

H&W

Huisarts en Wetenschap

ONDERZOEK

Astmadiagnose bij kinderen

BESCHOUWING

Gender, gelijkheid en geneeskunde

NHG-STANDAARD

Acute diarree

- 446** **ONDERZOEK**
Astmadiagnose bij kinderen
Lydia Pieters, Susanne Vijverberg, Jan Raaijmakers, Kors van der Ent, Anke-Hilse Maitland-van der Zee
- 452** **BESCHOUWING**
Gender, gelijkheid en geneeskunde
Toine Lagro-Janssen
- 458** **Diagnostiek en behandeling van depressie**
Ellen Brand-Piek
- 461** **COMMENTAAR**
NHG-Standaard Depressie nog actueel
Mariëlle van Avendonk, Gerda van der Weele, Evelyn van Weel-Baumgarten, Gré van Gelderen

- 462** **NHG-STANDAARD EN NHG-STANDPUNT**
Acute diarree (derde herziening)
Janneke Belo, Marieke Bos, Flip Brühl, Willy Lemmen, Maaïke Pijpers, Maureen van den Donk, Jako Burgers, Margriet Bouma, Masja Loogman
- 471** **Otitis externa nog actueel**
Tjerk Wiersma
- 472** **Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie**
Tjerk Wiersma, Hèlen Woutersen-Koch

- 476** **(VER)STAND VAN ZAKEN**
Oefentherapie bij heupartrose
Carolien Teirlinck
- 477** **HUISARTSENZORG IN CIJFERS**
Gastro-enteritis op het kinderdagverblijf
Gé Donker, Wilfrid van Pelt, Remco Enserink
- 478** **NASCHOLING**
Genderverschillen bij roken en alcoholverslaving
Miriam de Kleijn, Toine Lagro-Janssen
- 482** **Diagnostiek van melanomen**
Kirsten Burghout, Vigfús Sigurdsson, Johan Toonstra
- 486** **KLINISCHE LES**
Waarom gaat ze niet gewoon weg?
Sylvie Lo Fo Wong
- 490** **Geen uitstrijkje? In gesprek over seks**
Anne-Marie Giesen, Toine Lagro-Janssen, Patrick Dielissen
- 498** **SPREEKUUR!**
Een pijnlijke pols zonder trauma
Cyriac Peters-Veluthamaningal
- 499** **Pijnlijke ribben na trauma**
Tim Linssen
- 500** **CATS**
Heparinen bij oppervlakkige tromboflebitis
Sibrich Singelsma, Wouter de Ruijter, Antonette Smelt
- 501** **PEARLS**
Fondaparinux effectief bij (ernstige) tromboflebitis
Vincent van Gelder
- 502** **CASUÏSTIEK**
Een volwassene met erytheem en vesikels
Rob van der Spruit

- 443** **JOURNAAL**
494 **INTERVIEW**
457, 496 **COLUMNS**
497 **KENNISTOETS**
503 **BOEKEN**

...en vrouwen van Venus?

Jaren geleden kwam mijn zus aanzetten met een boek waarvan zij vond dat ik het moest lezen. Voor haar was het een openbaring, het gaf haar inzicht in hoe verschillend mannen en vrouwen zijn. U raadt het al, het was het boek *Mannen komen van Mars en vrouwen van Venus* van John Gray. Het boek was een kaskraker omdat het een onderwerp besprak dat tot dan toe onvoldoende aandacht kreeg.

Addertje onder het gras

Dat mannen en vrouwen verschillend zijn, is ook voor huisartsen geen nieuws meer. Toch doen we vaak alsof mannen en vrouwen hetzelfde zijn en komen we er na verloop van tijd achter dat dat niet handig was. Ook in de geneeskunde speelt dit. Zo was er in de jaren negentig een groot onderzoek over het effect van cholesterolverlaging op het overlijden aan hart- en vaatziekten. Aan dit onderzoek deden 4444 mensen mee, van wie 80% van het mannelijk geslacht. Op basis van onder andere dit onderzoek zijn overal ter wereld richtlijnen ontwikkeld waarin (vrijwel) geen onderscheid werd gemaakt in adviezen voor mannen en vrouwen. De NHG-Standaard Cholesterol uit 1999 zag wel een addertje onder het gras: 'Deelnemers aan studies zijn vooral mannen. De richtlijnen bij vrouwen zijn grotendeels gebaseerd op aannames en extrapolaties omdat voldoende hard bewijs voor hen ontbreekt.' Geleidelijk is het inzicht gekomen dat het extrapoleren van uitkomsten naar vrouwen van bevindingen die zijn gedaan bij mannen tekortkomingen heeft. Vrouwen hebben specifieke zorg nodig.



Gendersensitieve benadering

In dit nummer staat een aantal bijdragen uit de groep van Toine Lagro-Jansen, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen in Nijmegen.

In een beschouwing geeft Toine Lagro zelf aan hoe een gendersensitieve benadering kan leiden tot gelijke gezondheidsuitkomsten voor vrouwen en mannen. Soms is een ongelijke behandeling nodig om op gelijke uitkomsten uit te komen. In een klinische les legt Sylvie Lo Fo Wong ons een aangrijpende maar herkenbare casus voor over huiselijk geweld. Aan de hand van de casus bespreekt ze dat je passende hulp kunt bieden als je weet in welke fase de vrouw zich bevindt en je je hulpaanbod daarop laat aansluiten. Als vertrouwenspersoon heeft de huisarts veel goodwill bij zijn patiënten en is hij vaak de enige met wie zij hun problemen bespreken. Ten slotte bespreekt Miriam de Klein de verschillen tussen mannen en vrouwen in de veelvoorkomende verslavingen aan sigaretten en alcohol.

Hiermee lichten we maar een tipje van de sluier op. Er zijn veel meer verschillen tussen mannen en vrouwen in de geneeskunde. Zo is de presentatie van veel aandoeningen (depressie, hartinfarct) anders bij vrouwen dan bij mannen. Ook worden bepaalde geneesmiddelen (bijvoorbeeld slaapmiddelen en tranquillizers) veel vaker aan vrouwen voorgeschreven. En als we dan medicatie geven, blijkt dat vrouwen meer en ernstiger bijwerkingen van geneesmiddelen ervaren dan mannen.

Het is belangrijk dat we ons van sekseverschillen bewust zijn. Zoals bij veel problemen die wij zien in de spreekkamer, geldt dat je het pas gaat zien als je het door hebt. Pas dan kunnen we er rekening mee houden. Hopelijk kunt u er uw voordeel mee doen. ■

Just Eekhof

Genderverschillen huisartsen in navolging preventieconsult

In het juninummer van H&W besteedden we uitgebreid aandacht aan het preventieconsult, aan de voors en tegens, de onderbouwing en het lopend onderzoek. Maar hoe staat het met de attitudes en het beleid van de huisartsen sinds publicatie van de NHG-Standaard in 2012?

In 2008 en 2013 voerde het NIVEL twee enquêtes uit onder een steekproef van respectievelijk 1100 en ruim 900 praktiserende huisartsen. In 2008 gebeurde dat per post, in 2013 per e-mail. Per praktijk werd slechts één huisarts

benaderd. De vragenlijst bevatte beide keren vragen over attitude en werkgevoelens bij selectieve preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk. In 2013 werden bovendien vragen gesteld over de invoering van het preventieconsult en de ervaren begunstigende en belemmerende factoren.

De respons op beide enquêtes was 30%. In 2008 vond 78% van de huisartsen het de moeite waard om mensen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten op te sporen. In 2013 was dit wat lager: 70%. Daar staat tegenover dat in 2013 meer huisartsen aangaven patiënten actief op te roepen voor een risicobepaling dan in 2008: dit percentage steeg van 24 naar 33%. Volgens 30% van de respondenten in 2013 was de module cardiometabool risico in hun praktijk volledig ingevoerd.

Opmerkelijk is dat van de vrouwelijke huisartsen een significant lager percentage aangaf patiënten actief uit te nodigen dan van de mannelijke huisartsen. De auteurs zoeken de verklaring voor dit verschil in het feit dat mannelijke huisartsen meer aandacht zouden hebben voor de financiële en organisatorische aspecten van de praktijkvoering. ■

Hans van der Wouden

Vos HM, et al. Selective prevention of cardio-metabolic diseases in general practice: attitudes and working methods of male and female general practitioners before and after the introduction of the Prevention Consultation guideline in the Netherlands. J Eval Clin Pract 2014; doi:10.1111/jep.12179 (Epub ahead of print).

Kwetsbare ouderen opsporen

Voor het opsporen van kwetsbare ouderen maken we gebruik van de Groningen Frailty Index (GFI). Met een sensitiviteit van 76% en een specificiteit van 73% is deze echter veel te onnauwkeurig om als screeningsinstrument te dienen voor opsporing van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk, zo blijkt uit Nederlands onderzoek.

Ineke Smets et al. bekeken de betrouwbaarheid van de GFI bij 70-plussers in de huisartsenpraktijk. Zij onderzochten 290 personen ≥ 70 jaar uit verschillende praktijken en vergeleken de GFI met een gouden standaard. Hiermee maakten ze gebruik van de Comprehensive Geriatric Assessment-schaal (CGA). Ouderen die op basis hiervan in twee of meer domeinen beperkingen vertoonden, werden gedefinieerd als kwetsbaar.

Door de GFI-scores te vergelijken met die van de CGA, konden ze de sensitiviteit en specificiteit van de GFI berekenen en concluderen dat die onder de maat is: 24% van de ouderen die op basis van de CGA extra zorg nodig had-

den, werd met de GFI niet als zodanig herkend. Omgekeerd was 27% van de ouderen, die volgens de CGA geen extra zorg nodig hadden, volgens de GFI wel kwetsbaar. Bij een geschatte prevalentie van 15% kwetsbare ouderen in een huisartsenpopulatie ≥ 70 jaar zal bij screening 23% als kwetsbaar worden aangemerkt, terwijl zij in principe geen extra zorg nodig hebben.

Voor al het grote aantal fout-positieven maakt de GFI minder geschikt voor opsporing van kwetsbare ouderen in de huisartsenpraktijk. Bij een scree-

ning van 300 70-plussers in een modale praktijk zullen ongeveer 100 patiënten nader onderzoek nodig hebben vanwege een positieve GFI. Van hen zullen er uiteindelijk maar 34 daadwerkelijk kwetsbaar zijn. Tegelijkertijd zullen er 11 niet als zodanig herkend worden. Belangrijke getallen om bij stil te staan als je overweegt de GFI in te zetten. ■

Bèr Pleumeekers

Smets IH, et al. Four screening instruments for frailty in older patients with and without cancer: a diagnostic Study. Geriatrics 2014;14:26.



Foto: Fotoluminate LLC/Shutterstock

Richtlijnen toekomstbestendig?

De productie van richtlijnen is de laatste 25 jaar exponentieel toegenomen. De toepassing ervan loopt vaak beduidend achter. Dat roept de vraag op of het nog wel de moeite loont om energie te steken in het formuleren van nieuwe en het herschrijven van bestaande richtlijnen. De oplossing blijkt te liggen in *shared decision making*.

Upshur, onderzoeker in Toronto, betwijfelt of richtlijnen nog nuttig zijn. Dokters hebben geen tijd om ze allemaal te lezen. Bovendien kost daadwerkelijke verandering van de bestaande praktijk tijd en energie en dat komt er maar mondjesmaat van. Daarnaast worden richtlijnen gemaakt door mensen met belangstelling voor

een specifieke ziekte en zijn ze bedoeld voor patiënten met diezelfde ziekte. Hoewel veel patiënten ook andere ziektes hebben, wordt multimorbiditeit meestal buiten beschouwing gelaten. Het is tijd om te onderkennen dat multimorbiditeit de waarde van ziektespecifieke richtlijnen belangrijk doet afnemen. Dit probleem is alleen op te lossen door aansluiting te zoeken bij de behandeldoelen van patiënten, onder meer door keuzehulp in richtlijnen op te nemen.

De Amerikaanse arts Sox stelt daarentegen dat richtlijnen ook in de toekomst volop bestaansrecht hebben. Wel is het van belang te waken voor belangenverstrengeling. Voorts dient een richtlijn transparant te zijn in de afweging van voor- en nadelen van een behandeling. Dit kan vooral problematisch zijn als kosten en baten niet

onder één noemer vallen. Ook hier kan *shared decision making*, eventueel ondersteund met een keuzehulp, uitkomst bieden. Zo voorkom je dat de richtlijn een keuze 'voorschrijft' die niet van toepassing is op de individuele patiënt. Keuzehulp kunnen de richtlijnen volgens Sox niet vervangen, want sommige behandelingen zijn voor eenieder waardevol, ongeacht preferenties.

Al met al zijn de scepticus en gelovige het met elkaar eens, behalve over de vraag of het glas halfvol of halfleeg is. Voorlopig blijft het NHG gewoon richtlijnen maken, maar wel met meer aandacht voor overleg met de patiënt. ■

Tjerk Wiersma

Sox HC. Do clinical guidelines still make sense? Yes. *Ann Fam Med* 2014;12:200-1.

Upshur REG. Do clinical guidelines still make sense? No. *Ann Fam Med* 2014;12:202-3.

Is een CVA te voorkomen?

De afgelopen vijftig jaar is veel gedaan aan preventie van CVA's. Maar in hoeverre is een beroerte te voorkomen? Uit Nederlands onderzoek blijkt dat dit maar ten dele het geval is. Maximaal 50% van de CVA's is te voorkomen door leefstijl en behandeling van risicofactoren. De andere helft is niet beïnvloedbaar.

In de jaren zestig bleek dat behandeling van hypertensie de kans op een CVA sterk verlaagt. Daarna hebben velen gezocht naar andere beïnvloedbare risicofactoren, zoals roken, voeding, en diabetes. Maar in hoeverre is het risico op een CVA echt te verlagen? Rotterdamse onderzoekers volgden 6844 55-plussers (gemiddelde leeftijd 69 jaar, 60% vrouw) die bij aanvang geen CVA hadden. Tijdens de gemiddelde follow-

upduur van 13 jaar traden 1020 CVA's op, waarvan 103 bloedig. Ze berekenden de *Population Attributable Risks* (PAR) van individuele en gecombineerde oorzaken voor CVA. Deze komen neer op het percentage van alle CVA's dat door een bepaalde risicofactor is veroorzaakt, en dus het percentage dat theoretisch voorkomen zou worden als de oorzaak geheel geëlimineerd werd.

De onderzoekers gebruikten statistische technieken om overlap tussen de verschillende oorzaken te voorkomen. Hypertensie, roken, diabetes, atriumfibrilleren, coronairlijden en overgewicht veroorzaakten samen 51% van de CVA's, waarbij roken en hypertensie verreweg de meeste invloed hadden. Risicofactoren zijn natuurlijk nooit helemaal te elimineren, maar deze analyse bevestigt dat hypertensie en roken het aanpakken waard zijn om CVA te voorkomen. Tegelijkertijd sluit zij aan bij de bekende waarneming dat veel

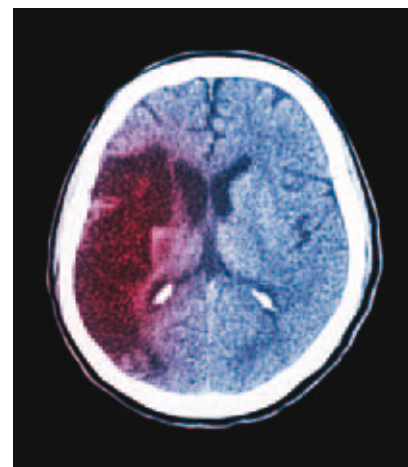


Foto: Puwadol Jaturawuthichai/Shutterstock

CVA's optreden bij mensen die gezond leven. ■

Lidewij Broekhuizen

Bos MJ, et al. Modifiable etiological factors and the burden of stroke from the Rotterdam Study: A population-based cohort study. *PLoS Med* 2014;11:e1001634.

Niet-pluisgevoel is wel pluis

De meeste aandoeningen die de huisarts dagelijks tegenkomt zijn niet ernstig of gaan vanzelf weer over. Patiënten met een ernstige ziekte melden zich vaak in een vroeg stadium met vage klachten bij de huisarts. Recent onderzoek laat zien dat het niet-pluisgevoel van de huisarts van belang is om ernstige aandoeningen vroeg te detecteren.

Huisartsen ($n = 404$) in Denemarken registreerden van één willekeurige werkdag alle patiëntcontacten. Van deze contacten ($n = 4518$) legden ze patiëntgegevens vast en de aanwezige vermoedens van kanker en andere ernstige aandoeningen. In de Deense gezondheidsregistratie werd vervolgens nagegaan in hoeverre die vermoedens bewaarheid werden in de 6 maanden na het consult.

De huisartsen vermoedden bij 256

(5,7%) patiënten kanker of een andere ernstige aandoening. De leeftijd van deze patiënten was hoger, er werd vaker aanvullend onderzoek verricht en ze werden vaker verwezen naar de tweede lijn of teruggezien voor een vervolgsconsult. Uiteindelijk werd bij 42 van deze patiënten binnen 6 maanden inderdaad de diagnose kanker of een andere ernstige ziekte gesteld (positief voorspellende waarde: 16,4%). Als de huisarts geen niet-pluisgevoel had, bleek dit in 93,5% te kloppen (negatief voorspellende waarde). Buiten beschouwing bleef het verband tussen aantal jaren werkervaring en de voorspellende waarde van het gevoel.

Wat kunnen we hier in de praktijk mee? Het is nuttig om te weten dat ongeveer 1 op de 17 consulten een vermoeden van ernstige ziekte oproept. Bij zo'n niet-pluisgevoel is het risico op een ernstige aandoening inderdaad behoorlijk groot. Het zou goed zijn als collega's in de tweede lijn hier ook waarde aan hechten, al zijn de symptomen meestal nog vaag.



Foto: Image Point FR/Shutterstock

Nog betrouwbaarder is de afwezigheid van het niet-pluisgevoel: het risico op ernstige ziekte is in die gevallen erg laag. Geruststelling van patiënten is met andere woorden meestal terecht. ■

Tobias Bonten

Hjertholm P, et al. Predictive values of GP's suspicion of serious disease: a population-based follow-up study. *Br J Gen Pract* 2014;64:e346-53.

Alarmsymptomen geassocieerd met lagere mortaliteit

Dat bekende alarmsymptomen als rectaal bloedverlies, dysfagie, hemoptoë en hematurie geassocieerd zijn met coloncarcinoom, slokdarmkanker, longkanker en blaaskanker, is niet nieuw. Wel nieuw is dat de mortaliteit lager is als deze alarmsignalen aanwezig zijn ten tijde van de diagnose dan bij afwezigheid ervan, zo blijkt uit Brits onderzoek.

Alex Dregan et al. onderzochten de waarde van alarmsymptomen bij vroegekankerdiagnostiek. Dit onderzoek was hard nodig, omdat iedere huisarts weet dat genoemde alarmsymptomen ook vaak voorkomen bij benigne aandoeningen, wat vaak leidt tot vertraging van de diagnose. In dit onderzoek werd de Clinical Practice Research Database (CPRD) gekoppeld aan de Britse kankerregistratie. Er werd

gekeken hoe de alarmsymptomen geassocieerd waren aan kanker en of dit invloed had op de mortaliteitscijfers. Als een alarmsymptoom twee- of driemaal onderwerp was van verschillende consulten, dan was de OR 1,4-2,2 voor de diagnose kanker ten opzichte van eenmalig voorkomen.

De onderzoekers ontdekten ook dat de mortaliteit lager was als er sprake was van hematurie, hemoptoë of rectaal bloedverlies ten tijde van de diagnose dan wanneer deze symptomen ontbraken. Het tijdens verschillende consulten voorkomen van alarmsymptomen kan de dokter met andere woorden zeker helpen bij het stellen van de diagnose. Met als verwacht gevolg vroegere behandeling en een lagere mortaliteit. ■

Jurgen Damen

Dregan A. Are alarm symptoms predictive of cancer survival? *J Gen Pract* 2013;63:e807-12.

Erratum NHG-Standaard Astma bij kinderen

In de laatste versie van de NHG-Standaard Astma bij kinderen (NHG-Standaard Astma bij kinderen (derde herziening). Bindels PJE, Van de Griendt EJ, Grol MH, et al. Huisarts Wet 2014;57:70-80) is een fout in de dosering van fluticason geslopen. Fluticasonpropionaat 100 microg/dosis (poederinhalator) moet zijn 2dd 1 inhalatie (in plaats van 2dd 2 inhalaties). In de webversie van de standaard is deze correctie doorgevoerd.

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).



Astmadiagnose bij kinderen

Samenvatting

Pieters LE, Vijverberg SJH, Raaijmakers JAM, Van der Ent CK, Maitland-van der Zee AH. Astmadiagnose bij kinderen. *Huisarts Wet* 2014;57(9):446-51.

DOEL Het onderzoeken van de overeenstemming tussen door de ouder en door de huisarts gerapporteerde astmadiagnose bij kinderen die astmamedicatie gebruiken.

METHODE We hebben 996 kinderen (4-12 jaar) uit het PACMAN-cohort onderzocht. Alle kinderen hadden recentelijk astmamedicatie gebruikt. Tijdens een onderzoeksbezoek in de apotheek vulden ouders en kinderen een vragenlijst in over astmadiagnose, klachten, medicatiegebruik en therapietrouw. Huisartsen hebben we schriftelijk benaderd met de vraag of het kind astma had. We onderzochten de invloed van verschillende patiëntkarakteristieken met multivariate logistische regressieanalyse.

RESULTATEN Bij 63,5% van de kinderen rapporteerden zowel de huisarts als de ouders een astmadiagnose. Er was meer overeenstemming tussen de ouders en de huisarts in de aan- of afwezigheid van een astmadiagnose als het kind ouder was (OR 1,14; $p = 0,008$), de astmaklachten minder onder controle waren (OR 1,82; $p = 0,02$) en het kind inhalatiecorticosteroiden (OR 2,93; $p = 0,001$) of kortwerkende bèta-2-agonisten (OR 2,04; $p = 0,03$) gebruikte. Afkomst en opleidingsniveau van de ouders hingen niet samen met de mate van overeenstemming. Therapietrouw aan onderhoudsmedicatie was het hoogst (63,1%) bij de groep kinderen van wie zowel de ouders als de huisartsen hadden aangegeven dat het kind een astmadiagnose had.

CONCLUSIE De overeenstemming tussen de ouders en de huisarts in het aangeven van een astmadiagnose bij kinderen die astmamedicatie gebruiken is relatief hoog, maar er is nog steeds ruimte voor verbetering.

INLEIDING

Astma is een van de meestvoorkomende chronische ziekten bij kinderen: in Nederland hebben ongeveer 119.000 kinderen (jonger dan 15 jaar) een astmadiagnose.¹ Voor zowel de kwaliteit van leven van het kind en de ouders/verzorgers, als voor de kosten van de zorg is het belangrijk om de behandeling van astma bij kinderen te optimaliseren.² Het is hierbij van belang om astma tijdig te diagnosticeren en adequaat te behandelen.³

De arts stelt een astmadiagnose vaak aan de hand van de anamnese, het lichamenlijk onderzoek, het allergologisch onderzoek en het longfunctieonderzoek.⁴ Bij jonge kinderen (onder de zes jaar) is de diagnose echter lastig met zekerheid te stellen, aangezien longfunctieonderzoek bij deze groep niet betrouwbaar is en de ziekte een variabel beloop kent.⁵ Periodes van hoesten en *wheezing* (piepende ademhaling) komen frequent voor bij jonge kinderen, maar zijn vaak van voorbijgaande aard.⁶ De meerderheid van de kinderen met astmatische klachten op jonge leeftijd is na het zesde levensjaar klachtenvrij: onderzoek laat zien dat slechts 15 tot 30% van de kinderen met astmatische klachten op jonge leeftijd op latere leeftijd ook daadwerkelijk een astmadiagnose krijgt.⁷

De hoeksteen van de behandeling van persisterend astma bij kinderen is onderhoudsmedicatie met inhalatiecorticosteroiden (ICS).⁴ Onderzoek heeft echter aangetoond dat de therapietrouw bij het gebruik van ICS laag is. Van de kinderen die ICS gebruiken voor luchtwegklachten, is minder dan 60% therapietrouw.^{8,9} Slechte therapietrouw is een van de grootste

Wat is bekend?

