

## Roger Damoiseaux over antibioticagebruik en vaccinaties:

# ‘Goede voorlichting over preventie is net zo belangrijk als de preventie zelf’



Roger Damoiseaux is huisarts in Hattem en daarnaast lid van de Commissie Farmaceutische Hulp, alsmede editor bij de Cochrane-werkgroep Acute Luchtweginfecties. In een interview vertelt hij over zijn bevindingen met antibioticagebruik, vooral bij middenoorontsteking bij kinderen - het onderwerp van zijn promotieonderzoek. Ook gaat hij in op preventie in de huisartsenpraktijk.

### Antibiotica en OMA-recidieven

Damoiseaux doet al jarenlang onderzoek naar antibioticagebruik; vanwaar deze belangstelling? ‘In Nederland zijn we sterk gefocust op manieren om het veelvuldig gebruik van antibiotica te reduceren. Doe je dat via communicatietechnieken, of sneltests, of op klinische kenmerken? De focus verschilt in de huisartsenpraktijk bij veelvoorkomende infectieziekten. Via een individuele patiëntendata-analyse bij OMA zijn nu op basis van klinische kenmerken subgroepen bekend die het meeste profijt hebben van antibiotica. Kinderen onder de twee jaar met een dubbelzijdige OMA en kinderen met een loopoor bleken het meest gebaat bij antibiotica. Als huisarts kun je echt iets met dat gegeven.’

In dit nummer staat een onderzoeksverslag van Damoiseaux over antibioticagebruik bij OMA.<sup>1</sup> ‘Dit onderzoek wijst uit dat in de groep kinderen die antibiotica kregen, 20% meer recidieven voorkwamen. Weliswaar zag je een toename van het aantal KNO-ingrepen in de controlegroep, maar die was niet statistisch significant. Uit onze resultaten kun je nog geen conclusies trekken, maar er is alle aanleiding voor verder onderzoek. Duidelijk is in elk geval dat je voorzichtig moet zijn met antibiotica, al blijven ze in heel veel gevallen natuurlijk een zegen.’

### Kop of munt

‘Ook bij een veelvoorkomende aandoening als sinusitis is onderzoek gedaan op basis van een individuele patiëntendata-analyse, maar daarbij konden geen subgroepen worden geïdentificeerd. Maar in een Scandinavisch onderzoek werd van alle patiënten een CT-scan gemaakt; aan de hand van bepaalde criteria werden aldus patiënten ingesloten en toen is wel degelijk effect van antibiotica aangetoond. Huisartsen “voelen” dat ook, maar je kunt helaas niet aan de sinusituspatiënt tegenover je zien of die wel of niet baat zal hebben bij antibiotica. Hoe krijg je zo’n groep

in beeld? Via een sneltest, zoals bij hoesten beschikbaar is? Je kunt dan mensen eruit pikken die wat erger ziek zijn, zoals in het onderzoek van Jochen Cals is gedaan.<sup>2</sup> Daarin kregen patiënten met een hoge waarde op de CRP-sneltest antibiotica, maar naar mijn mening moet juist onder dé aldus geselecteerde patiënten gerandomiseerd onderzoek worden gedaan om het effect van antibiotica te onderzoeken. Het onderzoek van Cals leidde tot forse reductie van het aantal antibioticavoorschriften, en dat is mooi. Dat was niet alleen met de CRP-sneltest, ook communicatietechnieken lieten het aantal voorschriften dalen zonder slechtere klinische uitkomsten. Maar bij een aandoening waarbij het effect van antibiotica gering is, zou je als je “kop of munt” zou gooien ook het aantal voorschriften halveren zonder slechtere klinische uitkomsten. Bovendien, het aantal vervolfbezoeken nam in het onderzoek van Cals niet af. En mensen komen dan misschien niet meer op je spreekuur voor antibiotica, maar dan komen ze nog wel voor een testje. Dat is dus ook een vorm van medicaliseren.’

