. Bij juiste bereiding van de flesvoeding is hier geen rationale voor.

Noot 25
Niet-medicamenteuze adviezen: probiotica
Een probioticum is een product dat een levend micro-organisme bevat in voldoende hoeveelheid om de microflora van de gastheer te veranderen teneinde een gunstig effect te bereiken. De families *Lactobacillus* en *Bifidobacterium* zijn de meest gebruikte probiotica [Berger 2008].

Volwassenen
In een Duits placebogecontroleerd dubbelblind gerandomiseerd onderzoek (tweede auteur werkzaam voor fabrikant, verdere sponsoring onbekend), werden 70 patiënten met chronische obstipatie (niet nader gedefinieerd) gerekruteerd uit een natuurgeneeskundige praktijk. Zij kregen na een aanloopperiode van 2 weken gedurende 4 weken een yoghurt met *Lactobacillus casei Shirota* ($6{,}5 \times 10^9$). De randomisatieprocedure is niet beschreven. Op de baseline was de gemiddelde defecatiefrequentie in de totale groep 3 (95%-BI 2-5) per week, na 4 weken waren de defecatiefrequenties in de lactobacillusgroep en de placebogroep respectievelijk 6 (95%-BI 5-6) en 5 (95%-BI 4-6) ($p = 0{,}004$). Het percentage harde ontlasting was in de totale groep op de baseline 94% en na 4 weken in de lactobacillusgroep 29% en in de placebogroep 82% ($p < 0{,}001$) [Koebnick 2003].
In een Chinees onderzoek kregen 126 vrouwen (gerekruteerd in de tweede lijn, leeftijd 25-65 jaar) met obstipatie (defecatiefrequentie < 3 per week, harde ontlasting, niet-organische obstipatie) gedurende 2 weken gefermenteerde melk met *Bifidobacterium lactis* DN-173010 ($1{,}25 \times 10^9$), *Streptococcus thermophilus* en *Lactobacillus bulgaricus*. De placebomelk was niet gefermenteerd en bevatte geen probiotica. De randomisatieprocedure is niet duidelijk beschreven, evenals de blindering van onderzoekers en patiënten en mogelijk laxantiagebruik. Het onderzoek werd gesponsord door de fabrikant. De defecatiefrequentie was in de probiotica- en de placebogroep bij het begin van het onderzoek gemiddeld 2,4, en bedroeg na 2 weken respectievelijk $4{,}1 \pm 1{,}7$ en $2{,}6 \pm 1{,}0$ ($p < 0{,}01$) [Yang 2008].
In Argentinië werd in een niet-geblindeerd crossoverondezoek, volledig gesponsord door de fabrikant, de effectiviteit van het probioticum (*Bifidobacterium animalis* 10^8 UFC/g, en fructo-oligosacharide) onderzocht bij 276 vrouwen (gemiddeld leeftijd 33 jaar) met obstipatie die voldeden aan de Rome-II-criteria, en 118 vrouwen zonder obstipatie. Elke groep kreeg twee

Tabel 6 Diagnostische waarde van buikoverzichtsfoto

Publicatie	Sensitiviteit (%)	Specificiteit (%)	Likelihood ratio
Beckmann 2001	61*	55*	–
Leech 1999	76	75	3,0 (1,6-4,3)
Benninga 1995	60	43	1,0 (0,5-1,6)
Barr 1979	80	90	8,2 (0,7-17,1)

* Berekend door werkgroep

H&W 10 09.indb 494 25-08-10 09:04

weken tweemaal per dag het probioticum of een controledessert, na twee weken werd gewisseld. In de groep vrouwen met obstipatie was de defecatiefrequentie tijdens gebruik van *Bifidobacterium animalis* en fructo-oligosacharide significant verhoogd (6,09 respectievelijk 4,96 per week, $p < 0,0001$) ten opzichte van de groep die het controledessert gebruikte. De consistentie van de feces (volgens de Bristol-schaal, $p < 0,003$) verbeterde en de klachten persen en pijn tijdens defecatie verminderden (beide: $p < 0,0001$) in de probioticagroep [De Paula 2008].

Kinderen
Poolse onderzoekers hebben bij 84 kinderen (2-16 jaar) met functionele obstipatie in de tweede lijn het additionele effect nagegaan van *Lactobacillus* GG en lactulose ten opzichte van placebo en lactulose. Na 4, 8 en 12 weken was geen verschil aantoonbaar in defecatiefrequentie of het aantal episodes van fecale incontinentie [Banaszkiewicz 2005].
In Japan is een dubbelblind cross-overonderzoek (*Lactobacillus* GG, magnesiumoxide, placebo) verricht bij 45 kinderen onder de 10 jaar. De groep die probiotica gebruikte en de placebogroep hadden respectievelijk 0,6 en 0,4 defecatie per dag ($p = 0,006$) [Bu 2007].

Conclusie: probiotica hebben bij volwassenen mogelijk invloed op de defecatiefrequentie, maar onderzoeken van goede kwaliteit ontbreken, daarom worden probotica niet aanbevolen bij volwassenen met obstipatie. Het probioticum *Lactobacillus* GG is bij kinderen niet effectief gebleken in twee onderzoeken en wordt daarom niet aanbevolen.

Noot 26
Werking van laxantia
Osmotisch werkende laxantia houden vocht vast in de darm en vergroten daarmee de massa, die tevens weker wordt. Voorbeelden zijn lactitol, lactulose, magnesiumoxide en magnesiumsulfaat. Lactitol, een disacharide, is een syntetisch analogon van lactose. Het wordt vrijwel niet geresorbeerd, maar door de colonflora omgezet in vetzuren. De niet-geresorbeerde korteketenvetzuren en de niet-verteerde disachariden zorgen voor de osmotische werking waardoor water in het colon wordt aangetrokken. Via daling van de pH wordt de peristaltiek van het colon bevorderd en de consistentie van de feces verbeterd. De omzetting van disachariden leidt bovendien tot bacteriële gasvorming [Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen 2010]. Het antacidum magnesiumoxide heeft als bijwerking een laxerende werking. Bij langdurig gebruik van hoge doses magnesiumoxide kan, vooral bij ernstige nierfunctiestoornissen, hypermagnesiëmie optreden. Magnesiumsulfaat houdt ook water vast in de darm, waardoor de darminhoud dunner wordt en het volume groter. [Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen 2010].
Volumevergrotende laxantia zijn moeilijk afbreekbare polysachariden, zoals cellulose, pectine en gommen, die water vasthouden en daarbij opzwellen. Bij de afbraak door darmbacteriën komen organische zuren en gassen vrij, waardoor gisting ontstaat. De gassen zorgen voor een toename van de darminhoud en de zuren voor een verlaging van de pH. Voorbeelden van volumevergrotende laxantia zijn psylliumvezels, sterculiagom, zemelen en macrogol (met of zonder elektrolyten). Macrogol is een mengsel van polycondensatieproducten van ethyleenoxide en water. Het middel neemt water op, waardoor het volume en het watergehalte van de ontlasting toenemen. Macrogol wordt niet afgebroken door darmbacteriën [Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen 2010].
Bisacodyl en sennosiden zijn voorbeelden van contactlaxantia. Bisacodyl wordt door darmbacteriën grotendeels omgezet in de werkzame difenolvorm, die de resorptie en secretie van water en zouten beïnvloedt. De hoeveelheid vocht in de darmen neemt toe, de peristaltiek wordt gestimuleerd en de segmentale contracties worden verminderd. Sennosiden bestaan uit antrachinonglycosiden die zich in in de dunne darm splitsen in antrachinonen die door directe prikkeling van het colonslijmvlies, laxerend werken. Dexpanthenol zou de darmperistaltiek bevorderen [Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen 2010].
Er is weinig onderzoek over de veiligheid van het (langdurig) gebruik van diverse laxantia en over bijwerkingen zoals beschadiging van het gladde spierweefsel en/of zenuwvezels van de darm. Dit is wel beschreven in 'case reports' en in onderzoeken van slechte kwaliteit bij proefdieren, maar nooit aangetoond in onderzoeken van goede kwaliteit bij meselijke patiënten [Wald 2006].
In hoeverre paraffine een aspiratiepneumonie kan veroorzaken is niet beschreven, maar gezien de ernst van deze complicatie beveelt de werkgroep paraffine niet aan voor de behandeling van obstipatie.
Een microklysma zorgt voor herverdeling van het nog aan harde feces gebonden water. Het heeft een direct zacht makende werking. De laxerende werking van het natriumdocusaat-glycerolklysma berust op de oppervlakteactieve eigenschappen van natriumdocusaat, waardoor de feces week wordt, en wellicht mede op stimulatie van de secretie van elektrolyten en water in het colon. Een fosfaatklysma bevat fosfaationen waardoor vocht in het darmlumen wordt vastgehouden, het fecale volume groter wordt en de feces zachter [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Noot 27
Medicamenteuze therapie bij kinderen
Twee systematische reviews beschrijven de effectiviteit van medicamenteuze behandeling van obstipatie bij kinderen [Pijpers 2009; Candy 2009]. De klinische heterogeniteit van de afzonderlijke RCT's was groot, zodat pooling van de resultaten in geen van beide reviews mogelijk was. In het onderzoek van Candy et al. werden alleen gerandomiseerde onderzoeken geïncludeerd waarbij behandeling met macrogol een van de onderzoeksarmen was. Deze onderzoeken waren allemaal geïncludeerd in de review van Pijpers et al, die hierna wordt besproken.
De review van Pijpers et al. evalueerde negen onderzoeken naar het effect van macrogol (polyethyleenglycol of PEG) op obstipatie. In zes onderzoeken werd macrogol vergeleken met lactulose, in twee onderzoeken met magnesiumoxide en in één onderzoek met placebo. Het effect van lactulose werd vergeleken met het effect van senna en mineraalolie in twee afzonderlijke onderzoeken. Eén onderzoek vergeleek senna met mineraalolie. De uitkomstmaten voor effect varieerden sterk. Defecatiefrequentie per week en behandelsucces waren de meest gebruikte, maar behandelsucces was in veel onderzoeken niet goed gedefinieerd. Op de uitkomstmaat defecatiefrequentie is het bewijs voor de effectiviteit van macrogol ten opzichte van lactulose tegenstrijdig, en wat betreft behandelsucces is er sterk bewijs voor de effectiviteit van macrogol ten opzichte van lactulose. Eén onderzoek rapporteerde minder bijwerkingen van macrogol dan van lactulose, maar bij macrogol werd vaker dan bij lactulose gesproken over een vieze smaak.
Er is onvoldoende bewijs dat macrogol effectiever is dan mineraalolie en magnesiumhydroxide en er zijn onvoldoende gegegevens voor het verschil in effectiviteit van senna en mineraalolie onderling en in vergelijking met lactulose [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].
De multidisciplinaire richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar hanteert een behandelingsduur van minstens twee maanden. Dit is gebaseerd op het feit dat veel onderzoeken de effecten van medicatie na twee maanden beoordelen. Op basis van consensus heeft de werkgroep geoordeeld dat twee maanden behandelen in de dagelijkse praktijk een goede termijn is om een recidief te voorkomen.

Conclusie: omdat er onvoldoende consistente gegevens beschikbaar zijn om een voorkeur te kunnen uitspreken voor bepaalde laxantia bij kinderen, zijn macrogol en lactulose gelijkwaardig als eerste keus.
Er is beperkt onderzoek verricht naar de effectiviteit en bijwerkingen van de overige laxantia (mineraalolie, magnesiumhydroxide, senna).
In de praktijk worden deze middelen weinig bij kinderen gebruikt en zij worden daarom niet als eerste keus aanbevolen [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009].

Noot 28
Medicamenteuze therapie bij volwassenen
In een systematische review werd geconcludeerd dat macrogol en lactulose de defecatiefrequentie doen toenemen en de consistentie van de feces verbeteren. De auteurs vonden onvoldoende gegevens met betrekking tot de effectiviteit van magnesiumhydroxide bij patiënten met chronische obstipatie en doen hierover geen aanbeveling [Brandt 2005]. De effectiviteit van lactulose en macrogol (polyethyleenglycol of PEG) bij kortdurende obstipatie is in diverse onderzoeken aangetoond maar er zijn nauwelijks onderzoeken gedaan bij langdurig aanwezige obstipatie [Cash 2006].

Macrogol versus placebo
Een dubbelblind placebogecontroleerd tweedelijns onderzoek, gesponsord door de fabrikant, vergeleek gedurende 6 maanden de effectiviteit van macrogol (PMF-100 17,5 g, bevat polyethyleenglycol 4000) met placebo bij 70 patiënten met obstipatie, die voldeden aan Rome-I-criteria (zie noot 1). Na 6 maanden was 77% in de macrogolgroep asymptomatisch, versus 22% in de placebogroep [Corazziari 2000].
DiPalma publiceerde in 2007 twee gerandomiseerde dubbelblinde placobogecontroleerde onderzoeken in de tweede lijn, gesubsidieerd door de fabrikant. In het eerste onderzoek waren de inclusiecriteria: defecatiefrequentie ≤ 2 per week, persen bij 25% van de defecaties, keutelige of harde ontlasting bij 25% van de defecaties of incomplete lediging in 25% van de defecaties gedurende drie maanden. Een groep van 204 patiënten kreeg macrogol (17 g) gedurende 6 maanden, een controlegroep van 100 patiënten kreeg placebo. Het primaire eindpunt was gedefinieerd als patiënten voldeden aan drie criteria: geen gebruik meer van rescuemedicatie, drie of meer defecaties per week en maximaal één van de andere aanwezige Rome-criteria nog aanwezig (persen, harde of keutelige ontlasting, incomplete lediging). In de macrogolgroep werd dit eindpunt bij 52% van de patiënten behaald, in de placebogroep bij 11% [DiPalma 2007b].
In het tweede onderzoek waren de inclusiecriteria Rome-II-criteria. Ook in dit onderzoek werd macrogol (17 g) gebruikt. Het primaire eindpunt (gedurende 7 dagen niet meer voldoen aan de Rome-II-criteria) werd na vier weken behaald door 78% van de macrogolgroep ($n = 50$) en door 39% van de placebogroep ($n = 50$) [DiPalma 2007a].

Macrogol versus lactulose
In een gerandomiseerd eenzijdig geblindeerd onderzoek is macrogol 13 g, 1-3 doses per dag vergeleken met lactulose 10 g, 1-3 doses per dag (smaak en voorkomen verschilden). In beide groepen werd met twee doses gestart en na twee weken kon de dosering worden aangepast. De gemiddelde defecatiefrequentie per week was 9,1 in de macrogolgroep ($n = 60$) versus 6,3 in de lactulosegroep ($n = 55$) ($p = 0,005$). De dagelijkse score voor persen was 0,5 versus 1,2. De gemiddelde verbetering bedroeg 7,2 versus 5,2 defecaties per week. De totale duur van dit onderzoek bedroeg 4 weken, de uitval in de macrogolgroep

H&W 10 09.indb 495 25-08-10 09:04

bedroeg 10 en in de lactulosegroep 6.
In beide groepen werd geen verschil gerapporteerd wat betreft vloeibare ontlasting, buikpijn of opgeblazen gevoel [Attar 1999].
In een gerandomiseerd onderzoek (gesponsord door een farmaceutisch bedrijf) zijn lactulose (n = 33) en macrogol (n = 29) vergeleken bij patiënten met obstipatie die voldeden aan de Rome-I-criteria. De patiënten werden gerekruteerd door Franse huisartsen. Naast de effectiviteit werd tevens de samenstelling van de feces beoordeeld. Na vier weken was er geen significant verschil aantoonbaar tussen de beide groepen wat betreft defecatiefrequentie, flatus, opgeblazen gevoel, buikpijn en consistentie [Bouhnik 2004].

Lactulose versus placebo
In een dubbelblind onderzoek verricht in 1968 in Nederland en Kroatië bij 103 oudere patiënten met chronische obstipatie (niet nader gespecificeerd) werd de effectiviteit van lactulosesiroop 50% vergeleken met een glucosesiroop. Het onderzoek werd uitgevoerd door de fabrikant. Een beschrijving van de patiëntkarakteristieken ontbreekt, evenals de inclusie- en exclusiecriteria. De startdosering was 15 ml per dag, deze dosis werd gehalveerd indien er drie opeenvolgende dagen ontlasting was. Als na drie dagen geen defecatie optrad, werd de dosering verdubbeld. Het succespercentage (niet nader gedefinieerd) was in de lactulosegroep 86% en in de controlegroep 60% ($p < 0,02$) [Wesselius-De Casparis 1968].
Een ander dubbelblind onderzoek includeerde 47 ouderen, wonende in een verzorgingshuis (gemiddelde leeftijd 86 jaar, waarvan 6 mannen), met een defecatiefrequentie ≤ 3 per week en één van de volgende symptomen: harde ontlasting, buikkrampen, tenesmus. Lactulosesiroop 50% werd vergeleken met glucosesiroop (controle). De gemiddelde defecatiefrequentie per dag was significant verbeterd ($p < 0,02$) ten opzichte van de controlegroep, en de gastro-intestinale klachten ($p < 0,04$) en de incidentie van fecale impactie namen af ($p < 0,015$). Tijdens het onderzoek werd een elektrolytenbepaling verricht (natrium, kalium, calcium en magnesium), deze veranderden niet significant in beide groepen [Sanders 1978].
In een eerstelijns dubbelblind gerandomiseerd onderzoek bij 24 patiënten met chronische obstipatie (defecatiefrequentie ≤ 2 per week gedurende 3 maanden), gesubsidieerd door de farmaceutische industrie, kregen alle patiënten eerst 1 week placebo, daarna kregen 10 patiënten 1 week lactulose (60 ml per dag) en 14 patiënten placebo (randomisatieprocedure niet beschreven). In beide groepen verbeterde de defecatiefrequentie ten opzichte van de baseline, maar meer in de lactulosegroep (wekelijkse defecatiefrequentie placebogroep: voor behandeling 1,4, na behandeling 2,8; lactulosegroep voor behandeling 1,6, na behandeling 4,5) [Bass 1981].

Bisacodyl versus placebo
Patiënten met idiopathische obstipatie uit acht eerstelijns praktijken (n = 54, leeftijd 18-89 jaar) werden geïncludeerd in een dubbelblind gerandomiseerd placebogecontroleerd onderzoek.
Na een aanloopperiode van 3 dagen kregen patiënten 3 dagen 10 mg bisacodyl per dag, of placebo. De defecatiefrequentie, consistentie van de ontlasting en bijwerkingen werden door de patiënten zelf genoteerd. Obstipatie was gedefinieerd als defecatiefrequentie < 3 per week, en gedurende 3 maanden bij meer dan 25% van alle defecaties klachten van persen, harde ontlasting, laag gewicht van feces, gevoel van incomplete lediging. De gemiddelde dagelijkse defecatiefrequentie in de bisacodylgroep was significant hoger dan in de placebogroep (1,8 versus 0,96) [Kienzle-Horn 2006].

Prucalopride
Prucalopride is een serotoninereceptoragonist met waarschijnlijk enterokinetische effecten. Eén gerandomiseerd, dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek bij 641 patiënten, gesponsord door de fabrikant, liet zien dat na 3 maanden de defecatiefrequentie in de groep die prucalopride (2 en 4 mg) gebruikte, significant was toegenomen ten opzichte van de placebogroep: respectievelijk 24% en 12% had > 2 defecaties per week [Quigley 2009]. Momenteel is prucalopride nog niet verkrijgbaar in Nederland.

Obstipatie veroorzaakt door opioïden
Er is geen systematische review of RCT die verschillende laxantia vergelijkt bij deze specifieke indicatie.
McNicol et al. beschrijven in een Cochrane-review de effectiviteit van opioïdreceptorantagonisten ten opzichte van placebo bij patiënten die opioïden gebruiken in verband met chronische pijnklachten, al dan niet veroorzaakt door een maligniteit, en bij gezonde vrijwilligers. Vier kleine, heterogene onderzoeken in de tweede lijn hadden obstipatie als uitkomstmaat, waarvan één onderzoek met intraveneus methylnaloxon. Bij alle patiënten die methylnaloxon kregen, kwam de defecatie op gang, in de placebogroep daarentegen bij geen van de patiënten [McNicol 2008]. Het gebruik van opioïdreceptorantagonisten naast een opioïd heeft geen wetenschappelijke onderbouwing en deze middelen hebben een zeer beperkte plaats, bijvoorbeeld in een palliatieve fase waarbij andere laxantia niet of onvoldoende werkzaam zijn. Deze indicatie valt buiten het bestek van deze standaard.

Conclusie: er zijn weinig onderzoeken in de eerste lijn verricht en niet alle onderzoeken zijn van goede kwaliteit. Op basis van bovenstaande kan geen duidelijk onderscheid gemaakt worden tussen diverse laxantia wat betreft effectiviteit bij obstipatie in de eerste lijn. Macrogol en lactulose zijn voldoende effectief voor de behandeling van obstipatie en worden daarom beide als eerste keus aanbevolen.