- Astma is een van de meestvoorkomende chronische ziekten bij kinderen.
- Een variabel ziektebeloop en de afwezigheid van betrouwbare longfunctiemetingen bij jonge kinderen bemoeilijken het stellen van een astmadiagnose bij deze groep.
- Inhalatiecorticosteroiden vormen de hoeksteen van onderhoudsbehandeling bij kinderen met astma.
- Van de kinderen die inhalatiecorticosteroiden gebruiken, is minder dan 60% therapietrouw.
- Om de klinische controle van astma te optimaliseren en de kosten van het zorgsysteem te verlagen zijn een juiste diagnose en een juist gebruik van onderhoudsmedicatie noodzakelijk.

Wat is nieuw?

- Zowel ouders als huisartsen rapporteren een astmadiagnose bij ongeveer tweederde (63,5%) van de kinderen die regelmatig astmamedicatie gebruiken.
- Overeenstemming tussen ouders en huisarts over de aan- of afwezigheid van een astmadiagnose bij kinderen die astmamedicijnen gebruiken, is geassocieerd met de leeftijd van het kind, de ernst van de astmaklachten en het gebruik van inhalatiecorticosteroiden of kortwerkende bèta-2-agonisten.
- Het opleidingsniveau, de afkomst van de ouders en de aanwezigheid van astma bij de ouders zijn niet significant geassocieerd met het bestaan van overeenstemming tussen ouders en huisarts over de aan- of afwezigheid van een astmadiagnose.
- Kinderen die astmaonderhoudsmedicatie gebruiken, zijn meer therapietrouw als de huisarts én de ouders een astmadiagnose rapporteren.

UMC Utrecht, Faculteit Geneeskunde, Universiteitsweg 98, Postbus 85500, 3584 CG Utrecht: L.E. Pieters, student geneeskunde, Universiteit Utrecht, Divisie Farmaco-epidemiologie en Klinische farmacologie; S.J.H. Vijverberg, junior universitair docent (beide auteurs hebben in gelijke mate bijgedragen aan het artikel); J.A.M. Raaijmakers, hoogleraar pharmaceutical technology assessment; A.H. Maitland-van der Zee, farmaco-epidemioloog en universitair hoofddocent personalized medicine, Wilhelmina Kinderziekenhuis Utrecht, afdeling Kinderlongziekten; prof.dr. C.K. van der Ent, kinderlongarts en hoogleraar kinderlongziekten. UMC Utrecht, afdeling Experimentele longziekten: S.J.H. Vijverberg, junior universitair docent • Correspondentie: a.h.maitland@uu.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het PACMAN-onderzoek is mede mogelijk gemaakt door een strategische alliantie tussen Utrecht Institute Pharmaceutical Sciences (UIPS) en GlaxoSmithKline (GSK). J.A.M. Raaijmakers is parttime professor bij de Universiteit Utrecht en was vicepresident external scientific collaborations bij GSK Europe.

oorzaken van suboptimale klinische controle van astma en van de hoge kosten van het zorgsysteem.¹⁰

Verschillende factoren zijn van invloed op de therapietrouw bij astmaonderhoudsmedicatie. Eerder onderzoek uit onze onderzoeksgroep heeft laten zien dat een jonge leeftijd van het kind, Nederlandse etniciteit, de overtuiging van ouders dat astmamedicatiegebruik noodzakelijk is en goede inhalatietechnieken samenhangen met een hogere mate van therapietrouw aan ICS.⁹ Wij verwachten dat de therapietrouw ook groter is naarmate de huisarts en de ouders van het kind allen aangeven dat het kind astma heeft, aangezien dit zou kunnen duiden op een goede communicatie tussen ouders en arts en op meer ziektebesef. Dit zou betekenen dat de overeenstemming tussen huisarts en ouders een aandachtspunt is bij het optimaliseren van de behandeling van astma.

Voor ons onderzoek hebben we bij een grote groep astmamedicatiegebruikers in de leeftijd van 4 tot 12 jaar gekeken naar de overeenstemming tussen de ouder- en huisartsgerapporteerde astmadiagnose en de factoren die daarop van invloed zijn. Verder hebben we onderzocht of kinderen die astmaonderhoudsmedicatie gebruiken meer therapietrouw zijn als huisartsen én ouders een astmadiagnose rapporteren.

METHODE

Het PACMAN-cohort

Het Pharmacogenetics of Asthma medication in Children: Medication with ANTI-inflammatory effects (PACMAN) cohortonderzoek is een observationeel onderzoek, waarbij apothekers in Nederlandse openbare apotheken kinderen hebben geselecteerd (leeftijd 4-12 jaar) die regelmatig astmamedicatie gebruiken (≥ 3 voorschriften (Anatomical Therapeutic Chemical Code R03) in de voorafgaande twee jaar, waarvan ≥ 1 in de afgelopen 6 maanden). De betrokken apothekers zijn lid van het UPPER-netwerk voor onderzoek en stages in de farmaceutische praktijk van de Universiteit Utrecht. Kinderen en hun ouders kregen een uitnodiging voor een onderzoeksbe-

zoek in de eigen apotheek [figuur]. De recepten konden zowel zijn voorgeschreven door de huisarts als door de specialist. De opzet van het PACMAN-cohortonderzoek hebben we elders beschreven.¹¹ Tijdens het onderzoeksbezoek in de eigen apotheek kregen de ouders een uitgebreide vragenlijst voorgelegd, met daarin onder andere vragen over een astmadiagnose, het huidige medicatiegebruik, de therapietrouw, de aanwezigheid van allergieën en de ernst van het astma.

Het PACMAN-onderzoek is goedgekeurd door de METC van het UMC Utrecht en de IRB van de afdeling Farmaco-epidemiologie en Klinische farmacologie, Universiteit Utrecht.

Astmadiagnose volgens de ouders

Door middel van een vragenlijst vroegen de onderzoekers de ouders naar een astmadiagnose van hun kind, aan de hand van de volgende vragen:

- 'Heeft uw kind astma?' (Als antwoord konden de ouders 'ja' of 'nee' aankruisen.)
- 'Zo ja, op welke leeftijd is de diagnose astma bij uw kind gesteld?' (Antwoord: '... jaar')
- 'Door wie is de diagnose astma gesteld?' (Als antwoord konden de ouders 'huisarts', 'longarts', 'kinderarts', 'anders, namelijk ...' aankruisen.)

Astmadiagnose volgens de huisarts

Na afloop van het onderzoeksbezoek in de apotheek hebben we de huisarts schriftelijk benaderd met de vraag: 'Zou u deze patiënt diagnosticeren als astmapatiënt?' (Als antwoord konden de huisartsen 'ja'/'nee, omdat ...'/'onzeker, omdat ...' aankruisen en eventueel een toelichting geven.)

Abstract

Pieters LE, Vijverberg SJH, Raaijmakers JAM, Van der Ent CK, Maitland-van der Zee AH. *Diagnosis of asthma in children. Huisarts Wet* 2014;57(9):446-51.

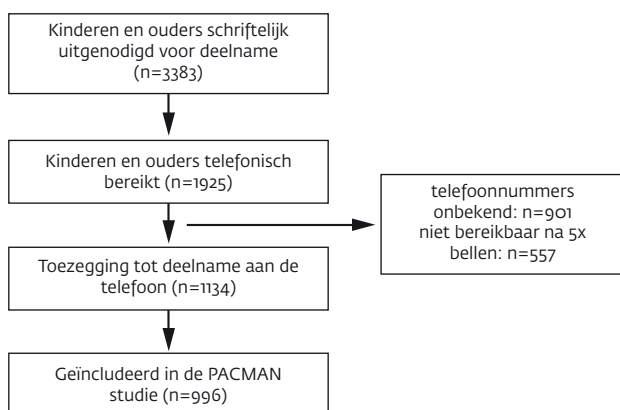
AIM To assess the agreement between parent-reported and general practitioner (GP)-reported diagnosis of asthma in children who use asthma medication.

METHODS In total, 996 children (age 4-12 years) from the Pharmacogenetics of Asthma medication in Children: Medication with Anti-inflammatory effects (PACMAN) cohort study were investigated. All children had recently used asthma medication. Parents and children completed a questionnaire on asthma diagnosis, symptoms, medication use, and medication compliance. General practitioners were contacted to establish whether the child had been diagnosed with asthma. Multivariate logistic regression analysis was used to study the association between patient characteristics and agreement on asthma diagnosis between parents and GP.

RESULTS Overall, both the GP and the parents agreed about the diagnosis of asthma in 63.5% of the children. Agreement between GP and parents about the presence or absence of asthma was better if the child was older (OR 1.14, $p = 0.008$), if asthma symptoms were poorly controlled (OR 1.82, $p = 0.02$), and if the child used inhaled corticosteroids (OR 2.93, $p = 0.001$) or short-acting beta agonists (OR 2.04, $p = 0.03$). Origin and parental education level were not significantly associated with diagnostic agreement. Treatment adherence was highest in the children with asthma diagnosed by both the parents and the GP (63.1%).

CONCLUSIONS While there was relatively good agreement between parents and GPs about the diagnosis of asthma in children who used asthma medications, there is still room for improvement.

Figuur Stroomdiagram van de inclusie van kinderen in het PACMAN-cohort. De selectie van de kinderen vond plaats via apotheken.



Overeenstemming over astmadiagnose

De huisarts kon de vraag naar de astmadiagnose beantwoorden met 'ja', 'nee' of 'onzeker' en eventueel een toelichting geven. De ouders konden in de PACMAN-vragenlijst op de vraag over de astmadiagnose alleen met 'ja' of 'nee' antwoorden. In de analyse hebben we daarom alleen kinderen meegenomen van wie gegevens beschikbaar waren over de astmadiagnose volgens de ouders én bij wie de huisartsen 'ja' of 'nee' hadden geantwoord.

Factoren geassocieerd met overeenstemming

Aan de hand van multivariate logistische regressie hebben we verschillende factoren onderzocht die van invloed zouden kunnen zijn op het bestaan van overeenstemming. Daarbij hebben we de volgende variabelen vastgelegd: leeftijd, geslacht, medicatiegebruik in het afgelopen jaar, controle van astmasymptomen, en afkomst en opleidingsniveau van de ouders. Medicamenten die een belangrijke rol spelen bij astmabehandeling hebben we meegenomen in de analyse: orale corticosteroiden (OCS), inhalatiecorticosteroiden (ICS), langwerkende bèta-agonisten (LABA), kortwerkende bèta-agonisten (SABA) en leukotriënenreceptorantagonisten (LTRA). De ouder gaf informatie over het medicatiegebruik. We berekenden de astmacontrole op basis van de Asthma Control Questionnaire Score, een gevalideerd meetinstrument voor astmacontrole dat uit zes items bestaat.¹² De vragenlijst heeft sterke meeteigenschappen, zowel voor gebruik in de kliniek als in het kader van onderzoek en is gevalideerd voor gebruik bij kinderen.¹³ Een patiënt heeft goed gecontroleerd astma wanneer de score < 0,75 is. Een waarde ≥ 0,75 duidt op ongecontroleerd astma. Ouders kregen de vraag voorgelegd tot welke etnische bevolkingsgroep ze zich rekenden. Als beide ouders hadden aangegeven van Nederlandse afkomst te zijn, beschouwden we het kind als Nederlands. We beschouwden kinderen als 'kinderen van hoogopgeleide ouders' als minimaal één ouder een hbo- of universitaire opleiding had afgerond. Significante oddsratio's (OR) hebben we gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. De verbanden tussen medicatiegebruik en overeenstemming hebben we tevens gecorrigeerd voor de soorten medicatie die in het model een verandering van meer dan 10% in de bètawarde hadden veroorzaakt.

Therapietrouw

We hebben de terapietrouw onderzocht in de groep kinderen die onderhoudsmedicatie gebruiken voor astma. Daarvoor hebben we de Medication Adherence Report Scale gebruikt.¹⁴ Met dit instrument kunnen we terapietrouw van astmapatiënten door middel van zelfrapportage betrouwbaar vaststellen. Deze maat komt overeen met indicaties van terapietrouw die zijn gebaseerd op gegevens van de apotheekreceptenuitgifte.¹⁵

Voor dit onderzoek hebben we de MARS-5 gebruikt, die bestaat uit vijf items met betrekking tot medicatiegebruik:

- Item 1: Mijn kind vergeet zijn/haar medicijnen te gebruiken.
- Item 2: Ik of mijn kind wijzig(t) de dosering van de medicijnen.

- Item 3: Mijn kind stopt een tijdje met medicijnen te gebruiken.
- Item 4: Mijn kind besluit (of de ouders besluiten) om een dosering over te slaan.
- Item 5: Mijn kind neemt minder dan is voorgeschreven.

Per item kan de ouder 'altijd', 'vaak', 'soms', 'zelden' of 'nooit' aankruisen, waarmee de score 1 tot 5 punten kan zijn. We hebben een afkapwaarde van ≥ 21 gehanteerd voor het classificeren van terapietrouw.^{9,15}

RESULTATEN

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit 996 kinderen die tussen april 2009 en januari 2013 aan het PACMAN-cohortonderzoek hadden deelgenomen. Voor deelname aan ons onderzoek selecteerden we kinderen op basis van het gebruik van astmamedicatie zoals dat is geregistreerd bij de apotheek (minimaal drie recepten in de afgelopen twee jaar). De [figuur] betreft een stroomdiagram van de inclusie. In totaal hebben we ruim 3000 kinderen benaderd, via 98 apotheken. De kenmerken van de onderzoekspopulatie staan in [tabel 1]. De gemiddelde leeftijd was 8,4 jaar, de meeste kinderen waren jongens (61,7%).

Astmadiagnose volgens de ouders

Van 28 kinderen ontbraken gegevens over een door de ouders gerapporteerde astmadiagnose. Van de 968 kinderen met be-

Tabel 1 Kenmerken van het PACMAN-cohort (n = 996)

Kinderen	
■ Gemiddelde leeftijd (sd), in jaren	8,4 (2,5)
■ Geslacht, jongens	61,7%
■ Etniciteit, beide ouders Nederlands	73,2% (703/961)
■ Astma onder controle*	57,6% (552/958)
Medicatiegebruik	
■ Therapietrouw†	58,3% (521/894)
■ SABA	83,5% (819/981)
■ LABA	23,3% (229/981)
■ ICS	86,0% (844/981)
■ LTRA	8,9% (87/981)
■ OCS	6,1% (60/981)
Ouders	
■ Educatie ouders, hoger opgeleid‡	57,3% (527/920)
■ Ouder(s) astma	47,1% (407/864)
■ Roken thuis	12,5% (122/974)

* Volgens de Asthma Control Questionnaire (ACQ) (6 items); ACQ-score < 0,75 geeft astmacontrole aan.

† Percentage van de kinderen dat onderhoudsmedicatie (LTRA of ICS) gebruikt; score volgens Medication Adherence Rating Scale-5 (MARS-5).

‡ Ten minste een van de ouders heeft een hbo- of universitaire opleiding afgerond.

Tabel 2 Overeenstemming in astmadiagnose: oudergerapporteerde versus huisartsgerapporteerde astmadiagnose (n = 356)

	Huisarts		
	Ja	Nee	Totaal
Ouders			
Ja	226	27	253
Nee	72	31	103
Totaal	298	58	356

Geobserveerde overeenstemming: 72,1% (226 + 31)/356.

Huisarts bevestigt diagnose van de ouders: 89,3% (226/253).

Ouders bevestigen diagnose van de huisarts: 75,8% (226/298).

schikbare onderzoeksgegevens hebben de ouders van 666 kinderen (68,8%) gemeld dat hun kind een astmadiagnose had. De ouders gaven aan dat de diagnose meestal was vastgesteld door een kinder(long)arts (56,2%) of huisarts (41,5%).

Astmadiagnose volgens de huisarts

Van 429 (44,3%) PACMAN-kinderen beschikten we over gegevens van de huisarts. Van 298 kinderen (69,5%) hadden de huisartsen aangegeven dat ze het kind zouden diagnosticeren als astmapatiënt en bij 58 kinderen (13,5%) hadden ze vermeld dat ze dat niet zouden doen. Bij 73 kinderen (17,0%) hadden de huisartsen aangegeven onzeker te zijn over een astmadiagnose.

Astmadiagnose en leeftijd

Ouders rapporteerden dat de gemiddelde leeftijd waarop een astmadiagnose bij hun kind was gesteld $3,4 \pm 2,5$ jaar was. We hadden geen informatie van de huisartsen over de leeftijd waarop een astmadiagnose gesteld was. Van de 95 PACMAN-kinderen die jonger waren dan zes jaar, hadden de huisartsen echter van 46 kinderen (48,4%) aangegeven dat ze het kind als astmapatiënt zouden diagnosticeren.

Overeenkomsten in rapportage van de astmadiagnose

Aangezien de ouders, anders dan de huisartsen, geen mogelijkheid hadden om 'onzeker' aan te kruisen in de vragenlijst over een astmadiagnose, hebben we kinderen voor de analyses geëxcludeerd bij wie de huisarts een onzekere astmadiagnose had aangegeven. Met betrekking tot de groep van overgebleven 356 PACMAN-kinderen waren zowel de ouders als de huisarts zeker van een astmadiagnose bij 226 kinderen (63,5%). Van 31 kinderen (8,7%) hadden zowel de ouders als de huisartsen aangegeven dat het kind geen astmadiagnose had. Bij 71,2% hadden ouders en huisartsen dus hetzelfde aangegeven (allebei 'wel' of allebei 'geen' astmadiagnose). Bij 27 kinderen (7,6%) hadden de ouders echter gemeld dat het kind een astmadiagnose had, terwijl de huisarts had gerapporteerd dat er geen diagnose was. Omgekeerd had de huisarts bij 72 kinderen (20,2%) aangegeven dat hij/zij het kind zou diagnosticeren als een astmapatiënt, maar hadden de ouders gemeld dat hun kind geen astmadiagnose had. De overeenstemming is weergegeven in [tabel 2].

Factoren die samenhangen met overeenstemming

Het opleidingsniveau van de ouders, het hebben van een ouder met een geschiedenis van astma, de etniciteit en het geslacht bleken geen significante invloed te hebben op de overeenstemming tussen ouders en huisartsen over een astmadiagnose ($p > 0,05$) [tabel 3]. Er was een grotere kans op overeenstemming over de diagnose als kinderen ongecontroleerde astmasymptomen hadden (OR: 1,82; $p = 0,02$). Andere factoren die met de overeenstemming tussen huisartsen en ouders samenhangen waren gebruik van ICS en SABA (OR: 2,93; $p = 0,001$, respectievelijk OR: 2,04; $p = 0,03$), en leeftijd (OR: 1,14; $p = 0,008$).

Astmadiagnose en therapietrouw

Bij 310 kinderen die onderhoudsmedicatie (ICS en/of LTRA) gebruikten en over wie informatie van zowel de ouders als de

Tabel 3 Factoren die samenhangen met het bestaan van overeenstemming tussen huisarts en ouders bij het rapporteren van een astmadiagnose

	OR (95%-BI)	p-waarde	Gecorrigeerde OR (95%-BI)	p-waarde
Leeftijd	1,14 (1,03 tot 1,25)	0,008	1,14* (1,04 tot 1,25)	0,008
Geslacht, meisje	0,86 (0,53 tot 1,38)	0,53		
Etniciteit, niet-Nederlands	1,30 (0,72 tot 2,36)	0,39		
Educatie ouders, laag	1,47 (0,90 tot 2,39)	0,12		
Ouders astma, geen	1,37 (0,83 tot 2,27)	0,22		
Astmacontrole slecht onder controle	1,71 (1,06 tot 2,76)	0,03	1,82† (1,11 tot 2,96)	0,02
Medicatie				
■ OCS-gebruik	1,82 (0,60 tot 5,53)	0,29		
■ ICS-gebruik	3,44 (1,84 tot 6,41)	< 0,001	2,93* (1,54 tot 5,60)	0,001
■ LABA-gebruik	2,02 (1,13 tot 3,64)	0,004	1,59* (0,87 tot 2,93)	0,14
■ SABA-gebruik	1,99 (1,10 tot 3,58)	0,02	2,04 (1,08 tot 3,86)	0,03
■ LTRA-gebruik	1,28 (0,56 tot 2,93)	0,56		

* Gecorrigeerd voor geslacht.

† Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

‡ Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en LABA-gebruik.

§ Gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en ICS-gebruik.



Foto: Peter Elvidge/Shutterstock

huisartsen bekend was, keken we naar de invloed van de astmadiagnose op de therapietrouw [tabel 4]. De therapietrouw was het hoogst in de groep kinderen die zowel volgens de ouders als volgens de huisartsen astma hadden (63,1%) en het laagst in de groep kinderen die wel een astmadiagnose hadden volgens de ouders, maar niet volgens de huisarts (21,4%).

BESCHOUWING

Dit populatieonderzoek onder kinderen die regelmatig astmamedicatie gebruiken toont aan dat ouders en huisartsen in bijna driekwart van de gevallen hetzelfde rapporteren met betrekking tot een eventuele astmadiagnose. Bij bijna tweederde van de kinderen geven zowel de huisartsen als de ouders aan dat er sprake is van een astmadiagnose. Leeftijd, slechte controle van de astmasymptomen, ICS- en SABA-gebruik zijn geassocieerd met de overeenstemming tussen huisartsen en

ouders met betrekking tot een astmadiagnose. Het opleidingsniveau en de afkomst van de ouders, en een geschiedenis van astma bij de ouders zijn niet significant geassocieerd met het bestaan van overeenstemming. Als er overeenstemming is tussen ouders en huisarts, neemt de kans op therapietrouw aan onderhoudsmedicatie toe.

Uit eerder onderzoek blijkt ook dat er een discrepantie kan bestaan tussen door ouders en huisartsen gerapporteerde gegevens. In een onderzoek naar de prevalentie van astma bij kinderen op basis van gegevens van de ouders en van huisartsen in een onderzoekspopulatie van 6295 Zweedse kinderen (leeftijd 1-6 jaar) bleek de overeenstemming tussen ouders en huisartsen 60,4% te zijn.¹⁶ Een verschil met dit populatieonderzoek is dat onze onderzoekspopulatie uit oudere kinderen bestaat, die we hebben geïncludeerd op basis van gebruik van astmamedicatie die een huisarts of specialist heeft voorgeschreven. De kans op aanwezigheid van een astmadiagnose is in het PACMAN-onderzoek daardoor bij voorbaat hoog en juist laag bij de jonge kinderen uit het Zweedse onderzoek. Eerder onderzoek heeft ook aangetoond dat de huisarts niet altijd een astmadiagnose heeft gesteld wanneer astmamedicatie is voorgeschreven. Uit onderzoek naar de aanwezigheid van astma bij voorgeschreven astmamedicatie bij 74.580 Nederlandse kinderen (56,4% jongen) onder de achttien jaar bleek dat er een astmadiagnose was gesteld bij 61% van de kinderen die ten minste twee recepten voor astmamedicatie in het voorgaande jaar hadden ontvangen (en bij 49% van de kinderen die ten minste één recept hadden ontvangen).¹⁷ Dit percentage lag bij onze populatie hoger: 69,5% (298/429), mogelijk doordat we hogere eisen aan de medicatievoorschriften hebben gesteld.