### De historie doorprikken

Het feit dat Nederlandse huisartsen bij OMA zo weinig antibiotica voorschrijven in vergelijking met hun collega's elders, is volgens Damoiseaux deels historisch zo gegroeid. ‘In Nederland was vanaf de jaren zestig “doorprikken” dé behandeling bij OMA. Begin jaren tachtig toonde onderzoek aan dat doorprikken geen effect had. Dat vonden huisartsen fijn, want dat prikken was niet leuk om te doen, dus de nieuwe kennis werd razendsnel geïmplementeerd. Maar ondertussen hadden we in Nederland al die tijd geen antibiotica voorgeschreven en daardoor wisten we dat dat geen probleem was. We kregen op ons onderzoek bij kleine kinderen veel commentaar vanuit Amerika en Engeland dat het onethisch zou zijn om de controlegroep antibiotica te onthouden, maar wij konden dat verdedigen op basis van de historie en natuurlijk de uitkomsten van dat onderzoek. Bovendien geven die antibiotica vervelende bijwerkingen; vraag een moeder eens wat ze liever heeft, twee dagen minder pijn maar wel drie dagen spuitluiers. Dan voelt een kind zich echt ook niet lekker.’

### Opeens in het vaccinatieprogramma...

Damoiseaux is medeauteur van een Cochrane-review over pneumokokkenvaccinaties ter voorkoming van OMA, waarin is aangetoond dat die weinig zin hebben. ‘Vaccinatie had wel zin tegen invasieve pneumokokkenziekten als meningitis en pneumonie. Dat zijn enge ziekten, dus dan komt er een offensief vanuit de politiek en bevolking – en wie weet, misschien ook wel van de farmaceutische industrie – en opeens zit zoiets dan in het vac-

cinatieprogramma. Maar je moet 800.000 prikken uitdelen om 16 sterfgevallen te voorkomen. Elk individueel sterfgeval is natuurlijk een drama, maar de volgende vraag is wel hoe maakbaar onze maatschappij nu eigenlijk is. En hoe effectief blijft zo'n vaccin? Er zitten zes of zeven pneumokokkenvarianten in, maar er zijn er bijna honderd en we zien nu dat die andere varianten de ziekten gaan veroorzaken en daar zitten ook ernstige soorten bij. Dat was onvoldoende in beeld toen het besluit viel om pneumokokken in het vaccinatieprogramma op te nemen.

Je zult zien: over een paar jaar staan ze te trappelen om weer andere vaccins in het programma te krijgen, zoals momenteel tegen het Rotavirus. En zo zullen allerlei ziekten volgen waar je hier in Nederland niet dood aan gaat. Maar steeds opnieuw is het wéér een prik, en het kost allemaal geld! We moeten van deze pneumokokkengeschiedenis leren dat we de politieke druk moeten weerstaan, want zeker in de beginfase van nieuwe middelen is daar vaak nog niet genoeg over bekend.'

### **Nieuwe middelen en hun waarde**

Wat betreft zijn voorzichtigheid met nieuwe middelen heeft Damoiseaux zitting genomen in de Commissie Farmaceutische Hulp (CFH). 'Het CBG beoordeelt of een medicijn mag worden geregistreerd en de CFH of het mag worden vergoed. Daartoe bekijken we de werkzaamheid ten opzichte van de bestaande behandelingen. Nieuwe middelen zijn vaak duur; de industrie schildert de effectiviteit ervan rooskleurig af en bijwerkingen zijn nog niet bekend. Dat laatste is belangrijk; we weten allemaal hoe fors de problemen kunnen zijn die op termijn kunnen ontstaan, denk maar aan softenon. Een nieuw middel moet dus echt meerwaarde hebben, maar dat hoeft niet alleen een klinisch effect te zijn, het gaat ook om gebruiksgemak, bijwerkingen en ervaringen.'

Een voorbeeld van het werk van de CFH is de beoordeling van exenatide bij diabetes. 'Dit middel heeft effect op het glucosegehalte en het gewicht, maar de bijwerkingen zijn onvoldoende in beeld en de meerwaarde is beperkt. We hebben geadviseerd dat het middel alleen wordt vergoed bij gebruik door heel dikke patiënten. Er is nu druk dat het bij alle diabetespatiënten zou moeten worden gebruikt, maar daarbij laat je je oren te veel hangen naar de industrie.