Noot 29
Werking van klysma's
Er zijn geen onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van de diverse soorten klysma's bij de behandeling van obstipatie. Wel worden klysma's vaak gebruikt in de praktijk. Wetenschappelijke onderbouwing voor dit beleid ontbreekt echter.
In de literatuur ontbreken ook onderzoeken naar het verschil in effectiviteit tussen het zogeheten hoogopgaande klysma en het klysma met klein volume.
Uit een systematische review van 'case reports' (39 artikelen tussen 1957 en 2007) bleek dat stoornissen in de water- en elektrolythuishouding, zoals hyperfosfatemie, hypocalciëmie, hypernatriëmie, hypokaliëmie en metabole acidose, de meest voorkomende gerapporteerde bijwerkingen zijn [Mendoza 2007].
In een derdelijns gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek, verricht in Nederland, kregen 100 kinderen gedurende een jaar conventionele therapie (voorlichting, gedragstraining en orale laxantia) dan wel conventionele therapie plus regelmatig een klysma (1-3 maal per week). De klysma's hadden toegevoegde waarde ten opzichte van de conventionele therapie [Bongers 2009].

Conclusie: indien orale laxantia onvoldoende werkzaam zijn of bij aanwezigheid van fecale impactie kan de huisarts een of meer klysma's voorschrijven. De werkzaamheid is niet wetenschappelijk aangetoond, maar berust op praktijkervaring.

Noot 30
Verwijzing
In de tweede lijn zal bij kinderen en volwassenen onderzocht worden of er een onderliggende oorzaak aanwezig is. Als er geen onderliggende organische oorzaak is, kan er sprake zijn van bekkenbodemdisfunctie. Bij een bekkenbodemdisfunctie zal de reguliere behandeling (voorlichting, normale vezel- en vochtinname, laxantia et cetera) vaak onvoldoende werkzaam zijn. Differentiaaldiagnostische overwegingen zijn rectumprolaps, rectokèle of rectumcarcinoom [Koh 2008].
Als bekkenbodemdisfunctie is vastgesteld, kan biofeedback een behandeling zijn na uitsluiting van andere pathologie. Diverse vormen van biofeedback worden toegepast, zoals elektromyografie, 'sensory training' en manometrie [Bassotti 2004]. Vermoedelijk is biofeedback een goede behandelingsmethode voor bekkenbodemdisfunctie bij volwassenen, al laat een systematische review zien dat onderzoeken van goede kwaliteit ontbreken [Koh 2008]. Er is echter bewijs dat biofeedback niet effectief is bij kinderen, en het wordt daarom niet aanbevolen [Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO 2009]. De fysiotherapeut kan wel begeleiding bieden aan kinderen in het kader van toilettraining en het aanleren van een goede perstechniek.
Voor volwassen patiënten met ernstige obstipatie die veroorzaakt wordt door een functiestoornis van de bekkenbodem en bij wie andere behandelingen falen, kan een 'stapled' transanale rectumresectie (STARR) een optie zijn [Arroyo 2008].

Literatuur

Bij verwijzingen naar NHG-producten: zie www.nhg.org.

Arroyo A, Gonzalez-Argente FX, Garcia-Domingo M, Espin-Basany E, De-la-Portilla F, Perez-Vicente F et al. Prospective multicentre clinical trial of stapled transanal rectal resection for obstructive defaecation syndrome. Br J Surg 2008;95:1521-7.
Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. Effects of psyllium therapy on stool characteristics, colon transit and anorectal function in chronic idiopathic constipation. Aliment Pharmacol Ther 1995;9:639-47.
Attar A, Lemann M, Ferguson A, Halphen M, Boutron MC, Flourie B et al. Comparison of a low dose polyethylene glycol electrolyte solution with lactulose for treatment of chronic constipation. Gut 1999;44:226-30.
Banaszkiewicz A, Szajewska H. Ineffectiveness of Lactobacillus GG as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children: a double-blind, placebo-controlled randomized trial. J Pediatr 2005;146:364-9.
Barr RG, Levine MD, Wilkinson RH, Mulvihill D. Chronic and occult stool retention: a clinical tool for its evaluation in school-aged children. Clin Pediatr (Phila) 1979;18:674, 676, 677-4,9, passim.
Bass P, Dennis S. The laxative effects of lactulose in normal and constipated subjects. J Clin Gastroenterol 1981;3 Suppl 1:23-8.
Bassotti G, De Roberto G, Sediari L, Morelli A. Colonic motility studies in severe chronic constipation: an organic approach to a functional problem. Tech Coloproctol 2004;8:147-50.
Beck JJ, Elzevier HW, Pelger RC, Putter H, Voor-

H&W 10 09.indb 496 25-08-10 09:04

ham-van der Zalm PJ. Multiple pelvic floor complaints are correlated with sexual abuse history. J Sex Med 2009;6:193-8.
Beckmann KR, Hennes H, Sty JR, Walsh-Kelly CM. Accuracy of clinical variables in the identification of radiographically proven constipation in children. WMJ 2001;100:33-6.
Benninga MA, Buller HA, Staalman CR, Gubler FM, Bossuyt PM, van der Plas RN et al. Defaecation disorders in children, colonic transit time versus the Barr-score. Eur J Pediatr 1995;154:277-84.
Berger M. Probiotica voor gastro-intestinale aandoeningen: het nieuwe wondermiddel? Huisarts Wet 2008;51:174-9.
Bharucha AE, Wald A, Enck P, Rao S. Functional anorectal disorders. Gastroenterology 2006;130:1510-8.
Bi L, Triadafilopoulos G. Exercise and gastrointestinal function and disease: an evidence-based review of risks and benefits. Clin Gastroenterol Hepatol 2003;1:345-55.
Bongers ME, Van den Berg MM, Reitsma JB, Voskuijl WP, Benninga MA. A randomized controlled trial of enemas in combination with oral laxative therapy for children with chronic constipation. Clin Gastroenterol Hepatol 2009;7:1069-74.
Bouhnik Y, Neut C, Raskine L, Michel C, Riottot M, Andrieux C et al. Prospective, randomized, parallel-group trial to evaluate the effects of lactulose and polyethylene glycol-4000 on colonic flora in chronic idiopathic constipation. Aliment Pharmacol Ther 2004;19:889-99.
Brandt LJ, Prather CM, Quigley EM, Schiller LR, Schoenfeld P, Talley NJ. Systematic review on the management of chronic constipation in North America. Am J Gastroenterol 2005;100 Suppl 1:S5-S21.
Brusciano L, Limongelli P, Pescatori M, Napolitano V, Gagliardi G, Maffettone V et al. Ultrasonographic patterns in patients with obstructed defaecation. Int J Colorectal Dis 2007;22:969-77.
Bu LN, Chang MH, Ni YH, Chen HL, Cheng CC. Lactobacillus casei rhamnosus Lcr35 in children with chronic constipation. Pediatr Int 2007;49:485-90.
Candy D, Belsey J. Macrogol (polyethylene glycol) laxatives in children with functional constipation and faecal impaction: a systematic review. Arch Dis Child 2009;94:156-60.
Cash BD, Lacy BE. Systematic Review: FDA-Approved Prescription Medications for Adults with Constipaton. Gastroenterology & Hepatology 2006;2:736-49.
Chang JY, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Talley NJ. Risk factors for chronic constipation and a possible role of analgesics. Neurogastroenterol Motil 2007;19:905-11.
Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch Kompas. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2010. http://www.fk.cvz.nl, geraadpleegd juni 2010.
Corazziari E, Badiali D, Bazzocchi G, Bassotti G, Roselli P, Mastropaolo G et al. Long term efficacy, safety, and tolerabilitity of low daily doses of isosmotic polyethylene glycol electrolyte balanced solution (PMF-100) in the treatment of functional chronic constipation. Gut 2000;46:522-6.
De Lorijn F, Van Rijn RR, Heijmans J, Reitsma JB, Voskuijl WP, Henneman OD et al. The Leech method for diagnosing constipation: intra- and interobserver variability and accuracy. Pediatr Radiol 2006;36:43-9.
De Paula JA, Carmuega E, Weill R. Effect of the ingestion of a symbiotic yogurt on the bowel habits of women with functional constipation. Acta Gastroenterol Latinoam 2008;38:16-25.
De Schryver AM, Keulemans YC, Peters HP, Akkermans LM, Smout AJ, De Vries WR et al. Effects of regular physical activity on defecation pattern in middle-aged patients complaining of chronic constipation. Scand J Gastroenterol 2005;40:422-9.
DiPalma JA, Cleveland MB, McGowan J, Herrera JL. A comparison of polyethylene glycol laxative and placebo for relief of constipation from constipating medications. South Med J 2007a;100:1085-90.
DiPalma JA, Cleveland MV, McGowan J, Herrera JL. A randomized, multicenter, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. Am J Gastroenterol 2007b;102:1436-41.
Fenn GC, Wilkinson PD, Lee CE, Akbar FA. A general practice study of the efficacy of Regulan in functional constipation. Br J Clin Pract 1986;40:192-7.
Gill K. De defaecatie van de mens. Huisarts Wet 1979;22:186.
Hamilton W, Lancashire R, Sharp D, Peters TJ, Cheng K, Marshall T. The risk of colorectal cancer with symptoms at different ages and between the sexes: a case-control study. BMC Med 2009;7:17.
Heineman MJ. Bekkenbodempathologie. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.
Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastro-intestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology 2006;130:1519-26.
Joensson IM, Siggaard C, Rittig S, Hagstroem S, Djurhuus JC. Transabdominal ultrasound of rectum as a diagnostic tool in childhood constipation. J Urol 2008;179:1997-2002.
Kalso E, Edwards JE, Moore RA, McQuay HJ. Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. Pain 2004;112:372-80.
Kemper HCG, Ooijendijk WTM, Stiggelbout M. Consensus over de Nederlandse norm voor gezond bewegen. T Soc Geneesk 2000;78:180-183.
Kienzle-Horn S, Vix JM, Schuijt C, Peil H, Jordan CC, Kamm MA. Efficacy and safety of bisacodyl in the acute treatment of constipation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2006;23:1479-88.
Koebnick C, Wagner I, Leitzmann P, Stern U, Zunft HJ. Probiotic beverage containing Lactobacillus casei Shirota improves gastro-intestinal symptoms in patients with chronic constipation. Can J Gastroenterol 2003;17:655-9.
Koh CE, Young CJ, Young JM, Solomon MJ. Systematic review of randomized controlled trials of the effectiveness of biofeedback for pelvic floor dysfunction. Br J Surg 2008;95:1079-87.
Kokke FT, Scholtens PA, Alles MS, Decates TS, Fiselier TJ, Tolboom JJ et al. A dietary fiber mixture versus lactulose in the treatment of childhood constipation: a double-blind randomized controlled trial. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2008;47:592-7.
Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn Obstipatie bij kinderen van 0 tot 18 jaar. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2009. http://www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/Overzicht-richtlijnen/Voedingsgerelateerde-aandoeningen/, geraadpleegd juni 2010.
Leech SC, McHugh K, Sullivan PB. Evaluation of a method of assessing faecal loading on plain abdominal radiographs in children. Pediatr Radiol 1999;29:255-8.
Loening-Baucke V. Urinary incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. Pediatrics 1997;100:228-32.
Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. Gastroenterology 2006;130:1480-91.
Mathus-Vliegen EMH. Gastro-intestinale aandoeningen. In: Jansen PAF et al, redactie. Het geriatrie formularium: een praktische leidraad. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
McCallum IJ, Ong S, Mercer-Jones M. Chronic constipation in adults. BMJ 2009;338:b831.
McNicol ED, Boyce D, Schumann R, Carr DB. Mu-opioid antagonists for opioid-induced bowel dysfunction. Cochrane Database Syst Rev 2008;CD006332.
McRorie JW, Daggy BP, Morel JG, Diersing PS, Miner PB, Robinson M. Psyllium is superior to docusate sodium for treatment of chronic constipation. Aliment Pharmacol Ther 1998;12:491-7.
Mendoza J, Legido J, Rubio S, Gisbert JP. Systematic review: the adverse effects of sodium phosphate enema. Aliment Pharmacol Ther 2007;26:9-20.
Moore RA, McQuay HJ. Prevalence of opioid adverse events in chronic non-malignant pain: systematic review of randomised trials of oral opioids. Arthritis Res Ther 2005;7:R1046-R1051.
Muris JW, Mathus-Vliegen EMH, Voorn ThB. Gastroenterologie. 7e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2007.
Muris JW, Starmans R, Wolf GG, Pop P, Knottnerus JA. The diagnostic value of rectal examination. Fam Pract 1993;10:34-7.
NIVEL/IQhealthcare/LINH. Spijsverteringsorganen: obstipatie. Incidentie- en prevalentiecijfers. In: Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R, Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009. http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=12694, geraadpleegd juli 2010.
Pepin C, Ladabaum U. The yield of lower endoscopy in patients with constipation: survey of a university hospital, a public county hospital, and a Veterans Administration medical center. Gastrointest Endosc 2002;56:325-32.
Peppas G, Alexiou VG, Mourtzoukou E, Falagas ME. Epidemiology of constipation in Europe and Oceania: a systematic review. BMC Gastroenterol 2008;8:5.
Perniola G, Shek C, Chong CC, Chew S, Cartmill J, Dietz HP. Defecation proctography and translabial ultrasound in the investigation of defecatory disorders. Ultrasound Obstet Gynecol 2008;31:567-71.
Petticrew M, Rodgers M, Booth A. Effectiveness of laxatives in adults. Qual Health Care 2001;10:268-73.
Pijpers MA, Bongers ME, Benninga MA, Berger MY. Functional constipation in children: a systematic review on prognosis and predictive factors. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2010;50:256-68.
Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, Berger MY. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. Arch Dis Child 2009;94:117-31.
Quigley EM, Vandeplassche L, Kerstens R, Ausma J. Clinical trial: the efficacy, impact on quality of life, and safety and tolerability of prucalopride in severe chronic constipation: A 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther 2009;29:315-28.
Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. Am J Gastroenterol 2005;100:1605-15.
Rao SS, Tuteja AK, Vellema T, Kempf J, Stessman M. Dyssynergic defecation: demographics, symptoms, stool patterns, and quality of life. J Clin Gastroenterol 2004;38:680-5.
Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastro-intestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006;130:1527-37.
Reuchlin-Vroklage LM, Bierma-Zeinstra S, Benninga MA, Berger MY. Diagnostic value of abdominal radiography in constipated children: a systematic review. Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:671-8.
Rockney MD, McQuade WH, Days AL. The plain

H&W 10 09.indb 497 25-08-10 09:04

abonimal roentgenogram in the management of encopresis. Arch Pediatr Adolesc Med 1995;149:623-7.
Rouse M, Chapman N, Mahapatra M, Grillage M, Atkinson SN, Prescott P. An open, randomised, parallel group study of lactulose versus ispaghula in the treatment of chronic constipation in adults. Br J Clin Pract 1991;45:28-30.
Sanders JF. Lactulose syrup assessed in a double-blind study of elderly constipated patients. J Am Geriatr Soc 1978;26:236-9.
Smith RG, Lewis S. The relationship between digital rectal examination and abdominal radiographs in elderly patients. Age Ageing 1990;19:142-3.
Smout AJPM, Brummer RJM. Gastro-intestinale chirurgie en gastro-enterologie. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:878-84.
Starreveld JS, Pols MA, Van Wijk HJ, Bogaard JW, Poen H, Smout AJ. The plain abdominal radiograph in the assessment of constipation. Z Gastroenterol 1990;28:335-8.
Talley NJ, Jones M, Nuyts G, Dubois D. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. Am J Gastroenterol 2003;98:1107-11.
Van den Berg M, Benninga MA, Di Lorenzo C. Epidemiology of childhood constipation: A systematic review. Am J Gastroenterol 2006;101:2401-9.
Van der Meer J, Stehouwer CDA. Interne geneeskunde. 13e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
Varma MG, Hart SL, Brown JS, Creasman JM, Van Den Eeden SK, Thom DH. Obstructive defecation in middle-aged women. Dig Dis Sci 2008;53:2702-9.
Verheij RA, Van Dijk CE, Abrahamse H, Davids R,Van den Hoogen H, Braspenning J, Van Althuis T. Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/IQ, 2009, http://www.nivel.nl/oc2/page.asp?pageid=12694, geraadpleegd 3 juni 2010
Voedingscentrum. Eten & Gezondheid [website]. Den Haag: Voedingscentrum, 2008. http://www.voedingscentrum.nl/nl/eten-gezondheid/voedingstoffen/vezels.aspx, geraadpleegd juni 2010.
Wald A. Constipation in the primary care setting: current concepts and misconceptions. Am J Med 2006;119:736-9.
Wesselius-De Casparis A, Braadbaart S, Bergh-Bohlken GE, Mimica M. Treatment of chronic constipation with lactulose syrup: results of a double-blind study. Gut 1968;9:84-6.
Xing JH, Soffer EE. Adverse effects of laxatives. Dis Colon Rectum 2001;44:1201-9.
Yang YX, He M, Hu G, Wei J, Pages P, Yang XH et al. Effect of a fermented milk containing Bifidobacterium lactis DN-173010 on Chinese constipated women. World J Gastroenterol 2008;14:6237-43.

NHG-Verenigingsraad zoekt drie nieuwe leden (huisartsen)

Door het (statutair) aftreden van drie leden van de NHG-Verenigingsraad zijn wij op zoek naar nieuwe leden, huisartsen die:

- zich verbonden voelen met het Nederlands Huisartsen Genootschap;
- belangstelling hebben voor de inhoudelijke ontwikkeling van de beroepsgroep en daaraan een bijdrage willen leveren;
- zich actief willen inzetten voor een goed contact van het NHG met de leden;
- voor een groot deel van de tijd werkzaam zijn in de huisartsenpraktijk; bij voorkeur werkzaam zijn in het zuiden van het land.

Wanneer u belangstelling hebt, kunt u tot 1 oktober 2010 een brief met uw motivatie en uw CV sturen aan de voorzitter van de NHG-Verenigingsraad, de heer prof.dr. P.J.E. Bindels, p/a NHG, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht.

De Verenigingsraad van het Nederlands Huisartsen Genootschap geeft het inhoudelijke beleid van het NHG mede vorm. De Raad is begin 2004 van start gegaan, na de bestuurlijke vernieuwing van het NHG. De Verenigingsraad van het NHG komt gemiddeld zesmaal per jaar bijeen en heeft als belangrijkste taak het gevraagd en ongevraagd adviseren van het NHG-bestuur over de hoofdlijnen van het te voeren inhoudelijk beleid. Daarnaast heeft de Raad instemmingsrecht bij de meerjarenbeleidplannen en jaarplannen van het NHG. De leden van de Verenigingsraad worden door de Algemene Ledenvergadering van het NHG benoemd voor een periode van vier jaar. Deze termijn kan eventueel met opnieuw vier jaar worden verlengd.
Momenteel bestaat de Raad uit 22 huisartsen. Bij de selectie van de Verenigingsraadsleden wordt gestreefd naar een goede verdeling over het land (ook stad/platteland) en het werkgebied (wetenschappelijk onderzoek, basisopleiding, beroepsopleiding, de nascholing, de 'gewone praktijk'). Ook wordt gelet op sekse, leeftijd en praktijkvorm.

Meer informatie over de NHG-Verenigingsraad – onder andere alle Adviezen die de Raad in de afgelopen jaren aan het NHG-bestuur heeft uitgebracht – kunt u vinden u op de webpagina's op de NHG-website: www.nhg.org (Het NHG/NHG-Verenigingsraad).

U kunt ook contact opnemen met de ambtelijk secretaris van de Raad, mevrouw drs. A.H. Corpeleijn, tel. 030-2823500 of e-mail: a.corpeleijn@nhg.org.

H&W 10 09.indb 498 25-08-10 09:04

Bij de NHG-Standaard Obstipatie

Deze zogenaamde 'kleine standaard' is een bewerking van de Farmacotherapeutische Richtlijn over dit onderwerp. De standaard maakt onderscheid tussen volwassenen en kinderen. Er is ruim aandacht voor beslismomenten bij de diagnostiek, zoals rectaal toucher bij kinderen en de plaats van een buikoverzichtsfoto. Aanvullend laboratoriumonderzoek is alleen nodig bij vermoeden van onder meer hypothyreoïdie, hypercalciëmie en coeliakie.

Voorlichtings- en nascholingsmaterialen

Bij de behandeling gaat de standaard in op toilettraining en gebruik van een poepdagboek bij kinderen. Deze onderwerpen komen ook terug in NHG-Patiëntenbrieven (Chronische obstipatie bij volwassenen, Chronische obstipatie bij kinderen en Poepdagboek). Soms moet een kind worden verwezen naar een pedagoog. Bovendien moet de huisarts alert zijn op mishandeling van het kind, zoals er ook een relatie kan zijn tussen obstipatie en mishandeling van vrouwen. De standaard besteedt slechts beperkt aandacht aan de psychische aspecten van obstipatie; daarvoor kan de huisarts terecht bij de materialen rond het prikkelbaredarmsyndroom en bij de cursus over dit onderwerp die regionale nascholingsorganisaties kunnen aanvragen via NHG-Scholing. De psychische aspecten komen bovendien (uitgebreid) aan de orde in het Programma voor Individuele Nascholing over obstipatie. Onderstaande casus is een bewerking van de casuïstiek uit deze PIN.