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor discrepanties tussen ouder- en artsgerapporteerde gegevens. Die kunnen zowel bij de arts als bij de ouders liggen. Mogelijke verklaringen zijn een incompleet medisch dossier, verschillen in perceptie tussen ouders en huisarts over wat er besproken is tijdens het consult, gebrekkige communicatie tussen (gescheiden) ouders en verschillen in wat de huisarts aan de ouders vertelt (bijvoorbeeld symptoomdiagnose) en wat de huisarts noteert in het dossier naar aanleiding van klinisch objectieve metingen (bijvoorbeeld longfunctiemeting).¹⁸ Uit verschillende onderzoeken is gebleken dat de voorlichting over astma en astmasymptomen in de praktijk niet optimaal is; belangrijke onderwerpen komen niet aan de orde of ouders herkennen de astmasymptomen niet.^{19,20}

Bij ons onderzoek zien we dat de therapietrouw het hoogst is in de groep kinderen bij wie zowel de ouders als de huisartsen een astmadiagnose hebben gerapporteerd. We nemen aan dat de overeenstemming tussen ouders en huisartsen voortkomt uit een dialoog over ziektebesef en de noodzaak van correct medicatiegebruik. Deze factoren dragen bij aan een grotere therapietrouw en moeten door de huisarts gestimuleerd worden.^{11,21}

Onze resultaten wijzen op het belang van een goede communicatie tussen ouders, patiënten en artsen, en ondersteunen de waarde van door ouders gerapporteerde diagnoses voor epi-

Tabel 4 Astmadiagnose volgens de huisarts/ouders en therapietrouw

	n	%	Therapietrouw (%)
Astma volgens huisarts en ouders	213	68,7	63,1
Geen astma volgens huisarts en ouders	22	7,1	52,4
Astma volgens ouders, maar niet volgens huisarts	14	4,5	21,4
Astma volgens huisarts, maar niet volgens ouders	61	19,7	58,3

We hebben alleen kinderen in de analyse meegenomen die het gebruik van onderhoudsmedicatie hadden gerapporteerd. Therapietrouw is vastgesteld aan de hand van de MARS-5-score.

demologisch onderzoek. Veel epidemiologische onderzoeken naar kinderastma maken gebruik van door de ouders gerapporteerde diagnoses: een systematische review heeft aangetoond dat 78% van de geïncludeerde epidemiologische kinderastma-onderzoeken gebruik hebben gemaakt van door de ouders gerapporteerde astmadiagnoses.¹⁸ Ons onderzoek suggereert dat dit een betrouwbare maat is – de overeenstemming is relatief hoog en door ouders gerapporteerde astma bij kinderen met luchtwegklachten leidt eerder tot een onderschatting, dan een overschatting van huisartsgerapporteerde gegevens.

Dit onderzoek heeft als sterke punten dat het cohort groot ($n = 996$) en heterogeen is. Dankzij de inclusie via de apotheken bestaat het PACMAN-cohort uit een dwarsdoorsnede van de Nederlandse kinderastmapopulatie, met kinderen die milde en ernstige klachten hebben, die onder behandeling staan van een specialist of die alleen bij een huisarts op het spreekuur komen. Een eerdere analyse heeft laten zien dat de geïncludeerde onderzoekspopulatie representatief is voor de geselecteerde populatie: leeftijd en geslacht van de kinderen die zijn geïncludeerd in het PACMAN-cohort verschillen nauwelijks van die van de geselecteerde onderzoekspopulatie.²²

Bij de interpretatie van de resultaten moeten we rekening houden met een aantal beperkingen. Ten eerste zijn de geïncludeerde kinderen geselecteerd op basis van astma-medicatievoorschriften, geregistreerd in de apotheeksystemen, waardoor selectiebias kan optreden. Hoewel inhalatiecorticosteroïden soms ook voor andere indicaties worden voorgeschreven, is de kans klein dat een zorgverlener (huisarts/specialist) denkt dat het kind geen (symptoomdiagnose) astma heeft, maar wel astmamedicatie voorschrijft. Het aantal kinderen van wie de ouders aangeven dat er sprake is van een astmadiagnose, terwijl de huisarts dat niet doet is dan ook klein, maar ze zijn er opvallend genoeg nog wel. De andere groep kinderen waarbij geen overeenstemming is (de huisarts geeft aan dat er een diagnose astma is, maar de ouders niet), is een interessantere groep voor verder onderzoek, omdat deze een aangrijpingspunt vormt voor de verbetering van de astmabehandeling in de huisartsenpraktijk en apotheek. De huisarts heeft namelijk wel een behandelplan en medicatie voorgeschreven of het kind doorverwezen naar een kinder(long)arts, maar de ouders hebben niet begrepen dat er sprake is van een astmadiagnose of zijn het niet eens met de diagnose. In deze groep valt dus ook winst te behalen wat betreft het optimaliseren van therapietrouw.

Een beperking van dit onderzoek is dat er kinderen ontbreken die astmatische klachten hebben, maar geen medicatie gebruiken. Het zou interessant zijn om ook in deze groep te onderzoeken of er wat betreft de astmadiagnose overeenstemming is tussen ouders en huisartsen.

Ouders hadden in de huidige onderzoeksopzet geen mogelijkheid om ‘onzeker’ in te vullen bij de vraag over een astmadiagnose. Voor het onderzoek naar de overeenstemming is daarom de groep huisartsen die onzeker was over de diagnose geëxcludeerd. Dit zou tot selectiebias kunnen leiden. Het percentage van een door ouders gerapporteerde astmadiagnose

in de geëxcludeerde kinderen bleek echter weinig te verschillen van het percentage door ouders gerapporteerde astmadiagnose in de onderzochte groep (67,2% versus 68,8%).

De response rate van de huisartsen is helaas laag in ons onderzoek (44,3%). Hierdoor is de groep waarin naar overeenstemming is gekeken een stuk kleiner dan het gehele cohort. De basiskennmerken van de bestudeerde groep verschillen echter weinig van die van het totale cohort: gemiddelde leeftijd 8,5 (2,4) jaar, 60,7% jongen. We verwachten dus niet dat selectiebias onze resultaten heeft beïnvloed, maar we kunnen niet uitsluiten dat de huisartsen die aan ons onderzoek hebben deelgenomen, ook meer waarde hechten aan communicatie tussen zorgverlener en patiënt en ouders/verzorgers, dan huisartsen die niet hebben deelgenomen. Het zou dus kunnen dat de overeenstemming in de gehele populatie lager ligt dan die wij gevonden hebben.

Bij de behandeling van astma is het essentieel dat de ouders en de huisarts een gesprek aangaan over de aanwezigheid van een astmadiagnose en het gebruik van medicatie. Een recent onderzoek in het Nederlandse geboortecohort PIAMA laat zien dat 42% van de kinderen van acht jaar die ICS gebruikten, dat niet dagelijks deden.²³ De therapietrouw was hoger naarmate de ouders meer kennis hadden over astmamedicatie en – voor hun gevoel – voldoende informatie hadden ontvangen van medische hulpverleners. Eerder onderzoek liet al zien dat er bij astmamedicatie grote verschillen zijn in het voorschrijfgedrag van Nederlandse huisartsen.²⁴ Het aanbieden van workshops voor huisartsen op het gebied van astmaeducatie en -management zou kunnen helpen om de astmaeducatie te verbeteren en een uniformer astmamangement te realiseren. Een Australisch onderzoek laat zien dat huisartsen die workshops hadden gevolgd op het gebied van patiëntcommunicatie en astmamangement, zich zekerder voelden om met hun patiënt over astmamangement te praten en vaker samen met de patiënt een persoonlijk actieplan opstelden, dan huisartsen die deze workshops niet hadden gevolgd.²⁵ Ook controleerden de huisartsen die de workshops hadden gevolgd vaker of de patiënten hun medicatie op de juiste manier gebruikten.

CONCLUSIE

Onze resultaten laten zien dat er een discrepantie bestaat tussen de ouders en de huisarts in het rapporteren van een astmadiagnose bij Nederlandse kinderen die astmamedicatie gebruiken. De kans op therapietrouw bij het gebruik van onderhoudsmedicatie neemt toe als zowel de ouders als de huisartsen aangeven dat er sprake is van een astmadiagnose. Dit betekent dat de overeenstemming tussen de ouders en de huisarts over de aanwezigheid van een astmadiagnose bij het kind een aandachtspunt dient te zijn bij het optimaliseren van de behandeling van astma. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Onderzoek.



Gender, gelijkheid en geneeskunde

Deze beschouwing is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 478 (Miriam de Kleijn et al.), pagina 486 (Sylvie Lo Fo Wong) en pagina 490 (Anne-Marie Giesen et al.).

Samenvatting

Lagro-Janssen T. *Gender, gelijkheid en geneeskunde*. *Huisarts Wet* 2014;57(9):452-6.

In deze beschouwing toon ik de meerwaarde aan die het genderperspectief biedt aan zorg, wetenschappelijk onderzoek en medisch onderwijs. Ik wijs op de tekortkomingen die schuilen in een louter biologische benadering van sekseverschillen. Een biopsychosociale denkwijze, zoals gangbaar in de huisartsgeneeskunde, en een *personalized medicine* kunnen hun voordeel doen met de verworvenheden vanuit de gendersensitieve geneeskunde. Tot slot laat ik zien hoeveel gender en gelijkheid in de geneeskunde met elkaar te maken hebben. Toepassing van gendersensitieve kennis heeft het meisje uit de casus die ik beschrijf gelijke kansen geboden op de juiste zorg. Gegevens uit gendersensitief onderzoek wijzen erop hoe belangrijk het is om te streven naar gelijke gezondheidsuitkomsten. Gelijke uitkomsten kunnen juist nopen tot een ongelijke behandeling voor vrouwen en mannen. Bovendien bepalen attitude en bejegening of de zorg toegankelijk is voor alle vrouwen, ook voor kwetsbare, gemarginaliseerde groepen vrouwen in onze samenleving. Het doel van een gendersensitieve geneeskunde is om de medische zorg aan vrouwen en mannen te verbeteren. Deze vorm van patiëntenzorg is ook een bron van inspiratie voor wetenschappelijk onderzoek en onderwijs.

Sanne, zeventien jaar, havo-leerling, zit samen met haar moeder wat bozig voor me. Het gaat niet goed. Moeder en dochter hebben vaak ruzie en voelen zich daar niet gelukkig bij. Moeder zegt dat Sanne niet luistert, dat ze liegt en een grote mond heeft, ook op school. Haar schoolprestaties zijn slecht, opdrachten heeft ze nooit op tijd klaar, ze is ongemotiveerd, praat veel, is snel afgeleid en lijkt de hele boel aan haar laars te lappen. En nu wil ze al een week niet meer naar school. Sanne zelf vertelt dat ze moe is en geregeld last heeft van hoofdpijn. Ze voelt zich ook nerveus door 'alle gedoe'. Moeder weet niet wat te doen.

Ik ken Sanne al sinds ze een jong kind was als een drukpratend, fantasierijk meisje, dat snel afgeleid is en altijd in is voor iets spannends. Ze is de jongste uit een gezin van vier kinderen, een leuke, goed verzorgde, jonge vrouw, die er volwassener uitziet dan haar zeventien jaar. Ze is gezond, gebruikt als anticonceptiemiddel de pil, en ook geregeld paracetamol. Ze rookt niet, blowt in het weekend en gebruikt, soms fors, alcohol, alleen als ze gaat 'stappen'.

DE ZORG

Als we kijken naar de tien meestgenoemde klachten van jonge vrouwen en mannen, ervaren in de afgelopen veertien dagen, dan worden verschillen zichtbaar [tabel 1]. Sanne deelt haar moeheid en hoofdpijn met vele andere vrouwen en één op de vier jonge vrouwen heeft zich in de laatste twee weken nerveus of gespannen gevoeld. Jongeren komen niet snel met deze klachten op het spreekuur van de huisarts. De vragen waarmee jonge vrouwen bij de huisarts komen, betreffen voornamelijk anticonceptie, urineweginfecties, pijnlijke menstruatie of klachten van vaginale afscheiding [tabel 2]. Jonge mannen bezoeken de huisarts minder vaak en komen dan vooral met (sport)ongevallen en klachten van het bewegingsapparaat.

Aard en voorkomen van alledaagse ziekten, chronische aandoeningen, klachtpresentatie, ervaren gezondheid, hulpvraaggedrag en medicijngebruik zijn voor vrouwen en mannen duidelijk verschillend.

Sanne is echter ook een voorbeeld van sekseverschillen in uitingvormen van aandoeningen. Toen ze de keer daarna op mijn verzoek en met instemming van haar moeder alleen op het spreekuur kwam, kreeg ik het volgende verhaal te horen.

Sanne is twee jaar geleden door een oudere vriend van haar vriendje verkracht. Ze heeft er nooit iets over verteld, niet aan haar ouders, noch aan haar vriendje, bang om afgewezen te worden. Ze heeft ook gezwegen omdat ze zich schuldig voelde en zich ervoor schaamde dat het haar was overkomen. Ze had de situatie helemaal verkeerd ingeschat en volgens de 'dader' had ze het zelf uitgelokt. Bovendien had ze veel gedronken. Ze heeft geen aangifte bij de politie gedaan en wilde het voorval zo snel mogelijk vergeten. Met het vriendje van toen is het trouwens snel uitgegaan, maar ze ziet hem nog wel af en toe. Op school heeft ze veel moeite om mee te komen, ze begrijpt de lesstof niet en durft niet om uitleg te vragen. De ervaring dat veel dingen haar niet lukken, veroorzaakt negatieve gedachten over haarzelf als laks, lui, dom en naïef. Daar word je niet vrolijk van... Aan het einde van het consult vertelt ze ineens dat ze, inmiddels gestopt met de pil, onveilige seks heeft gehad met haar ex-vriendje en dat ze zwanger is. Ze wil een abortus. Dat wil ze niet aan moeder vertellen. Die staat op het punt om met haar vader op vakantie te gaan en ze wil de vakantie niet voor haar moeder verpesten. Ze vertelt het wel aan haar peettante en uiteindelijk ook aan haar moeder. Een abortus volgt. Gelukkig wil ze verwezen worden naar de psycholoog in ons team. Deze komt tot de conclusie dat er, naast de traumatisatie, de verkrachting, ook sprake is van een niet-onderkende aandachtstekortstoornis, adhd. Ze beschikt over voldoende cognitieve vermogens en is ook voldoende in staat zich in anderen te verplaatsen. De psychiater bevestigt de diagnose adhd. Met educatie en begeleiding van Sanne, haar ouders en haar school, knapt ze, zonder medicatie, geweldig op.

SEKSEVERSCHILLEN IN SYMPTOMEN

Deze casus komt uit de psychiatrie, waar ontwikkelingsstoornissen bij meisjes vaak niet worden herkend, omdat de uitingvorm van die ontwikkelingsstoornis, adhd, op gedragsniveau voor mannen en vrouwen anders is.³ Mannen

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen • Correspondentie: Toine.Lagro@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven • Deze beschouwing is een verkorte versie van de afscheidsrede van prof.dr. Lagro-Janssen, 'Gender, gelijkheid en geneeskunde'.

Tabel 1 De meestvoorkomende klachten met significante vrouw-manverschillen (18-22 jaar), ervaren in de afgelopen twee weken; in percentages¹

Klacht	Vrouwen	Mannen
Moeheid	59,6	38,4
Hoofdpijn	59,6	35,1
Slapeloosheid	29,6	18,7
Pijn in nek/schouders	26,3	13,4
Buikkrampen, buikpijn	24,6	8,2
Nerveus, gespannen, angstig	24,2	12,7
Duizeligheid	21,2	8,6
Pijn laag in rug	20,5	12,3
Snel boos, geïrriteerd	19,9	12,3
Misselijkheid	18,9	6,3

vertonen bij problemen, ook als deze de gezondheid betreffen, meer externaliserend gedrag, dat wil zeggen dat mannen de oorzaak van hun problemen meer buiten zichzelf leggen: de baas neemt verkeerde beslissingen, de vrouw geeft onvoldoende aandacht en de kinderen luisteren ook al niet meer. Vrouwen laten een meer internaliserend gedrag zien: ze zoeken de oorzaak van een probleem eerder bij zichzelf. Schaamte en schuld zijn hun deel.⁴

De symptomen van adhd – aandachtstekort, hyperactiviteit en impulsiviteit – worden bij meisjes eerder gemist, omdat ze op gedragsniveau minder storend zijn: leerachterstand verstoort de orde in de klas niet en wijst niet direct in de richting van een ontwikkelingsstoornis. Niet de impulsiviteit op zich alarmeert bij meisjes, maar de gevolgen van hun impulsieve gedrag, zoals het zich onnadenkend in hachelijke situaties begeven, met als gevolg ongewenste zwangerschap, mishandeling en seksueel misbruik. Het zijn deze gevolgen die zorgen baren en tot consultatie leiden.⁵

Kortom, de uitingvormen verschillen tussen jongens en meisjes, maar de onderliggende mechanismen zijn in dit geval gelijk. Dit leidt ertoe dat bij meisjes ontwikkelingsstoornissen worden gemist, zoals bij jongens mogelijk depressies.

De casus van Sanne illustreert ook het belang van kennis over het veelvuldig voorkomen van ongewenste seksuele contacten bij (jonge) vrouwen. Grensoverschrijdend gedrag, ongewenste seks, verkrachting, systematisch seksueel misbruik: het is voor sommige adolescenten dagelijkse realiteit. Ik geef u enkele cijfers over vrouwen jonger dan 25 jaar. Eén op de 3 vrouwen is wel eens tegen haar wil aangeraakt, 1 op de 5 tegen haar wil gezoend, en 1 op de 6 vrouwen geeft aan wel eens gedwongen te zijn seksuele handelingen te verrichten die ze niet wilde.⁶

Concluderend: bij Sanne heeft toepassing van seksspecifieke kennis tot betere zorg geleid. Deze kennis biedt Sanne dezelfde kans op een juiste behandeling als een jongeman. Seksspecifieke kennis is een voorwaarde voor een gelijke toegang tot de juiste zorg.

DE THEORIE

Het begrip *seks* verwijst naar het geheel van biologische, dat wil zeggen chromosomale en hormonale, eigenschappen van de mens. Deze bepalen of iemand vrouw dan wel man is. Een van de belangrijkste boodschappen van de seksspecifieke geneeskunde is dat elke lichaamscel een geslacht heeft.⁷ Vrouwen hebben twee X-chromosomen, terwijl mannen een X- en een Y-chromosoom hebben. Vrouwelijke cellen hebben dus tweemaal zoveel kopieën van X-chromosomale genen als mannen. Het X- en het Y-chromosoom verschillen enorm in het aantal genen. Het X-chromosoom is groot en bevat meer dan 1000 genen. Deze genen coderen voor eiwitten die van belang zijn voor bijna al onze lichaamsfuncties. Het Y-chromosoom is klein en bevat minder dan 100 genen. Genen op het X-chromosoom dragen aanzienlijk bij aan het verschil in gevoeligheid voor ziekten tussen mannen en vrouwen. Dit wordt vooral duidelijk bij de geslachtsgebonden erfelijke ziekten: mannen zijn gevoelig voor mutaties in hun enkele kopie van X-gebonden genen, terwijl vrouwen ten gevolge van de zogenaamde X-inactivatie meestal, maar niet altijd, beschermd zijn tegen de ernstige klinische manifestaties van mutaties in X-gebonden genen.

Binnen de genetica wordt het steeds duidelijker dat epigenetische processen een belangrijke rol spelen bij de seksspecifieke gevoeligheid voor ziekten. Deze processen veroorzaken veranderingen in de expressie van genen zonder dat er wijzigingen zijn in de dna-volgorde. Ze zetten genen aan en uit, bijvoorbeeld in antwoord op veranderingen in de omgeving of in de biologie.⁸ Er worden steeds meer aanwijzingen gevonden voor de gedachte dat verschillen in genexpressie als gevolg van epigenetische regulatie in belangrijke mate bijdragen aan de fenotypische verschillen tussen mannen en vrouwen, zoals bij auto-immuunziekten en psychiatrische aandoeningen. De impact van seks op het genoom, dat is het DNA met de volledige informatie van een organisme, is dus veel groter dan men ooit dacht. Tot zover het begrip *seks*.

De term *gender* staat voor de psychische eigenschappen en gedragskenmerken die in een bepaalde cultuur worden toegeschreven aan vrouwen en mannen. Deze definiëren de gender-

Abstract

Lagro-Janssen T. *Gender, equality, and medicine*. *Huisarts Wet* 2014;57(9):452-5.

This article highlights the importance of taking the gender perspective into account in healthcare, scientific research, and medical curricula. There are inherent shortcomings to considering gender differences solely from a biological perspective. Both personalized medicine and biopsychosocial treatment approaches, common in general practice, benefit from knowledge of gender-sensitive medicine. Moreover, gender and equality are interrelated in medicine. The application of gender-sensitive knowledge to the girl mentioned in the case history enabled health professionals to provide appropriate care. Data from gender-sensitive research confirm how important it is to keep pursuing equality in health outcomes. This may require unequal treatments for women and men. Moreover, our attitudes and approaches decide whether healthcare is actually accessible to all women, including the vulnerable, marginalized groups of women. The aim of gender-sensitive medicine is to improve medical care for both men and women. It is an important stimulus to research and education.

Tabel 2 De meest gepresenteerde aandoeningen op het spreekuur van de huisarts per 1000 patiëntjaren bij vrouwen en mannen, 15-19 jaar²

Vrouwen		Mannen	
Anticonceptie	325	Contusie/hematoom	106
Nervositeit	117	Hooikoorts	57
Verkoudheid	99	Verkoudheid	48
Urineweginfecties	97	Acne vulgaris	48
Contusie/hematoom	87	Nervositeit	39
Acne vulgaris	81	Overige symptomen bewegingsapparaat	39
Dermatitis	66	Distorsie enkel	37
Dysmenorroe	61	Verwondingen	37
Wratten	47	Astma	35
Hooikoorts	45	Wratten	32
Overige symptomen van het bewegingsapparaat	43	Dermatitis	31
Vaginitis/candida	42	Eczeem	27
Conjunctivitis	40	Griep	25
Moe/malaise	40	Cerumen	21
Astma	38	Gedragsstoornis	20

rollen. Omgeving, ervaringen en levensloop verschillen voor vrouwen en mannen, en worden door beide geslachten uiteenlopend gepercipieerd. Dat is wat we verstaan onder *gender*. Gender speelt, zo blijkt uit het voorafgaande, een directe en wezenlijke rol in de verandering van biologische eigenschappen.⁹ Sekse speelt op haar beurt een directe rol in de wijze waarop iemand zichzelf ervaart, de zelfperceptie, en dus iemands gender.

Laten we als voorbeeld het mannenlichaam nemen. Een lichamelijk aspect van de mannelijke identiteit – een groot en sterk lichaam – draagt bij aan de mannelijke genderrol van het uitstralen van kracht. Op basis van mijn jarenlange ervaring als huisarts met vrouwelijke en mannelijke patiënten en hun lichamen ben ik tot het inzicht gekomen dat hun ‘lichamelijkheid’ mede door het genderverschil wordt bepaald, dat gender iets is wat geïncarneerd wordt. Voortbouwend op een biologisch sekseverschil verwerven we, worden we, gedurende ons leven een mannelijk of vrouwelijk lichaam. Onze levensgeschiedenis, ons sociale leven en onze genderidentiteit worden als het ware op onze lijven geschreven.

Momenteel is er binnen de medische wetenschappen een belangrijke reden om de term *seksespecifieke geneeskunde* te vervangen door *gendersensitieve geneeskunde*. De recente wetenschappelijke en publieke aandacht voor verschillen tussen man en vrouw reduceert deze tot louter biologische sekseverschillen en vergroot die biologische verschillen uit tot een onveranderlijke allesomvattende verklaringsgrond voor man-vrouwverschillen in relatie tot ziekte en gezondheid.

Dit gebeurt ook bij de hersenen. Er bestaat geen eenvoudige één-op-éénrelatie tussen hersengebieden en mentale processen. De jonge menselijke hersenen bezitten een enorme plasticiteit en ontwikkelen zich in interactie met de omgeving. Eenmaal volwassen geworden, verschillen de hersenen van mannen dan ook van die van vrouwen, zowel wat structuur als wat chemie betreft. Deze verschillen zijn immers het

gevolg van sociale ervaringen en van de wisselwerking tussen hersenen en omgeving. Deze discussie is van meer dan alleen theoretisch belang. De term *seksespecifieke geneeskunde* doet anno 2013 te veel denken aan sekse als louter biologisch verschijnsel, met als gevolg dat vrouwegezonderheid tegenover mannengezonderheid komt te staan.¹⁰ *Gendersensitieve geneeskunde* rekt ook de gezondheid van mannen expliciet tot onderwerp van haar onderzoek, juist vanwege de interactie tussen sociale genderrollen en gezondheid.