Hoe belangrijk is het eigenlijk dat ook huisartsen zitting hebben in de CFH? Damoiseaux: 'Er moet ook een vertegenwoordiging zijn vanuit de eerste lijn, want daar kan de waarde van een middel anders zijn dan in de ziekenhuissetting. Er zitten nu twee huisartsen in de commissie van tweeëntwintig mensen, dus dat is een goede vertegenwoordiging.'

### **Angst voor griep**

Is Damoiseaux ook zo terughoudend als het gaat om bijvoorbeeld de griepvaccinatie? 'Dat is in elk geval bij ouderen een prima vaccinatie. Bij astma en COPD is het nut ervan echter niet zo duidelijk, en bij kinderen met astma zou de vaccinatie zelfs geen effect hebben op het voorkomen van complicaties.

Wat betreft de pandemie is het interessant om te zien hoe zo'n infectie zich over de wereld verspreidt. Ik vind het een meesterstukje dat daar zo snel een vaccin voor is ontwikkeld en dat we dat binnen een halfjaar zo grootschalig kunnen verspreiden. Het is dan ronduit flauw om nu te zeggen dat die vaccins onnodig zijn omdat de griep mild blijkt, want dat had heel goed anders kunnen uitpakken. Ook mooi om te zien is hoe flexibel huisartsen eigenlijk zijn; dat die in staat zijn om dit allemaal in zo'n kort tijdsbestek uit te voeren. In Frankrijk bijvoorbeeld mochten de huisartsen niet vaccineren; daar werd het een grote chaos en moesten mensen uren in de rij staan voor hun prik. Dan doen de Nederlandse huisartsen dat toch uitstekend want daar loopt alles gewoon door.

Wel is het de vraag of je dit altijd zo moet doen. Er is heel veel angst gecreëerd rond deze pandemie en bij mensen ontstaat het beeld dat je een gewone griep niet meer kunt overleven.'

### **Geen handen**

Ook rond de griepvaccinatie speelt de vraag die Damoiseaux zich al eerder in het gesprek stelde: 'Hoe maakbaar is de maatschappij? Ik denk slechts beperkt. Ellende blijft gewoon gebeuren. Preventie vind ik wel zinvol, maar je moet er geen angst mee ontketenen. Een goed voorbeeld is de HPV-vaccinatie: daaromheen ontstond heel veel onrust, terwijl de ziekte maar weinig voorkomt. Je maakt gezonde mensen ziek. Wat dat betreft is voorlichting bij preventie misschien wel belangrijker dan de preventie zelf. Dingen schieten door bij mensen; die durven elkaar geen hand meer te geven. Een paar jaar geleden was er nog veel gedoe toen een moslimman weigerde een vrouw een hand te geven; nu is dat ongeveer het advies van de minister.

We moeten ons realiseren dat in dit internettijdperk ook alle verkeerde informatie zijn weg vindt naar iedereen. Dan is de huisarts een essentiële factor, want wij hebben het vertrouwen van de mensen en kunnen zo tegenwicht bieden. We moeten ons bewust zijn van die rol. Daarbij is het belangrijk dat we een vereniging hebben die alle informatie voor ons uitzoekt en weegt. Dan weet je als huisarts dat er over de standpunten die het NHG uitdraagt goed is nagedacht en dat daarover is overlegd met andere partijen.'

*Ans Stalenhoef*

- 1 Damoiseaux RAMJ, Bezáková N, Hoes AW, Schilder AGM, Rovers MM. Antibiotica bij kinderen met otitis media acuta verhogen de kans op een recidief. Huisarts Wet 2010;53:101-4.
- 2 Cals JW, Hopstaken RM, Butler CC, Hood K, Hansen SJ, Dinant GJ. Praten en prikken bij lageluchtweginfecties. Training in communicatieve vaardigheden en de CRP-sneltest. Huisarts Wet 2009;52:576-83.