Myrthe heeft obstipatie

De 5-jarige Myrthe klaagt over pijn tijdens de stoelgang en soms ook buikpijn. Ze zit soms wel een halfuur op het toilet en perst er dan met moeite een paar keuteltjes uit. Terwijl haar moeder dit tegen huisarts Blom vertelt, zit Myrthe op schoot met haar beentjes over elkaar. Het kind kijkt Blom nauwelijks aan.

Desgevraagd vertelt Myrthes moeder dat het meisje altijd maar eens in de twee à drie dagen poepte. Maar dat is nog minder geworden sinds ze drie maanden geleden voor het eerst naar een nieuwe school ging; nu is het nog hooguit tweemaal per week. De ontlasting is altijd hard en keutelig. Soms heeft Myrthe ineens heel veel ontlasting. ('Het lijkt dan wel een olifantendrol!') Er is tussendoor geen sprake van diarree. Wel heeft het meisje minstens eens per week een beetje ontlasting in haar onderbroek. Plassen gaat goed. Myrthe werd rond haar derde zindelijk voor ontlasting. Volgens haar juf poept ze nooit op school. In de klas doet Myrthe het prima; ze lijkt met plezier naar school te gaan. Vijf maanden geleden heeft ze een broertje gekregen, op wie ze erg dol is.

Diagnostisch onderzoek

Bij het lichamelijk onderzoek voelt Blom een grote harde massa in de onderbuik. Hij inspecteert de peri-anale regio waartoe hij de billen spreidt en Myrthe vraagt even te persen. Er zijn geen fissuren, littekens of hematomen zichtbaar. Omdat Blom geen aanwijzingen vindt voor een onderliggende oorzaak van Myrthes moeilijke stoelgang, comcludeert hij dat er sprake is van functionele obstipatie.

Blom kan op grond van zijn bevindingen de diagnose stellen. In de eerste lijn is deze als volgt gedefinieerd:

- defecatiefrequentie < 2 per week en/of;
- pijnlijke, harde en/of keutelvormige defecatie.

Bij kinderen gaat het bovendien om:

- ophouden van de ontlasting;
- grote hoeveelheid feces in luier of toilet;
- grote fecale massa palpabel in abdomen of rectum;
- fecale incontinentie > 1 per week indien zindelijk.

Aanvullend onderzoek

Bij slechts één symptoom van obstipatie in plaats van twee – en dus twijfel over de diagnose – is er een indicatie voor een rectaal toucher met als doel eventuele fecale impactie vast te stellen. Aangezien bij Myrthe minstens twee symptomen aanwezig zijn, is een rectaal toucher niet nodig. Omdat er geen sprake is van een vermoeden van coeliakie, hypotheroïdie, hypokaliëmie of hypercalciëmie, is ook laboratoriumonderzoek niet nodig, net zomin als urineonderzoek omdat er geen mictieklachten zijn.

Boven de 10 kg lichaamsgewicht heeft een gezond kind ongeveer 1000 tot 1500 ml (5 tot 7 glazen/bekers) vocht per dag nodig, en 15 gram vezels. Dit laatste is snel te checken met behulp van 'vezellijsten' (www.nhg.org/vezellijst).

Niet-medicamenteuze behandeling

Blom geeft algemene voorlichting over obstipatie en geeft een poepdagboek en de NHG-Patiëntenbrief Obstipatie bij kinderen mee. Bovendien wijst hij op het belang van voldoende inname van vocht en vezels en van voldoende beweging (per dag een uur matig intensieve lichamelijke activiteit, zoals buiten spelen of fietsen). Het bijhouden van een poepdagboek geeft zicht op de defecatiefrequentie van Myrthe en op de bijkomende klachten. Het poepdagboek kan worden gebruikt voor met medicatie wordt gestart, maar geeft ook belangrijke informatie over de effectiviteit van de niet-medicamenteuze behandeling. Blom legt ook de toilettraining volgens de NHG-Standaard uit.

...en het vervolg

Na twee weken zijn Myrthe en haar moeder terug op het spreekuur. De toilettraining gaat goed; Myrthe vindt het leuk om na elk toiletbezoek een sticker te mogen plakken. Het poepdagdoek is fraai bijgehouden. Maar helaas zijn de klachten nauwelijks verminderd. Blom besluit dus om nu ook medicatie voor te schrijven: tweemaal daags 20 ml lactulosestroop 670 mg/ml en – vanwege de fecale impactie – eenmalig een natriumlaurylsulfoacetaat microklysma 5 ml om toename van buikpijn bij het starten met lactulose te voorkomen.

Weer twee weken later zijn Myrthe en haar moeder erg tevreden. Myrthe heeft om de dag ontlasting en haar ondergoed blijft schoon. 'Kunnen we nu weer met de medicijnen stoppen, dokter?', vraagt Myrthes moeder. 'Ik ben bang dat ze anders een luie darm krijgt.'

Blom legt uit dat lactulose of macrogel niet tot een luie darm leidt en adviseert om nog twee maanden door te gaan met de behandeling. 'Als Myrthe dan nog steeds klachtenvrij is, kunnen we de medicatie geleidelijk afbouwen.' Blom spreekt af dat hij na drie maanden nog even moeder belt hoe het gaat.

Verwijzing

Als de ingestelde therapie onvoldoende zou hebben gewerkt, volgt verwijzing naar de kinderarts. Steeds meer ziekenhuizen hebben een zogenaamde 'poeppoli' waar kinderen met obstipatie terechtkunnen. Alvorens te verwijzen is het wel zaak om eerst andere oorzaken van het falen van de therapie uit te sluiten. Bij twijfel aan de juiste uitvoering van de toilettraining of aan de perstechniek bij kinderen kan de huisarts verwijzen naar een fysiotherapeut met specifieke deskundigheid op dit gebied. In sommige regio's kan een JGZ-verpleegkundige in een aantal consulten een gezin begeleiden bij de toilettraining of pedagogische ondersteuning bieden.

Als er sprake is van forse gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen of een sterk verstoorde ouder-kindinteractie rond de defecatie, is verwijzing naar de pedagoog aan te bevelen. Bij vermoeden van seksueel misbruik dient de huisarts te handelen volgens de Meldcode Kindermishandeling.

H&W 10 09.indb 499 25-08-10 09:04

Bij het artikel *Effecten van gestructureerde COPD-zorg vanuit zorginkoopperspectief*

In het onderzoek van Van Dijk c.s. blijken er grote verschillen te bestaan in de zorguitkomsten bij COPD-patiënten met en zonder gestructureerde zorg. Hoewel niet is vastgesteld dat deze gestructureerde zorg samenhangt met de aanwezigheid van een kaderhuisarts Astma/COPD in het zorgteam, wijst de uitkomst in een heuglijke richting: dat het opzetten van gestructureerde zorg, met gebruikmaking van de expertise van een kaderhuisarts, daadwerkelijke verbetering van de patiëntenzorg tot gevolg kan hebben. Een positieve impuls voor niet alleen de kaderhuisartsen Astma/COPD die tot nu toe zijn opgeleid, maar ook voor de kaderhuisartsen die overal in het land op andere deelgebieden actief zijn.

Tien NHG-Kaderopleidingen

Momenteel zijn er tien NHG-Kaderopleidingen: functiegerichte opleidingen die onder eindverantwoordelijkheid van het NHG worden verzorgd door de universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde. De rol van het NHG bestaat uit het vaststellen van de eindtermen, de kwaliteitsbewaking en de certificering. Een kaderopleiding duurt gemiddeld twee jaar, met een studiebelasting van één dag per week voor cursusbijeenkomsten, praktijkopdrachten, stages en zelfstudie. Een kaderhuisarts verkrijgt specifieke competenties ten behoeve van patiëntenzorg en beroepsgroep en wordt geregistreerd in het register van het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (www.chbb.nl).

Er zijn NHG-Kaderopleidingen op het gebied van:
- Ouderengeneeskunde
- Hart- en vaatziekten
- Diabetes mellitus type 2
- Astma/COPD
- Geestelijke gezondheidszorg
- Urogynaecologie
- Palliatieve zorg
- Wetenschappelijk onderzoek
- Beleid en beheer
- Supervisie en coaching
- Bewegingsapparaat (in ontwikkeling)

Functie van de kaderhuisarts

Een kaderhuisarts vervult binnen het team, de zorggroep, de regio en vaak ook landelijk een voortrekkersrol op zijn deelgebied. In de eigen praktijk laten kaderhuisartsen een 'good practice' zien, en naar collega's treden zij op als adviseur over verbeteringsplannen en -projecten. Ze initiëren of geven nascholing (bijvoorbeeld via de WDH, de ROS of NHG-Scholing) en nemen deel aan innovatieve projecten. Op die wijze geven kaderhuisartsen impulsen aan de deskundigheidsbevordering van collega-huisartsen, met als uiteindelijk doel de verbetering van de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg. De kaderhuisarts is geen minispecialist, en het is zeker niet de bedoeling dat zijn aanwezigheid de allround deskundigheid van de huisarts-collega's uitholt.

Inburgering...

De mate waarin kaderhuisartsen voor (betaalde) werkzaamheden worden benaderd, loopt sterk uiteen en hangt af van hun bekendheid en positionering in de regio. Maar langzaamaan raakt de kaderhuisarts ingeburgerd in de beroepsgroep. Om een paar voorbeelden te noemen: we zien kaderhuisartsen Palliatieve Zorg als begeleiders van peergroups, kaderhuisartsen Diabetes als projectcoördinatoren in de zorggroep, en kaderhuisartsen Supervisie en coaching als individuele loopbaancoaches of als coaches in teambuildingstrajecten.
Verschillende kaderopleidingen hebben een 'expertgroep' die de relatie onderhoudt met het NHG en zorgt voor nascholing, publiciteit en intervisie (www.nhg.org/expertgroepen).
Al rond de driehonderd kaderhuisartsen staan hun collega's bij op weg naar een betere kwaliteit van zorg en een grotere doelmatigheid. Het is interessant te onderzoeken in welke mate en op welke wijze die bijdrage daadwerkelijk effecten heeft.

In H&W is ruimte gereserveerd voor de implementatie van onderwerpen die elders in dit nummer worden besproken. Michael Kijser en Louwrens Boomsma (l.boomsma@nhg.org) vatten ditmaal de NHG-inbreng bij de NHG-Standaard Obstipatie samen. Liesbeth van der Jagt (l.vanderjagt@nhg.org) verzorgde het gedeelte over de inbreng van kaderhuisartsen. Daarnaast besteedde Marijke Labots aandacht aan de LESA Actueel Medicatieoverzicht in de eerste lijn. Deze LESA is alleen beschikbaar via de NHG-website www.nhg.org.

LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn

Bij de zorg en veiligheid voor de patiënt vormt medicatievoorziening een belangrijk aandachtspunt. Een aantal geneesmiddelen en combinaties van geneesmiddelen, blijkt verantwoordelijk voor vermijdbare ziekenhuisopname. Bij deze middelen is extra bescherming en extra controle noodzakelijk. Het gaat vooral om anticoagulantia, trombocytenaggregatieremmers, NSAID´s, bloedglucoseverlagende geneesmiddelen, psychofarmaca en cardiovasculaire middelen. Aanbevelingen voor het voorschrijven, bewaken en controleren van inname en therapietrouw van deze middelen en combinaties vormen tezamen een 'spoorboekje'.

Hierin staan handreikingen, FTO-modules, praktijkgidsen en een aantal LESA´s (Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak). Drie punten zijn van belang:
Een actueel medicatieoverzicht is beschikbaar
– bij elk contact met een voorschrijver
– bij een spoedopname binnen 24 uur
– bij overdracht naar een volgende schakel binnen 24 uur.
Een werkgroep bestaande uit huisartsen, apothekers, een tandarts, een specialist ouderengeneeskunde en een trombosedienstarts werkte dit spoorboekje uit tot de LESA Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn.

Deze LESA moet leiden tot regionaal bij te stellen werkafspraken. De bij de LESA bijgevoegde checklist kan hierbij behulpzaam zijn. Schade door medicijngebruik is te voorkomen door aandacht voor mogelijke complicaties en bijwerkingen, een zorgvuldige werkwijze en bijhouden van het eigen dossier. De LESA is hierbij een nuttig hulpmiddel (beschikbaar via www.nhg.org).

1 Van Horssen N, Labots-Vogelesang SM, Buur VAJ, Dommers JW, Van Dijk PTM, Dijkers FW et al. Landelijke Eerstelijns Samenwerkings-Afspraak Actueel medicatieoverzicht in de eerste lijn. ACAM. www.nhg.org, 2010.

H&W 10 09.indb 500 25-08-10 09:04

Ook zo blij met PSA?

Henk Scholten

'Screening op prostaatkanker vermindert de sterfte aan die ziekte met ruim een kwart. Dat blijkt uit een groot Europees onderzoek onder leiding van een Nederlander', aldus de opening van een van de hoofdpunten van het NOS-Journaal van 18 maart 2009. Even later komt onderzoeksleider Fritz Schröder van het ERSPC (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer) aan het woord: 'We zijn erg blij dat we voor het eerst hebben kunnen aantonen dat een eenvoudige bloedtest kan leiden tot een daling van de sterfte aan prostaatkanker.'[1] Blij?

Volksverlakkerij

De NOS berichtte over het screeningseffect met PSA (prostaatspecifiek antigeen) in vergelijking met geen screening. In de screeningsgroep stierven 214 van de 72.890 mannen (0,29%) aan prostaatkanker, in de controlegroep 326 van de 89.353 mannen (0,36%).[2] Als de nieuwslezer had gezegd 'Screening verlaagt de sterfte door prostaatkanker met 0,07%' was het nieuws wat minder spectaculair geweest. Weliswaar is dat een sterftevermindering van 20% (100-29/36) maar om met dit percentage te scoren bij een kankervrezend algemeen publiek zonder het noemen van absolute getallen is volksverlakkerij. De Rotterdamse onderzoeksleider doet bovendien nog eens 5% op die 20% door rekenkundig te compenseren voor de 18% mannen die een PSA-bepaling weigerden.

Te lang gewacht

In een commentaar in H&W werd geconcludeerd dat er op grond van deze ERSPC-resultaten geen reden was het terughoudende NHG-Standpunt over PSA-screening te herzien en dat voorlopig gewacht kon worden op de door de onderzoekers beloofde verdere analyses.[3] De analyse waar iedereen naar uitkeek, namelijk die van de invloed van screening op de levenskwaliteit, stond vanaf 18 maart 2009 maandenlang in grote letters aangekondigd op de site van ERSPC-Media.org:[4] 'QoL Study: Expected Soon'. In november 2009 was deze mededeling plotseling verdwenen. Daarna is hierover niets meer vernomen. Nu we anderhalf jaar later de definitieve rekening nog steeds niet kunnen opmaken, lijkt een schatting over wat we mogen verwachten op z'n plaats.

Auteursgegevens

H.J. Scholten, arts. Spaarne 121, 2011 CG Haarlem.

Website: http://www.psaprostaatkanker.blogspot.com

Correspondentie: prostaatkanker@planet.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

'Positief PSA'

Een PSA hoger dan 3 ng/ml, in het onderzoek een 'positief PSA' genoemd, was een indicatie voor biopsie. Liefst 16% van de testen was positief. Echter, bij 3 van de 4 mannen werd bij biopsie geen kanker geconstateerd. Om een indruk te geven van proporties: na mammografie is er bij 1,5% een biopsie-indicatie waarbij bij 2 van de 3 vrouwen geen kanker wordt aangetroffen. Een biopsie is niet leuk en kan vervelende gevolgen hebben. In een eerdere ERSPC-subanalyse had 23% van de gebiopteerden langer dan 3 dagen last van hematurie, 50% van hematospermie en had 3,5% koorts. In 0,5% van de gevallen was opname nodig, meestal vanwege urosepsis.[5] De mannen met een positief PSA maar een negatieve biopsie konden niet worden gerustgesteld want het is bekend dat circa een kwart van de biopsieën fout-negatief is.[6] Voor deze zeer grote groep was binnen het ERSPC niets geregeld, behalve dan dat deze mannen na 4 jaar konden terugkomen voor een nieuwe PSA-bepaling. Hoe werd hun leven beïnvloed? Welke actie ondernamen zij? Tot hoeveel en welke medische bedrijvigheid heeft dit geleid? De auteurs hebben er tot op heden met geen woord over gerept. Vermoedelijk zullen in de eerste lijn veel overuren zijn gemaakt.

Nocere

De cumulatieve incidentie over 9 jaar nam door screening toe met 3,4% (8,2% versus 4,8% in respectievelijk de screeningsgroep en de controlegroep). Bij de vastgestelde absolute sterftevermindering van 0,71 per 1000 man moeten 1410 mannen worden opgeroepen voor screening om 1 sterfgeval te voorkomen. Voor dit ene sterfgeval minder moeten dan 48 (3,4% van 1410) mannen worden behandeld. Waaraan worden deze 48 mannen blootgesteld? De letselschade als gevolg van de 2 meest toegepaste behandelingsvormen – radicale prostatectomie (in het ERSPC de meest populaire) en radiotherapie – is aanzienlijk. Letselschade treedt direct op terwijl het mogelijke voordeel voor 1 van de 48 pas na vele jaren blijkt. Een groot prospectief onderzoek naar neveneffecten van behandelingen waarin alle gebruikelijke behandelingsmodaliteiten werden meegenomen bevestigde in grote lijnen de resultaten van de talrijke onderzoeken op dit gebied over afzonderlijke behandelingen. In dit onderzoek waren na radicale prostatectomie (RP), uitwendige bestraling, hoge dosis brachytherapie en lage dosis brachytherapie de driejaars percentages voor impotentie bij mannen die tevoren wel potent waren respectievelijk 56, 38, 47 en 17%; voor incontinentie respectievelijk 11, 3, 7 en 5%.[7] Bij radiotherapie zijn behalve bij lage dosis brachytherapie chronische colorectale problemen ook een serieuze zaak. Toxiciteit graad 2 of hoger na uitwendige bestraling en hoge dosis brachytherapie was respectievelijk 4 en 7%.[7] Hoe je het ook wendt of

H&W 10 09.indb 501 25-08-10 09:04

keert, het primum *non nocere* wordt met voeten getreden bij vroege behandeling van symptoomloze mannen voor prostaatkanker.

Geen basis

De blinde biopsie, de basis voor behandelingsbeslissingen, is zoals al opgemerkt in een kwart van de gevallen fout-negatief. Is in de biopsie wel kanker aantoonbaar dan blijkt de Gleasonscore, de mate van kwaadaardigheid, in de helft van de gevallen niet overeen te komen met de Gleasonscore van het operatieprepa-raat, de gouden standaard.[8] Derhalve kan het broodnodige onderscheid tussen indolent en agressief – teneinde overbehandeling te voorkomen – klinisch niet worden gemaakt. Tegen beter weten in werd niettemin weer een nieuw ERSPC-deelproject gestart waaraan een aantal grote Nederlandse centra meewerkt.[9] In dit project worden alleen tumortjes met de allergunstigste kenmerken (Gleason < 7, minder dan 3 van de 6 naalden positief) met zogenaamde Active Surveillance gevolgd. Dit is een bijzonder intensief controleregime met driemaandelijkse PSA-bepalingen en jaarlijks herbiopsieën. Slechts een klein deel van de overbehandeling kan hiermee worden voorkomen. Toch werd na 2 jaar zelfs in deze subgroep alsnog een kwart van de patiënten behandeld. Bij een langere follow-up zal dit percentage ongetwijfeld nog verder stijgen. Naast ongunstige veranderingen bij herbiopsieën zijn angst, stress en onzekerheid bij zowel arts als patiënt belangrijke redenen alsnog over te gaan tot behandeling. Logisch, want de Gleasonscore is niet te vertrouwen.

Ander standpunt?

De Rotterdammers presenteren zich als wetenschappers maar lijken meer op marketeers. Enkele uren nadat de ERSPC-resultaten werden gepubliceerd in het *New England Journal of Medicine* – dus nog voor iemand kennis had kunnen nemen van de inhoud – kwamen de Rotterdammers met hun vooraf in elkaar gezette reportage op het NOS-Journaal en stonden ze de dag daarna in bijna alle dagbladen en urologiesites met hun misleidende 25%-claim. Nu, bijna anderhalf jaar na de belofte spoedig over neveneffecten te rapporteren, is deze nog steeds niet ingelost. Hoe terughoudend kan een huisarts zijn tegen een man die een PSA vraagt op gezag van 'wetenschappers' die de media misbruiken, de helft verzwijgen en hun beloftes niet nakomen? Ik stel voor dat het NHG haar terughoudende Standpunt over (opportunistische) PSA-screening verandert in een afwijzend Standpunt, dat zorgverzekeraars PSA-screening voor vroege opsporing uit het basispakket halen en dat geldstromen voor prostaatkankerresearch naar het Erasmus MC worden bevroren. Dit zou betekenen: terug naar 1990 toen er nog geen PSA-screening voor vroege opsporing was. Toen waren er maar 4295 gevallen van prostaatkanker in plaats van meer dan 9516 nu. En dat terwijl de sterfte aan prostaatkanker – rekening houdend met bevolkingsgroei – gelijk bleef met 2135 gevallen in 1990 en 2394 in 2006.[10] Het zou enorm veel leed schelen en bergen geld.