Wie gender als onderzoeksdomein in de geneeskunde definieert, gaat als vanzelfsprekend uit van een biopsychosociaal ziekteconcept, dat naast de biologie de context en levensgeschiedenis van mensen en hun klachten centraal stelt. Binnen de huisartsengeneeskunde zijn de omgeving en levensloop van patiënten belangrijke diagnostische, prognostische en therapeutische waarden. Daarom sluit een gendersensitieve benadering goed aan bij het theoretisch uitgangspunt van de huisartsengeneeskunde.

Concluderend: gender is een veronachtzaamde factor in de ontwikkeling van het individu en in de ziekteleer. Wellicht is voor een beter begrip van ziekten met alle diversiteit in uitingsvorm, beloop en behandeling een paradigmawisseling nodig die gender als derde component toevoegt aan het ziekteconcept, naast gen en omgeving.

HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Welke nieuwe kennis levert het op als we in onderzoek apart naar vrouwen en mannen kijken? Ik geef een voorbeeld aan de hand van het onderzoek naar problemen van de bekkenbodem.

Wat is het probleem?

Ten eerste worden klachten van de bekkenbodem hoofdzakelijk onderzocht bij patiënten die naar de specialist verwezen zijn, en ten tweede gebeurt dat onderzoek hoofdzakelijk

bij vrouwen. De meeste mensen met urine-incontinentie (UI) presenteren hun klacht echter aan de huisarts en UI komt ook veel bij oudere mannen voor.

Hoe ziet gendersensitief onderzoek eruit?

We hebben in de eerste lijn onderzoek verricht onder mannen en vrouwen in een veel minder geselecteerde populatie dan die van de specialist.¹¹⁻¹³ Zodoende wordt duidelijk dat mannen veel sneller hulp vragen dan vrouwen en voor minder ernstige incontinentieklachten, omdat ze, meer dan vrouwen, de klachten psychisch als sterk invaliderend ervaren en als storend beschouwen voor hun dagelijks leven. Ook de angst voor verlies aan seksuele activiteit en voor prostaatkanker zijn voor mannen belangrijke redenen om naar de dokter te gaan. Vrouwen op hun beurt wachten langer met een bezoek aan de huisarts, omdat ze het meer vinden horen bij het ouder worden. Een andere bevinding is dat vrouwen buitenshuis vaak niet zittend plassen uit angst voor vieze wc-brillen, terwijl het hangen boven de wc mictieklachten in stand kan houden. Dat bij mannen ongewenste seksuele ervaringen in de voorgeschiedenis mogelijk een rol spelen bij mictieklachten is door het gendersensitieve perspectief een nieuwe onderzoeksvraag geworden.

Resultaat

Integratie van gender in onderzoek in een ongeselecteerde man-vrouwpopulatie levert nieuwe kennis op over de psychische impact, hinder en onrust die UI bij mannen veroorzaakt, en over de angst voor prostaatkanker. Dat noopt tot meer onderzoek naar UI bij mannen. Tot slot is er inzicht verkregen in de wijze waarop genderspecifiek gedrag (hangen boven het toilet) en levensgeschiedenis (misbruik) een rol kunnen spelen als risicofactoren voor het ontstaan van mictieklachten.

Concluderend: aandacht voor gender is een voorwaarde voor gelijkheid – niet in de zin van gelijke behandeling, maar in termen van gelijke resultaten van behandeling. Soms is een ongelijke behandeling voor mannen en vrouwen nodig om een gelijke kans op gezondheid te realiseren. De mening van mannelijke huisartsen dat vrouwen het geweld zelf kunnen uitlokken, beïnvloedt hun houding, wat slachtoffers van geweld ervan kan weerhouden om de dokter openlijk over hun situatie te vertellen.¹⁴

Vooraf kwalitatieve onderzoeksmethoden, zoals interviews en focusgroepen, geven een goed inzicht in wat patiënten of hulpverleners ervaren, denken, verwachten en willen. Ze zijn voor een gendersensitief onderzoek onmiskenbaar van groot belang.

HET ONDERWIJS

Twee kwesties wil ik vanuit mijn ervaringen als docent toelichten: de valkuil van het principe van het neutrale lichaam en de tegendraadse praktijk.

De valkuil van het principe van het neutrale lichaam

Het onderwijzen van gendersensitieve geneeskunde is onderdicht geven over verandering, vernieuwing, innovatie. Veel

artsen of aanstaande arts zijn zich óf niet bewust van het bestaan van sekseverschillen anders dan hormonale verschillen, óf zien niet dat sekseverschillen de gezondheid van hun patiënten beïnvloeden. In de dagelijkse praktijk passen ze toe wat ze eerder hebben geleerd en dat is het diagnosticeren en behandelen van uniforme lichamen. In medische leerboeken, dat hebben we onderzocht, is kennis over verschillen tussen mannen en vrouwen schaars.¹⁵ Het diepgewortelde dominante idee is namelijk dat het in de geneeskunde gaat over mensen, niet over mannen of vrouwen. Neutraliteit suggereert ondermeer objectiviteit. Het principe van het uniforme, neutrale en tevens objectief te kennen lichaam kent drie gebreken: genderblindheid, genderbias en androcentrisme.¹⁶

Het niet onderkennen of erkennen van het belang van sekseverschillen veroorzaakt genderblindheid, dat wil zeggen blind zijn voor en het veronachtzamen van verschillen tussen mannen en vrouwen. Het veroorzaakt genderbias: de aanname dat wat voor het ene geslacht geldt, ook voor het andere geslacht zal gelden. Jammer genoeg kan deze aanname tot calamiteiten leiden, zoals is gebeurd bij de werking van geneesmiddelen. Van de tien geneesmiddelen die de Food and Drug Administration (FDA) tussen 1997 en 2001 vanwege ernstige bijwerkingen heeft verboden, waren er acht die vooral bijwerkingen bij vrouwen bleken te geven.¹⁷ Genderbias kan ook ontstaan als men uitgaat van genderverschillen die berusten op seksestereotypingen van mannen en vrouwen, zoals de aanname dat mannen niet goed voor hun chronisch zieke partner zouden kunnen zorgen.

Omdat het neutrale lichaam wordt ingevuld als een mannelijk lichaam, meestal een mannelijk wit lichaam, wordt de man gezien als normaliteit. Vrouwen wijken af van die norm. We noemen dat *mannelijke dominantie of androcentrisme*.¹⁸

De tegendraadse praktijk

Bij veranderingen – en daar is gendersensitief onderwijs op gericht – is het interessant om te kijken wat mensen tegenhoudt om te veranderen: de tegendraadse praktijk.

Twijfel aan de juistheid van de feiten is een van de meest gebruikelijke reacties als men eigenlijk niet wil veranderen. Men gelooft bijvoorbeeld niet dat er nauwelijks medische indicaties of redenen zijn om, ter voorkoming van schade aan de bekkenbodem, standaard liggend op de rug te bevallen.¹⁹ Ook de bevinding dat pijnbestrijding bij de bevalling met lachgas onder omschreven condities veilig en effectief is, geeft steevast aanleiding tot methodologische vraagtekens.²⁰

Een tweede reactie is het *marginaliseren* van het belang van gender: aan de juistheid wordt niet getornd, maar wel aan de impact ervan. Andere groepen worden belangrijker gevonden, zoals mensen met een lage sociaal-economische status of een andere etniciteit. Natuurlijk is gender een onderdeel van de diversiteit van mensen en diversiteit is ruimer dan alleen gender: etniciteit, leeftijd, religie, klasse, seksuele voorkeur zijn allemaal factoren die verscheidenheid aanbrengen tussen mensen. Gender staat nooit op zichzelf. De wijze waarop gender zich manifesteert, varieert al naar gelang andere

aanwezige sociale factoren, zoals etniciteit, religie en seksuele voorkeur, interfereren met gezondheid. Men vergeet dat de verschillende factoren vaak gelijktijdig werkzaam zijn. De factor gender speelt een specifieke, telkens andere rol bij de genoemde groepen. Bij etniciteit heeft gender bijvoorbeeld vaak een additieve betekenis: allochtone vrouwen zijn meestal laaggeletterd, kennen een geringe maatschappelijke participatie en hebben weinig toegang tot emancipatoire bronnen. Migrantenjongens lopen de meeste kans om hun school niet af te maken, raken maatschappelijk buitengesloten en lopen daardoor een verhoogd risico op verslaving. In vele religies is de vrouwenrol ondergeschikt aan die van de man, waarbij seksueel misbruik oogluikend en soms openlijk is toegestaan.

Een derde reactie is het neutraliseren van het belang van gender door het probleem te *individualiseren*. Men beroept zich hierbij op de gedachte dat 'ieder mens uniek is', 'elke patiënt anders is', en op de uitspraak 'dat de verschillen tussen vrouwen onderling groter zijn dan die tussen mannen en vrouwen'. De gedachte is juist, maar de redenering dat zij speciaal voor sekseverschillen zou gelden, is dat niet. Verschillen tussen mannen en vrouwen zijn net zo evidence-based op groepsniveau als alle andere op groepsniveau verkregen uitkomsten, en daarop is een evidence-based georiënteerd medisch curriculum gestoeld. In de spreekkamer moeten de uitkomsten van evidence-based medicine altijd worden aangepast aan de individuele patiënt. Zo ook de feiten over verschillen tussen groepen mannen en groepen vrouwen.

Tot slot de reactie van *afzijdigheid*, die luidt dat sekseverschillen zeker belangrijk zijn, maar toch meer 'iets van vrouwen' zijn, en niet iets dat 'een mannelijke docent' aangaat.²¹

Concluderend: gelijkheid kan pas worden bereikt als waarden, doelen en eindtermen van het geneeskundig onderwijs gendersensitief worden gedefinieerd.

CONCLUSIE

Toepassing van gendersensitieve kennis heeft Sanne, het meisje uit de casus, gelijke kansen geboden op de juiste zorg. Gegevens uit gendersensitief onderzoek wijzen erop hoe belangrijk het is om te streven naar gelijke gezondheidsuitkomsten. Gelijke uitkomsten kunnen juist nopen tot een ongelijke behandeling voor vrouwen en mannen. ■

LITERATUUR

- 1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker D, Schellevis F. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: Nivel/RIVM, 2004.
- 2 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Lagro-Janssen ALM, Schers HJ, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. 5de druk. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2008.
- 3 Wijngaarden-Cremers P, Van der Gaag RJ, Groen W, Oosterling I, Van Deurzen P, van Eeten E. Gender and age differences in the core triad of impairments in autism spectrum disorders: a systematic review and data-analysis. J Autism Dev Disord, augustus 2013 (Epub ahead of print).
- 4 Lagro-Janssen ALM, Verdonk P. Seksespecifieke huisartsgeneeskunde. Practicum huisartsgeneeskunde: een serie voor opleiding en nascholing. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2007.
- 5 Groen W, Leen W, Lagro-Janssen A, Van der Gaag RJ. De ontwikkelingsstoornissen ADHD en autisme in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 2006;49:324-8.
- 6 De Graaf H, Kruijer H, Van Acker J, Meijer S. Seks onder je 25e: Seksuele gezondheid van jongeren anno 2012. Delft: Eburon, 2012.
- 7 Wizemann T, Pardue M (eds). Exploring the biological contributions to human health: does sex matter? Washington DC: National Academies Press, 2001.
- 8 Knoers VVAM. Klinische genetica: over innovaties en nieuwe generaties. Oratie aan de Universiteit van Utrecht, 2012.
- 9 Lagro-Janssen ALM. De tweeslachtigheid van het verschil. Nijmegen: SUN, 1997.
- 10 Hammerström A, Annandale E. A conceptual muddle: an empirical analysis of the use of 'sex' and 'gender' in 'genderspecific medicine' journals. Plos One 2012;7:e34193.
- 11 Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Urinary incontinence in community dwelling elderly: are there sex differences in helpseeking behaviour? Scand J Prim Health Care 2004;22:209-16.
- 12 Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Sex differences in the use of absorbent (incontinence) pads in independently living elderly people: do men receive less care? Int J Clin Pract 2009;63:869-73.
- 13 Van Gerwen M, Schellevis F, Lagro-Janssen T. Comorbidities associated with urinary incontinence: a case-control study from the second Dutch National Survey of General Practice. J Am Board Fam Med 2007;20:608-10.
- 14 Lo Fo Wong SH, De Jonge A, Wester F, Mol SSL, Römkens RR, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender matter? Fam Practice 2006;23:578-86.
- 15 Dijkstra AF, Verdonk P, Lagro-Janssen ALM. Gender bias in medical textbooks: examples from coronary heart disease, depression, alcohol abuse and pharmacology. Med Educ 2008;42:1021-8.
- 16 Lagro-Janssen T. Sex, gender and health: developments in medical research. In: Ellen Kuhlmann, Ellen Annandale (eds). The Palgrave handbook of gender and healthcare. Hampshire: Palgrave Macmillan, 2012.
- 17 Soldin OP, Mattison DR. Sex differences in pharmacokinetics and pharmacodynamics. Clin Pharmacokinet 2009;48:143-57.
- 18 Hølge-Hazeltun B, Malterud K. Gender in medicine - does it matter? Scand J Public Health 2009;37:139-45.
- 19 De Jonge A, Teunissen TAM, Lagro-Janssen ALM. Geen goede argumenten voor de rugligging als standaard baringshouding tijdens de uitdrijving: een meta-analyse. Ned Tijdschr Geneesk 2004;23:1146-50.
- 20 Klomp T, Van Poppel M, Jones L, Lazet J, Di Nisio M, Lagro-Janssen ALM. Inhaled analgesia for pain management in labour. Cochrane Database Syst Rev 2012;CD009351.
- 21 Risberg G, Johansson E, Hamberg K. 'Important... but of low status': male education leaders' views on gender in medicine. Med Educ 2011;45:613-24.

Foto's gezocht voor rubriek Uw diagnose

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

Een man van 22 jaar heeft sinds zeven dagen een klein puistje. Dat wordt groter en heeft centraal een zwarte pit. Hij heeft geen pijn of jeuk en er is geen contact met dieren geweest. Wat is uw diagnose?

- a. Ulcus cruris
- b. Granuloma pyogenicum
- c. Furunkel
- d. Ectyma

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



Fotoquiz van de maand september

Foto: Siri Visser/Marie Brinkman

Te mooi om waar te zijn ($p > 0,95$)

Regelmatig worden onderzoekers geconfronteerd met data die niet geheel aan hun verwachtingen of hypothesen voldoen, of nog erger, met een tekort aan geschikte data. Zeker in vakgebieden waar de publicatiedruk hoog is en de concurrentie moordend, wordt dan, zo blijkt uit de recente geschiedenis, geregeld gebruik gemaakt van data-verdichting, ook wel 'fraude' genoemd: het gegevensbestand wordt net zo lang opgewerkt en verrijkt tot er alsnog een publicabel resultaat uitrolt. De recente geschiedenis leert echter ook, dat deze fraude niet altijd even oordeelkundig geschiedt, waardoor de pleger na verloop van tijd toch tegen de lamp loopt en zijn handelen alom en luidkeels wordt veroordeeld. De perfecte misdaad blijkt nog niet zo eenvoudig te plegen (of wel natuurlijk, dat kunnen we niet weten).

Om in deze kennelijke lacune te voorzien geven wij een korte handleiding voor aspirant-fraudeurs. Waarop moeten zij vooral letten? Wat onderscheidt echte data van verdichte data? Wat zijn de beste technieken, en hoe werden beroemde voorgangers ontmaskerd?

Het belangrijkste principe van fraude is: doe het niet. Althans, niet zelf. Gebruik altijd een computer om data te genereren of te adjusteren. Mensen zijn fameus slecht in het verzinnen van willekeurige getallen, zeker als die ook nog aan bepaalde statistische regels moeten voldoen. Het is voor mensen al onmogelijk een echte reeks kop-of-muntworpen te verzinnen, laat staan een lijst van twintig normaal verdeelde scores met een gemiddelde van 86,7 en een standaardafwijking van 23,1. Leerzaam in dit verband zijn de lotgevallen van de Indiase onderzoeker Ram Bahadur Singh, die in de jaren negentig zeer veel schreef over voeding en cholesterol. Zoveel, dat de redacties van tijdschriften argwaan kregen, zijn ruwe data opvroegen, en er statistici

op zetten.¹ Het gemiddelde cholesterol was in de dieetgroep 5,46 mmol/l, in de controlegroep 5,43 mmol/l. Dat kan, maar de standaardafwijkingen bleken 0,352 en 0,296 mmol/l, en dat kan niet: $p = 1 \times 10^{-7}$. Ook andere data konden onmogelijk afkomstig zijn uit echte steekproeven. De onderzoeker viel hard door de mand. Tegenwoordig zijn op internet overigens uitstekende programma's te vinden die tot op elke gewenste decimaal nauwkeurig dit soort data wel goed kunnen aanmaken – maak daarvan gebruik.

Dat voorkomt ook twee andere veel gemaakte fouten. De laatste cijfers van Singhs getallen bleken in het geheel niet uniform verdeeld, wat wel zou moeten bij echt willekeurige getallen. Wederom voor cholesterol bijvoorbeeld was het resultaat bepaald onaanneemelijk: $p = 6 \times 10^{-221}$. Andersom mogen begincijfers juist niet altijd even vaak voorkomen: die dienen volgens de wet van Benford logaritmisch verdeeld te zijn.²

Het meest moeten aspirant-fraudeurs echter letten op resultaten die 'te mooi zijn om waar te zijn' – nauwkeuriger dan de meettheorie toestaat. Beroemd is de affaire rond de Franse immunoloog Jacques Benveniste, die in *Nature* publiceerde over het homeopatisch geheugen van water.³ Hij stelde basofielen bloot aan steeds verder verdunde anti-IgE, en liet zijn medewerker tot driemaal toe tellen hoeveel er waren gedegranuleerd. Dan vond zij bijvoorbeeld een gemiddelde van 49, met een standaardfout van 1,7. Dat kan weer niet: de standaardfout moet rond de $\sqrt{49}$ liggen. Ook hier kan men uitrekenen hoe groot de kans is op zo'n kleine standaardfout als er echt blind geteld is: $p = 2,6 \times 10^{-20}$. (Had *Nature* dat meteen gezien, dan was de hoofdredacteur vast niet zo potsierlijk het lab van Benveniste gaan inspecteren.)

Wie beweert dat zijn munt zo eerlijk is dat hij na 360 keer gooien precies 180 keer kop kreeg, wordt vreemd aangekeken, en wie beweert dat zijn gekruiste erwten precies in de mendeliaanse verhouding 313 : 106 : 103 : 34 uitkomen, is al even ongeloofwaardig: $p = 0,996$.

Vandaar het bekende advies altijd tweezijdig te toetsen: niet alleen zien of $p < 0,05$, maar ook of $p < 0,95$.

Het is duidelijk: vrijwel alle recente gevallen van verdichting die de datapolitie de laatste jaren aan het licht bracht, zijn te wijten aan het feit dat de delinquent de meettheorie onvoldoende beheerste. Het zou al enorm schelen als die een vast onderdeel van het curriculum wordt. ■

Hans van Maanen

LITERATUUR

- 1 Al-Marzouki S, Evans S, Marshall T, Roberts I. Are these data real? Statistical methods for the detection of data fabrication in clinical trials. *BMJ* 2005;331:267-70.
- 2 Hill TP. The first digit phenomenon. *Amer Sci* 1998;86:358-63.
- 3 Davenas E, Beauvais F, Amara J et al. Human basophil degranulation triggered by very dilute antiserum against IgE. *Nature* 1988;333:816-8.

Hans van Maanen is wetenschapsjournalist.



Diagnostiek en behandeling van depressie

Samenvatting

Brand-Piek E. Diagnostiek en behandeling van depressie. *Huisarts Wet* 2014;57(9):458-60.

Depressie komt veel voor en de meeste Nederlanders met een depressie worden in de huisartsenpraktijk behandeld. De onlangs herziene NHG-Standaard Depressie geeft aanbevelingen voor die behandeling. Staan deze aanbevelingen garant voor optimale zorg?

In het kader van de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) bleek dat huisartsen een depressieve stoornis meestal redelijk goed herkennen, al is de herkenning minder goed wanneer de patiënt niet zelf met een psychische klacht komt. Huisartsen volgden de criteria van de NHG-Standaard (eerste herziening) bij het verwijzen van patiënten met een depressie: zij verwezen 58% van de patiënten en er was weinig overbehandeling met antidepressiva. De grootste groep overbehandelde patiënten bestaat uit chronische gebruikers die hadden kunnen stoppen.

De tweede herziening van de NHG-Standaard Depressie heeft voldoende aandacht voor diagnostiek en behandeling. Er is echter nog weinig aandacht voor de onderhoudsbehandeling met antidepressiva. De herziene standaard bevat geen advies over de frequentie waarmee chronisch gebruik gecontroleerd wordt en hoe het zo nodig afgebouwd kan worden.

INLEIDING

Depressie komt in Nederland veel voor en het percentage patiënten met een chronische of recidiverende depressie is hoog. Op de RIVM-lijst van aandoeningen die de meeste ziektelast veroorzaken, staat depressie momenteel op plaats 4. Ook in internationaal onderzoek wordt depressie vaak genoemd als aandoening met een relatief hoge morbiditeit.^{1,2}

De meeste depressieve patiënten worden nu al in de eerste lijn behandeld, en dat aantal zal de komende jaren waarschijnlijk sterk toenemen door verschuivingen in de vergoeding en uitvoering van de geestelijke gezondheidszorg. In de huisartsenpraktijk valt dus een toename van het aantal behandelingen voor depressie te verwachten. De helft van de depressieve patiënten in de eerste lijn knapt binnen een aantal maanden vanzelf weer op, zonder specifieke behandeling. De andere helft heeft een meer of minder intensieve behandeling nodig.

De NHG-Standaard Depressie is verschillende malen herzien. De eerste versie dateert van 1994, de eerste herziening is van 2003 en in 2012 verscheen de tweede herziening. In voorgaande versies van de standaard kwam alleen de depressieve stoornis aan de orde, in de huidige versie is er ook aandacht voor depressieve klachten. Ook is er meer aandacht voor het

informerende van de patiënt en worden enkele 'leefregels' genoemd.³

In de media is wel gesuggereerd dat er sprake zou zijn van onderdiagnostiek en overbehandeling door de huisarts.^{4,5} Mede naar aanleiding daarvan hebben wij onderzocht welke zorg de huisarts bood aan patiënten met depressieve klachten. De gegevens voor dit onderzoek werden verzameld in de periode 2003-2008 binnen de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA; www.nesda.nl), een cohortonderzoek waarin 2971 mensen van 18-65 jaar met en zonder angst en depressie over een aantal jaren worden gevolgd, zowel in de algemene bevolking als in de eerste en tweede lijn.

Ons onderzoek betrof de herkenning van depressieve stoornissen door huisartsen, de behandeling, de verwijzing naar eerste- of tweedelijns GGZ en het voorschrijven van antidepressiva. Ook keken we of de huisartsen de NHG-Standaarden Angst⁶ en Depressie⁷ volgden en probeerden we mogelijkheden tot verbetering te signaleren.

In deze beschouwing, die gebaseerd is op mijn proefschrift,⁸ presenteer ik de belangrijkste resultaten van onze onderzoeken in het perspectief van de herziene NHG-Standaard Depressie. Vervolgens bespreek ik of de actuele standaard de huisarts voldoende houvast biedt om depressieve patiënten optimale zorg te kunnen verlenen.

HERKENNING VAN DEPRESSIEVE PATIËNTEN

Uit de literatuur komt de algemene tendens naar voren dat depressieve patiënten op het spreekuur van de huisarts regelmatig niet als zodanig herkend worden.⁹ De laatste jaren komt daar wel verandering in: het herkenningspercentage is gestegen van rond 30% in de jaren tachtig en negentig tot ruim 50% in het afgelopen decennium.¹⁰⁻¹³ Wij constateerden dat huisartsen 68,7% van de patiënten met een depressieve stoornis herkennen die op het spreekuur komen.¹⁴ Dat percentage was echter lager bij patiënten die minder symptomen hadden en zonder comorbide angststoornis. Daar staat weer tegenover dat dit ook de patiënten zijn met een betere prognose.

Ook patiënten die een toegenomen eetlust hebben en pa-

De kern

- Depressie wordt steeds beter herkend.
- De NHG-Standaard Depressie uit 2003 werd goed gevolgd; er was weinig overbehandeling met antidepressiva en patiënten werden verwezen volgens de criteria
- Dit biedt perspectief voor het optimaliseren van de zorg met de herziene NHG-Standaard Depressie uit 2012.
- De herziene NHG-Standaard heeft weinig aandacht voor chronisch gebruik van antidepressiva en voor het afbouwen van deze middelen.

tiënten die niet zelf aangeven dat ze voor een psychische klacht komen, worden door de huisarts minder vaak als depressief herkend. Met name dit laatste is belangrijk, aangezien lang niet alle patiënten spontaan hun eigen psychische klachten benoemen.

VERWIJZING VAN DEPRESSIEVE PATIËNTEN

De NHG-Standaard Depressieve stoornis uit 2003 gaf, net als de tweede herziening uit 2012, aanbevelingen voor wanneer een patiënt verwezen moet worden.⁷ Wij onderzochten in hoeverre huisartsen deze aanbevelingen daadwerkelijk opvolgden.

In het eerstelijnscohort binnen NESDA bleek dat patiënten die volgens de NHG-Standaard op basis van bepaalde kenmerken verwezen zouden moeten worden, ook daadwerkelijk vaker werden verwezen dan patiënten zonder deze kenmerken. Zo werden patiënten met suïcidale gedachten 1,8 keer vaker, patiënten met een chronische depressie 1,7 keer vaker en patiënten met behoefte aan psychotherapie 1,9 keer vaker verwezen.¹⁵ Patiënten met een chronische depressie of bij wie een behandeling met twee of meer antidepressiva faalde, werden conform de standaard vaker naar de tweede lijn verwezen. Patiënten werden ook vaker verwezen als zij aan verschillende criteria voor verwijzing voldeden. Opvallend was dat jongere patiënten vaker verwezen werden (1,02 keer vaker per jaar dat de patiënt jonger was), ook al bevatte de NHG-Standaard destijds geen aanbevelingen voor specifieke leeftijdsgroepen, evenmin als de huidige, overigens.

Uit onze analyse bleek dat slechts een klein percentage van de variantie in verwijsgedrag kon worden verklaard op basis van de NHG-Standaard. Dit geeft aan dat huisartsen waarschijnlijk ook andere factoren een rol laten spelen bij de beslissing om al dan niet te verwijzen.

Het totale percentage verwijzingen naar de geestelijke gezondheidszorg was hoog (58%). In het kader van de verschuivingen vanuit de geestelijke gezondheidszorg naar de eerste lijn en de huisartsenpraktijk die op stapel staan, is dit misschien zorgelijk te noemen.

BEHANDELING MET ANTIDEPRESSIVA

Algemeen wordt aangenomen dat antidepressiva een gunstig effect kunnen hebben bij depressieve stoornissen. Ook het nut om gedurende enkele maanden door te behandelen teneinde terugval te voorkomen, is aangetoond. Aan de hand van een systematische review lieten wij zien dat dit ook opgaat voor de eerste lijn.¹⁶ De effectiviteit van een onderhoudsbehandeling (langer dan 12 maanden) met antidepressiva in de eerste lijn is echter nog niet aangetoond.

Bij het voorschrijven van antidepressiva volgden de huisartsen, volgens ons onderzoek, in 2003-2008 de NHG-Standaard.⁷ Slechts 5,4% van de patiënten die een antidepressivum gebruikte, deed dit ten onrechte, dat wil zeggen zonder indicatie op basis van de NHG-Standaard.^{17,18} Meer dan de helft van deze patiënten had in het verleden een goede indicatie gehad, maar zou volgens de standaard inmiddels hebben kunnen

stoppen. Onderbehandeling hebben wij niet onderzocht. De indicaties voor het voorschrijven van antidepressiva waren in de NHG-Standaard van 2003 erg ruim; bij een eenmaal vastgestelde depressie mocht bijvoorbeeld als eerste stap in de behandeling al een antidepressivum worden gekozen, ongeacht de ernst van de depressie.

In een vervolgonderzoek hebben wij de groep onderhoudsgebruikers van antidepressiva in meer detail bekeken. Opvallend was dat de kans op een onderhoudsbehandeling niet vergroot werd door de in de standaard genoemde indicaties (chronische en/of recidiverende depressie), maar dat een aantal andere kenmerken dat wel deed. Zo kregen patiënten met een comorbide angst- of dysthyme stoornis, oudere patiënten, patiënten met een lagere opleiding, patiënten die tevens benzodiazepines gebruikten en patiënten die in het laatste half jaar ook psychiatrische zorg hadden ontvangen, vaker een onderhoudsbehandeling met antidepressiva.¹⁹ Hieruit concludeerden wij dat het (in elk geval voor een deel) wel patiënten met een ongunstiger prognose zijn aan wie de huisarts een onderhoudsbehandeling met antidepressiva voorschrijft, ook al is dit niet volgens de NHG-Standaard.

HERZIENE STANDAARD, OPTIMALE ZORG?

In de herziene NHG-Standaard uit 2012 hebben, naast de depressieve stoornis, voor het eerst ook depressieve klachten een plaats gekregen. Een belangrijke toevoeging, omdat depressieve klachten in de huisartsenpraktijk vaker voorkomen dan depressieve stoornissen. Naast deze verruiming is de indicatie voor antidepressiva beperkter geworden, en dat geldt ook voor de indicatie voor onderhoudsbehandeling. Verder zijn de indicaties voor verwijzing aangepast en is de POH-GGZ als mogelijke behandelaar toegevoegd. Dat laatste is belangrijk, aangezien in de geestelijke gezondheidszorg de laatste jaren eigen bijdragen waren ingevoerd (en weer afgeschaft) en omdat door de verschuivingen en wijzigingen in het vergoedingstelsel veel meer patiënten binnen de huisartsenpraktijk behandeld zullen worden.

Abstract

Brand-Piek E. *Diagnosis and treatment of depression. Huisarts Wet* 2014;57(9):458-60.

Depression is common and most Dutch people with depression are treated in primary care. The recently revised Guideline on Depression of the Dutch College of General Practitioners (NHG) provides recommendations about treatment, but does this advice guarantee optimal care? The Nederlandse Studies naar Depressie en Angst (NESDA, the Netherlands Study of Depression and Anxiety) showed that general practitioners can usually recognize the disorder, but recognition is less good if the patient does not present mental health problems. GPs followed the NHG guideline (first revision) with regard to the referral of patients with depression: 58% of patients were referred and overtreatment with antidepressants was uncommon. The largest group of over-treated patients consisted of chronic users who should have stopped using antidepressants. While the second revision of the NHG guideline pays enough attention to diagnosis and treatment, it gives too little attention to maintenance treatment with antidepressants. The guideline does not provide recommendations about how often antidepressant use should be monitored among chronic users and how antidepressants should gradually be withdrawn, if necessary.



Foto: Oleg Golovnev/Shutterstock

De herziene NHG-Standaard besteedt meer ruimte aan diagnostiek door de huisarts. De standaard adviseert klachten breed te exploreren tijdens diverse consulten, en benoemt expliciet dat somatische klachtenpresentatie en comorbiditeit de diagnose kunnen bemoeilijken. Mogelijk verbetert hierdoor de herkenning van patiënten die op het spreekuur hun psychische klachten niet spontaan benoemen. De standaard noemt ook een reeks veelal chronische aandoeningen waarbij depressie vaker voorkomt. Dit kan de aandacht voor psychische klachten bij patiënten met deze aandoeningen wellicht vergroten.

Qua behandeling kan de huisarts niet alleen informatie geven, maar ook middelen inzetten zoals dagstructurering en activiteitenplanning. De POH-GGZ kan de kortdurende psychologische interventies op zich nemen. De huisartsenpraktijk krijgt daarmee houvast en *tools* in handen om patiënten ook op andere manieren dan met antidepressiva te behandelen. Wellicht kan dit eveneens leiden tot een afname van het aantal verwijzingen naar de (tweedelijns) geestelijke gezondheidszorg.

De NHG-Standaard adviseert patiënten die terugverwezen worden na een behandeling in de tweede lijn, te blijven controleren en zo nodig het stoppen van antidepressiva te bespreken.

IS ER NOG RUIMTE VOOR VERBETERING?

Ruimte voor verbetering blijft er natuurlijk altijd. De huidige NHG-Standaard bevat nog steeds een aantal lacunes.

Ten eerste is er mijns inziens te weinig aandacht voor onderhoudsbehandeling met antidepressiva. De indicaties hiervoor zijn voor een deel aangescherpt en voor een deel veranderd, maar goed onderbouwd zijn ze nog steeds niet. De voorgaande standaard adviseerde bij chronische of recidiverende depressie een onderhoudsbehandeling gedurende één of enkele jaren, en eventueel levenslang. De huidige standaard adviseert na één ernstige episode of na meer dan drie episodes een 'langdurige' behandeling, die antidepressiva en/of psychotherapie kan omvatten. Een eenduidiger advies was waarschijnlijk ook niet te verwachten, want er is in eerste lijn populaties nog steeds te weinig onderzoek gedaan naar risicofactoren voor een recidief en de effectiviteit van onderhoudsbehandeling in de eerste lijn is eveneens nog steeds onduidelijk.

Een tweede lacune is dat de NHG-Standaard geen handvatten geeft voor de controle van patiënten die op voorschrift van de huisarts langdurig antidepressiva gebruiken. De standaard adviseert expliciet om patiënten onder controle te houden die zijn terugverwezen vanuit de tweede lijn, maar voor patiënten bij wie de huisarts zelf antidepressiva gestart heeft, lijken de auteurs dit niet nodig te vinden. Een duidelijk en helder advies voor controle en evaluatie van patiënten die langdurig antidepressiva gebruiken, is gewenst.

Ten slotte wijdt de NHG-Standaard wel een alinea aan het afbouwen van antidepressiva, maar daarin staat alleen dat patiënten er niet ineens mee mogen stoppen. Dit lijkt mij alom bekend. In de praktijk is het bespreekbaar maken van een geleidelijke vermindering veel complexer. Vaak is de patiënt bang voor een terugval; als huisarts moet je dan goed kunnen uitleggen waarom je hem eigenlijk van de medicatie af wil hebben. Handvatten voor een dergelijk gesprek en evidence-based interventies om het afbouwen van de behandeling te faciliteren worden node gemist in de standaard. Er is weliswaar onderzoek gaande naar *tools* en schema's om dit proces te vergemakkelijken, maar op dit moment is er voor huisartsen helaas weinig praktisch materiaal voorhanden.

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

De eerste herziening van de NHG-standaard Depressieve stoornis uit 2003 werd goed gevolgd door huisartsen. Het percentage van 68,7% herkende depressieve stoornissen was redelijk te noemen, er was weinig overbehandeling en ook de aanbevelingen voor verwijzing werden goed opgevolgd. Ik verwacht dat dit ook zal gaan gelden voor de tweede herziening van de NHG-Standaard Depressie uit 2012. Dit biedt perspectief voor verdere verbetering van de zorg aan depressieve patiënten.

De NHG-Standaard Depressie geeft minder ruimte aan het voorschrijven van antidepressiva, aangezien gebleken is dat deze minder voorgeschreven zouden moeten worden dan werd aanbevolen in de standaard uit 2003. Verder legt de huidige standaard de eerste stappen van de behandeling duidelijk bij de huisarts neer, hetgeen past binnen het kader van de wijzigingen in het vergoedingstelsel die op handen zijn.

Jammer genoeg is er ook in de herziene NHG-standaard Depressie van 2012 nog steeds te weinig aandacht voor controle op het chronisch gebruik van antidepressiva en voor het afbouwen van die medicatie. Gebrek aan evidence maakt het lastig handvatten te geven voor gesprekken met patiënten over dit onderwerp. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Beschouwing.

NHG-Standaard Depressie nog actueel

Wij hebben de beschouwing van collega Brand-Piek met belangstelling gelezen. De onderzoeken waarop zij deze beschouwing baseert, werden uitgevoerd toen de vorige versie van de NHG-Standaard (2003) vigerend was.² Zij toonde aan dat de huisarts tweederde van de depressieve patiënten herkent. Dat betrof vooral de groep patiënten met veel symptomen of een comorbide angststoornis; patiënten zonder deze kenmerken werden minder vaak herkend. Hoeveel minder wordt niet omschreven. De bevinding als zodanig lijkt ons niet opzienbarend, omdat bij mensen met minder direct opvallende depressieve symptomen nu juist de diagnostische moeilijkheid zit voor de huisarts. In de herziene standaard (2012) vermelden we expliciet de risicofactoren voor een depressie om ook bij mensen met minder aperte symptomen de signalering van een aanwezige depressie te vergroten.³

In het proefschrift van Brand-Piek bleek dat slechts een klein deel van de variantie in verwijzen werd verklaard door de verwijscriteria in de toenmalige NHG-Standaard. Mensen met suïcidale gedachten, een chronische depressie en behoefte aan psychotherapie werden echter daadwerkelijk vaker verwezen (respectievelijk 1,8; 1,7 en 1,9 keer vaker).

Ook deze bevinding ligt in de lijn der verwachting, maar geeft nog geen goed antwoord op de vraag in hoeverre adequaat wordt verwezen. Brand-Piek oppert dat hierbij waarschijnlijk ook andere dan in de standaard aangegeven factoren een rol spelen. Ook wij vinden dat waarschijnlijk en hebben tal van relevante bijkomende factoren in gedachten, zoals draagkracht en draaglast, gezinsstructuur, psychiatrische familieanamnese, comorbiditeit en voorgeschiedenis. Wij hebben in de herziene standaard ook de criteria genoemd, waarbij verwijzing in principe noodzakelijk is, onafhankelijk van deze factoren. Dit betreft patiënten met een bipolaire stoornis, psychotische kenmerken, suïcidaliteit of een recidiefdepressie met ernstig sociaal disfunctioneren dan wel grote lijdensdruk of met ernstige psychische comorbiditeit.

Brand-Piek vindt het, met de hernieuwde ggz-structuur in het achterhoofd, zorgelijk dat het totale percentage verwijzingen van patiënten met een depressie naar de ggz 58% was, waarbij het zowel verwijzingen binnen de eerste als naar de tweede lijn betrof. Of dit percentage te hoog was, is moeilijk te beoordelen, omdat de reden van verwijzing ons niet duidelijk is. Het is ons bovendien onbekend wat een representatief verwijzingspercentage voor deze groep zou zijn.

Wellicht is het geruststellend dat patiënten met een DSM-stoornis ook in de nieuwe structuur gewoon te verwijzen zijn.⁴ Een aanzienlijk deel van hen zal echter door een POH-GGZ al voldoende geholpen zijn met voorlichting, dagstructurering, activiteitenplanning en begeleidde zelfhulp.

In een eerder commentaar gaven wij aan dat wij de conclusie dat er geen overbehandeling met antidepressiva in de huisartsenpraktijk plaatsvindt, voorbarig vinden.⁵ Daarbij is

het, in tegenstelling tot wat Brand-Piek schrijft, geen algemeen aanvaard gegeven dat antidepressiva een gunstig effect hebben bij behandeling van een depressie. De werkzaamheid is alleen aangetoond bij depressies met ernstig disfunctioneren en grote lijdensdruk, en dat is slechts een klein percentage van de depressies in de eerste lijn.⁶

Brand-Piek ziet drie lacunes in de huidige NHG-Standaard Depressie. Ten eerste biedt die te weinig aandacht voor en onderbouwing van onderhoudsbehandeling met antidepressiva. Er is inderdaad beperkte evidence over de risicofactoren voor het ontstaan van een recidiefdepressie en over de effectiviteit van onderhoudsbehandeling in de eerste lijn om terugval te voorkomen. Desondanks geeft de standaard diverse adviezen voor terugvalpreventie, zoals het onder controle afbouwen van antidepressiva of een langdurige behandeling met psychotherapie.

Het tweede kritiekpunt luidt dat de standaard geen handvatten geeft voor controle van patiënten die langdurig antidepressiva gebruiken op voorschrift van de huisarts, maar wel op voorschrift van de tweede lijn. In de paragraaf Controles wordt een aanbeveling gegeven voor de controlefrequentie tijdens de start van antidepressiva door de huisarts, maar ook voor vervolcontacten: 'Bij een gunstig beloop kan de periode tussen de controles geleidelijk langer worden.' Wij bedoelen hiermee vanzelfsprekend niet dat de controles op den duur gestaakt kunnen worden. De aanbeveling voor de patiënten uit de tweede lijn hebben wij expliciet toegevoegd, zodat deze groep eveneens onder controle van de huisarts komt en niet slechts herhaalrecepten ontvangt.

Het derde punt van kritiek is dat de standaard onvoldoende handvatten geeft voor het bespreekbaar maken en faciliteren van het afbouwen van antidepressiva. Dit is een belangrijk punt dat in de volgende herziening van deze standaard uitgebreider aandacht verdient, met een belangrijke plaats voor gedeelde besluitvorming tussen patiënt en huisarts.

CONCLUSIE

Al met al vormen de bevindingen van Brand-Piek geen directe aanleiding om de aanbevelingen in de standaard in twijfel te trekken. Wel wijst zij ons op een aantal punten die bij een volgende herziening verdere uitwerking vereisen, met name het bespreekbaar maken en faciliteren van het afbouwen van antidepressiva. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Commentaar.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht: dr. M.J.P. van Avendonk, wetenschappelijk medewerker en huisarts n.p.; Dr. G.M. van der Weele, senior wetenschappelijk medewerker. Radboudumc Nijmegen: dr. E.M. van Weel-Baumgarten, huisarts en universitair hoofddocent eerstelijns geneeskunde; M.G. van Gelderen, huisarts • Correspondentie: m.vanavendonk@nhg.org • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Belangrijke wijzigingen

- Naast conventioneel onderzoek (kweek en TFT) is DNA-diagnostiek (PCR) beschikbaar voor fecesonderzoek. In verband met de betere test-eigenschappen heeft PCR de voorkeur.

Kernboodschappen

- Acute diarree door infectieuze gastro-enteritis wordt veelal door een virus veroorzaakt en gaat meestal zonder behandeling vanzelf over; fecesonderzoek is zelden geïndiceerd.
- De belangrijkste complicatie van acute diarree is dehydratie; dit komt zelden voor in Nederland.
- Kinderen onder de 2 jaar en ouderen boven de 70 jaar hebben een verhoogd risico op dehydratie.
- Dehydratie is een klinische diagnose, die gebaseerd is op een combinatie van gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek.
- Behandeling met ORS is aangewezen bij dehydratie en kan ook zinvol zijn bij een verhoogd risico hierop.
- Acute diarree na ziekenhuisopname of na verblijf in de (sub)tropen verdient bijzondere aandacht.

INLEIDING

De NHG-Standaard Acute diarree geeft richtlijnen voor de diagnostiek van en het beleid bij patiënten met (vermoedelijk) acute infectieuze diarree. De benamingen voor het symptoom (acute diarree) en het ziektebeeld (acute gastro-enteritis) worden in de literatuur door elkaar gebruikt. Acute gastro-enteritis gaat vrijwel altijd gepaard met diarree.

Acute diarree komt zeer veel voor en gaat meestal vanzelf over. Het beleid richt zich in de eerste plaats op voorlichting van de patiënt en/of diens verzorger; in tweede instantie is het beleid gericht op het voorkomen of behandelen van dehydratie. Aanvullend onderzoek naar bacteriële verwekkers en behande-

ling met antibiotica zijn zelden nodig. De standaard geeft aanbevelingen voor de medicamenteuze behandeling van acute diarree.

ACHTERGRONDEN**Begrippen**

Acute diarree is een plotseling optredende afwijking van het gebruikelijke defecatiepatroon die korter dan veertien dagen bestaat; de frequentie en de hoeveelheid van de ontlasting zijn toegenomen en de ontlasting bevat meer water dan gewoonlijk.¹

Acute infectieuze gastro-enteritis is een ziektebeeld als gevolg van een ontsteking van het maagdarmkanaal, waarbij vrijwel altijd diarree optreedt. De ontsteking wordt veroorzaakt door een micro-organisme (bacterie, virus, parasiet) of een microbieel toxine.

Patiënten met verhoogd besmettingsgevaar voor anderen zijn patiënten met acute diarree:

- werkzaam in de levensmiddelen- of horecasector;
- belast met de beroepsmatige behandeling, verpleging of verzorging van andere personen;
- verblijvend in een instelling (kinderdagverblijf, verzorgingshuis en dergelijke) waar al twee of meer gevallen van acute diarree bekend zijn.

Dehydratie is de vermindering van de hoeveelheid lichaamsvocht, meestal

uitgedrukt in de procentuele afname van het lichaamsgewicht. De mate van dehydratie wordt geschat op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek. Dehydratie kan leiden tot ondervulling en elektrolytstoornissen,² met dorst, sufheid, zwakte, verwardheid, hypotensie en flauwvallen tot gevolg. Dehydratie gaat gepaard met een verhoogde mortaliteit.

Reizigersdiarree is een infectie van het maagdarmkanaal die ontstaat tijdens of direct na een reis. De infectie wordt veroorzaakt door een bacterie (meerderheid), virus of parasiet (minderheid). Vaak leidt de ontsteking tot diarree, misselijkheid, braken, (krampende) buikpijn en soms koorts.

Epidemiologie

Per jaar maken in Nederland ongeveer 4,5 miljoen personen een episode van gastro-enteritis door. Een klein deel van hen doet een beroep op de huisarts. Op grond van huisartsenregistraties wordt de incidentie van acute gastro-enteritis geschat op 11 per 1000 patiënten per jaar. In de leeftijdscategorie 0 tot 4 jaar is de incidentie het hoogst. Minder dan 1% van de aan de huisarts gepresenteerde gevallen van gastro-enteritis leidt tot een ziekenhuisopname. In Nederland overleden in 2010 160 mensen door diarree. Dit waren vooral ouderen: 93% was ouder dan 65 jaar, 70% ouder dan 80 jaar.³

Inbreng van de patiënt

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

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd

afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kunnen worden gedelegeerd aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkaafspraken 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.

Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, Burgers JS, Bouma M, Loogman MCM. NHG-Standaard Acute diarree (derde herziening). Huisarts Wet 2014;57(9):462-71.

Deze standaard en de wetenschappelijke verantwoording zijn geactualiseerd ten opzichte van de vorige versie: Brühl PhC, Lamers HJ, Van Dongen AM, Lemmen WH, Graafmans D, Jamin RH, Bouma M. NHG-Standaard Acute diarree (tweede herziening). Huisarts Wet 2007;50:103-13.

Pathofysiologie

Bij het ontstaan van diarree kunnen de volgende pathofysiologische mechanismen een rol spelen:

- actieve secretie van water en elektrolyten en/of ontstekingsvocht door de darmmucosa (zoals bij gastro-enteritis);
- een snelle darmassage (onder andere bij overmatig gebruik van contactlaxantia);
- aanwezigheid van osmotisch werkzame stoffen (zoals suikers);
- verminderd resorberend oppervlak (virale infecties).

Tijdens ernstige diarree blijft de gekoppelde opname van natrium en glucose door de darmmucosa bestaan. Water volgt passief de osmotische gradiënt die door het transcellulaire transport van deze stoffen ontstaat. Op dit mechanisme is de behandeling met *oral rehydration salts* (ORS) gebaseerd. De absorptie van geneesmiddelen kan verminderd zijn.

Er bestaat een verhoogd risico op dehydratie bij kinderen onder de 2 jaar, vooral bij kinderen onder de 3 maanden, en bij ouderen (> 70 jaar).⁴ Bij ouderen heeft dehydratie eerder cardio- of reovasculaire consequenties, vooral bij patiënten met hartfalen en/of nierinsufficiëntie.

Koorts, bloed in de ontlasting, zeer frequente waterdunne diarree en buikkrampen kunnen wijzen op de aanwezigheid van een pathogeen micro-organisme, met een ernstiger beloop van de ziekte (onder meer door beschadiging van het darmslijmvlies ten gevolge van een invasieve infectie).⁵

Etiologie

In Nederlands bevolkingsonderzoek wordt bij een derde van de patiënten met acute diarree een pathogeen micro-organisme in de ontlasting gevonden.⁶ Bij een ziekte duur van een week of korter worden in het algemeen vooral virale en bacteriële verwekkers gevonden, terwijl bij een langere ziekte duur vaker parasitaire verwekkers worden gezien.