Literatuur

1 http://player.omroep.nl/?aflID=9116254.
2 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized european study. N Engl J Med 2009;360:1320-8.
3 Van Weert H, Wiersma T. Prostaatkankerscreening? Nog even niet! Huisarts Wet 2009;52:350-1.
4 http://media.erspc-media.org.
5 Raaijmakers R, Kirkels WJ, Roobol MJ, Wildhagen MF, Schröder FH. Complication rates and risk factors of 5802 transrectal ultrasound-guided sextant biopsies of the prostate within a population-based screening program. Urology 2002;60:826-30.
6 Roehl KA, Antenor JAV, Catalona WJ. Serial prostate biopsy results in prostate cancer. J Urol 2002;167:2435-9.
7 Smith DP, King TM, Egger S, Berry MP, Stricker PD, Cozzi P, et al. Quality of life three years after diagnosis of localised prostate cancer: population based cohort study. BMJ 2009;339:b8417.
8 Isariyawongse BK, Sun L, Bañez LL, Robertson C, Polascik TJ, Maloney K, et al. Significant discrepancies between diagnostic and pathologic gleason sums in Prostate Cancer: the predictive role of age and prostate-specific antigen. Urology 2008;72:882-6.
9 Van den Bergh RC, Vasarainen H, Van der Poel HG, Vis-Maters JJ, Rietbergen JB, Pickles T, et al. Short-term outcomes of the prospective multicentre 'Prostate Cancer Research International: Active Surveillance' study. BJU Int 2010;105:956-62.
10 Vereniging Integrale Kankercentra. Nederlandse kankerregistratie 2009.

H&W 10 09.indb 502 25-08-10 09:04

PSA-screening deugt

Chris Bangma, namens de ERSPC

De European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) rapporteerde in 2009 het vroegste bewijs dat screening met prostaatspecifiek antigeen (PSA) de sterfte aan prostaatkanker vermindert.[1,2] De gegevens werden openbaar gemaakt op advies van de internationale en onafhankelijke Data Monitoring Commissie, om medisch-ethische redenen. We voelen ons dan ook niet aangesproken door de geschetste complottheorie van collega Scholten.[3]

Analyse

Scholten vermeldt dat er ruim 1400 mannen gescreend moeten worden om 1 sterftegeval aan prostaatkanker te voorkomen. Dit getal zal in de – van meet af aan geplande – eindanalyse na tien jaar follow-up drastisch dalen. Die analyse vindt eind 2011 plaats op basis van de verzamelde gegevens uit de 8 participerende Europese landen. Belangrijker nog dan die mortaliteitsgegevens is het aantal mannen dat gescreend dient te worden om 1 geval van symptomatische metastase van prostaatkanker te voorkomen. Dat getal zal naar verwachting nog 50% lager liggen dan het benodigde aantal gescreende mannen om 1 sterfgeval te voorkomen.

Gefundeerd oordeel

Mannen kiezen al dan niet voor screening op basis van informatie over de duur van de overlevingswinst en de daarbijbehorende levenskwaliteit. Het publiceren van onderzoeksgegevens is dan ook alleen nuttig in combinatie met de overlevingsgegevens. Tot die tijd kan het wel nodig zijn de wijze van berekening van kwaliteit van leven en kosteneffectiviteit te illustreren in de literatuur. Zonder de getallen van de ERSPC is er niemand ter wereld die een gefundeerd oordeel kan geven over het nut van bevolkingsonderzoek. Alleen op basis daarvan kunnen overheden, en de Gezondheidsraad in Nederland, een uitspraak doen over de wenselijkheid van populatiescreening voor prostaatkanker.

Preventie

Het voorkómen van ziekte is een belangrijk aspect van de volksgezondheid. Of het nu om vaccinatie gaat of om waterkwaliteit, om controle van het cholesterolgehalte of van de bloeddruk, ziekte is nooit volledig te voorkomen en bij elke preventieve actie worden er overbodige ingrepen verricht. In Nederland bestaat er een uniek systeem om niet te screenen totdat de onderzoeksgegevens op tafel liggen en een beoordeling van deskundigen is verricht. Maar ieder individu heeft wel het recht zich te laten informeren en te laten onderzoeken op het bestaan van ziekten. Door de nauwkeurige en tijdige voorlichting aan gezondheidswerkers, met name huisartsen en urologen, zijn de dilemma's rondom vroegdetectie van prostaatkanker herhaaldelijk en uitvoerig besproken. Het probleem van overdiagnose is bekend en kan worden onderschept door *active surveillance* aan te bieden met dezelfde controleintensiteit als na een behandeling. Daarbij is bewezen dat mannen die dit programma volgen geen extra stress ondervinden.

Integriteit

Het commentaar van collega Scholten slaat de plank volledig mis. De lezer mag oordelen over de wetenschappelijke integriteit van de individuele leden van de onderzoeksgroepen binnen ERSPC die wereldwijd worden beoordeeld op hun activiteiten. Het ERSPC-onderzoek is goedgekeurd door de Nederlandse overheid en wordt ondersteund door wetenschappelijke gremia als ZonMw en KWF. Diverse nationale beroepsverenigingen hebben de resultaten van het onderzoek gebruikt om richtlijnen op te stellen over vroegdetectie van prostaatkanker. Het enige wat we met Scholten gemeen hebben is onze zorg voor de optimale behandeling van patiënten.

Auteursgegevens

Erasmus MC, afdeling Urologie, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: prof. dr. C.H. Bangma, uroloog, hoogleraar urologie.

Correspondentie: c.h.bangma@erasmusmc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

1 Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TLJ, Ciatto S, Nelen V, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomised European study.N Engl J Med 2009;360:1320-8.
2 Bangma CH, Roobol MJ, De Koning HJ, Denis L, Schröder FH. Screening vermindert sterfte aan prostaatkanker. Huisarts Wet 2009;52:353-60.
3 Scholten HJ. Ook zo blij met PSA? Huisarts Wet 2010:53:501-2.

H&W 10 09.indb 503 25-08-10 09:04

Antipsychotica: let op metabole bijwerkingen

Eelke Groen, Hans van der Wouden, Patrick Bindels

Inleiding

Het gebruik van antipsychotica is de laatste jaren gestaag toegenomen. In 2007 telde Nederland ongeveer 225.000 gebruikers van antipsychotica.[1] Dat zijn er gemiddeld 32 per huisartsenpraktijk van 2350 patiënten. Antipsychotica zijn in Nederland geregistreerd voor psychosen, schizofrenie, manie, hevige agitatie en onrust, agressie en onrust bij dementie, delier, psychotische aandoeningen bij de ziekte van Parkinson, tics en choreatische bewegingen. Incidenteel worden sommige antipsychotica ook voorgeschreven bij ernstig braken, persisterende hik en vertigo.[2]

Dat antipsychotica veel bijwerkingen hebben, is algemeen bekend. Dat zij ook kunnen leiden tot het ontstaan van diabetes mellitus type 2, obesitas en dyslipidemie is tot nog toe relatief onderbelicht, maar deze metabole bijwerkingen zijn minder zeldzaam dan men denkt. Omdat zij gepaard gaan met verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit,[3] verdienen deze bijwerkingen meer aandacht dan zij gewoonlijk krijgen.

Samenvatting

Groen EJ, Van der Wouden JC, Bindels PJE. Antipsychotica: let op metabole bijwerkingen. Huisarts Wet 2010;53(9):504-7.

Een 38-jarige dame ontwikkelt, vijf maanden nadat zij is gestart met clozapine, klachten van een droge mond en vermoeidheid. De huisarts denkt in eerste instantie aan een voorbijgaande bijwerking van het antipsychoticum, maar later blijken de klachten samen te hangen met een diabetes mellitus die ontstaan is als gevolg van de medicatie.

Het is bekend dat atypische antipsychotica velerlei bijwerkingen hebben: cardiologische, neurologische, hematologische, gastro-intestinale en urologische. Minder bekend is dat vooral clozapine en olanzapine ook metabole aandoeningen kunnen veroorzaken, zoals type-2-diabetes, obesitas en dyslipidemie, en zo de kans op hart- en vaatziekten vergroten.

Omdat deze metabole bijwerkingen vaker voorkomen dan verwacht, is het belangrijk dat de voorschrijvend arts patiënten die antipsychotica gebruiken systematisch blijft monitoren.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 AC Rotterdam: drs. E.J. Groen, aios Huisartsgeneeskunde; dr. J.C. van der Wouden, senior onderzoeker Huisartsgeneeskunde; prof.dr. P.J.E. Bindels, hoogleraar Huisartsgeneeskunde.

Correspondentie: e.j.groen@erasmusmc.nl.

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Mevrouw Pieterse

Mevrouw Pieterse, 38 jaar oud, is voor schizofrenie onder behandeling bij de psychiater. Zij heeft al een aantal psychiatrische opnames achter de rug in verband met paranoïde psychoses, de laatste was vijf maanden geleden. Na eerdere behandelingen met verschillende antipsychotica, waarop zij onvoldoende reageerde, is tijdens haar laatste opname een behandeling met clozapine gestart. Sindsdien is de psychose in remissie gegaan, en zij woont inmiddels weer thuis met ondersteuning van gespecialiseerde thuiszorg.

Mevrouw Pieterse, die teruggetrokken leeft en haar huisarts niet vaak bezoekt, komt nu op het spreekuur met klachten van een droge mond en vermoeidheid. De huisarts merkt op dat haar gewicht zichtbaar is toegenomen. Het *Farmacotherapeutisch Kompas* vermeldt dat de klachten en het overgewicht bijwerkingen kunnen zijn van de clozapine, en in de ontslagbrief van de psychiater na de laatste klinische opname leest de huisarts dat bloedbeeld, schildklierfunctie, glucosegehalte en lipidenspectrum allemaal binnen de referentiewaarden vielen. De huisarts is gerustgesteld en bespreekt met patiënte dat de klachten een bijwerking zijn van de clozapine. Omdat de clozapine de psychische toestand van patiënte aanmerkelijk verbeterd heeft, besluiten zij gezamenlijk af te wachten in de hoop dat de klachten mettertijd afnemen.

Twee weken later komt mevrouw Pieterse echter terug op het spreekuur. De droge mond en de vermoeidheid zijn zozeer verergerd dat zij niet meer kan functioneren. Nu besluit de huisarts laboratoriumonderzoek te doen. Het glucosegehalte is 16 mmol/l, en daarna blijkt ook de nuchtere glucosebepaling te hoog, 9,1 mmol/l. Mevrouw Pieterse heeft bovendien een dyslipidemie ontwikkeld met een totaalcholesterol van 9,3 mmol/l, een triglyceridengehalte van 2,5 mmol/l en een HDL-cholesterol van 0,78 mmol/l.

In overleg met de behandelend psychiater besluit de huisarts dat overstappen op een ander antipsychoticum op dit moment niet wenselijk is, omdat de clozapine na vele vergeefse pogingen voor een stabiele remissie van de psychose heeft gezorgd. De huisarts behandelt daarom de diabetes mellitus en de dyslipidemie, om te beginnen met leefstijladviezen. Patiënte wijst begeleiding door een diëtiste af. Na drie maanden blijken de glucose en de lipiden onverminderd hoog, en daarop start de huisarts een medicamenteuze behandeling. Na een jaar zijn het HbA1c en het lipidenspectrum genormaliseerd. Mevrouw Pieterse heeft nog wel overgewicht, maar volgt inmiddels een sportprogramma via haar psychiater.

Beschouwing

De klassieke antipsychotica deden hun intrede op de markt in de jaren vijftig. Veertig jaar later volgden de atypische antipsychotica, en deze zijn voor veel behandelingen de middelen van eer-

H&W 10 09.indb 504 25-08-10 09:04

De kern

- Dat antipsychotica ook metabole bijwerkingen hebben, heeft tot nog toe relatief weinig aandacht gekregen.
- Atypische antipsychotica, in het bijzonder clozapine en olanzapine, zijn geassocieerd met het ontstaan van type-2-diabetes, obesitas en dyslipidemie, en daardoor met een verhoogd risico op cardiovasculaire aandoeningen.
- Het is dan ook noodzakelijk om patiënten die antipsychotica gebruiken systematisch te monitoren op metabole bijwerkingen.
- De voorschrijvend arts is verantwoordelijk voor deze monitoring.

ste keuze geworden. De atypische antipsychotica zijn effectiever dan klassieke antipsychotica bij negatieve symptomen, bij stemmingsstoornissen en bij cognitieve problematiek ten gevolge van een psychotische stoornis. Ook hebben zij minder extrapiramidale bijwerkingen.[4]

De atypische antipsychotica hebben echter ook bijwerkingen, op veel verschillende gebieden. Op cardiovasculair gebied zijn dat bijvoorbeeld ventriculaire ritmestoornissen ten gevolge van een verlengd QTc-interval. Ook neurologische complicaties komen voor, zoals parkinsonisme, acathisie, acute dystonie, tardieve dyskinesie en convulsies. Verder moet men bedacht zijn op hematologische complicaties zoals agranulocytose en anemie, op gastro-intestinale complicaties zoals droge mond, obstipatie of leverfunctiestoornissen, en op urogenitale en seksuele bijwerkingen zoals bemoeilijkte mictie en/of urineretentie, hyperprolactinemie en seksuele functiestoornissen. En dan is er nog het zeldzame maligne neurolepticasyndroom, dat optreedt bij 0,2% van de patiënten.[5]

Naarmate de atypische antipsychotica vaker werden voorgeschreven, kwamen er meer bijwerkingen aan het licht. Atypische antipsychotica worden tegenwoordig ook geassocieerd met het ontstaan van obesitas, diabetes mellitus type 2 en verstoring van het lipidenspectrum. Aangezien deze bijwerkingen het risico op een cardiovasculaire aandoening verhogen, heeft men in tal van landen richtlijnen opgesteld voor de monitoring en preventie van cardiovasculaire risicofactoren bij antipsychoticagebruik.[4-10]

Antipsychotica en cardiovasculaire risicofactoren

Epidemiologie

Over het ontstaan van diabetes mellitus type 2, obesitas en dyslipidemie bij gebruikers van antipsychotica is tamelijk veel geschreven. De meeste onderzoeken zijn opgezet als case serie, cross-sectioneel of retrospectief onderzoek onder volwassen patiënten met schizofrenie.[4] De interpretatie wordt weliswaar bemoeilijkt doordat deze metabole aandoeningen bij schizofrene patiënten vaker voorkomen dan in de algemene bevolking (vermoedelijk vanwege de inactieve leefstijl, slechte voedingsgewoonten en rookgedrag), maar ze leveren toch consistente aanwijzingen dat antipsychoticagebruik het risico op deze metabole afwijkingen verhoogt.[4-10]

Er zijn geen cijfers gepubliceerd over de prevalentie van diabetes mellitus type 2, obesitas en dyslipidemie onder Nederlandse gebruikers van antipsychotica, maar wel over de prevalentie van het metabool syndroom, dat wil zeggen drie of meer van de volgende vijf risicofactoren: abdominale obesitas, te hoog triglyceridengehalte, te laag HDL-cholesterol, hypertensie en diabetes mellitus.[11] De prevalentie van het metabool syndroom onder Nederlandse volwassenen jonger dan 60 jaar is naar schatting 10 tot 19%.[12] In een cross-sectionele analyse van een groep Nederlandse patiënten met een psychotische stoornis had 32% het metabool syndroom.[11] Amerikaanse onderzoekers vonden een vergelijkbare prevalentie onder gebruikers van atypische antipsychotica, en concludeerden bovendien dat het metabool syndroom het tienjaarsrisico op een cardiovasculaire ziekte in deze populatie verdubbelde.[13] In het Nederlandse onderzoek onder patiënten met een psychotische stoornis gebruikte 97% van de patiënten mét metabool syndroom een antipsychoticum, tegenover 88% van de patiënten zónder metabool syndroom.[11]

Onderzoeken naar de afzonderlijke typen antipsychotica hebben uitgewezen dat diabetes mellitus type 2, obesitas, dyslipidemie en metabool syndroom vaker voorkomen bij clozapine en olanzapine dan bij andere antipsychotica.[4-10] Onder clozapinegebruikers is de prevalentie van het metabool syndroom het hoogst (53,8%).[14,15] In ander onderzoek bleek switchen van olanzapine naar risperidon deze prevalentie te reduceren van 53,3% naar 36,6%.[16]

Weliswaar treden de meeste bijwerkingen van atypische antipsychotica op tijdens de eerste zes maanden van de behandeling, maar er zijn aanwijzingen dat de cardiovasculaire risico's ook daarna verhoogd blijven, en dat daarbij wederom clozapine en olanzapine een slechtere invloed hebben dan andere antipsychotica.[17] Uit een recent cohortonderzoek onder kinderen en adolescenten die voor het eerst een atypisch antipsychoticum kregen, blijkt dat ook bij hen het gewicht toeneemt, de glucosewaarde stijgt en het lipidenspectrum verandert. Na drie maanden waren de kinderen die olanzapine gebruikten gemiddeld 8,5 kg aangekomen en waren hun nuchtere glucosewaarde en lipidenspectrum significant verslechterd. Bij de andere onderzochte middelen (risperidon, quetiapine en aripiprazol) nam het gewicht ook significant toe, maar verslechterden het lipidenspectrum en de glucosewaarde niet.[8]

Al met al lijkt het er sterk op dat de atypische antipsychotica, en dan vooral olanzapine en clozapine, het risico op diabetes mellitus type 2, obesitas en dyslipidemie vergroten.

Pathofysiologie

Er is geen eenduidige verklaring voor hoe de antipsychotica deze metabole stoornissen kunnen doen ontstaan. Waarschijnlijk spelen meerdere factoren een rol.

Ten eerste is er de abdominale obesitas die vaak optreedt bij antipsychoticagebruik. Dit zorgt ervoor dat er meer vrije vetzuren in de bloedsomloop terechtkomen, zodat de triglyceridenconcentratie in het plasma en de glucoseproductie in de lever toenemen, de plasmaconcentratie van HDL-cholesterol daalt en die van

H&W 10 09.indb 505 25-08-10 09:04

het LDL-cholesterol stijgt. Vrije vetzuren veroorzaken bovendien insulineresistentie, die weer leidt tot hyperglykemie, hypertensie en verdere verhoging van de hoeveelheid vrije vetzuren, zodat er een vicieuze cirkel ontstaat.[18] De gewichtstoename en de abdominale obesitas lijken onder andere het gevolg van een stimulerend effect op de histamine-1-receptoren, waardoor het hongergevoel toeneemt.[4,18]

Andere verklaringen zijn dat atypische antipsychotica een direct effect hebben op insulinegevoelige weefsels dat deze weefsels resistent maakt voor insuline,[6,18] en dat ze de insulinesecretie verminderen, wat onder andere de hyperglykemie veroorzaakt.[6,18] Uit onderzoek blijkt dat diabetes mellitus, maar ook dyslipidemie, regelmatig voorkomt bij antipsychoticagebruikers zónder dat er sprake is van gewichtstoename. Dit zou dan het gevolg zijn van het directe effect op de insulinegevoelige weefsels.[18,19]

Kortom, dat antipsychotica het risico op een metabole aandoening en daardoor ook het cardiovasculaire risico verhogen, is waarschijnlijk zowel een gevolg van de adipositas als van een direct effect op de insulinehuishouding.