Virale verwekkers

De meestvoorkomende virale verwekkers van acute diarree zijn norovirus-

sen, het rotavirus en bepaalde typen adenovirussen.⁶

Norovirussen zijn bij volwassenen de belangrijkste virale verwekkers; zij kunnen leiden tot uitbraken van virale gastro-enteritis.

Het rotavirus komt vooral voor bij jonge kinderen en ouderen met acute

diarree, en gaat dikwijls gepaard met frequent braken gedurende de eerste dagen.⁷ De diarree kan relatief lang aanhouden doordat de resorptie is afgenomen als gevolg van beschadiging van de darmwand. Er is een vaccin beschikbaar tegen het rotavirus. De Gezondheidsraad is anno 2014 nog in beraad of het vaccin tegen rotavirus zal worden

Abstract

Belo JN, Bos ML, Brühl PhC, Lemmen WH, Pijpers MAM, Van den Donk M, Burgers JS, Bouma M, Loogman MCM. NHG-Guideline Acute diarrhoea. Huisarts Wet 2014;57(9):462-71.

The Dutch College of General Practitioners (NHG) has revised the 2007 guideline 'Acute diarrhoea'. The revised guideline covers the diagnosis and management of acute infectious diarrhoea.

Background Acute diarrhoea is a common disease that is often caused by a virus and is usually self-limiting. In the Netherlands, approximately 4.5 million people a year experience an episode of gastroenteritis. The main complication of diarrhoea is dehydration, although this is rare in the Netherlands. Children younger than 2 years and patients older than 70 years are at increased risk of dehydration.

Some people with diarrhoea also have fever, bloody diarrhoea, abdominal pain, or cramping. These signs and symptoms can indicate the presence of a pathogenic microorganism and hence a more severe disease course. Immune compromised patients, patients with serious comorbidity, and people who have recently visited tropical countries are at higher risk of a complicated disease course.

Diagnosis The patient history will provide the general practitioner with an impression of the patient's general condition and fluid balance. If the patient is ill, at risk of dehydration or is dehydrated (frequent, watery diarrhoea with persistent vomiting, intense thirst, risk factors such as comorbidity or medication that increases the risk of dehydration), the GP should investigate the patient's overall clinical condition (fever, drowsiness) and look for indicators of dehydration, such as changes in respiratory pattern, capillary refill, and skin turgor. The more indicators of dehydration that are present, the greater the likelihood that the patient is severely dehydrated.

Stool testing, by polymerase chain reaction or culture, is rarely indicated, but should be considered in patients with persistent or high fever, or frequent, profuse watery diarrhoea, or bloody stools; in immune compromised patients; in patients with an increased risk of infecting others; and in patients with symptoms for more than 10 days.

Evaluation On the basis of available information and results, the GP should establish the diagnosis, listed in order of increasing seriousness, as uncomplicated acute diarrhoea; acute diarrhoea with an increased risk of dehydration (there is evidence of a negative fluid balance); acute diarrhoea with dehydration (negative fluid balance, one or more signs or symptoms of dehydration, and poor clinical condition); acute diarrhoea with general signs of serious illness or signs that the patient is at risk of a serious course; and acute diarrhoea as a result of causes other than gastroenteritis.

Management Patients who are not dehydrated should continue to eat their normal diet and breastfeeding should be continued in infants that are being breastfed. Patients should drink extra fluids.

Medications to reduce the frequency of diarrhoea, such as loperamide, can be prescribed to patients older than 8 years if symptoms are a hindrance. These medications are safe if there is no fever and the stools are not bloody. Oral rehydration salts are indicated if there is an increased risk of dehydration or if the patient is dehydrated. The patient should be seen after 3–4 hours, to evaluate recovery.

Treatment with antibiotics is seldom indicated and should only be considered in seriously ill patients, such as those with persistent or high fever, or blood in the stools. If the causative agent is not known, the first choice is azithromycin (500 mg once daily for 3 days), but if the causative agent has been identified, specific antibiotic therapy should be given. Protozoa are treated only if the signs and symptoms of diarrhoea are persistent and unacceptable to the patient.

Patients should be referred to the hospital if rehydration cannot be given at home, if rehydration has not led to improvement, if the patient's condition deteriorates, if the patient is seriously ill, if the patient is severely dehydrated (diminished consciousness or confusion, rapid, deep breathing), and if haemolytic uraemic syndrome is suspected, caused by *Escherichia coli*.

opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma.⁸

Sommige typen adenovirussen kunnen, vooral bij kinderen, een acute gastro-enteritis veroorzaken die qua verschijnselen vergelijkbaar is met die van een rotavirusinfectie.

Bacteriële verwekkers

De meest voorkomende bacteriële verwekkers van acute diarree zijn *Campylobacter*-soorten (met name *C. jejuni*); minder frequent voorkomende verwekkers zijn *Salmonella*-typen, *Shigella*- en *Yersinia*-stammen.⁶ Daarnaast zijn er verschillende *Escherichia coli*-bacteriën die diarree kunnen veroorzaken, zoals de enterotoxische *E. coli* (ETEC) en de enteroaggregatieve *E. coli* (EAEC). ETEC en EAEC zijn de meest voorkomende verwekkers van reizigersdiarree.⁹ De symptomen van deze infecties beginnen een dag of langer na inname van besmet voedsel of drinken. De afgelopen jaren zijn er in Nederland ook een aantal uitbraken geweest van de enterohemorragische colibacterie (EHEC), die ook wel shigatoxineproducerende *E. coli* (STEC) wordt genoemd. Besmetting met EHEC geeft diarree en gaat in ongeveer de helft van de gevallen gepaard met een hemorragische colitis. Dat kan in een minderheid van de patiënten (minder dan 10%) leiden tot een levensbedreigende aandoening zoals het hemolytisch-uremisch syndroom (HUS), waarbij hemolytische anemie, trombocytopenie en acute nierinsufficiëntie optreden.

Tot de zeldzamere oorzaken van diarree behoort de toxineproducerende bacterie *Clostridium difficile*.⁶ Kolonisatie met deze bacterie komt vooral voor in ziekenhuizen, maar ook wel daarbuiten. Risicofactoren voor kolonisatie zijn hoge leeftijd, ernstige ziekte en maagzuurremming. Een behandeling met antibiotica kan tot drie maanden na de behandeling klachten uitlokken.

Bij voedselvergiftiging zijn het de toxinen van bacteriën als *Staphylococcus aureus*, *Clostridium perfringens* en *Bacillus cereus* die een vorm van acute gastro-enteritis veroorzaken. De klachten (vooral misselijkheid en braken) beginnen binnen enkele uren na het eten van besmet

voedsel en zijn over het algemeen binnen 24 uur voorbij. Bronnen van deze verwekkers zijn schaaldieren, kip, rundvlees, melk en salades.¹⁰

Parasieten

Parasieten zijn minder vaak voorkomende verwekkers van acute diarree. Protozoa zijn als oorzaak te overwegen naarmate de diarree langer duurt (> 10 dagen).¹¹

Giardia lamblia (giardiasis) komt in Nederland het vaakst voor, vooral bij kinderen en hun ouders/verzorgers. De infectie wordt opgelopen via feco-orale besmetting, direct of indirect. Transmissie vindt plaats via het drinken van of zwemmen in met *Giardia*-cysten besmet water, het eten van besmet voedsel of direct van mens op mens.

De belangrijkste risicofactor voor het oplopen van een infectie met *Entamoeba histolytica* is verblijf in de (sub)tropen of het Middellandse Zeegebied.¹²

Cryptosporidium (cryptosporidiose) komt voor in oppervlaktewater of zwembadwater en wordt opgelopen via feco-orale besmetting. De infectie kan tot klachten leiden, maar is in principe zelflimiterend. De klachten kunnen echter wel twee tot drie weken aanhouden. Bij jonge kinderen en immunogecompromitteerde patiënten kan het klinische beeld heftiger zijn en kunnen de klachten persisteren.¹¹

Infecties met *Cystoisospora belli* ontstaan door inname van besmet voedsel of water (met oöcysten), vaak na bezoek aan de (sub)tropen. Een infectie gaat gepaard met koorts, buikpijn en waterige diarree, wat weken tot maanden kan duren. Infecties bij immunogecompromitteerden zijn vaak niet zelflimiterend en lijken op cryptosporidiose.¹¹

Cyclospora cayatanensis-cysten worden eveneens voornamelijk door besmet voedsel en water overgebracht. Zij komen wereldwijd voor, in Nederland vooral bij reizigers. Patiënten presenteren zich met waterige diarree. Verder komen misselijkheid, buikkrampen en verminderde eetlust voor. De infectie kan een paar dagen tot langer dan een maand aanhouden.¹¹

Dientamoeba fragilis komt vaak voor

in de algemene populatie; de pathogeniciteit staat ter discussie. Om die reden wordt *Dientamoeba fragilis* alleen als oorzaak van de klachten aangemerkt indien er sprake is van persisterende buikpijn en diarree (met name bij kinderen), de protozoa bij fecesonderzoek zijn aangetoond en er geen andere verklaring voor de klachten is.¹³

Blastocystis spp. komen vaak voor in de algemene populatie en zijn niet bezwezen pathogeen.¹⁴

Wormen geven vrijwel nooit aanleiding tot acute diarree.

Andere oorzaken

Andere oorzaken van acute diarree kunnen zijn: geneesmiddelen waarmee kortgeleden begonnen is (bijwerking, intoxicatie of misbruik) of aandoeningen als acute appendicitis, diverticulitis/colitis, prikkelbare darmsyndroom, obstipatie met paradoxale diarree als gevolg, luchtweginfecties bij kinderen, lactose-intolerantie (primaire of secundaire) en overmatig gebruik van suikers of kunstmatige zoetstoffen (bijvoorbeeld appelsap of light-producten).¹⁵

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese (telefonisch of tijdens consult)

De huisarts, de praktijkassistente of de huisartsenpost gaat de volgende punten na.

Algemene ziekteverschijnselen of ziekteverschijnselen wijzend op ernstiger beloop:⁵

- mate van ziekzijn (ADL-activiteiten, eetlust, alertheid);
- koorts;
- bloed bij de ontlasting;
- buikkrampen/buikpijn continu.

(Risico op) dehydratie:¹⁶

- leeftijd van de patiënt (bij kinderen jonger dan 2 jaar en ouderen boven de 70 jaar is de kans op dehydratie groter);
- ontlasting: hoe vaak, consistentie, hoe lang;
- koorts: aanwezig, hoe hoog, hoeveel dagen;
- braken: aanhoudend (houdt langer dan enkele uren niets binnen);
- vochtopname: hoeveel tijdens en voorafgaand aan de diarreeperiode;

- opvallende dorst;
- bij kinderen en ouderen: sufheid of verwardheid;
- bij ouderen: (neiging tot) flauwvallen of duizeligheid;
- urineproductie (bij niet zindelijke kinderen vaak niet betrouwbaar).

Risicofactoren voor een ernstiger beloop:

- comorbiditeit (zoals diabetes mellitus, hartfalen, nierinsufficiëntie of immuuncompromitterende aandoeningen);
- behandelingen (zoals glucocorticosteroiden, cytostatica, andere immuunsuppressiva, HIV-infectie, auto-immuunziekten, status na splenectomie of beenmergtransplantatie).¹⁷

Mogelijk verband met:

- recent verblijf in (sub)tropen;
- genuttigd voedsel of drinken;
- andere personen met acute diarree in de omgeving;
- ziekenhuisname.

Verhoogd besmettingsgevaar voor anderen:

- werk in de voedselbereiding, verpleging of verzorging;
- verblijf in een kinderdagverblijf, verzorgingstehuis of andere instelling waar al twee of meer gevallen van diarree zijn.

Medicatie:

- gebruik van medicatie (met het oog op het zo nodig stoppen of aanpassen van de dosering of andere aanvullende maatregelen);¹⁸
- recente start met medicatie (bijwerkingen, overdosering, misbruik), recent gebruik van antibiotica;¹⁵
- gebruik van ORS en/of loperamide.

Zo nodig besteedt de huisarts, met name bij kinderen en ouderen, aandacht aan klachten van obstipatie (paradoxale diarree).

Overwegingen

Als er geen sprake is van algemene ziekteverschijnselen (koorts, bloed bij de ontlasting, aanhoudende buikpijn) en

er geen aanwijzingen zijn voor dehydratie, dan kan worden volstaan met telefonische voorlichting en advies. Hierbij wordt rekening gehouden met de leeftijd, comorbiditeit en het geneesmiddelengebruik van de patiënt.

De huisarts ziet de patiënt in elk geval nog dezelfde dag als er één of meer aanwijzingen zijn voor (dreigende) *dehydratie*:

- meer dan zesmaal per dag waterdunne diarree gedurende drie dagen of langer (bij patiënten jonger dan 2 jaar of ouder dan 70 jaar: één dag of langer);¹⁹
- diarree en koorts gedurende drie dagen of langer (bij patiënten jonger dan 2 jaar of ouder dan 70 jaar: één dag of langer);
- waterdunne, frequente diarree met aanhoudend braken én een minimale vochtopname, opvallende dorst.

Naarmate er sterkere aanwijzingen zijn voor *ernstige dehydratie* (sufheid, verwardheid, neiging tot flauwvallen) dient de patiënt eerder gezien te worden; dit geldt zeker voor risicogroepen zoals jonge kinderen en ouderen. Het geldt in het bijzonder voor ouderen die door comorbiditeit (hartfalen, verminderde nierfunctie), al dan niet in combinatie met medicatiegebruik (diuretica, RAS-remmers, digoxine, NSAID's, SSRI's, anti-epileptica, lithium), meer risico lopen op dehydratie en verdere verslechtering van de nierfunctie, elektrolytstoornissen of intoxicatie.²

Patiënten met klachten die mogelijk kunnen wijzen op een *andere (ernstige) oorzaak* van de diarree, zoals aanhoudende buikpijn (wat kan passen bij appendicitis of diverticulitis), worden nog dezelfde dag door de huisarts gezien.

Lichamelijk onderzoek

De uitgebreidheid van het lichamelijk onderzoek hangt af van de anamnese en de klinische toestand van de patiënt.

De huisarts verricht het volgende onderzoek:

- beoordeling van de algemene toestand en mate van ziekzijn, waaronder aanwezigheid van koorts, sufheid, verwardheid, (neiging tot) flauwvallen;

- (zo nodig) ademhaling, pols en bloeddruk;
- (zo nodig) beoordeling van het abdomen (in elk geval bij klachten die mogelijk wijzen op een andere ernstige oorzaak van de diarree).

Bij kinderen let de huisarts op tekenen van *dehydratie*²⁰ door te kijken naar ademhalingspatroon, capillaire refill en turgor van de buikhuid. Aanvullende informatie kan worden verkregen door te letten op ingezonken ogen, droge slijmvliezen, koude extremiteiten, zwakke pols, afwezigheid van tranen, versnelde hartslag en een ingezonken fontanel.

De kans op dehydratie neemt toe naarmate meer symptomen positief zijn. Een capillaire refill > 1,5-2 seconden wijst bij kinderen op dehydratie.

Vochtige slijmvliezen en een goede algehele toestand pleiten tegen dehydratie.

Aanvullend onderzoek

De huisarts is terughoudend met het aanvragen van fecesonderzoek, omdat de uitslag zelden consequenties heeft voor het beleid.²¹

Indien fecesonderzoek wordt aangevraagd, gaat de huisarts na welk micro-organisme de verwekker kan zijn (klinisch beeld, buitenlandbezoek, antibioticagebruik) en stemt de diagnostiek daarop af.

De huisarts noteert de achtergrondinformatie op het laboratoriumaanvraagformulier (zie ook *Fecesonderzoek naar bacteriële verwekkers* en *Fecesonderzoek naar protozoa*).

Bij een uitbraak van diarree is overleg met de GGD aangewezen.

Fecesonderzoek wordt aangevraagd in de volgende situaties:

- bij zieke patiënten met aanhoudende of hoge koorts, frequente waterdunne diarree, of bloed bij de ontlasting, zodat bij een eventuele opname of behandeling met antibiotica de verwekker eerder bekend is;
- bij immuungecompromitteerde patiënten, zodat zo nodig een specifieke behandeling kan worden ingezet;
- bij patiënten met een verhoogd be-

smettingsgevaar voor anderen, wanneer naar het oordeel van de huisarts gevaar voor verspreiding van de infectie aanwezig is (zie **[kader Meldingsplicht]**).²²

- eventueel bij persisterende klachten (langer dan tien dagen).

Fecesonderzoek naar bacteriële verwekkers

Fecesonderzoek naar bacteriën dient in elk geval gericht te zijn op *Campylobacter* en *Salmonella*.

Onderzoek naar *Escherichia coli* wordt niet aanbevolen bij acute diarree, tenzij er sprake is van bloederige diarree. Dan wordt onderzoek naar EHEC (of STEC) ingezet.

Onderzoek naar *Shigella* wordt vooral aanbevolen bij diarree na verblijf in de (sub)tropen.

Onderzoek naar *Yersinia* wordt niet aanbevolen, tenzij er aanhoudende buikpijn en/of diarree in combinatie met gewrichtsklachten bestaat.

Bij diarree na ziekenhuisopname en antibioticagebruik in de voorafgaande drie maanden kan onderzoek naar *Clostridium difficile* worden overwogen.

Fecesonderzoek naar protozoa

Bij een diarreeduur van meer dan 10 dagen kan ook onderzoek op protozoa worden aangevraagd.

Dit onderzoek dient in eerste instantie gericht te zijn op *Giardia lamblia*.

Het fecesonderzoek wordt uitgebreid met onderzoek naar *Entamoeba histolytica* na verblijf in de (sub)tropen.

Het wordt afgeraden om routinematig fecesonderzoek te doen naar *Dientamoeba fragilis* of *Blastocystis* spp. gezien de twijfelachtige pathogeniciteit.^{13,14}

Bij aanhoudende klachten van diarree overweegt de huisarts om (in tweede instantie) meer uitgebreid parasitologisch fecesonderzoek te laten verrichten, zo nodig in overleg met de tweede lijn en afgestemd op de situatie van de patiënt. Bij kinderen met persisterende klachten van buikpijn én diarree kan dan bijvoorbeeld alsnog diagnostiek naar *Dientamoeba fragilis* worden gedaan.^{13,23}

Onderzoek gericht op de aanwezigheid van virussen wordt niet aanbevo-

len in de huisartsenpraktijk omdat het geen gevolgen heeft voor het beleid. Voor patiënten in zorginstellingen en kinderdagverblijven gelden andere richtlijnen en is bij een uitbraak overleg met de GGD gewenst.

Type onderzoek

Voor fecesonderzoek zijn er verschillende soorten diagnostiek mogelijk.

Conventioneel onderzoek bestaat voor bacteriën uit de feceskweek en voor protozoa uit microscopisch onderzoek op verse of gefixeerde feces, zoals de *triple feces test* (TFT) en immunologisch onderzoek met behulp van *enzyme-linked immunosorbent assays* (ELISA). DNA-diagnostiek met behulp van de polymerasekettingreactie (PCR) is in diverse laboratoria eveneens beschikbaar voor een groot aantal bacteriën en parasieten.

PCR-onderzoek naar DNA-materiaal van een micro-organisme is sneller en gevoeliger dan conventioneel onderzoek met feceskweek of TFT, maar heeft als nadeel dat die organismen worden gemist waarvan geen DNA-diagnostiek verricht is of waarbij detectie door microscopisch onderzoek van belang is. Bovendien kan met PCR geen resistentiepatroon worden bepaald van een eventueel gevonden bacterie en zal bij een positieve uitslag, indien klinisch relevant, alsnog een feceskweek nodig zijn om het resistentiepatroon vast te stellen. Deze kan dan worden uitgevoerd met de reeds aangeleverde feces waarop de PCR-diagnostiek is gedaan.²⁴

Een nadeel van conventioneel onderzoek (feceskweek of TFT) is dat het meer kans geeft op een fout-negatieve uitslag dan PCR.²⁵

De toegepaste technieken voor fecesonderzoek verschillen per laboratorium. PCR is nog volop in ontwikkeling en wordt nog niet in ieder laboratorium toegepast. Mede hierom is het lastig een concreet advies te formuleren. Laboratoria die de PCR-diagnostiek toepassen, maken veelal gebruik van multiplex PCR, een techniek waarmee naar meerdere verwekkers tegelijk kan worden gezocht.

De aanvragend huisarts dient zich ervan te vergewissen over welke tech-

nieken het laboratorium beschikt waar de feces naar verzonden wordt, omdat de wijze van testen de kans op fout-positieve dan wel fout-negatieve waarden beïnvloedt.

Indien PCR beschikbaar is, dan heeft deze diagnostiek, gezien de betere test-eigenschappen, de voorkeur bij de hierboven genoemde patiëntengroepen (patiënten die ziek zijn, die immuun-gecompromitteerd zijn, die verhoogd besmettingsgevaar opleveren of die persisterende klachten hebben).

Evaluatie

De huisarts komt tot een van de volgende conclusies of diagnoses (in volgorde van voorkomen).

Ongecompliceerde acute diarree. Hiervan is sprake als er geen bijkomende algemene ziekteverschijnselen zijn (koorts en bloed bij de ontlasting, ernstig ziekzijn, aanhoudende of hevige buikpijn) en geen aanwijzingen voor (een verhoogd risico op) dehydratie.

Acute diarree met een verhoogd risico op dehydratie. Hiervan is sprake als het lichamelijk onderzoek (nog) geen aanwijzingen oplevert voor dehydratie, terwijl er wel aanwijzingen zijn voor een negatieve vochtbalans, zoals waterdunne, frequente diarree met aanhoudend braken in combinatie met minimale vocht-opname, opvallende dorst of een hoge omgevingstemperatuur, of met risicofactoren zoals comorbiditeit of medicatie die de kans op dehydratie verhogen (een normale urineproductie pleit tegen dehydratie).

Acute diarree met dehydratie. Hiervan is sprake als er aanwijzingen zijn voor een negatieve vochtbalans en lichamelijk onderzoek bovendien één of meer aanwijzingen voor dehydratie oplevert (met name een verlengde capillaire refill bij kinderen en de totale klinische indruk). Er is sprake van *ernstige dehydratie* indien de dehydratie gepaard gaat met sufheid, verwardheid, verminderd bewustzijn, diep en snel ademhalen of ernstige hypotensie (bij ouderen) of tachycardie (zie Consultatie/verwijzing).

Acute diarree met algemene ziekteverschijnselen of verhoogd risico op een ernstig beloop. Bij algemene ziekteverschijnselen maakt

de huisarts een inschatting van de ernst van de situatie op grond van mate van ziekzijn, leeftijd, comorbiditeit, immunusstatus en medicatie van de patiënt. Een slechte klinische toestand kan wijzen op dehydratie, op een ernstige infectie of op een andere aandoening dan een banale gastro-enteritis (zie *Consultatie/verwijzing*).

Acute diarree ten gevolge van andere (ernstige) oorzaken dan een gastro-enteritis. Aanhoudende of heftige buikpijn pleit voor andere oorzaken dan een gastro-enteritis (belangrijkste oorzaak: appendicitis). Bloed en slijm in de ontlasting kunnen ook het eerste symptoom zijn van een inflammatoire darmziekte. Differentiaaldiagnostisch denkt de huisarts verder aan medicatie waarmee kortgeleden begonnen is (bijwerkingen, intoxicatie, misbruik) of aan aandoeningen zoals diverticulitis, prikkelbaredarmsyndroom, obstipatie met paradoxale diarree, luchtweginfecties bij kinderen, lactose-intolerantie (primair of secundair) en overmatig gebruik van suikers of kunstmatige zoetstoffen (appelsap of licht-producten).

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting en advies

Bij *ongecomplieerde acute diarree* volstaat de huisarts met het geven van voorlichting en advies. Wanneer uit de hulpvraag angst voor dehydratie of bezorgdheid blijkt zonder dat er verhoogd risico op dehydratie bestaat, is geruststelling het belangrijkste doel van de voorlichting. Een controleafspraak bij een patiënt met ongecompliceerde acute diarree is niet nodig.