Monitoring

In Nederland heeft de multidisciplinaire Werkgroep Somatische Complicaties bij Antipsychoticagebruik, bestaande uit psychiaters, internisten en een apotheker, in navolging van bestaande richtlijnen uit onder andere de Verenigde Staten, een voorstel gepubliceerd voor het monitoren en behandelen van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik.[5] De werkgroep adviseert bij het starten van een antipsychoticum een nulmeting te verrichten van onder andere body mass index (BMI), middelomtrek, bloeddruk, pols, nuchtere glucose of HbA1c en nuchter lipidenspectrum, om cardiovasculaire risicofactoren op te sporen. De meting van BMI en middelomtrek moet worden herhaald na één, twee, drie, zes en twaalf maanden, bloeddruk, pols en nuchtere glucose of HbA1c moeten opnieuw worden bepaald na drie, zes en twaalf maanden en het lipidenspectrum na drie en twaalf maanden. Daarna worden alle bij de nulmeting verrichte metingen jaarlijks herhaald, of eerder op indicatie.[5]

In het voorstel van de werkgroep ligt de verantwoordelijkheid voor deze somatische monitoring bij de voorschrijvend arts. In veel gevallen zal dit de psychiater zijn, maar als een huisarts zelf (her)start met een antipsychoticum is deze dus ook verantwoordelijk voor de monitoring. De werkgroep stelt ook voor dat psychiaters, huisartsen, somatische artsen, internisten en apothekers in regionaal verband overleggen over wie deze systematische screenings uiteindelijk uitvoert.[5]

Preventie en behandeling

De voorschrijvend arts moet de patiënt voor aanvang van de behandeling vertellen welke mogelijke bijwerkingen het antipsychoticum heeft, en extra aandacht besteden aan algemene leefregels met betrekking tot roken, dieet en beweging. Bij snelle gewichtstoename of reeds bestaande obesitas is verwijzing naar een diëtist geboden.[5] Patiënten die voor aanvang van de behandeling bekend zijn met of die een verhoogd risico hebben op cardiovasculaire aandoeningen, kunnen het best starten met een middel dat zo min mogelijk metabole en cardiovasculaire bijwerkingen geeft – bijvoorbeeld risperidon of een klassiek antipsychoticum.[5] Bij somatische complicaties moet men verandering van antipsychoticum overwegen; in de literatuur zijn hiermee goede resultaten beschreven.[7,16]

Bij dit alles moeten psychiater en huisarts nauw samenwerken om een goede afweging te kunnen maken tussen het belang van een stabiele psychische toestand en het risico op cardiovasculaire aandoeningen, zowel voor de korte als voor de lange termijn. Als er somatische complicaties zijn, moet de huisarts altijd worden geconsulteerd.

Boodschap voor de huisarts

De huisarts moet de bijwerkingen van antipsychotica kennen en daar alert op zijn. Men mag somatische klachten zoals een droge mond niet direct afdoen als een bijwerking van het antipsychoticum, maar zal eerst een eventuele somatische oorzaak, zoals diabetes mellitus, moeten uitsluiten.

Als u als huisarts (her)start met een antipsychoticum bent u ook nadien verantwoordelijk voor het monitoren van de patiënt. In andere gevallen is het raadzaam met de voorschrijvend arts (veel-al een psychiater) te overleggen over wie de periodieke screenings uitvoert, als dit nog niet in regionale afspraken is vastgelegd.

Conclusie

De somatische bijwerkingen van antipsychotica verdienen meer aandacht. Doordat de consequenties van met name de metabole bijwerkingen onderbelicht blijven, is er een reëel gevaar voor onderdiagnostiek. Atypische antipsychotica, in het bijzonder clozapine en olanzapine, verhogen het risico op diabetes mellitus type 2, obesitas en dyslipidemie, aandoeningen die gepaard gaan met een verhoogde cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit.

Abstract

Groen EJ, Van der Wouden JC, Bindels PJE. Antipsychotics: watch out for metabolic side effects. Huisarts Wet 2010;53(9):504-7.

Five months after starting clozapine, a 38-year-old woman developed symptoms of fatigue and dry mouth. Her general practitioner initially thought that the symptoms were a temporary side effect of the antipsychotic, but later the symptoms were found to be due to clozapine-induced diabetes mellitus.

Atypical antipsychotics are known to have multiple cardiological, neurological, haematological, gastrointestinal, and urological side effects. Less well known is the fact that clozapine and olanzapine, in particular, can cause metabolic disorders, such as type 2 diabetes, obesity, and dyslipidaemia, thereby increasing the risk of cardiovascular disease. Because these metabolic side effects are more common than expected, it is important that general practitioners systematically monitor patients who have been prescribed antipsychotics.

H&W 10 09.indb 506 25-08-10 09:04

Foto: Shutterstock/Knud Nielsen

Het is daarom belangrijk om patiënten die antipsychotica gebruiken periodiek te screenen op cardiovasculaire risicofactoren. De arts die het antipsychoticum voorschrijft, is daarbij verantwoordelijk voor de uitvoering van deze monitoring.

Literatuur

1 Stichting Farmaceutische Kengetallen. Gebruik antipsychotica groeit gestaag. Pharmaceutisch Weekblad 2008;143(1). http://www.sfk.nl/sfk-site/publicaties/farmacie_in_cijfers/2008/2008-01.html, geraadpleegd juli 2010.
2 Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor zorgverzekeringen. Farmacotherapeutisch Kompas. Diemen: College voor zorgverzekeringen, 2010. http://www.fk.cvz.nl, geraadpleegd juli 2010.
3 Dekker JM, Girman C, Rhodes T, Nijpels G, Stehouwer CDA, Bouter LM, et al. Metabolic syndrome and 10-year cardiovascular disease risk in the Hoorn study. Circulation 2005;112:666-73.
4 American Diabetes Association; American Psychiatric Association; American Association of Clinical Endocrinologists; North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. J Clin Psychiatry 2004;65:267-72.
5 Cahn W, Ramlal D, Bruggeman R, De Haan L, Scheepers FE, Van Soest MM, et al. Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Tijdschr Psychiatr 2008;50:579-90.
6 De Hert M, Van Eyck D, De Nayer A. Metabolic abnormalities associated with second generation antipsychotics: Fact or fiction? Development of guidelines for screening and monitoring. Int Clin Psychopharmacol 2006;21:s11-5.
7 Hasnain M, Vieweg WVR, Fredrickson SK, Beatty-Brooks M, Fernandez A, Pandurangi AK. Clinical monitoring and management of the metabolic syndrome in patients receiving atypical antipsychotic medications. Prim Care Diabetes 2009;3:5-15.
8 Correll CU, Manu P, Olshanskiy V, Napolitano B, Kane JM, Malhotra AK. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. JAMA 2009;302:1765-73.
9 Monteleone P, Martiadis V, Maj M. Management of schizophrenia with obesity, metabolic and endocrinological disorders. Psychiatr Clin North Am 2009;32:775-94.
10 Scheepers-Hoeks AMJW, Wessels-Basten SJW, Scherders MJWT, Bravenboer B, Loonen AJM, Kleppe RT, et al. Schizofrenie en antipsychotica: Samenhang met het metabool syndroom. Tijdschr Psychiatr 2008;50:645-54.
11 Schorr SG, Slooff CJ, Bruggeman R, Taxis K. Prevalence of metabolic syndrome in patients with psychotic disorders in the Netherlands. J Clin Psychopharmacol 2009;29:399-402.
12 Bos MB, De Vries JHM, Wolffenbuttel BHR, Verhagen H, Hillege JL, Feskens EJM. De prevalentie van het metabool syndroom in Nederland: Verhoogd risico op hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2 bij een kwart van de personen jonger dan 60 jaar. Ned Tijdschr Geneeskd 2007;151:2382-8.
13 Correll CU, Frederickson AM, Kane JM, Manu P. Metabolic syndrome and the risk of coronary heart disease in 367 patients treated with second-generation antipsychotic drugs. J Clin Psychiatry 2006;67:575-83.
14 Lamberti JS, Olson D, Crilly JF, Olivares T, Williams GC, Tu X, et al. Prevalence of the metabolic syndrome among patients receiving clozapine. Am J Psychiatry 2006;163:1273-6.
15 Hägg S, Lindblom Y, Mjörndal T, Adolfsson R. High prevalence of the metabolic syndrome among a Swedish cohort of patients with schizophrenia. Int Clin Psychopharmacol 2006;21:93-8.
16 Meyer JM, Pandina G, Bossie CA, Turkoz I, Greenspan A. Effects of switching from olanzapine to risperidone on the prevalence of the metabolic syndrome in overweight or obese patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: Analysis of a multicenter, rater-blinded, open-label study. Clin Ther 2005;27:1930-41.
17 De Hert M, Schreurs V, Sweers K, Van Eyck D, Hanssens L, Sinko S. Typical and atypical antipsychotics differentially affect long-term incidence rates of the metabolic syndrome in first-episode patients with schizophrenia: A retrospective chart review. Schizophr Res 2008;101:295-303.
18 Stahl SM, Mignon L, Meyer JM. Which comes first: Atypical antipsychotic treatment or cardiometabolic risk? Acta Psychiatr Scand 2009;119:171-9.
19 Newcomer JW. Metabolic risk during antipsychotic treatment. Clin Ther 2004;26:1936-46.

H&W 10 09.indb 507 25-08-10 09:04

Iris Wichers over haar onderzoek naar veneuze trombo-embolie:

‘Oppervlakkige tromboflebitis is niet zo onschuldig als we dachten’

Deze winter promoveerde Iris Wichers op haar onderzoek *Unsolved issues in etiology and treatment of venous thrombosis*. In het eerste deel van haar onderzoek bekeek ze erfelijke risicofactoren voor veneuze trombo-embolie. Het tweede deel van haar onderzoek betrof onder meer een systematische review en een retrospectief onderzoek naar de etiologie en behandeling van oppervlakkige veneuze trombose. In een interview vertelt Wichers over haar bevindingen en de consequenties daarvan voor de huisarts.

Aanloop naar het onderzoek

Het onderzoek van Wichers valt uiteen in twee delen. ‘Destijds wilde ik internist worden en toen ik aangaf dat ik onderzoek wilde doen, kwam ik bij de afdeling Vasculaire Geneeskunde van het AMC terecht. Daar werd ik aangenomen voor de GENES-studie, het eerste deel van mijn proefschrift. In totaal heb ik drieënhalf jaar op die afdeling gewerkt. Later, tijdens de huisartsenopleiding, is het onderzoek een tijdje op een lager pitje komen te staan. Uiteindelijk vielen mijn promotie en de specialisatie tot huisarts min of meer samen.’

Toch liever huisarts!

‘Na heel veel twijfel heb ik uiteindelijk gekozen voor de huisartsenopleiding en daar ben ik vanaf de allereerste dag erg blij om geweest’, vertelt Wichers. Het contact met de patiënten, de variatie van de klachten van niets aan de hand tot heel ernstig, de continuïteit van zorg, de vrijheid om de omstandigheden te kunnen kiezen waarin je het vak wilt uitoefenen… dat alles maakt het huisartsenvak enorm leuk. Bovendien kun je je net zoveel verdiepen als je zelf wilt.’

En heeft die switch naar de huisartsgeneeskunde ook de richting van het tweede deel van het onderzoek beïnvloedt? ‘Nee, misschien wel andersom: dat ik door het tweede deel van het onderzoek affiniteit kreeg met het huisartsenvak. Maar al tijdens de GENES-studie bedachten we wat nu eigenlijk de behandeling van oppervlakkige tromboflebitis zou moeten zijn, en toen werd ook al geopperd om daar eens een systematische review over te maken.’

Genetische factoren

Het eerste deel van Wichers’ onderzoek richtte zich op de genetische defecten die het ontstaan van veneuze trombo-embolie beïnvloeden. ‘Er zijn al meerdere van deze defecten bekend, maar we weten dat er nog meer erfelijke risicofactoren moeten zijn. We includeerden families waarin meer dan normaal trombose voorkwam en verrichtten bij de familieleden stollingstests en bekeken hun eiwitprofielen. We hebben echter geen nieuwe defecten gevonden, alhoewel het onderzoek nog niet geheel is afgerond; uit de analyse van het gehele genoom van de GENES-families zijn aspecten naar voren gekomen die nader moeten worden onderzocht. Concluderend kun je echter zeggen dat uit mijn onderzoek vooralsnog geen nieuw genetisch defect naar voren is gekomen.’

Oppervlakkige tekenen, dieper probleem?

In het tweede deel van haar onderzoek analyseerde Wichers de beschikbare onderzoeksliteratuur over patiënten met oppervlakkige veneuze trombose bij wie een medicamenteuze behandeling was ingezet. ‘Het was onduidelijk hoe je oppervlakkige veneuze trombose moest behandelen; dat varieert per ziekenhuis en per arts. Uit een retrospectief onderzoek dat ik verrichtte op de afdeling Vasculaire Geneeskunde bleek bijvoorbeeld dat jarenlang acetylsalicylzuur werd voorgeschreven, maar de laatste jaren trad een verschuiving op naar laagmoleculairgewichtsheparine. Van oudsher werd aangenomen dat oppervlakkige en diepe veneuze trombose een andere etiologie hadden en ook dat oppervlakkige veneuze trombose een onschuldige aandoening is. Het tegendeel blijkt waar. Een recentelijk gepubliceerd epidemiologisch onderzoek, de zogenoemde POST-studie van Decousus, toont zelfs aan dat maar liefst 26,3% van de mensen die met tromboflebitis werden verwezen al DVT of longembolie, ook contralateraal, hadden op het moment van verwijzing! Gezien onder meer dat onderzoek lijkt de relatie tussen die aandoeningen onmiskenbaar. Dat betekent dat je, wanneer je als huisarts iets oppervlakkigs ziet, bepaald niet kunt concluderen dat er niet iets diepers aan de hand is. Overigens, de meningen zijn erover verdeeld of tromboflebitis in voorkomende gevallen een uitingsvorm is van een dieperliggend probleem, of juist het ontstaan daarvan beïnvloedt. Hoe dan ook, uit de POST-studie kwam ook naar voren dat uiteindelijk zo’n 10% van de patiënten met tromboflebitis alsnog binnen drie maanden een trombose of longembolie ontwikkelde; en een groot deel van deze mensen was behandeld!’

Op zoek naar behandelingen

‘We wilden weten of er medicamenteuze interventies zijn die een DVT of een longembolie kunnen voorkomen of die uitbreiding of recidivering van de tromboflebitis kunnen tegengaan’, vertelt Wichers. ‘In mijn review is een vijftal trials geïncludeerd, maar drie ervan hadden methodologische beperkingen. In één trial is ech-

H&W 10 09.indb 508 25-08-10 09:04

ter een positief effect aangetoond van laagmoleculairgewichtsheparine en NSAID's. Er is nooit een goed vergelijkend onderzoek gedaan tussen deze twee middelen, dus ik weet niet welke het beste is. Bij beide middelen was in dit onderzoek alleen een significant effect zichtbaar op uitbreiding of recidivering van tromboflebitis; er was geen bevestiging dat er ook een positief effect was op het voorkomen van DVT en longembolie. Waarschijnlijk kwam dit laatste door beperkingen in de inclusie in het onderzoek. Maar binnenkort komt een groot gerandomiseerd onderzoek uit waarin de behandeling met fondaparinux wordt vergeleken met placebo. Hierin wordt aangetoond dat behandeling wel degelijk effect heeft op niet alleen het voorkomen van uitbreiding of recidieven van tromboflebitis, maar ook op preventie van DVT en longembolie.'

Echo's en prikken

Moet een huisarts nu dus bij elke spatader in actie komen? 'Nee, een spatader is een risicifactor maar beslist geen alarmsymptoom. Maar als een ader pijnlijk, rood, warm of hard wordt, dan is het goed om toch wat meer op te letten. Huisartsen beschouwen tromboflebitis als een tamelijk onschuldige aandoening, dus in die zin roep ik nu wel iets lastigs. Maar gezien de cijfers moet je erop bedacht zijn dat er niet al sprake is van trombose of longembolie. Het maken van een echo zou dan dus aangewezen zijn. Het gebruik van een D-dimeertest en een klinische beslisregel, zoals bij een vermoeden van een diepe veneuze trombose bij iemand met een oppervlakkige veneuze trombose, is mogelijk ook zinvol, maar dit is nog niet onderzocht. En vervolgens moet naar mijn mening een medicamenteuze behandeling worden ingezet. Veel huisartsen zullen daar huiverig voor zijn; die zijn niet zo snel in het voorschrijven van een subcutaan middel. Toch zouden ze dat volgens mij wel moeten doen, omdat we deze patiënten vaak zien terugkomen met een uitbreiding of een recidief. Dan is het nuttiger om ze meteen al zes weken te gaan behandelen.'

Of toch niet?

Natuurlijk zijn er ook wel wat tegenwerpingen tegen deze conclusie van Wichers te maken. 'Van Weert c.s. deden een retrospectief onderzoek in de Nederlandse huisartsenpraktijk naar de risico's van tromboflebitis op DVT, longembolie en herseninfarct. Welisbaar bleek hierbij het risico op DVT tienmaal verhoogd, maar de conclusie uit het onderzoek is terecht dat de aantallen dan alsnog heel klein blijven. En wat ook nogal vaak wordt geroepen tijdens discussies is dat huisartsenpopulaties volkomen anders zijn dan ziekenhuispopulaties. Dat is natuurlijk waar, maar de POST-studie van Decousus en de Calisto-trial betroffen eerstelijnscentra en daarin zagen we toch wel degelijk die hoge risico's op trombose en longembolie.'

Op naar nieuwe richtlijnen?

Betekenen de resultaten uit haar onderzoek nu dat Wichers meent dat er een nieuwe NHG-Standaard moet komen over tromboflebitis? 'Ja, in feite wel. Je kunt namelijk de klinische beslisregel uit de standaard D*iepe veneuze trombose* niet zonder meer ook volgen bij tromboflebitis; daar zal eerst onderzoek naar moeten worden gedaan. Mogelijk is de D-dimeer al verhoogd door de oppervlakkige trombose en dan is alsnog een echo nodig. En ook moet in de richtlijn komen dat bij tromboflebitis een medicamenteuze behandeling moet worden ingezet.'

Mocht die nieuwe standaard er komen, zou Wichers dan in de werkgroep zitting willen nemen? 'Dat lijkt me heel leuk!'

Na de promotie

'De eerste maand na mijn promotie heb ik gebruikt om een beetje op adem te komen en nu ben ik sinds enkele maanden aan de slag als waarnemer', vertelt Wichers. 'Maar mijn ambitie is toch wel om verder te gaan met onderzoek. Eventueel over dit onderwerp, misschien ook wel over iets heel anders. Ik vind het namelijk heel belangrijk dat we onderzoek blijven doen in de huisartsgeneeskunde. Ik ben nu echter vooral bezig met huisarts zijn; eventueel onderzoek daarnaast moet nog vorm krijgen.'

Mocht zo'n vervolg er komen, is er dan niet nog veel braakliggend terrein op huisartsgeneeskundig genetisch onderzoeksgebied? 'In Leiden gebeurt al heel veel op dat terrein en recentelijk is er weer een aantal nieuwe erfelijke risicofactoren gevonden. Het idee is dat je een genetisch profiel zult kunnen opstellen en dat komt er waarschijnlijk ook wel aan. Maar ik vraag me af wat de huisarts daar vervolgens mee kan op preventief gebied. Mijn onderzoek was heel specialistisch, over etiologie. En ja, als je dan defecten vindt, kun je je misschien ook richten op preventie. Maar of dat dan vooralsnog veel verder gaat dan terughoudendheid bij het voorschrijven van de pil? Ik weet het niet.'

Ans Stalenhoef

H&W 10 09.indb 509 25-08-10 09:04

Acute hoest bij volwassenen

Jochen Cals en Nick Francis

Wat is het probleem?

Hoestklachten behoren tot de meest voorkomende redenen om de huisarts te bezoeken. Patiënten komen meestal omdat ze van de klachten af willen en hebben vaak al vrij verkrijgbare medicijnen gebruikt. De differentiaaldiagnose van acute hoest is breed. De klachten kunnen lang aanhouden en leiden regelmatig tot ongerustheid bij de patiënt. Het onderscheid tussen ernstige en onschuldige oorzaken van hoest is niet altijd eenvoudig te maken.

Wat moet ik weten?

De huisarts ziet gemiddeld dagelijks 1 patiënt met hoest. Acute hoest wordt gedefinieerd als hoestklachten korter dan 4 weken, meestal veroorzaakt door ongecompliceerde luchtweginfecties. Bij een lageluchtweginfectie betreft het doorgaans een acute bronchitis, die vaak vanzelf overgaat. Een enkeling heeft een pneumonie met een mogelijk ernstig beloop. Patiënten ouder dan 80 jaar, met hartfalen, insulineafhankelijke diabetes mellitus, COPD, neurologische aandoeningen, maligniteiten, de ziekte van Parkinson, of orale steroïdengebruikers, hebben een hoger risico op een pneumonie. Ook (passief) roken, bronchiale hyperreactiviteit, gebruik van ACE-remmers, postnasale drip en gastro-oesophagale reflux kunnen hoestklachten veroorzaken. Minder frequente oorzaken zijn Q-koorts, longembolie, tuberculose, hartfalen of maligniteit. Bij rokers met acute hoestklachten kan COPD de oorzaak zijn. Persisterende paroxismale hoestaanvallen kunnen duiden op kinkhoest. In 80% van de gevallen blijft het bij acute hoestklachten bij 1 consult. Het onderscheid tussen pneumonie en acute bronchitis is alleen uit anamnese en lichamelijk onderzoek zeer lastig te maken. Hoge koorts en eenzijdige afwijkingen bij auscultatie maken een pneumonie waarschijnlijker. Bilaterale afwijkingen bij auscultatie hebben geen voorspellende waarde, want deze komen voor bij beide aandoeningen.