Geef voorlichting over de volgende punten.

Beloop. Het merendeel van de acute infectieuze diarree wordt veroorzaakt door virussen en gaat vanzelf over. Het natuurlijk beloop is meestal gunstig; na 10 dagen is 90% klachtenvrij, de gemiddelde genezingsduur is 4 tot 7 dagen; dehydratie komt zelden voor.

Eten. De patiënt mag eten waar hij trek in heeft en wat goed valt. Opname van voldoende calorieën verbetert het welbevinden; de darm is zelfs bij heftige waterdunne diarree in staat de helft van

de aangeboden calorieën op te nemen. Bij buikkrampen is het raadzaam kleine porties te eten.

Drinken. Meer dan normaal drinken in kleine hoeveelheden is, ook bij braken, noodzakelijk. Vaak en in kleine beetjes vocht toedienen kan arbeidsintensief zijn. Wanneer er geen sprake is van (dreigende) dehydratie kan worden volstaan met extra toedienen van vocht (onder andere water, thee en bouillon). Ook bij een patiënt die braakt, wordt een belangrijk deel van het toegediende vocht geabsorbeerd. Eventuele borst- of flesvoeding wordt voortgezet; er is geen reden om te verdunnen.²⁶ Wanneer patiënten, uitgezonderd zuigelingen, langer dan zeven dagen diarree of herhaaldelijk diarree hebben, bestaat er mogelijk tijdelijke intolerantie voor lactose. Absoluut vermijden van lactose of andere suikers is niet nodig, maar tijdelijke beperking van bijvoorbeeld melk is aan te raden. Bij aanhoudende diarree is daarnaast beperking van vruchtensappen, vooral appelsap, frisdranken en licht-producten aan te raden, omdat overmatig gebruik of beperkte opname van deze producten kan leiden tot osmotische diarree, vooral op de peuterleeftijd.²⁷

Hygiëne. Adviseer om de handen goed te wassen na toiletgebruik, voor het eten en na de verzorging van kinderen met diarree, en om bekken, speelgoed, bestek en keukengereedschap regelmatig huishoudelijk te reinigen. Luiers moeten frequent worden verwisseld. Toilet en aanrecht dienen extra goed te worden schoongehouden. Adviseer de patiënt een eigen toilet te laten gebruiken als dat mogelijk is.

Onderhoudsmedicatie. Bij braken binnen vier uur na inname van medicatie of bij hevige diarree is er een kans op onvolledige absorptie. Houd rekening met verminderde absorptie van bijvoorbeeld orale anticonceptiva, anti-epileptica, lithium en digoxine. Bij patiënten die anticoagulantia gebruiken, kan door onvoldoende opname van vitamine K in geval van diarree een verlengde stollingstijd optreden; bij patiënten die lithium gebruiken, kan ten gevolge van dehydratie een te hoge lithiumconcentratie ontstaan. Laat zo nodig in het laboratorium de medicatiepiegels respectievelijk de INR bepalen. Overweeg om antihypertensiva tijdelijk te staken, vanwege het risico op hypotensie. Overweeg ook om medicatie die hyperkaliëmie bevordert te minderen of te staken (voorbeelden hiervan zijn RAS-remmers of kaliumsparende diuretica). Wees bedacht op het ontstaan van lactaatacidose en/of hypoglykemie bij patiënten die orale bloedglucoseverlagende middelen (metformine en sulfonylureumderivaten) gebruiken.

In aansluiting op de gegeven mondelinge voorlichting kan de huisarts de patiënt of de ouders/verzorgers van jonge patiënten verwijzen naar de informatie over acute diarree op de NHG-publiekswaarsite www.thuisarts.nl, of de betreffende tekst (voorheen NHG-Patiëntenbrief) meegeven via het HIS. Deze patiënteninformatie is gebaseerd op de NHG-Standaard.

Medicamenteuze behandeling
Bij acute diarree is medicamenteuze behandeling in de meeste gevallen niet

Meldingsplicht

- De volgende ziekten die gepaard kunnen gaan met diarree dienen binnen 24 uur nadat ze zijn vastgesteld in het laboratorium bij de GGD te worden gemeld: bacillaire dysenterie (shigellose), botulisme, buiktyfus, cholera, hepatitis A, EHEC, listeriose, paratyfus A, B en C; acute voedselvergiftiging en voedselinfectie (na het stellen van de diagnose). Gewoonlijk wordt deze melding door het laboratorium gedaan.
- Als een voedselinfectie optreedt bij twee of meer patiënten en er een onderlinge relatie is die wijst op voedsel als bron meldt de huisarts dit bij de GGD, aangezien het nodig is potentieel besmette voedselbronnen op te sporen en uit de handel te nemen. De onderlinge relatie kan blijken uit een opvallende overeenkomst in klinisch beeld, tijdstip of verwekker (bijvoorbeeld hetzelfde subtype).²⁸
- Het beleid bij patiënten met een verhoogd besmettingsgevaar voor anderen is sterk afhankelijk van de aard van hun werk- of verblijfsituatie. Uniforme richtlijnen voor de te nemen maatregelen zijn niet te geven. Adviseer in ieder geval personen die werkzaam zijn in de levensmiddelen- en horecasector of die beroepsmatig anderen behandelen, verzorgen of verplegen, contact met voedsel en drinken in de werksituatie te vermijden en de bedrijfsarts te raadplegen voor eventuele aanpassing van de werkzaamheden.
- Als bij het laboratoriumonderzoek *Campylobacter*, *Salmonella*, *Shigella*, EHEC/STEC of norovirus wordt aangetroffen, overlegt de huisarts zo nodig met de GGD over de consequenties van deze uitslag voor het werk of verblijf van de betreffende patiënten, en over een eventuele herhaling van het onderzoek om vast te stellen dat de infectie is verdwenen. Dit geldt ook voor kinderen die een kinderdagverblijf of peuterspeelzaal bezoeken.

nodig. Behandeling in de vorm van ORS is aangewezen bij dehydratie of een verhoogd risico op dehydratie (aanwijzingen voor veel vochtverlies, grofweg meer dan viermaal per dag braken en/of meer dan zesmaal per dag diarree), en in de onderhoudsfase na rehydratie.

ORS

Bij dehydratie of een verhoogd risico daarop is ambulante behandeling goed mogelijk. ORS is eerste keus in de behandeling en is veilig en effectief.^{29,30} De eerste uren zijn cruciaal voor het herstel. ORS bekort de duur van de diarree niet.

Verhoogd risico op dehydratie

- Geef ORS in de volgende dosering zolang de ontlasting waterdun is:
 - kinderen t/m 6 jaar: 10 ml/kg ORS na elke waterdunne ontlasting;
 - kinderen ouder dan 6 jaar en volwassenen: tot 300 ml ORS na elke waterdunne ontlasting.
- Instrueer de patiënt of verzorger telefonisch contact op te nemen bij verslechtering van het klinische beeld.

Dehydratie

- Geef ORS in de volgende dosering: kinderen en volwassenen 15-25 ml/kg per uur gedurende 4 uur; beoordeel hierna opnieuw en maak nieuw beleid.
- Bij dehydratie moet de vochtbalans vlot (binnen 4 uur) worden hersteld. Leg de verzorger uit dat rehydratie met ORS een nauwkeurige en intensieve bezigheid is. Beoordeel of patiënt en verzorger thuisbehandeling aankunnen. De verzorger dient om de paar minuten een klein slokje ORS te geven, zo nodig met een lepeltje of een speen. Om verslikken te voorkomen gebeurt dit in half zittende houding. Een gedehydrateerde patiënt is dorstig en drinkt de ORS waarschijnlijk goed. Braken is geen reden om niet te beginnen met orale rehydratie; ORS wordt zeer snel opgenomen en netto neemt de patiënt altijd meer op dan hij uitbraakt. Indien het braken is afgenomen kan de hoeveelheid ORS per keer langzamerhand vergroot worden en de frequentie verlaagd.
- Controleer bij dehydratie na ongeveer

vier uur de vochtopname en de lichamelijke toestand. Als de klinische toestand duidelijk verbeterd is, is de rehydratie geslaagd. Volg hierna het beleid bij verhoogd risico op dehydratie. Indien de klinische toestand na vier uur rehydratie niet duidelijk verbeterd is, verwijst de huisarts naar de tweede lijn.

Geef duidelijke voorlichting over de wijze van bereiden van ORS (die per merk kan verschillen) en geef aan dat de aanwijzingen op de verpakking goed moeten worden opgevolgd. Adviseer uitsluitend kant-en-klare ORS-drank, poeder of bruistabletten om ORS te maken; de aanbevolen osmolariteit van deze producten ligt, in navolging van het WHO-advies, rond de 245 mmol/l. Ontraad het zelf produceren van ORS uit glucose, zout en water, omdat dit tot fouten in de samenstelling kan leiden, waardoor het gebruik schadelijk kan zijn.

Raad het gebruik van sportdrank of frisdrank af.³¹

Geef aan dat de patiënt naast ORS naar behoefte voedsel en andere dranken kan nemen (zie *Voorlichting en advies*). ORS moet apart worden ingenomen; de oplossing mag niet worden vermengd met voedsel of met andere dranken.

Loperamide

In situaties waarin diarree om praktische redenen als te hinderlijk wordt ervaren (langdurige busreizen, dringende werkzaamheden) kan de huisarts eventueel loperamide voorschrijven. Dit middel vermindert bij volwassenen en kinderen de duur en de frequentie van de diarree.³²

Het gebruik van loperamide bij kinderen onder de 8 jaar wordt afgeraden vanwege de kans op obstipatie en (sub) ileus. (Kleine) kinderen zijn hier gevoeliger voor, evenals voor centrale bijwerkingen zoals lethargie. Absolute contra-indicaties zijn: leeftijd onder de 3 jaar, koorts, bloederige diarree, aanhoudende diarree na het gebruik van een breed spectrumantibioticum en zwangerschap.³²

Dosering voor volwassenen: eerste

dosis 2 tabletten van 2 mg loperamide. Vervolgens gedurende maximaal 48 uur om de 2 uur 2 mg (maximaal 16 mg/dag) zolang er waterdunne diarree is. Dosering voor kinderen van 8 jaar en ouder: zie het kinderformularium (www.kinderformularium.nl).

Andere diarree remmers

Adviseer bij acute diarree bij voorkeur geen stoppende middelen, zoals geactiveerde kool.

Ook looizuurbevattende middelen zoals tannalbumine worden ontraden.³³

Probiotica worden niet aangeraden ter behandeling van acute diarree, ter preventie van met antibioticagebruik geassocieerde diarree of ter preventie van reizigersdiarree.³⁴

Het gebruik van anti-emetica om het braken tegen te gaan wordt ontraden, omdat deze symptomatische behandeling geen toegevoegde waarde heeft voor het herstel en bij kinderen en ouderen ernstige bijwerkingen kan hebben.³⁵

Antibiotica in het algemeen

Het gebruik van antimicrobiële middelen bij acute infectieuze diarree zonder bijkomende ziekteverschijnselen wordt ontraden, omdat deze vorm van diarree bij gezonde individuen meestal een gunstig beloop heeft en antibiotica dus geen toegevoegde waarde hebben. Daarnaast kunnen de middelen bijwerkingen hebben en in sommige gevallen (bijvoorbeeld bij een *Salmonella*-infectie) zelfs dragerschap in de hand werken.

Alleen bij algemene ziekteverschijnselen (aanhoudende of hoge koorts en bloed bij de ontlasting) of bij immunogecompromitteerde patiënten overweegt de huisarts om naast ORS ook antibiotica te geven.

- Behandeling tegen niet-pathogene protozoa is niet noodzakelijk.
- Bij een onbekende verwekker geeft de huisarts, eventueel na overleg met de microbioloog of internist-infectioloog, aan volwassen patiënten zo nodig azitromycine 1 tablet 500 mg 1 dd gedurende 3 dagen;³⁶
- Indien de resultaten van het fecesonderzoek bekend zijn, geeft de huisarts indien nodig gericht antibiotica op

Tabel 1 Antibiotische behandeling van acute infectieuze diarree met een bacteriële verwekker

Verwekker	Behandeladviezen	Antibiotica* (1e, 2e, 3e keus)	Contra-indicaties/interacties
<i>Campylobacter</i> spp.	Geen behandeling, tenzij ernstige infectie of immuungecompromitteerde patiënt; dan zo vroeg mogelijk behandelen	Azitromycine 500 mg 1 dd gedurende 3 dagen	Cave mogelijke verlenging QT-tijd en verhoging digoxinespiegel
<i>Salmonella</i> spp. (non-typhi)	Geen behandeling, tenzij ernstige infectie of endovasculair kunstmateriaal in situ of immuungecompromitteerde patiënt; Antibiotica prolongeren mogelijk fecesdragerschap, doen de relapsfrequentie toenemen en vergroten de kans op resistentie	1. Ciprofloxacin 500 mg 2 dd gedurende 7 dagen 2. Cotrimoxazol 960 mg 2 dd gedurende 7 dagen Bij endovasculair kunstmateriaal in situ of immuungecompromitteerde patiënt: behandelen gedurende 14 dagen	Cotrimoxazol en ciprofloxacin: halveer dosis bij eGFR < 30 ml/min Cotrimoxazol: niet combineren met methotrexaat (toxiciteit) of cumarinederivaat (ernstige verstoring antistollingsniveau)
<i>Shigella</i> spp.	Geen behandeling, tenzij ernstige infectie	1. Ciprofloxacin eenmalig 1000 mg 2. Azitromycine 500 mg 1 dd gedurende 3 dagen 3. Cotrimoxazol 960 mg 2 dd gedurende 3 dagen, (bij bewezen gevoeligheid) Bij immuungecompromitteerde patiënt: ciprofloxacin 500 mg 2 dd gedurende 7-10 dagen	Cotrimoxazol en ciprofloxacin: halveer dosis bij eGFR < 30 ml/min Cotrimoxazol: niet combineren met methotrexaat (toxiciteit) of cumarinederivaat (ernstige verstoring antistollingsniveau) Azitromycine: cave mogelijke verlenging QT-tijd en verhoging digoxinespiegel
<i>Yersinia</i> spp.	Geen behandeling, tenzij complicaties zoals gewrichtsklachten of erythema nodosum of bij immuungecompromitteerde patiënt	1. Ciprofloxacin 500 mg 2 dd gedurende 5 dagen 2. Cotrimoxazol 960 mg 2 dd gedurende 5 dagen	Cotrimoxazol en ciprofloxacin: halveer dosis bij eGFR < 30 ml/min Cotrimoxazol: niet combineren met methotrexaat (toxiciteit) of cumarinederivaat (ernstige verstoring antistollingsniveau)
EHEC/STEC	Antibiotica en diarreeremmers zijn gecontraïndiceerd; antibiotica zijn niet effectief Volg de patiënt, overleg zo nodig met de tweede lijn en verwijs bij vermoeden van HUS		
ETEC	Geen behandeling, tenzij ernstige infectie	1. Cotrimoxazol 960 mg 2 dd gedurende 5 dagen 2. Ciprofloxacin 500 mg 2 dd gedurende 5 dagen	Cotrimoxazol en ciprofloxacin: halveer dosis bij eGFR < 30 ml/min Cotrimoxazol: niet combineren met methotrexaat (toxiciteit) of cumarinederivaat (ernstige verstoring antistollingsniveau)

* Alleen doseringen voor volwassenen. Voor kinderen: zie het kinderformularium (www.kinderformularium.nl).

geleide van de uitslag en de resistentiebepaling (zie [tabel 1] en [tabel 2]). De behandeladviezen per verwekker (bacteriën of protozoa) zijn gebaseerd op de Richtlijn antimicrobiële therapie voor acute infectieuze diarree van de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB). Deze NHG-Standaard wijkt daarvan af voor wat betreft de behandeling van *Dientamoeba fragilis*.

Reizigersdiarree

De oorzaken van reizigersdiarree zijn, net als bij acute diarree in Nederland, veelal bacteriën. Vooral *Escherichia coli*-soorten zoals ETEC en EAEC komen vaak voor. Ook bij reizigersdiarree is preventie van dehydratie het hoofddoel.

Geef patiënten met vragen over reizigersdiarree informatie over de risicogebieden, hygiënische maatregelen en

veilig voedsel (zie ook www.thuisarts.nl).

Adviseer reizigers naar gebieden met een licht verhoogd risico op ernstiger vormen van diarree (Zuid-Europa, deel Caraïbisch gebied) ORS mee te nemen.

Overweeg aan reizigers naar landen met een sterk verhoogd risico op ernstiger vormen van diarree (Zuid- en Midden-Amerika, Afrika, Midden-Oosten, Azië) en aan reizigers met belangrijke comorbiditeit die een verblijf onder primitieve omstandigheden plannen naast ORS een antibioticum en eventueel loperamide mee te geven. Daarbij moeten nadelen zoals het ontwikkelen van snelle resistentie worden afgewogen tegen de belangen en omstandigheden van de patiënt. Anno 2014 gaat de voorkeur uit naar ciprofloxacin 500 mg 2 dd oraal gedurende 3 dagen of 1000 mg eenmalig oraal. Overleg zo nodig (bij-

voorbeeld bij reizen naar Zuidoost-Azië en het Indiase subcontinent) met de GGD of met het Landelijk Coördinatiecentrum Reizigersadviesing (LCR) over de keuze van het antibioticum, want de voorkeur voor een bepaald antibioticum kan afhankelijk zijn van de lokale epidemiologie en resistentiepatronen zijn aan verandering onderhevig.³⁸

Instrueer de patiënt alleen antibiotica te gebruiken bij ernstige ziekteverschijnselen (algemeen ziekzijn, waterdunne frequente diarree in combinatie met heftig braken, koorts of bloed bij de ontlasting). In een dergelijke situatie is loperamide gecontraïndiceerd.

CONSULTATIE/VERWIJZING

Indicaties voor consultatie of verwijzing zijn:

- ernstig algemeen ziekzijn;

Tabel 2 Antibiotische behandeling van acute infectieuze diarree met een protozoaire verwekker³⁷

Verwekker	Behandeladviezen	Antibioticum*	Contra-indicaties/interacties
<i>Giardia lamblia</i>	Symptoomloos dragerschap komt veel voor en heeft geen behandeling Behandeling is vooral aangewezen bij langdurige klachten Soms is herhalen van de kuur noodzakelijk	Metronidazol 4 tabl 500 mg 1 dd gedurende minimaal 3 dagen kinderen 1 maand-18 jaar: ■ oraal 50 mg/kg per dag in 1 dosis, gedurende 3 dagen ■ alternatief behandelingschema: oraal 15-20 mg/kg per dag in 3 doses, gedurende 7-10 dagen	Metronidazol niet combineren met alcohol (tot 48 uur na inname, vanwege disulfiramachtige reactie) of cumarinederivaten (vanwege ernstige verstoring van het antistollingsniveau) Tijdens zwangerschap wordt metronidazol afgeraden
<i>Entamoeba histolytica</i>	Monobehandeling met metronidazol is niet effectief; er moet dan ook nabehandeld worden met clioquinol (zie <i>Entamoeba histolytica</i> -dragschap), vooral bij immuungecompromitteerde patiënten, ter voorkoming van (recidief) klachten	Metronidazol 3 tabl 250 mg 3 dd gedurende 5-10 dagen	Metronidazol niet combineren met alcohol (tot 48 uur na inname, vanwege disulfiramachtige reactie) of cumarinederivaten (vanwege ernstige verstoring van het antistollingsniveau) Tijdens zwangerschap wordt metronidazol afgeraden
<i>Entamoeba histolytica</i> -dragschap	Zie <i>Entamoeba histolytica</i>	Clioquinol suspensie 250 mg 3 dd gedurende 10 dagen (<i>off label</i>)	Alvorens clioquinol voor te schrijven moet de huisarts nagaan of patiënt eerder clioquinol heeft gebruikt; Geef niet meer dan een cumulatieve dosis van 10 g clioquinol (levenslang) in verband met het risico op neurotoxiciteit Tijdens zwangerschap is clioquinol gecontraïndiceerd: overleg met medisch microbioloog/parasitoloog over een alternatief
<i>Dientamoeba fragilis</i>	Een proefbehandeling wordt alleen overwogen bij aanhoudende klachten van diarree en buikpijn, vooral bij kinderen, positief fecesonderzoek en als geen andere verklaring kan worden gevonden In overleg met de patiënt kan in eerste instantie gekozen voor afwachtend beleid aangezien de pathogeniciteit niet vaststaat	Metronidazol 500-750 mg 3 dd gedurende 10 dagen Kinderen: oraal 30 mg/kg per dag in 3 doses gedurende 10 dagen† Overleg bij falen van metronidazol zo nodig met de medisch microbioloog/parasitoloog als clioquinol wordt ingezet (contra-indicaties: zie <i>Entamoeba histolytica</i>)	Metronidazol niet combineren met alcohol (tot 48 uur na inname, vanwege disulfiramachtige reactie) of cumarinederivaten (vanwege ernstige verstoring van het antistollingsniveau) Tijdens zwangerschap wordt metronidazol afgeraden

* Alleen voor de verwekkers *Giardia lamblia* en *Dientamoeba fragilis* is een kinderdosering gegeven.

† De pathogeniciteit van *Dientamoeba fragilis* als verwekker van diarree staat ter discussie. In de SWAB-richtlijn wordt clioquinol geadviseerd als eerste keus (in navolging daarvan ook door diverse medisch microbiologen). Clioquinol is echter niet geregistreerd voor oraal gebruik. Het gaat in dit geval dus om off-labelgebruik en huisartsen hebben weinig ervaring in het voorschrijven van dit middel. Om deze reden is er in deze NHG-Standaard voor gekozen om ter behandeling van *D. fragilis* in de eerste lijn als eerste keus metronidazol te adviseren.^{13,37}

- verhoogde kans op een ernstig beloop, bijvoorbeeld ten gevolge van comorbiditeit;
- ernstige dehydratie (met verwardheid of bewustzijnsvermindering, diep en snel ademen of ernstige hypotensie);
- in geval van een rehydratiepoging: bij aanhouden van de negatieve vochtbalans, klinische achteruitgang;

- kinderen met (verdenking op) dehydratie, consulteer of verwijs eerder bij kinderen jonger dan 3 maanden;
- patiënten met dehydratie wanneer patiënt of verzorger niet in staat is te zorgen voor voldoende vochtopname;
- verdenking op HUS bij infectieuze diarree veroorzaakt door EHEC;
- diarree met hevig rectaal bloedverlies;
- bij verblijf in een zorginstelling of op

een kinderdagverblijf: consulteer zo nodig de GGD.

© 2014 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

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

Totstandkoming

In april 2013 startte een werkgroep met de herziening van de NHG-Standaard Acute diarree. De werkgroep bestond uit de volgende leden: Ph.C. Brühl, huisarts te Amsterdam; W.H. Lemmen, huisarts te Utrecht; M.L. Bos, huisarts te Weesp/Urk; M.A.M. Pijpers, huisarts te Oosterhout; dr. J.N. Belo, huisarts te Katwijk; M. van den Donk, epidemioloog. De begeleiding van de werkgroep en de redactie van de tekst van de standaard was in handen van M.C.M. Loogman, huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG.

Dr. M. Bouma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, beiden bij de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, en dr. J.S. Burgers als hoofd van deze afdeling. L. Koch was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie. Door geen van de leden van de werkgroep werd belangenverstremeling gemeld. Meer details hierover zijn te vinden in de webversie van de standaard op www.nhg.org.

Dr. J.F.L. Weel, arts-microbioloog, was meelezend werkgroepid namens de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Dr. T.G. Mank, medisch parasitoloog, was meelezend werkgroepid namens de Nederlandse Vereniging voor Parasitologie (NVP).