De effectiviteit van hoestmiddelen is niet bewezen. Middelen met dextromethorfan en noscapine onderdrukken de hoestreflex en kunnen verlichting geven. Codeïne doet dit ook, maar met meer bijwerkingen. Antibiotica werken niet bij bovensteluchtweginfecties en hebben slechts beperkt effect op hoestklachten bij acute bronchitis (*number needed to treat*: 6).

Wat moet ik doen?

Vraag naar bezorgdheid en verwachtingen, de duur van de hoest en symptomen als kortademigheid, piepen, pijn op de borst, koorts, rhinorroe, heesheid, keelpijn en oorpijn. Kijk in de keel, en luister naar de longen. Beoordeel bij zieke patiënten de CRB-65-regel (*new mental Confusion*, *Respiratory rate* >30/*min*, *Blood pressure systolic* < 90 *mm* Hg *or diastolic* < 60 *mm* Hg, *age* > 65 *jaar*). Bij 2 of meer van deze 4 karakteristieken ligt de mortaliteit hoger en kunt u behandeling in het ziekenhuis overwegen. Een C-reactief proteïne (CRP) sneltest < 20 mg/l sluit pneumonie vrijwel uit, u kunt dan afzien van antibiotica. Doe geen routinematig microbiologisch onderzoek. Maak een thoraxfoto wanneer u een ernstig onderliggend lijden vermoedt. Verricht bij verdenking op kinkhoest anti-pertussistoxine IgG-serologie wanneer de patiënt ook contact heeft met zuigelingen of zwangeren. Een titerstijging heeft een sensitiviteit van 76% en een specificiteit van 99%.

Moedig zelfhulpstrategieën aan zoals analgetica, honing en voldoende drinken. Mucolytica, antihistaminica en bronchodilatoren hebben geen plaats in de standaardbehandeling. Weeg bij antibiotica effecten af tegen mogelijke bijwerkingen (huiduitslag, diarree, misselijkheid). Schrijf antibiotica voor bij een pneumonie of een lageluchtweginfectie met een mogelijk gecompliceerd beloop, bij volwassenen en niet-zwangeren liefst doxycycline of amoxicilline. Beide middelen zijn werkzaam tegen *Streptococcus pneumoniae*, terwijl doxycycline tevens *Mycoplasma pneumoniae* dekt. Geef geen antibiotica bij kinkhoest, tenzij de patiënt contact heeft met zwangeren of zuigelingen.

Wat moet ik uitleggen?

Hoestklachten kunnen gemiddeld meer dan drie weken duren. De expliciete vraag "wat vindt u van antibiotica?" kan een breekijzer zijn om de (on)zin van medicatie bij lageluchtweginfecties te bespreken. Patiënten verwachten eerder antibiotica bij een diagnose gerelateerd aan etiologie of anatomie (zoals bronchitis), het is dus beter om een symptomatische diagnose te noemen (zoals acute hoest). Stoppen met roken kan tot versneld herstel leiden. Vraag de patiënt om bij alarmsymptomen terug te komen (combinaties van onder andere koorts, tachypneu en (bij ouderen) verwardheid of sufheid, ernstige dyspneu, pijn die vastzit aan de ademhaling of haemoptoe). Geef de patiënt een NHG-Patiëntenbrief mee om de adviezen verder kracht bij te zetten.

Auteursgegevens

Universiteit Maastricht, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Postbus 616, 6200 MD Maastricht: dr. J.W.L. Cals, huisarts in opleiding en onderzoeker.
Cardiff University: N.A. Francis, huisarts en onderzoeker.
Correspondentie: J.Cals@HAG.unimaas.nl

Literatuur

1 Cals JWL, Francis NA. Acute cough in adults. BMJ 2010;340:c574.
2 Verheij TJM, Salomé PL, Bindels PJ et al. NHG-Standaard Acuut hoesten. www.nhg.org.
3 Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Cochrane Database Syst Rev 2008(1):CD001831.
4 http://www.acutehoest.nl

H&W 10 09.indb 510 25-08-10 09:04

Anale jeuk

Henk Schers

Wat is het probleem?

Jeuk in de anale regio is vervelend en hinderlijk. De meeste patiënten gaan hiervoor niet naar de huisarts, maar zo nu en dan wordt deze er wel mee geconfronteerd. Voor patiënten is het vaak een gênant probleem. Voor de huisarts is het lang niet altijd eenvoudig vast te stellen wat de precieze oorzaak van de anale jeuk is. En daarmee is de keuze voor de juiste behandeling evenmin eenvoudig.

Wat moet ik weten?

Anale jeuk kan verschillende oorzaken hebben, maar daarover zijn geen precieze cijfers in de eerste lijn beschikbaar. Bekend is wel dat hemorroïden en perianaal eczeem meestal de oorzaak van anale jeuk zijn en slechts zelden afwijkingen zoals condylomata, een rectumcarcinoom, proctitis of psoriasis. Verder ziet de huisarts weinig oxyuren meer sinds mebendazol verkrijgbaar is zonder recept. Uiteindelijk vindt de huisarts na anamnese en onderzoek in ongeveer eenderde van de gevallen geen specifieke oorzaak. Deze zogenaamde idiopathische jeuk komt vaker voor bij mannen dan bij vrouwen, de verhouding is vier op een. Tot 5% van de bevolking zou er regelmatig last van hebben. Overmatige transpiratie, overgewicht en het zogenaamde *soiling* spelen hier een belangrijke rol. Soiling is geringe lekkage van anaal vocht uit de anale spier door een afgenomen tonus in de anale sfincter. Daarnaast komt contactallergie voor, vaak uitgelokt door allerlei bestanddelen die zijn verwerkt in hygiënische doekjes.

De meeste adviezen die de huisarts bij anale jeuk geeft hebben een empirische basis, er is heel weinig onderzoek bekend over de effectiviteit van diverse behandelingen. Dat geldt vooral voor de idiopathische variant. Slechts in twee kleine cross-overtrials is het effect van zowel 1%-hydrocortisonzalf als capsicaïnecrème (0,006%) aangetoond (de laatste concentratie is voor deze indicatie in Nederland niet beschikbaar). Allerlei andere toevoegingen aan zalven en crèmes bleken niet effectief te zijn en kunnen zelfs leiden tot sensibilisatie van de huid. Bij de behandeling van hemorroïden is er nooit overtuigend bewijs geleverd voor de werkzaamheid van veelgebruikte middelen als lidocaïne, hydrocortison of lokale adstringentia. Eczeem en psoriasis reageren vaak op behandeling met topische steroïdzalven. Voor wat betreft de hygiënische maatregelen bleek vooral baden na defecatie succesvol te zijn bij idiopathische jeuk.

Auteursgegevens

UMC St Radboud, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. H.J. Schers, huisarts en onderzoeker.

Correspondentie: h.schers@elg.umcn.nl

Wat moet ik doen?

Vraag bij de klacht 'anale jeuk' naar eventueel uitlokkende factoren. Denk daarbij vooral aan alcoholgebruik, langdurig zitten en aan pre-existente huidaandoeningen als psoriasis en constitutioneel eczeem. Vraag ook naar het gebruik van hygiënische doekjes. Verricht lichamelijk onderzoek en inspecteer de anale regio en het perineum. Let op huidafwijkingen en krabeffecten. Verricht een rectaal toucher als u geen evidente verklaring vindt voor de jeuk. Kies bij voorkeur voor proctoscopie als u geen oorzaak vindt bij zorgvuldige inspectie en het rectaal toucher. Dan ziet u geen rectale afwijkingen over het hoofd.

Schrijf bij anale jeuk zonder duidelijke oorzaak zoveel mogelijk een indifferent middel voor zoals zinkzalf of cetomacrogolvaselinecrème. Is dat niet effectief, dan is in Nederland 1%-hydrocortisonzalf een goed en werkzaam gebleken alternatief. Verwijzing is zelden nodig.

Wat moet ik uitleggen?

Anale jeuk is vaak een chronisch en recidiverend probleem. Leg bij de idiopathische variant van pruritus ani uit dat de klacht de neiging heeft te recidiveren. Adviseer de patiënt, ongeacht de oorzaak van de jeuk, over goede anale hygiëne. De belangrijkste adviezen zijn het schoon- en drooghouden van de anale regio:

- Was na de ontlasting de anus met lauwwarm water.
- Gebruik bij voorkeur geen zeep en dep het gebied nadien droog.
- Gebruik ongeparfumeerde doekjes.
- Vermijd voeding die irritatie kan geven zoals koffie, chocolade, scherpe kruiden.
- Gebruik katoenen ondergoed.
- Voorkom wrijven en krabben.

Literatuur

1 Kuehn HG, Gebbensleben O, Hilger Y, Rohde H. Relationship between anal symptoms and anal findings. Int J Med Sci 2009;6:77-84.
2 MacLean J, Russell D. Pruritus ani. Aust Fam Physician 2010;39:366-70.

H&W 10 09.indb 511 25-08-10 09:04

Dubbele bodem

We moesten collectief nablijven met onze zesde klas. Waarom weet ik niet meer precies, maar het zal wel zijn geweest omdat wij ons verbeeld hadden heel wat te zijn. Meester Klomp had namelijk een erge hekel aan kinderen die dachten heel wat te zijn. Hij maakte het deze keer wel erg bont, want het was al tegen zessen. Zijn tergende zwijgen, het buiten almaar donkerder worden en de totale onzekerheid over hoe lang het nog ging duren, maakten de sfeer bepaald onheilspellend. Bij de meesten van ons gingen ze om deze tijd thuis al eten… Hoe moest dat nou?

Onze bange mijmeringen en de geladen stilte werden ruw onderbroken doordat de deur met een enorme dreun werd opengesmeten. We schrokken ons te pletter en dat werd er niet beter op toen we in de deuropening de vader van Henkie zagen staan, onze kolenboer. Hij was pikzwart van het kolengruis en zijn ogen schoten vuur. Tegen Henkie schreeuwde hij: 'Naar huis jij, het eten staat al op tafel, verdomme!' Vervolgens liep hij op de meester af en begon deze direct te slaan. 'Ben jij… (pats!) helemaal… (pats!) besodemieterd… (pats!)!' Wij zaten als versteend in onze bankjes tot de kolenboer riep: 'Allemaal naar huis, jullie!' en wij met het hart in onze keel naar huis vlogen.

De politie heeft ons later één voor één gehoord. De zaak is toch maar geseponeerd, want de fantasie van de meesten van ons was met het gebeuren totaal op de loop gegaan. Niet alleen was het aantal klappen vaak vertienvoudigd, er waren ook hele groepen kolenboeren naar binnen gestormd, terwijl ons dorp er toch echt maar één bezat.

Dit alles ter kennismaking met meester Klomp, want eigenlijk wil ik het hebben over een van diens andere eigenaardigheden. Meester Klomp gaf namelijk bij hem thuis privébijles aan leerlingen die in zijn klas niet goed konden meekomen. Dat lijkt aardig, maar voor die bijlessen stuurde hij vervolgens wel een rekening! Veel ouders fronsten hun wenkbrauwen over dit fenomeen, temeer daar op een gegeven moment meer dan de helft van de klas bijles bleek te krijgen. Uit de verhalen van bijgespijkerde vriendjes begreep ik bovendien dat hij alles thuis veel duidelijker uitlegde dan in de klas…

De medisch specialisten lopen weer te hoop omdat de minister van mening is dat hun inkomen wel een paar tonnetjes minder mag. Dat zint ze niet en wie zou dat wél leuk vinden? Ze protesteren echter ook – en fel – tegen de voorstellen omdat ze hierdoor gedwongen zouden worden in een soort dienstverband te gaan werken. Een hunner had op tv de grootste moeite om uit te leggen waarom dat zo zou zijn en vooral waarom dat nou zo vreselijk is. De NOVA-presentatrice probeerde tot drie keer toe een begrijpelijk antwoord te krijgen. Maar noch zij, noch wij kijkers begrepen er een bal van, want de specialistische spreekbuis had duidelijk belang bij een onduidelijk antwoord.

Het is prachtig dat er mensen bereid zijn langdurige opleidingen te volgen om ons op onze gezondheidswenken te bedienen.

Maar wat niet deugt, is de marktwerking. En vergis u niet, die is weliswaar alomtegenwoordig geworden in het nieuwe stelsel, maar die was er daarvoor ook al. Het is nog lang niet zover dat de nascholing dusdanig vrij is van invloeden van de industrie dat wij – medisch gezien – ervan verzekerd kunnen zijn de beste medicijnen te krijgen. Niet zo lang geleden hadden veel huisartsen nog een apotheek aan huis. Als die een bepaald medicijn – met dank voor de portable televisie – wat ondoordacht hadden ingekocht, schreven zij het middel heel doordacht vaker voor wanneer de verloopdatum naderde. En sinds er voor consulten een factuur mag worden gestuurd, is het inkomen van huisartsen nou niet echt gedaald…

Geheel of deels vrijgevestigde specialisten hebben ook alle belang bij de behandelingen die zij voorstellen. En dan hoef je helemaal niet direct aan boevenpraktijken te denken. Maar het is niet helemaal uit te sluiten dat bij het maken van keuzen een al dan niet bewust besef dat een bepaalde behandeling geld in het laatje brengt, de doorslag kan geven. (Ik heb eindeloos aan deze zin gesleuteld, tot ik het, naar mijn gevoel, voorzichtig genoeg gezegd had…)

We moeten toe naar een situatie waarin het inkomen van een arts niet rechtstreeks wordt beïnvloed door zijn of haar beslissingen. Dat geldt voor het voorschrijven van medicijnen, waarop de geraffineerde reclame van de industrie nog altijd veel te veel invloed heeft. Dat geldt evenzeer voor andere beslissingen. Als een patiënt terug moet komen voor controle, moet die de zekerheid hebben dat al zijn gereis en eindeloos gewacht medisch noodzakelijk is. Als een arts voorstelt in te grijpen in plaats van af te wachten, moet je als patiënt voor honderd procent zeker weten dat dit op medische gronden gebeurt. Het ware daarom wenselijk en wijs als alle artsen zich zonder morren in een dienstverband zouden schikken.

Hans van der Voort
hvdvoort@knmg.nl

H&W 10 09.indb 512 25-08-10 09:04

De toetsvragen zijn afkomstig van de Landelijke Huisartsgeneeskundige Kennistoetsen van Huisartsopleiding Nederland. De vragen zijn altijd als juist/onjuist geformuleerd. De antwoorden worden verzorgd door de afdeling Implementatie van het NHG.

Correspondentie over de vragen is mogelijk via: Secretariaat Huisartsopleiding Nederland, rubriek H&W, Postbus 20072, 3502 LB Utrecht of per e-mail: secretariaat@huisartsopleiding.nl.

Vragen

De heer Pieters, 58 jaar, komt op het spreekuur omdat hij opziet tegen de operatie aan zijn prostaat. De uroloog heeft met hem afgesproken dat hij een transurethrale prostatectomie (TURP) krijgt vanwege zijn voortdurende problemen met plassen. Nu heeft hij van een vriend gehoord dat je na deze operatie veel meer moeite hebt om een erectie te krijgen en dat tijdens de ejaculatie het sperma in de blaas terechtkomt (retrograde ejaculatie). De huisarts bevestigt het voorkomen van deze complicaties na een TURP, maar zegt erbij dat slechts een deel van de behandelde patiënten deze complicaties krijgt.

1. *Dat deel ligt voor de erectiestoornis dichter bij de* 10% *dan bij de* 50%.

2. *Dat deel ligt voor de ejaculatiestoornis dichter bij de* 10% *dan bij de* 50%.

Mehmet, 2 jaar, woont pas in Nederland en komt bij de huisarts. Zijn moeder geeft aan dat hij een grote aangeboren moedervlek op zijn rug heeft. Ze heeft iets gehoord over het risico op kwaadaardigheid bij moedervlekken en vraagt hoe groot dit risico voor hem is. De huisarts onderzoekt Mehmet en ziet een fijnbehaarde bruine vlek van 20 bij 20 cm met regelmatige randen die scherp zijn begrensd. Dit beeld past bij een 'tierfellnaevus'. De huisarts zegt dat het risico op kwaadaardige verandering van zo'n naevus toeneemt naarmate de plek groter is en dat de leeftijd waarop dat risico het grootst is ná het 20e jaar ligt. Deze uitleg van de huisarts is correct wat betreft:

3. *- het risico op maligne ontaarding van deze naevus in relatie tot de grootte;*

4. *- de leeftijd waarop het risico het grootst is.*

Mevrouw Hanzen, 58 jaar, komt op het spreekuur van de aios. Ze heeft coxartrose waarvoor ze een NSAID gebruikt. Ze vertelt dat ze al maanden een verstopte neus heeft, de xylometazoline-neusdruppels helpen onvoldoende. De aios bespreekt dit met de huisartsopleider. Zij zegt dat mevrouw Hanzen het risico loopt rhinitisklachten te ontwikkelen. De risicofactoren zijn (1) het gebruik van de decongestiva en (2) het gebruik van de NSAID's.

5. *De bewering van de opleider na* 1 *is correct.*

6. *De bewering van de opleider na* 2 *is correct.*

De aios ziet baby Iris, 6 weken, op het spreekuur. Iris huilt de laatste twee weken zeker drie tot vier uur per dag en vaak 's avonds of 's nachts. Troosten lukt niet. Haar ouders zijn ten einde raad. Op het consultatiebureau en bij het onderzoek door de aios worden geen afwijkingen geconstateerd. De aios vraagt zich af of je dit excessief huilen mag noemen. De huisartsopleider bevestigt dat hier sprake is van excessief huilen. Hij voegt eraan toe dat recent is aangetoond dat bij het merendeel van de zuigelingen die om deze reden in het ziekenhuis wordt opgenomen (1) een koemelkallergie heeft en (2) de ouders afkomstig zijn uit de lagere sociaal-economische bevolkingsgroepen.

7. *Bewering* 1 *is correct.*

8. *Bewering* 2 *is correct.*

De heer Kuiper, 42 jaar, werkzaam in de ict, komt op het spreekuur. Hij heeft sinds een half jaar 'een gek vliesje' in zijn rechteroog dat soms een branderig gevoel geeft. Hij wil graag weten of het kwaad kan en of er een behandeling voor is. De huisarts ziet aan de nasale zijde een woekering van de conjunctiva tot op de rand van de iris en stelt de diagnose pterygium. De huisarts legt uit dat een pterygium alleen behandeling behoeft (1) als de visus wordt bedreigd. De huisarts vertelt verder dat (2) een pterygium vaker voorkomt bij mensen die computerwerkzaamheden verrichten dan bij mensen die buiten werken.

9. *De uitleg bij* 1 *is correct.*

10. *Bewering* 2 *is correct.*

De antwoorden staan op pagina 518.

H&W 10 09.indb 513 25-08-10 09:04

Massage als mystiek ritueel

Naast 'La Dama Bianca' had Fausto Coppi nog een geheim wapen: zijn magische, blinde masseur Cavanna. De altijd met een zonnebril en witte stok lopende man was door een verwaarloosde syfilis vrijwel blind geworden maar kon in enkele tellen aan de beenspieren van Coppi voelen hoe het met de vorm stond. Zijn soms door veel toeschouwers bijgewoonde massage van Coppi werd door Martin Ros omschreven als een mystiek ritueel.[1]

Masseurs annex verzorgers spelen in de historie van de wielersport een belangrijke maar niet onomstreden rol. Dit laatste heeft doorgaans te maken met bepaalde aspecten van de 'verzorging' om het maar eufemistisch te zeggen. De eerste hoofdtaak, het masseren van de renners, is door de jaren heen veel minder omstreden geweest. Vrijwel alle renners waarderen de massage als rustpunt na een inspannende dag. Masseurs zijn daarom populair. Ze hebben meestal langdurige verbintenissen met wielerploegen of met individuele renners. Ook uit de fysiotherapie en haptonomie is bekend dat deze vorm van fysiek contact leidt tot een sfeer waarin privé-ontboezemingen of vertrouwelijkheden gemakkelijk worden uitgewisseld. Dit versterkt de band tussen renner en masseur. Raymond de Meester – jarenlang masseur en verzorger van onder andere Leontien van Moorsel – vertrouwde me eens toe dat hij weleens zo in het gesprek was opgegaan dat noch hij noch Leontien in de gaten had dat hij niet beide benen had verzorgd maar twee keer achter elkaar hetzelfde been had gemasseerd.

Massage mag dan zeer gewaardeerd worden maar werkt het ook? Wordt de beoogde functie zoals snellere afvoer van afbraakproducten uit de spieren (met name melkzuur) en mede daardoor sneller 'herstel' ook bereikt? Daarover bestaat nog wel twijfel, zo blijkt bijvoorbeeld uit een Schots onderzoek.[2] In dit onderzoek heeft men bij negen proefpersonen het effect van een grondige, minimaal twintig minuten durende, beenmassage vergeleken met gewone rust in een liggende houding zonder massage. Daarvoor deden alle proefpersonen een trainingssessie op twee verschillende dagen. De dagen ervoor hadden ze hetzelfde dieet en activiteitenniveau. Na een warming-up moesten ze tijdens de trainingssessie een herhaald programma uitvoeren van korte-durende intensieve belastingen op de fietsergometer. Na een korte herstelperiode kregen ze tijdens de ene trainingsdag een massage en tijdens de andere trainingsdag geen massage maar gewoon rust. Daarna volgde een tweede warming-up en nog een korte inspanningstest. Voor en na de sessies hebben de onderzoekers op beide dagen hartfrequentie, maximaal en gemiddeld inspanningsvermogen, melkzuurconcentratie in het bloed en het (subjectief) gevoel van vermoeidheid gemeten. Ze vonden voor de objectieve maten (verloop van hartfrequentie, vermogen en ook melkzuurconcentratie) geen enkel verschil tussen de dagen met en zonder massage. Wel was er een klein verschil in het gevoel van vermoeidheid ten gunste van de dagen met massage. Voorwaar dus geen indrukwekkend effect! Er moet wel bijgezegd worden dat het hier om kortdurende belasting ging en dat is dus niet helemaal vergelijkbaar met langer durende wielerwedstrijden, maar toch.

Foto: Shuttetstock/jkitan

Ach, misschien is het rustgevende weldadige effect van een goede massage op zichzelf ook wel genoeg. De Cavanna's van deze tijd hoeven nog niet te wanhopen en anders kunnen wellicht ook de meiskes van Sauna Diana – de sponsor (uit de 'relax-industrie') van de bekende Zundertse amateurwielerclub en tevens eigenaar van de tourbus van de vroegere TVM-profploeg – worden ingezet. Nog steeds een ritueel, een stuk minder mystiek.

Dokter von Trapp

1 Ros M. *Fausto Coppi, een heldenleven*. Nederlandse Sportbibliotheek 4. Amsterdam: Thomas Rap, 1994.

2 Robertson A, Watt JM, Galloway SD. *Effects of leg massage on recovery from high intensity cycling exercise*. Br J Sports Med 2004;38:173-6.

H&W 10 09.indb 514 25-08-10 09:04

Acetylsalicylzuur, met of zonder anti-emeticum, effectief bij migraine

Frans Dekker

Context Migraine is een frequent voorkomend invaliderende aandoening. De klassieke behandeling bestond vroeger uit acetylsalicylzuur en ergotamines, maar de laatste is in onbruik geraakt. Acetylsalicylzuur wordt nog steeds gebruikt, vaak in vaste of losse combinatie met een anti-emeticum. Het is onduidelijk hoe effectief acetylsalicylzuur is bij de behandeling van migraineaanvallen in vergelijking met andere pijnstillers en triptanen.

Klinische vraag Het bepalen van de werkzaamheid en verdraagbaarheid van acetylsalicylzuur, alleen of in combinatie met een anti-emeticum, in vergelijking met placebo en andere behandelingen van migraineaanvallen bij volwassenen.

Conclusie auteurs Acetylsalicylzuur 100 mg is een effectieve behandeling van migraineaanvallen, vergelijkbaar met 50 of 100 mg sumatriptan. Toevoeging van 10 mg metoclopramide geeft verlichting bij misselijkheid en braken. De bijwerkingen zijn over het algemeen mild en van voorbijgaande aard; ze komen iets vaker voor bij acetylsalicylzuur dan bij placebo, maar minder vaak dan bij sumatriptan 100 mg.

Beperkingen Acetylsalicylzuur 1000 mg, al dan niet in combinatie met metoclopramide 10 mg, is een goedkope en effectieve behandeling van migraine die ook in arme landen goed beschikbaar is. In Nederland gebruiken we in dit geval meestal paracetamol of NSAID's, met waarschijnlijk vergelijkbaar goed resultaat. In ons land is kostenvoordeel alleen te behalen bij het voorschrijven van de losse componenten, omdat de prijs van de vaste combinatie acetylsalicylzuur met metoclopramide overeenkomt met de duurste behandeling (triptanen).

Bron Kirthi V, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. Aspirin with or without an antiemetic for acute migraine headaches in adults. Cochrane Database Syst Rev 2010; Issue 4. Art. No.: CD008041. De review omvat 13 onderzoeken met in totaal 4222 deelnemers.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2301 CB Leiden: F. Dekker, huisarts-onderzoeker.
Correspondentie: f.dekker@lumc.nl

Commentaar

De NHG-Standaard Hoofdpijn noemt carbasalaatcalcium en acetylsalicylzuur, naast paracetamol, in stap 1 van de behandeling. Ook de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie beveelt onder andere acetylsalicylzuur aan bij migraine. Deze Cochrane-review ondersteunt beide richtlijnen. Voor landen buiten de westerse wereld toont deze review aan dat met goedkope middelen vaak toch een adequate behandeling van migraineaanvallen mogelijk is. In Nederland maakt het kostenplaatje weinig uit; paracetamol en enkele NSAID's zitten in dezelfde lage prijscategorie (het generieke triptaan sumatriptan is slechts iets duurder).

Echter, er is ook een vaste combinatie van acetylsalicylzuur met metoclopramide op de markt. Dit product is samen met de triptanen door de Nederlandse geneesmiddelautoriteiten in het cluster van behandeling voor migraineaanvallen geplaatst en daarom is het middel in Nederland extreem duur. De losse combinatie van 60 stuks acetylsalicylzuur met 30 stuks metoclopramide is al leverbaar voor €6,50 (zonder afleveringskosten). De vaste combinatie van 30 stuks acetylsalicylzuur met metoclopramide begint met een prijs van €157,-. De firma Sanovi-Aventis maakt daarmee al jaren op grove wijze misbruik van een 'bug' in de Nederlandse wetgeving, hetgeen het falen aantoont van het Nederlands prijsbeleid en het beoordelingssysteem van geneesmiddelen. De omzet in Nederland was in 2008 € 2,9 miljoen. Dit lijkt voor 95% te hoog; een wenselijke correctie van de 'bug' kan per direct een paar miljoen euro besparing opleveren. De voorschrijver staat ondertussen voor een lastige keuze; er is sprake van een effectieve behandeling, maar moet je vanwege het gebruiksgemak de pervers dure vaste combinatie wel voorschrijven?

Acetylsalicylzuur vormt, met of zonder een anti-emeticum, een effectieve en veilige behandeling van een migraineaanval. De effectiviteit komt overeen met die van paracetamol, een NSAID of een triptaan – eveneens al dan niet in combinatie met een anti-emeticum. Hoewel er (nog) geen strikt wetenschappelijk bewijs is dat de ene patiënt beter op het ene middel reageert dan op het andere gaan velen daar wel vanuit (gebaseerd op praktijkervaringen). Uitproberen van meerdere strategieën kan de migrainepatiënt verder helpen bij het vinden van de effectiefste behandeling; conform het beleid van de NHG-Standaard Hoofdpijn. Bij dit zoekproces spelen niet alleen paracetamol, NSAID en triptanen een rol, maar lijkt er ook een plaats voor acetylsalicylzuur weggelegd. Voor vele migrainepatiënten die dit middel nu naar tevredenheid gebruiken, is het een bevestiging dat ze effectief worden behandeld en dat ze er niet zomaar mee moeten stoppen.

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

H&W 10 09.indb 515 25-08-10 09:04

Zemelen niet in de ban

Bijkerk et al. vergelijken in een placebogecontroleerd onderzoek[1] de effectiviteit van oplosbare vezels (psyllium) met die van niet-oplosbare (zemelen) bij de behandeling van patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom (PDS). Bij de gebruikte methoden, de interpretatie van de resultaten en de daaruit voortvloeiende aanbevelingen wil ik enkele kanttekeningen plaatsen.

De auteurs schrijven dat huisartsen ongeveer de helft van de patiënten met PDS behandelen met oplosbare vezels en ze meestal adviseren niet-oplosbare vezels aan hun dieet toe te voegen. Van de 2100 initieel geselecteerde patiënten hoefden er echter maar 72 te worden geëxcludeerd in verband met het actuele gebruik van vezels. Als inderdaad een groot deel van de overige ruim 2000 patiënten ooit vezels zou hebben gebruikt, dan zijn die daar kennelijk massaal mee gestopt. Er zou dus enige selectie kunnen zijn opgetreden van patiënten met PDS die weinig baat hebben bij behandeling met vezels, terwijl diegenen die daar wel baat bij hebben werden geëxcludeerd. Dit kan het gevonden therapie-effect hebben verdund.

Hoewel de auteurs schrijven de resultaten vervolgens te hebben geanalyseerd volgens het intention-to-treatprincipe (waarbij alle gerandomiseerde patiënten – ook uitvallers – worden meegeteld), werden feitelijk alleen die patiënten in de analyse betrokken die de volledige behandeling van drie maanden hadden afgerond en werd dus een zogeheten per-protocolanalyse uitgevoerd. In de hiernaast uitgevoerde 'worst case'-analyse werden wel weer alle gerandomiseerde patiënten meegenomen, waarbij de uitvallers als non-responders werden beschouwd. Het valt echter te betwijfelen of hiermee de realiteit geen geweld is aangedaan, aangezien bij slechts 10 van de 111 uitvallers een 'verondersteld gebrek aan effect' als reden van uitval kon worden geregistreerd. Wellicht hadden de auteurs beter kunnen kiezen voor een 'last observation carried forward'-analyse, waarbij van de uitvallers hun laatst geregistreerde uitkomst wordt meegenomen naar latere meetpunten.

De gegevensanalyse laat ten slotte zien dat na een en na twee maanden significant meer patiënten in de psylliumgroep dan in de placebogroep als responder kunnen worden aangemerkt, terwijl dit na drie maanden alleen voor de zemelengroep opgaat. Hoewel in geen enkel opzicht aan het door henzelf opgelegde criterium van klinische relevantie (een minimaal verschil in respons van 20%) werd voldaan, vatten de auteurs dit samen tot: 'Op het primaire eindpunt bleek psyllium in tegenstelling tot tarwezemelen effectiever dan placebo', 'Toevoeging van psyllium is een effectief middel bij de bestrijding van PDS' en 'Niet-oplosbare vezels zijn niet effectief tegen PDS'. Bovendien bevelen ze aan terughoudend te zijn met het voorschrijven van zemelen omdat die 'de symptomen zelfs kunnen doen verergeren'. In mijn ogen zijn de conclusies van de auteurs onjuist en onvoldoende onderbouwd door de gepresenteerde onderzoeksresultaten.

Op grond van de resultaten concludeer ik dat psylliumvezels met name op de korte termijn effectief lijken te zijn bij de behandeling van PDS, dat tarwezemelen nogal eens slecht worden verdragen, maar dat patiënten die het gebruik ervan langer voortzetten daar op termijn baat bij lijken te ondervinden. Hoe dan ook: de zemelen hoeven niet in de ban!

Bart van Pinxteren

1 Bijkerk CJ, De Wit NJ, Muris JWM, Whorwell PJ, Knottnerus JA, Hoes AW. *Oplosbare of niet-oplosbare vezels: wat werkt beter bij het prikkelbaredarmsyndroom?* Huisarts Wet 2010;53:195-202.

Antwoord

Wij danken collega Van Pinxteren voor het kritisch lezen van ons onderzoeksartikel. Zoals wij al beschreven in ons onderzoeksartikel kan inderdaad het selectieproces van de deelnemers de generaliseerbaarheid van de resultaten beïnvloed hebben. De generaliseerbaarheid van onze resultaten bediscussieerden wij in eerder gepubliceerd onderzoek.[1]

Een *'observation carried forward'* analyse was ook mogelijk geweest. Wij verkozen onze resultaten overeenkomstig de aanbevelingen voor prikkelbaredarmsyndroomonderzoek te analyseren op basis van *'intention to treat'* analyse versus *'worst case'* analyse (EMEA richtlijn, Rome werkgroep). Dit betekent dat er geen patiënten zijn uitgesloten van de analyse en er geen gegevens aan patiënten zijn toegeschreven die niet bestaan. Dit is naar onze mening de beste manier om de resultaten te analyseren.

Het prikkelbaredarmsyndroom is een chronische gastro-intestinale aandoening die zich kenmerkt door een extreem wisselend beloop. De meerderheid van de patiënten heeft milde symptomen die de neiging hebben in ernst toe en weer af te nemen. Men erkent dat het verminderen van symptomen op korte termijn voor vele patiënten gunstig kan zijn, in het bijzonder tijdens de verergering van symptomen. Het voor een korte periode op een intermitterende basis geven van vezels kan de symptomen verminderen. De duur van actieve behandeling zou dan vier weken moeten zijn. Het aanhoudend effect van vezeltherapie werd in ons onderzoek beoordeeld tijdens de twaalf weken follow-up. In het gunstigste geval blijken de tarwezemelen nutteloos en ze geven in het slechtste geval meer PDS-symptomen. Dit wordt onderbouwd doordat er in de tarwezemelengroep twee keer zoveel uitvallers waren als in de psylliumgroep. Nochtans op basis van onze resultaten kunnen wij niet adviseren dat tarwezemelen helemaal niet zouden moeten worden gebruikt. Tarwezemelen zijn echter slechts effectief bij een selecte groep van patiënten die de behandeling van twaalf weken kunnen verdragen. Wij laten het aan de lezer om te beslissen hoe hier in de praktijk mee om te gaan.

René Bijkerk

1 *Randomized patients in IBS research had different disease characteristics compared to eligible and recruited patients.* Bijkerk CJ, Muris JWM, Knottnerus JA, Hoes AW, De Wit NJ. J Clin Epidemiol 2008;61:1176-81.

H&W 10 09.indb 516 25-08-10 09:04

Veneuze trombose onder de loep

Wichers I. Unsolved issues in etiology and treatment of venous thrombosis [*Proefschrift*]. *Amsterdam: Universiteit van Amsterdam*, 2010. 188 *pagina's*. ISBN 978-94-90122-98-0.

Veneuze trombose is een wat ongrijpbaar ziektebeeld. We weten niet goed waarom sommige mensen de ziekte wel krijgen en anderen niet. Omgevingsfactoren zoals roken, het gebruik van orale anticonceptiva en langdurige immobilisatie kunnen veneuze trombose uitlokken, maar ook erfelijke aanleg speelt een grote rol. Het beeld is op basis van de kliniek vaak moeilijk te herkennen. Bovendien is het onduidelijk óf en waarmee we oppervlakkige vormen van veneuze trombose moeten behandelen. Iris Wichers deed hier promotieonderzoek naar.

Erfelijke aanleg speelt een rol bij circa 60% van de patiënten met veneuze trombose. Verschillende genetische afwijkingen, bijvoorbeeld de aanwezigheid van factor V Leiden en deficiëntie van proteine C en S, kunnen leiden tot verhoogde stollingsneiging maar verklaren niet alle gevallen van familiaire trombose. Bij ongeveer 20% van de patiënten lijkt erfelijke aanleg wel een rol te spelen, maar berust deze niet op één van de bekende stollingsafwijkingen. Er is dus nog een behoorlijke leemte in onze kennis. Het GENES-onderzoek werd opgezet om deze leemte te vullen. Hierin onderzocht Wichers 29 families waarin veneuze trombose voorkwam die niet berustte op één van de bekende stollingsafwijkingen. Zij onderzocht zowel de 65 patiënten als hun 426 familieleden. Hierbij keek zij naar stollingstests, eiwitexpressie en genexpressie. Wichers identificeerde kleine clues die een rol spelen in de erfelijke aanleg. Ondanks de fraaie opzet heeft dit onderzoek geen grote doorbraak opgeleverd in het veneuze-trombosevraagstuk. De nog onbekende erfelijke factoren zijn stuk voor stuk waarschijnlijk klein en dragen daardoor op zichzelf slechts in geringe mate bij aan het ontstaan van trombose.

Het tweede deel van het proefschrift gaat over tromboflebitis. Oppervlakkige tromboflebitis wordt van oudsher beschouwd als een onschuldig ziektebeeld dat kan worden behandeld met elastische kousen, hiroïdcrème of NSAID's. Oppervlakkige tromboflebitis kent echter (deels) dezelfde risicofactoren als diepe veneuze trombose (DVT). Bovendien kan deze zich ontwikkelen tot een DVT. Wichers onderzocht of het onschuldige imago van oppervlakkige tromboflebitis wel terecht is. Zij deed een retrospectief cohortonderzoek en vond dat 2,7% van de 185 patiënten met een oppervlakkige tromboflebitis een DVT ontwikkelde, in vergelijking tot 0,2% van de controlepatiënten (OR 10,2). Wanneer gecorrigeerd werd voor een DVT in de voorgeschiedenis was de voorspellende waarde van een oppervlakkige tromboflebitis minder groot. Uit literatuuronderzoek concludeert Wichers dat NSAID's en laagmoleculaire heparine beide kunnen worden ingezet voor de behandeling van oppervlakkige tromboflebitis. Prospectieve onderzoeken moeten antwoord geven op de vraag hoe groot het risico van DVT bij een oppervlakkige tromboflebitis nu precies is en of preventieve behandeling geïndiceerd is.

Dit netjes uitgevoerde promotieonderzoek vergroot de kennis over veneuze trombose. Het illustreert ook dat de materie complex is. Verder onderzoek is nodig om de genetische achtergrond verder te ontrafelen en de beste behandeling vast te stellen.

Linda Bröker

H&W 10 09.indb 517 25-08-10 09:04

Antwoorden

1. Juist
2. Onjuist

De kans op vermindering van de klachten na een TURP is afhankelijk van het type klachten dat de patiënt voor de operatie had. De kans op verbetering is het grootst bij ernstige obstructieve klachten (acute retenties of andere ernstige klachten) en het kleinst wanneer irritatie de voornaamste klacht is. Bijwerkingen zijn onder andere erectiele disfunctie, die optreedt bij 10% van de TURP-patiënten. Retrograde ejaculatie is eerder regel dan uitzondering en treedt op bij ongeveer 65% van de mannen die een TURP-behandeling hebben ondergaan.

Bangma CH, *redactie*. Urologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.
Wolters RJ, Spigt MG, Van Reedt Dortland PFH, Gercama AJ, Klomp MLF, Romeijnders ACM, *et al*. NHG-Standaard Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (*tweede herziening*). *www.nhg.org*. Geraadpleegd in juni 2010.

3. Juist
4. Onjuist

Een congenitale melanocytaire naevus is een aangeboren, scherpbegrensde naevus met verschillende weinig contrasterende bruintinten. Door de prominente follikeltekening en de fijne beharing heeft de naevus vaak een fluwelig oppervlak. Als de naevus groter is dan twintig cm wordt deze een 'tierfellnaevus', 'giant pigmented nevus' of 'hairy nevus' genoemd. Bij deze grote naevi is de kans op maligne ontaarding 3 tot 20%, in de helft van de gevallen al voor het derde levensjaar. Bij naevi die kleiner zijn dan 20 cm werden in prospectieve onderzoeken geen melanomen gesignaleerd binnen 5 jaar en lijkt het risico daarop niet hoger dan bij gewone naevi.

Sillevis Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink ThM, Van der Horst HE. Dermatovenereologie voor de eerste lijn. 8e geheel herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, Vermeer BJ, Willemze R, *redactie*. Dermatologie en Venereologie. 3e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2000.
www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ntxt/NaevusNaevocellularisCongenita.htm. Geraadpleegd in juni 2010.

5. Juist
6. Juist

Niet-allergische rhinitis kan het gevolg zijn van frequent en langdurig gebruik van decongestiva. Motiveer de patiënt in dat geval te stoppen met het gebruik van decongestiva en geef uitleg over de kans op een rebound-effect. De huisarts kan een corticosteroidneusspray voorschrijven, maar de optimale werking hiervan kan pas na een maand worden beoordeeld.

Niet-allergische rhinitis kan ook komen door het gebruik van een NSAID, acetylsalicylzuur, cholesterolsyntheseremmers of oogdruppels met een bètablokker. Staak bij een vermoeden daarvan het gebruik van het betreffende geneesmiddel; indien de klachten verdwijnen en terugkomen bij herintroductie is een verband zeer aannemelijk. Zoek dan naar een alternatief, dat soms wel binnen dezelfde geneesmiddelengroep kan liggen.

Sachs APE, Berger MY, Lucassen PLBJ, Van der Wal J, Van Balen JAM, Verduijn MM. NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis (*Eerste herziening*). www.nhg.org. Geraadpleegd in juni 2010.

7. Onjuist
8. Onjuist

Excessief huilen wordt vaak gemeten met 'de regel van drie' van Wessel et al.: een huilbaby huilt meer dan 3 uur per dag, gedurende 3 dagen per week, gedurende 3 weken. Dit afkappunt is echter arbitrair. Gemiddeld huilt een gezonde zuigeling 90 tot 120 minuten per dag gedurende de eerste 3 levensmaanden. Bij de meeste zuigelingen die vanwege ernstig excessief huilen zijn opgenomen op een kinderafdeling normaliseert het huilpatroon snel tijdens de opname (zonder specifieke interventie). In veruit de meeste gevallen vinden kinderartsen geen onderliggende medische oorzaak. Er zijn vaak wel aanwijzingen voor overbelasting van de ouders, door complicaties bij zwangerschap en geboorte of door een gespannen gezinssituatie. Dit zou mogelijk kunnen leiden tot een andere houding van de ouders ten opzichte van hun kind en zijn huilgedrag.

Nooitgedagt JE, Zwart P, Brand PLP. Oorzaken, *behandeling en beloop bij zuigelingen die vanwege excessief huilen waren opgenomen op de kinderafdeling van de Isala Klinieken in Zwolle*. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:472-7.
Tjon A Ten WE, Wolters M. Huildagboek bij zuigelingen; *een nuttig hulpmiddel om onderscheid te maken tussen normaal en excessief huilgedrag*. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:257-60.
Lucassen P. De huilbaby. Huisarts Wet 2008;51:682.

9. Juist
10. Onjuist

Het pterygium is een degeneratieve aandoening van de conjunctiva waarbij een driehoekige plooi onder het epitheel van de cornea doorgroeit in de richting van het centrum van de cornea. Het pterygium komt vaker voor bij mensen die altijd buiten hebben gewerkt dan bij anderen; uv-licht is een pathogene factor. De huisarts kan de patiënt meestal geruststellen. Kunsttranen, antihistaminica en decongestiva kunnen het irritatiegevoel verlichten. Wanneer het pterygium de rand van de pupil bereikt of toename van astigmatisme veroorzaakt, is een operatie nodig. De kans op recidief is echter groot.

Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W, *redactie*. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. 5e druk. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2007.
Stilma JS, Voorn ThB, *redactie*. Oogheelkunde. Praktische huisartsgeneeskunde. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

H&W 10 09.indb 518 25-08-10 09:04

Band met je patiënt

Patiënten van de huisarts die deze zomer door de Inspectie van de Gezondheidszorg is geschorst, hebben zich opgesteld achter hun dokter. Het stoppen met de praktijk van de huisarts uit Sint Nicolaasga leidde destijds zelfs tot demonstraties van diens patiënten. Deze twee voorvallen illustreren dat de band tussen patiënt en huisarts in sterke mate bepalend is voor de kwaliteit van zorg zoals de patiënt die ervaart. Dat komt voort uit de kern van de huisartsgeneeskunde: continue en persoonlijke zorg. Een aspect van het vak dat we moeten behouden en koesteren. Ook bij nieuwe ontwikkelingen als taakdelegatie, parttime werken, geprotocolleerde zorg, zorggroepen en dergelijke.

De kwaliteit van zorg heeft dus meerdere dimensies. Ook hygiëne, veiligheid, adequate spoedmedicatie en uitkomsten van zorg zijn belangrijke parameters. Als die niet in orde zijn, is het terecht dat IGZ maatregelen neemt. De patiënt heeft in het algemeen weinig zicht op deze aspecten, en moet ervan kunnen uitgaan dat die op orde zijn.
Elk kwaliteitsinstrument richt zich slechts op een deelaspect en geeft daarmee een beperkte blik op het geheel. Eenzijdige aandacht voor het ene deelaspect, bijvoorbeeld uitkomstindicatoren, miskent het andere. Juist de arts-patiëntrelatie, het meest waardevolle aspect van ons vak, is het minst goed in kaart te brengen. Daarom wordt dit aspect nogal eens veronachtzaamd. Maar wij moeten er pal voor blijven staan!

Arno Timmermans

Nieuwe PIN *Psychosociale nazorg bij rampen*

Vanaf 24 september is het eerste Programma voor Individuele Nascholing van de 14e jaargang beschikbaar via de digitale leeromgeving van het NHG.
De inhoud van deze internet-PIN is specifiek voor huisartsen ontwikkeld in het kader van het samenwerkingproject *Huisartsen en GHOR*, waarin NHG, LHV, VHN en GHOR Nederland participeren met ondersteuning van het Ministerie van VWS. Behandeld wordt de centrale rol van huisartsen bij de psychosociale nazorg bij rampen. Welke zorg biedt u en met welke partijen werkt u samen? Hoe diagnosticeert u slachtoffers? Welke doorverwijsmogelijkheden heeft u? Dit alles – en nog veel meer – komt uitgebreid aan bod in deze PIN.

Toegang tot PIN

NHG-leden hebben direct gratis toegang tot de digitale leeromgeving. Voor niet-leden is de toegang ook gratis, maar zij dienen zich eerst te registreren bij het NHG door naam- en adresgegevens te sturen naar ledenservice@nhg.nl.
Het inloggen gaat als volgt:
- surf naar www.nhg.org;
- klik op *inloggen* en vul uw gebruikersnaam en wachtwoord in;
- klik achtereenvolgens op *Mijn applicaties* en op *ga naar* bij 'Leer- en werkomgeving NHG'.

U vindt hier het complete NHG-cursusoverzicht, waaronder de PIN *Psychosociale nazorg bij rampen*. U vindt hier trouwens ook de web-tv-uitzending *Huisartsen en de GHOR*, over geneeskundige hulp bij rampen en ongevallen. Toegang tot deze webcast is alleen gratis voor NHG-leden.

Abonnement nieuwe jaargang

Wilt u ook de overige 9 PIN's van de 14e jaargang ontvangen? Neem dan een jaarabonnement op de digitale of papieren versie. Met een internetabonnement krijgt u toegang tot alle PIN's via de NHG-website (kosten voor NHG-leden € 195,-; voor niet-leden € 235,-). Bij een abonnement op de papieren versie ontvangt u zes boekjes per post en heeft u toegang tot vier internet-PIN's (kosten voor NHG-leden € 210; voor niet-leden € 260,-). Elke PIN is voor twee punten geaccrediteerd; u kunt de toetsbladen van deze jaargang invullen tot 1 januari 2013.

De onderwerpen van de komende jaargang PIN's (onder voorbehoud van de volgorde van verschijning) zijn:
- Psychosociale nazorg bij rampen*
- Polymyalgia rheumatica en arteriitis temporalis
- Slechthorendheid
- Artritis*
- Voedselovergevoeligheid
- Obstipatie
- Ulcus cruris*
- Obesitas
- Traumatische knieklachten
- Subfertiliteit*

*Deze PIN's zijn uitsluitend via de NHG-website toegankelijk. Voor deze onderwerpen is gekozen omdat beeld en geluid hierbij belangrijke toevoegingen zijn.

NHG-Agenda 2010	(aanvangs)datum
Asklepion-Leergang 'Op weg in je praktijk'	14 oktober
NHG-Congres 'Hink, stap, sprong'	19 november
Algemene Ledenvergadering	2 december

Meer informatie over deze activiteiten vindt u op www.nhg.org.

H&W 10 09.indb 35 25-08-10 09:04

NHG-Congres over huisarts en beweging:

Hink, stap en spring mee met het NHG!

Steeds weer geven huisartsen aan dat zij de (her)ontmoeting met collega's – en dus de 'gezelligheid' – een zeer belangrijke succesfactor vinden van de jaarlijkse NHG-Congressen. Daar hebben de organisatoren van het congres 2010 goed naar geluisterd! Al op 18 november kunnen congresdeelnemers terecht in Groningen, de mooiste en leukste stad van het noorden. Hier vindt namelijk een 'pre-event' plaats, waarbij natuurlijk het congresthema niet uit het oog wordt verloren: huisartsen komen hier letterlijk in beweging.

Spieren los, hersenen fris

Groningen ligt voor veel huisartsen niet direct 'om de hoek'. Daarom is het voor congresdeelnemers aantrekkelijk gemaakt om al de dag tevoren naar het noorden af te reizen. Vanaf 17.30 uur gaat daar een voorprogramma van start waarin huisartsen individueel of in teamverband aan diverse sportieve activiteiten kunnen meedoen:

- Er is een triatlon, met prijzen voor de winnende ploegen voor zowel de snelste tijd als de meest originele kleding. Zwemmen, roeien en hardlopen; het laatste onderdeel vindt zelfs plaats in de trots van het noorden: de Euroborg! Uiteraard kunnen teams tot op het laatste ogenblik ter plaatse worden samengesteld, dus schroom niet als u zich individueel wilt aanmelden.
- U kunt ook individueel gaan zwemmen, fitnessen of hardlopen. Simon van Woerkom, fysiotherapeut en runningtherapeut van het eerste uur, geeft leiding aan een hardloopclinic.

U houdt niet van sport?

Niet iedereen wil (of kan) 'haantje de voorste' zijn, dus zijn er ook activiteiten voor de minder sportieve huisartsen. Zo kunt u deelnemen aan een rondleiding door de Euroborg, waarbij u de mooiste en meest exclusieve plekken van het stadion te zien krijgt. En u kunt natuurlijk uw collega's aanmoedigen terwijl die zich van een laagje zweet voorzien bij de diverse sportactiviteiten. Of u kunt gewoon onder genot van een drankje met elkaar bijpraten.

Om 20.00 uur komen sportende en toeschouwende huisartsen samen in de businesscorner van ABN-Amro voor een inspirerende lezing over het thema *Coaching in de sportwereld; overeenkomsten met huisartsen?*

Naar de stad

Na afloop van het voorprogramma staan er bussen klaar die de deelnemers naar de binnenstad vervoeren. Daar zijn talloze leuke restaurantjes en kroegjes waar u en uw collega's terechtkunnen. Of wilt u direct naar het hotel dat u hebt geboekt met (gratis) hulp van de hotelreserveringsservice van het Groninger Congresbureau? (U kunt een hotel reserveren via www.nhgcongres.nl onder het kopje 'hotel'. Met vragen kunt u terecht via info@gcb.nl of 050-3168877). Zij kunnen u ook helpen als u er een 'weekendje Groningen' van wilt maken, bijvoorbeeld om weer eens een bezoekje te brengen aan het wonderschone Groninger Museum.

De congresdag zelf

Deze maand valt het programmaboekje van het congres op uw deurmat. Hierin vindt u alle informatie over de lezingen en workshops die u kunt volgen. Het afsluitende diner en feest vinden plaats in Martiniplaza zelf. Ook hierbij hebben de organisatoren lering getrokken uit de wensen van de deelnemers aan eerdere congressen: er zijn niet alleen ruimten waar volop kan worden gefeest en gedanst, maar óók plekken waar u in alle rust met elkaar kunt bijpraten.

Heeft u onverhoopt geen programmaboekje ontvangen? Ga naar www.nhgcongres.nl en u vindt daar alle informatie die u nodig heeft. U kunt zich via deze website ook aanmelden voor het congres op 19 november en voor het voorprogramma op 18 november. (AS)

Fotowedstrijd huisarts en beweging

Heeft u een foto die de relatie tussen huisarts en bewegen op een originele, mooie of leuke manier in beeld brengt? Stuur deze vóór 20 oktober naar foto@nhg.org en maak kans op een leuke prijs. De winnaar wordt op het congres bekendgemaakt; de foto wordt geplaatst in H&W.

H&W 10 09.indb 36 25-08-10 09:05

Continue kwaliteitsverbetering:
Ook voor huisartsopleidingsinstituten

De huisartsopleiding werkt voortdurend aan kwaliteitsverbetering teneinde huisartsen op te leiden die op een goede manier hun plaats in de veranderende zorg kunnen innemen. De acht huisartsopleidingsinstituten worden daartoe doorgelicht met behulp van het toetsingsinstrument PAUKH.

Kritische vragen

Van de huisarts wordt verwacht dat hij oog heeft voor de kwaliteit van de zorg en deze waar nodig verbetert. Hiervoor zijn in de loop van tijd verschillende instrumenten ontwikkeld, zoals de NHG-Standaarden en de NHG-Praktijkaccreditering®. Ook de acht huisartsopleidingsinstituten richten de aandacht voortdurend op kwaliteitsverbetering en zij stellen zichzelf daartoe kritische vragen. Doen we de juiste dingen en doen we die op de juiste wijze? Sluit de opleiding nog voldoende aan bij de ontwikkelingen in de zorg? Heeft de pas afgestudeerde huisarts in de opleiding genoeg bagage meegekregen om aan de eisen van de maatschappij te voldoen?

Waardevol instrument

Voor de toetsing van de huisartsopleidingsinstituten is een instrument ontwikkeld: Permanente AUdit Kwaliteit Huisartsopleiding (PAUKH). Het is een overzichtelijk en praktisch hulpmiddel om het permanente proces van kwaliteitsverbetering van de huisartsopleiding zo objectief mogelijk inzichtelijk te maken. Deze 'afdruk' van de kwaliteit van een opleidingsinstituut geeft een goed beeld aan aios, opleiders, beleidsmakers en financiers.

PAUKH maakt deel uit van een breder kwaliteitsinstrumentarium voor de huisartsopleiding, waar ook prestatie-indicatoren toe behoren. De stimulans voor de kwaliteitsverbetering bleek eind 2009 uit de eindevaluatie van de pilot en uit het wetenschappelijk onderzoek van de Rijksuniversiteit Groningen naar het PAUKH-Model. Alle betrokkenen vinden het een waardevol instrument waarmee men graag verder wil.

Met paukhen slagen

NPA hanteert bij de toetsing van een opleidingsinstituut een aantal kwaliteitscriteria, die aspecten bestrijken als:

- de resultaten van de opleiding;
- het onderwijs op het huisartsopleidingsinstituut en in de praktijk;
- facilitaire aspecten;
- het kwaliteitsmanagement;
- het eigen profiel van de opleiding.

De audits worden uitgevoerd samen met auditoren uit de kring van de huisartsopleiding en een externe auditor, en hebben een educatieve insteek. Elke twee jaar wordt de toetsing herhaald: afwisselend een basisaudit op negen vaste criteria en een verdiepende audit op drie specifieke punten uit een lijst van eenentwintig criteria. Deze drie criteria worden aangedragen door het CHO, het NPA-team dat de 'basisaudit' uitvoerde en het huisartsopleidingsinstituut zelf.

Na afloop krijgt het betreffende huisartsopleidingsinstituut van NPA de auditrapportage.

De hoofden van de acht opleidingsinstituten stemmen de volledige uitkomsten van de audits onderling af. Vervolgens bespreken ze de uitkomsten van de audits met de SBOH, CHO en LOVAH. De hoofden staan maximale openbaarheid van de uitkomsten voor. Zij zullen daartoe, in afstemming met NPA, beslissen over een publieksversie van de uitkomsten en over de wijze van publicatie daarvan. (RH)

Betrokken partijen

In opdracht van het Concilium voor de Huisartsopleiding (CHO) en gefinancierd door de SBOH heeft het NHG de kwaliteitscriteria opgesteld en het auditmodel PAUKH ontworpen en getest bij de instituten. Dit in een vruchtbare samenwerking met de hoofden van de acht opleidingsinstituten. NHG Praktijk Accreditering bv (NPA) gaat als onafhankelijk instituut de toetsingen uitvoeren.

Deze zomer tekenden de vier betrokken partijen daartoe de Samenwerkingsovereenkomst Audit Kwaliteit Huisartsopleidingsinstituten.

Van links naar rechts: Hans Witmer, directeur NPA, Jan Muurling, directeur Huisartsopleiding Nederland, Kees Esser, directeur SBOH en Arno Timmermans, bestuursvoorzitter NHG

H&W 10 09.indb 37 25-08-10 09:05

Interview met Pieter van den Hombergh: ‘We moeten zélf de regie houden over onze kwaliteit van zorg’

Transparantie in de zorg is belangrijk, vindt ook LHV-beleidsmedewerker Pieter van den Hombergh. Recentelijk zijn er echter ontwikkelingen waarbij externe partijen prestatie-indicatoren uitbrengen waaraan de huisartsenzorg zou moeten voldoen. Een hoogst onwenselijke situatie, zo stelt Van den Hombergh.

Kun je iets vertellen over de recente ontwikkelingen?
‘Over indicatoren wordt al jaren gesproken in een stuurgroep, waarin onder meer LHV, LVG en NHG zijn vertegenwoordigd, maar bijvoorbeeld ook ZN. Uitgangspunt daarbij was dat de professionals zelf de regie moeten hebben bij het bepalen en valideren van de kwaliteitsindicatoren voor hun eigen zorg én bij de beoordeling of deze in de praktijk haalbaar zijn. Opeens komt nu echter ZN met een eigen set indiatoren, waarop ze overigens in de stuurgroep stevig zijn aangesproken. En ook de NZa ontwikkelt nu indicatoren – zich beroepend op hun wettelijke rol – en wil bovendien haar eigen database gaan samenstellen. Dit is allemaal zeer onwenselijk.’

Waarom is dat zo onwenselijk?
‘Het is erg belangrijk dat de beroepsgroep zelf verantwoordelijk is voor de kwaliteit van zorg. Dan is het de *drive* van de professional zelf om zijn handelen transparant te krijgen. De verkregen informatie is dan ook veel betrouwbaarder, want het heeft geen zin om met de gegevens te gaan sjoemelen. Die intern gegenereerde transparantie is ook heel bruikbaar, zo heeft de praktijk al uitgewezen. Je krijgt daarmee kwaliteitsverbetering vanuit het enthousiasme van de beroepsgroep. Als externe partijen de transparantie van zorg en kwaliteitsverbetering afdwingen, bijvoorbeeld omdat je anders je geld niet krijgt, ontstaat verzet. Het risico is erg groot dat je dan – net als rond de automatisering is gebeurd bij Nictiz – verzandt in jarenlange loopgravenoorlogen.’

Kun je een paar voorbeelden geven?
‘Veel door ZN en NZa voorgelegde prestatie-indicatoren zijn bedacht achter het bureau; ze zijn niet getest in de praktijk. De ervaring leert dat dat wel degelijk nodig is. Een zorgplan bij chronische ziekten is bijvoorbeeld goed en wenselijk als het zinvol is. Maar het wordt onzin als een zorgplan bij iedere chronisch zieke is vereist voor de financiën. Dan tik je voor iedereen even een plannetje uit in de computer en vult dat 100% optimaal in. Dan zégt zo’n zorgplan dus niets meer. En ook is het maar zeer de vraag of een zorgverzekeraar de huisarts moet gaan afrekenen op bijvoorbeeld de hoogte van de bloeddruk van diens diabetespatiënten. Dat vertelt echt niet veel over de kwaliteit van zorg, en het vraagt ook nog om “fiddling and gaming”, zoals we in Engeland zien. Die kant moeten we niet uit willen.’

Waarom maken externe partijen die indicatoren dan?
‘NZa en ZN stellen dat het anders allemaal te lang duurt. Maar ze geven vervolgens bakken met geld uit om zelf die indicatoren te ontwikkelen, terwijl ze er geen cent voor willen geven als wij het als beroepsgroep zelf willen doen. Er waait een uiterst liberale wind bij deze organisaties en alles gebeurt vanuit het markt- en concurrentiedenken. Maar zorg ís geen markt. Kennelijk hebben ze onvoldoende vertrouwen in ons, terwijl ze zouden moeten beseffen hoe goed en goedkoop ze het voor elkaar kunnen krijgen. Dat blijkt uit de vele goedlopende projecten op dit gebied, waar die interne transparantie er al is.’

Wat gaat er nu gebeuren?
‘LHV en NHG hebben samen met de patiëntenverenigingen en de partijen in de stuurgroep gesteld dat dit een onwenselijke ontwikkeling is. We zullen de prestatie-indicatoren die van buitenaf worden aangedragen niet klakkeloos overnemen, maar de door ons voorgestelde kwaliteitsindicatoren aanvullen met wat bruikbaar is of nodig om de financiering te regelen. Dat doen we vanuit het besef dat we als beroepsgroep onze zorg goed inzichtelijk moeten maken en niet omdat het wordt afgedwongen. In de stuurgroep is afgesproken dat we ferm achter het uitgangspunt zullen blijven staan dat de beroepsgroep zélf zijn kwaliteitsindicatoren moet ontwikkelen en dat we met elkaar uit de ontstane problemen zullen komen. Mocht dat niet lukken, dan zou dat in feite een schending van het herenakkoord zijn.’

Wat betekent dit voor de Nederlandse huisarts?
‘Het is belangrijk dat huisartsen de landelijke lijn volgen en niet individueel of in hagro-verband meegaan met de eisen van zorgverzekeraars. Doen ze dat wel, dan raken we als beroepsgroep onherroepelijk de regie over onze eigen kwaliteit van zorg kwijt. Dat hebben we al zien gebeuren bij andere beroepsgroepen en die zijn duidelijk erg ongelukkig met de ontstane situatie.
Het is ook niet nódig. Als je de interne transparantie goed regelt, komt de externe transparantie veel gemakkelijker en sneller in orde. Dat is dan bovendien beter én veel goedkoper voor alle partijen!’ (AS)

Colofon

Redactie
Joost Blijham, *voorzitter*
Anika Corpeleijn
Ron Helsloot
Annet Janssen
Simone Rietdijk
Ans Stalenhoef, *eindredacteur*

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

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

H&W 10 09.indb 38 25-08-10 09:05