In januari 2014 werd de ontwerpstandaard voor commentaar naar vijftig willekeurig uit het NHG-ledenbestand gekozen huisartsen gestuurd. Er werden vijftien commentaarformulieren retour ontvangen. Tevens werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten dr. P. Koeck, huisarts namens Domus Medica te België (de Vlaamse vereniging van huisartsen); dr. M. Nelissen, senior apotheker namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); M. Favié, voorzitter namens de Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (Bogin); dr. K. de Leest, dr. T. Schalekamp, J.J. Luienburg, K. Hagendoorn-Becker en F.I. Harkes-Idzinga, allen apotheker namens het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; M.L.H.A. van Oppenraay en M. Boomkamp, beiden adviseur-redacteurs van het *Farmacotherapeutisch Kompas*, namens het College van Zorgverzekeringen (CvZ); J.G.W. Lensink, directeur Zorg namens Zorgverzekeraars Nederland (ZN); dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; A.J.M.M. Oomen, beleidsmedewerker/sociaal verpleegkundige namens de Landelijke Coördinatie Infectiebestrijding (LCI) van het RIVM; dr. J.J. Uil, mdl-arts namens de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL); K. Dermout en A. Arends, beiden klinisch geriater namens de

Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG); dr. M.F. Schreuder, kinderarts/kindernefroloog, E.M. Dorrestijn, kindernefroloog en dr. J.J. Schweizer, kinderarts maag-darm-leverziekten namens de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK); de Commissie Richtlijnen van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV); dr. M. Kruyswijk, huisarts; dr. B.D.L. Broekhuizen, huisarts en onderzoeker UMCU; A.B.M. Geers, internist; prof.dr. J.M. Prins, internist-infectioloog; dr. J.A.J.M. Taminiau, kinderarts.

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

W. Willems en I. van der Sar hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaaronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herziensplan. Op 16 april 2014 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC). De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

NHG-Standaard Otitis externa nog actueel

Tjerk Wiersma

In het voorjaar van 2014 is de noodzaak tot revisie van de NHG-Standaard Otitis externa uit 2005 beoordeeld op basis van een literatuursearch naar recente internationale richtlijnen, systematische reviews en therapeutische onderzoeken. Dat leverde onder andere een tweetal recente overzichtsartikelen,^{1,2} een Cochrane review³ en een tweetal recente richtlijnen uit Engeland en Canada^{4,5} op. Aanvullend is ook de richtlijn van de kno-artsen over dit onderwerp bekeken.⁶ Al deze stukken leverden geen nieuwe gezichtspunten op die bijstelling van de aanbevelingen noodzakelijk maken.

De Nederlandse Vereniging voor keel-, neus- en oorheelkunde en heel-

kunde van het hoofdhalshoof gebied en Zorgverzekeraars Nederland gaven desgevraagd te kennen deze zienswijze te onderschrijven. Wel is op verzoek van eerstgenoemde vereniging een zin aan de paragraaf evaluatie toegevoegd, waarin er op gewezen wordt dat in zeldzame gevallen ook het gehoor-gangcarcinoom de oorzaak kan zijn van een persisterende otitis externa die niet geneest ondanks adequate behandeling.

Volledigheidshalve vindt u het bijgewerkte samenvattingkaartje van de NHG-Standaard Otitis externa bijgesloten bij dit nummer van Huisarts en Wetenschap.

LITERATUUR

- Schaefer P, Baugh RF. Acute otitis externa: an update. *Am Fam Physician* 2012; 86:1055-61.
- McWilliams CJ, Smith CH, Goldman RD. Acute otitis externa in children. *Can Fam Physician* 2012;58:1222-4.
- Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 1. Art.No.: CD004740.
- Clinical Knowledge Summaries (CKS). Otitis externa. <http://cks.nice.org.uk/otitis-externa#!topicsummary>.
- Hui CPS. Acute otitis externa. *Paediatr Child Health* 2013; 18: 96-98. Ook op <http://www.cps.ca/en/documents/position/acute-otitis-externa>.
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied. Richtlijn Otitis Externa. http://www.kwaliteitskoepel.nl/assets/structured-files/2011/Richtlijn_Otitis_Externa_KNOvereniging%20geautoriseerd.pdf.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; dr. Tj. Wiersma, huisarts en senior wetenschappelijk medewerker • Correspondentie: T.Wiersma@nhg.org

Tjerk Wiersma, Hèlen Woutersen-Koch

Kernboodschappen

- Er bestaat geen test waarmee vitamine-B₁₂-tekort als oorzaak van klachten met zekerheid kan worden aangetoond of uitgesloten.
- Als grenswaarde voor een verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel (te onderscheiden van een tekort waarbij er tevens sprake is van klachten) wordt een serumconcentratie van 148 pmol/l gehanteerd. Bij deze grenswaarde kan 95-97% van de patiënten worden gedetecteerd die klachten hebben ten gevolge van een vitamine-B₁₂-tekort.
- Klinische verschijnselen van vitamine-B₁₂-tekort komen incidenteel voor bij laag-normale spiegels van 148-260 pmol/l.
- Bij een vitamine-B₁₂-spiegel lager dan 148 pmol/l en klinische verschijnselen bestaat de behandeling uit 1000 microg vitamine B₁₂ oraal per dag.
- Bij klachten suggestief voor vitamine-B₁₂-tekort en een laag-normale B₁₂-spiegel kan een additionele methylmalonzuurbepaling worden gedaan of een proefbehandeling met vitamine B₁₂ 1 dd 1000 microg oraal worden overwogen.
- Controles van de vitamine-B₁₂-spiegel tijdens de behandeling worden over het algemeen als weinig zinvol beschouwd.

INLEIDING

Sinds enkele jaren is er bij het publiek een groeiende belangstelling voor vitamine B₁₂ en de gevolgen van een mogelijk tekort daaraan. In de spreekkamer van de huisarts neemt het aantal vragen over vitamine B₁₂ toe, zoals blijkt uit het toegenomen aantal verzoeken aan het NHG van zowel huisartsen als patiënten om aandacht te schenken aan dit onderwerp. Veel patiënten lijken een vitamine-B₁₂-tekort te zien als de oorzaak van specifieke klachten zoals vermoeidheid of duizeligheid. Berichten over de mogelijkheid van vitamine-B₁₂-tekort bij normale laboratoriumuitslagen maken dat niet alle patiënten volledig kunnen worden gerustgesteld met bloedonderzoek

(<http://stichtingb12tekort.nl>). Daarom is er bij huisartsen veel behoefte aan een inhoudelijk advies over de diagnostiek van vitamine-B₁₂-tekort.

**PREVALENTIE EN OORZAKEN
VAN EEN VERLAAGDE
VITAMINE-B₁₂-SPIEGEL**

De prevalentie van een verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel (gedefinieerd als een serumconcentratie lager dan 148 pmol/l) bedraagt in westerse landen enkele procenten en loopt op met de leeftijd, van minder dan 3% in de leeftijdsgroep van 20-39 jaar tot 10% of hoger bij mensen van 70 jaar en ouder. Een aanzienlijk deel van betrokkenen heeft geen duidelijke klachten.¹

Een vitamine-B₁₂-tekort wordt vooral veroorzaakt door malabsorptie. Daaraan kunnen verschillende ziektebeelden ten grondslag liggen. De meestvoorkomende aandoening is atrofische gastritis, die kan leiden tot pernicieuze anemie (aandeel circa 70%; prevalentie bij 65-plussers geschat op 1-2%). Onvoldoende intake van vitamine B₁₂ komt minder frequent voor (aandeel circa 15%) en is vooral aan de orde bij overmatig gebruik van alcohol en bij vegetariërs en veganisten. Overige oorzaken zijn ziekten van het ileum, zoals de ziekte van Crohn. Ook geneesmiddelen kunnen een vitamine-B₁₂-tekort veroorzaken, vooral als ze langdurig gebruikt worden. De belangrijkste zijn protonpompremmers en metformine.²

**KLINISCHE VERSCHIJNSELEN BIJ
VITAMINE-B₁₂-TEKORT**

Vitamine B₁₂ (ook wel cobalamine) is met foliumzuur (ook wel vitamine B₉) betrokken bij de omzetting, door middel van methylering, van homocysteïne in methionine. Methionine is op zijn beurt nodig bij de synthese van thymine, een van de bouwstenen van DNA. Een tekort aan vitamine B₁₂ leidt dan ook tot verstoring van de DNA-synthese, hetgeen kan leiden tot megaloblastaire anemie. Daarnaast kan de verstoorde methylering leiden tot neurologische stoornissen, in het bijzonder paresthesiën en ataxie.

Voorafgaand aan de klinische verschijnselen hebben mensen met een vitamine-B₁₂-tekort een fase doorlopen

waarin de B₁₂-spiegel laag was. Omgekeerd zal lang niet iedereen met een lage vitamine-B₁₂-spiegel het stadium bereiken waarin er ook klinische verschijnselen zijn, en een lage spiegel kan ook spontaan normaliseren. Er is vooral veel discussie over de vraag of een lage vitamine-B₁₂-spiegel geassocieerd zou kunnen zijn met atypische klachten zoals duizeligheid, vermoeidheid en vermindering van het geheugen of concentratievermogen. Overtuigend bewijs daarvoor ontbreekt echter.³

**METABOLISME VAN
VITAMINE B₁₂**

Vitamine B₁₂ is in de circulatie gebonden aan twee verschillende eiwitten: transcobalamine en haptocorrine. Transcobalamine bindt ongeveer 30% van het vitamine B₁₂ in het plasma en speelt een essentiële rol bij de opname van B₁₂ in de lichaamscellen. De aan transcobalamine gebonden fractie van B₁₂ (holotranscobalamine) wordt dan ook als functioneel belangrijker beschouwd dan de grotere fractie die aan haptocorrine gebonden is. Dit roept de vraag op of een bepaling van de totale hoeveelheid in het plasma aanwezige vitamine B₁₂ de functionele capaciteit wel adequaat weergeeft. Bepaling van de aan transcobalamine gebonden fractie zou hier uitkomst kunnen bieden, maar deze bepaling is nog maar in weinig laboratoria beschikbaar. In de jaren zestig en zeventig is daarnaast de idee ontstaan dat een tekort aan vitamine B₁₂ ook indirect kan worden getraceerd via bepaling van metabolieten afkomstig uit biochemische reacties waarbij vitamine B₁₂ betrokken is. De belangrijkste metabolieten zijn methylmalonzuur en homocysteïne. Een verminderde concentratie van vitamine B₁₂ zou al snel leiden tot ophoping van deze stoffen in de cellen, en de bepaling van hun concentraties in het bloed zou een vitamine-B₁₂-tekort eerder aan het licht brengen dan een bepaling van de vitamine-B₁₂-spiegel zelf.

**NORMAALWAARDEN VAN
VITAMINE B₁₂**

Het is van belang onderscheid te maken tussen een verlaagde vita-

mine-B₁₂-spiegel zonder klinische verschijnselen (subklinische deficiëntie) en een verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel mét klinische verschijnselen. In dat laatste geval is er sprake van een daadwerkelijk tekort. Men spreekt van een verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel als de laboratoriumuitslagen lager zijn dan de normaalwaarde die bepaald is in een gezonde referentiepopulatie. Doorgaans wordt als benedengrens van dit referentie-interval het gemiddelde minus tweemaal de standaarddeviatie aangehouden.

Voor het totale vitamine B₁₂ bedraagt de aldus bepaalde grenswaarde 148 pmol/l (overeenkomend met 200 pg/ml) en voor holotranscobalamine 35 pmol/l. Deze grenswaarden zijn hoger dan voorheen. De vroeger voor vitamine B₁₂ aangehouden grenswaarde van 59 pmol/l berustte op de aanwezigheid van anemie, maar wordt inmiddels als te laag beschouwd omdat neuropathie zonder anemie die verbetert op toediening van vitamine B₁₂ bij waarden tot 150 pmol/l voorkomt.⁴ Voor de indirecte bepaling van de vitamine-B₁₂-status via de metaboliëten methylmalonzuur en homocysteïne zijn op analoge wijze referentie-intervallen afgeleid met bovengrenzen van respectievelijk 260 nmol/l en 12 micromol/l.⁵ In Nederland wordt als bovengrens voor methylmalonzuur doorgaans 350 nmol/l aangehouden, hetgeen min of meer overeenkomt met de gemiddelde waarde in de gezonde populatie plus driemaal de standaarddeviatie.^{2,6}

Het feit dat normaalwaarden worden afgeleid uit een gezonde referentiepopulatie betekent dat er waarden buiten het referentie-interval kunnen worden aangetroffen bij mensen die geen klinische verschijnselen hebben. Men moet dus op enkel en alleen statistische gronden rekening houden met fout-positieven. In een overzichtsartikel over de relatie tussen verlaagde vitamine-B₁₂-spiegels bij ouderen en anemie kon geen duidelijke relatie tussen beide worden aangetoond en bleek gebruik van vitamine B₁₂ niet te leiden tot stijging van het Hb of verandering van het MCV.⁷ Ook het verband tussen gebruik van vita-

mine B₁₂ en verbetering van de cognitie kon niet worden aangetoond.⁸ Om onderscheid te kunnen maken tussen een verlaagde vitamine B₁₂-spiegel en een daadwerkelijk vitamine-B₁₂-tekort moet ook gekeken worden naar de aanwezigheid van klachten of ziekteverschijnselen die kunnen worden toegeschreven aan de vitamine-B₁₂-status. Strikt genomen zou men dan ook moeten bewijzen dat de klachten verminderen of op zijn minst niet meer verergeren na de start van vitamine-B₁₂-suppletie. Normalisering van de vitamine-B₁₂-spiegel na suppletie is in dit verband onvoldoende bewijs.^{5,9}

TESTKARAKTERISTIEKEN VAN DE VITAMINE-B₁₂-BEPALING

In de literatuur is te vinden dat de vitamine-B₁₂-bepaling een specificiteit heeft van vermoedelijk minder dan 80%. Dit betekent dat bij iets meer dan 20% van de mensen die geen ziekte hebben toch vitamine-B₁₂-waarden beneden de 148 pmol/l worden aangetroffen. Niet geheel duidelijk is met welke frequentie hematologische of neurologische afwijkingen zich voordoen bij verlaagde vitamine-B₁₂-waarden. Naar schatting 70-80% van de mensen met een verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel heeft (dikwijls subtiele) tekenen van macrocytose of macrocytaire anemie, met megaloblastaire veranderingen in het beenmerg of neutrofiële hypersegmentatie. Circa 50% heeft klinische tekenen van myelopathie, neuropathie of cognitieve disfunctie, maar deze afwijkingen zijn niet kenmerkend voor een vitamine-B₁₂-tekort.⁶

De sensitiviteit van een verlaagd vitamine B₁₂ (< 148 pmol/l) wordt geschat op 95-97% in populaties met klinische verschijnselen, blijvend uit megaloblastaire anemie. In een onderzoek dat een verlaging van de methylmalonzuurconcentratie met ten minste 50% na behandeling met vitamine B₁₂ als gouden standaard gebruikte, bleek de sensitiviteit van de vitamine-B₁₂-bepaling 90%.⁶ De sensitiviteit van deze bepaling is echter veel lager (38-39%) in populaties zonder klachten waarbij wordt vergeleken met verhoogde waarden van

methylmalonzuur of homocysteïne. De genoemde onderzoeken bepaalden niet de specificiteit van een vitamine-B₁₂-bepaling beneden de 148 pmol/l, maar wel de positief voorspellende waarde. Deze bedroeg 58-78%, in populaties waarin subklinische afwijkingen (vooral blijvend uit verhoogd methylmalonzuur of homocysteïne) domineerden.

De sensitiviteit en specificiteit van biomarkers zoals methylmalonzuur bij subklinische deficiëntie zijn moeilijk te bepalen, omdat de enige mogelijke referentiepunten andere biomarkers zijn met hun eigen tekortkomingen voor wat betreft sensitiviteit en specificiteit. Een goede gouden standaard ontbreekt. In de onderzoeken waarop de zojuist vermelde gegevens berusten, was de methylmalonzuurbepaling vaker afwijkend dan de vitamine-B₁₂-bepaling en gebruikten de onderzoekers vaak de abnormale waarde van het methylmalonzuur als referentie. Een normale methylmalonzuurspiegel kan gelden als argument tegen een vitamine-B₁₂-tekort, maar het onderscheid tussen een fout-normaal vitamine B₁₂ en een fout-abnormaal methylmalonzuur is moeilijk, vooral als de afwijkingen gering zijn en klinische referentiepunten ontbreken.⁶ Dit betekent dat men zich bij een laag-normale vitamine-B₁₂-bepaling niet zonder meer kan verlaten op een verhoogde methylmalonzuurwaarde.

DIAGNOSTISCHE WAARDE VAN DE METHYLMALONZUUR- OF HOMOCYSTEÏNEBEPALING

De ontdekking van de relatief lage sensitiviteit van de vitamine-B₁₂-bepaling ten opzichte van de methylmalonzuurbepaling (een marker met gebrekkig gedefinieerde specificiteit) heeft geleid tot het voorstel het afkappunt voor een verlaagde B₁₂-spiegel op te trekken van 148 naar 221 of zelfs 258 pmol/l. Daarbij werd benadrukt dat 3-5% van de patiënten met klinische tekenen van deficiëntie waarden boven de 148 pmol/l had.^{4,6,10} Dit kan voor een deel worden verklaard doordat een aangeboren tekort aan het functionele eiwit transcobalamine of een overmaat aan haptocorrine niet opgespoord kun-

nen worden door middel van een totale vitamine-B₁₂-bepaling. Ook is wel voorgesteld het afkappunt van de vitamine-B₁₂-bepaling te verhogen tot 250 pmol/l omdat tot deze waarde verhoogde methylmalonzuur- of homocysteïnespiegels voorkomen die normaliseren na suppletie van vitamine B₁₂.⁴

Verdere verhoging van de grenswaarde heeft echter belangrijke nadelen. Het zou de prevalentie van verlaagd vitamine B₁₂ in de algemene bevolking belangrijk doen oplopen. Blijkens een Nederlands onderzoek onder ouderen zou de prevalentie van verlaagd vitamine B₁₂ stijgen van 25% bij een afkappunt van 150 pmol/l tot 60% bij 260 pmol/l.^{4,6} In diverse protocollen is voorgesteld de verlaagde vitamine-B₁₂-waarde te verifiëren door een methylmalonzuur- of homocysteïnebeplating.^{2,11} Bij een verhoging van 150 naar 260 pmol/l zou de frequentie van fout-verlaagde vitamine-B₁₂-spiegels bij normale waarden voor methylmalonzuur en homocysteïne oplopen van 22-42% naar 44-73%. Van de extra ontdekte mensen zou dus slechts een minderheid biochemische afwijkingen hebben, en een nog veel geringer deel een klinische deficiëntie.⁶ Al met al leidt dit voorstel weliswaar tot een wat hogere sensitiviteit, maar daarnaast vooral tot behandeling van biochemische afwijkingen zoals een verhoogd methylmalonzuur.

Licht tot matig verhoogde methylmalonzuurwaarden (tot 700 nmol/l) komen veel voor en zijn aanwezig bij 20% van de ouderen.^{4,12} Omdat methylmalonzuur renaal geklaard wordt, kan een verhoging ook het gevolg zijn van nierfunctieverlies. Er is geen bewijs dat verlaging van de methylmalonzuurspiegel door middel van vitamine-B₁₂-suppletie zonder dat er sprake is van anemie of neuropathie leidt tot waarneembaar klinisch voordeel voor de patiënt.¹² Een praktisch bezwaar is bovendien dat de methylmalonzuurbepaling gebeurt met behulp van gaschromatografie en massaspectrometrie en dat niet alle laboratoria over die apparatuur beschikken.^{4,11} Voor de homocysteïnezuurbepaling zijn veel ruimere faciliteiten beschikbaar, maar deze bepaling wordt over

het algemeen als minder geschikt beschouwd om het vitamine-B₁₂-tekort te verifiëren, aangezien ook nierfunctieverlies en tekorten aan foliumzuur of vitamine B₆ veelvoorkomende oorzaken van homocysteïnezuurverhoging zijn. In populaties die geen met foliumzuur verrijkte voeding gebruiken zou een kwart van de verhoogde homocysteïnespiegels toegeschreven kunnen worden aan een foliumzuurtekort; in populaties waarbinnen de voeding wél verrijkt is met foliumzuur zou het vitamine-B₁₂-tekort verantwoordelijk zijn voor 20-25% van de gevallen van homocysteïneverhoging.⁴ De specificiteit van een verhoogd homocysteïne voor een vitamine-B₁₂-tekort is dus betrekkelijk gering. Een praktisch bezwaar van de homocysteïnebeplating is bovendien dat het bloed in het laboratorium moet worden afgenomen omdat het bloedmonster direct geanalyseerd moet worden.

Directe bepaling van de aan transcobalamine gebonden fractie van vitamine B₁₂ zou het probleem van de suboptimale sensitiviteit van de totale vitamine-B₁₂-bepaling voor een klein deel kunnen oplossen,^{11,13} maar deze bepaling is zoals reeds gemeld beperkt beschikbaar.

BEPALINGEN GERICHT OP ATROFISCHE GASTRITIS

Een oorzaak die in het bijzonder moet worden overwogen bij ouderen met een vitamine-B₁₂-tekort is atrofische gastritis, omdat deze kan leiden tot pernicioze anemie. Aτροφische gastritis kan worden aangetoond door bepaling van antistoffen tegen intrinsic factor en tegen pariëtale cellen. Deze antistoffen zijn aanwezig bij respectievelijk 50 en 85% van de patiënten.^{2,14} De aanwezigheid van antistoffen maakt atrofische gastritis waarschijnlijk (hoge specificiteit), maar afwezigheid ervan sluit de diagnose niet uit (lage sensitiviteit). In het laatste geval kan bepaling van het serumgastrine uitkomst bieden. Het serumgastrine is verhoogd bij 85 tot 90% van de patiënten met atrofische gastritis doordat de feedbackremming door maagzuur is weggefallen,² maar een verhoogde serumgastrinespiegel geldt niet als erg specifiek.¹²

In de literatuur wordt wisselend gedacht over de wenselijkheid van de genoemde bepalingen. De betekenis van onderzoek naar atrofische gastritis en pernicioze anemie lijkt vooral gelegen in de verheldering van de prognose en de duur van de behandeling, die in voorkomende gevallen levenslang zal moeten worden voortgezet.

CONCLUSIES EN ADVIEZEN VOOR DE PRAKTIJK

Uit het voorafgaande blijkt dat er geen test bestaat waarmee een vitamine-B₁₂-tekort met zekerheid kan worden aangetoond of uitgesloten als oorzaak van klachten. De discussie over de betrouwbaarheid van de gangbare grenswaarde voor een verlaagd vitamine B₁₂ lijkt vooral te worden gevoed door onderzoek waarin verhoogde methylmalonzuurspiegels, of verlaging daarvan door vitamine-B₁₂-suppletie, als referentie worden gebruikt. De voordelen daarvan zijn evenwel onvoldoende aangetoond.

Indicaties voor een vitamine-B₁₂-bepaling of (indien beschikbaar) een holotranscobalaminebepaling zijn niet-microcytaire anemie en neurologische symptomen, in het bijzonder paresthesiën en ataxie. Vanzelfsprekend dient men bij patiënten met risicofactoren (zie onder Prevalentie en oorzaken) eerder aan een vitamine-B₁₂-deficiëntie te denken. Van andere klachten, zoals duizeligheid, vermoeidheid en problemen met concentratie of cognitie, is de relatie met een vitamine-B₁₂-tekort onduidelijk. De prioriteiten dat ze veroorzaakt worden door vitamine-B₁₂-tekort is gering. Voor routinematige periodieke controles van de vitamine-B₁₂-spiegels bij gebruikers van metformine of een protonpompremmer bestaat voornamelijk onvoldoende grond (zie de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2).

Bij de interpretatie van de vitamine-B₁₂-bepaling kan als grenswaarde voor een verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel 148 pmol/l worden aangehouden. Bij patiënten met een vitamine-B₁₂-spiegel lager dan 148 pmol/l die ook klinische verschijnselen hebben, bestaat de behandeling uit 1000 microgram per dag.

Dit kan oraal worden ingenomen, ook als er sprake is van perniciëuze anemie, omdat van dergelijke hoge doseringen bij afwezigheid van intrinsic factor voldoende wordt opgenomen door passieve diffusie.¹⁵⁻¹⁷ Vitamine-B₁₂-tabletten zijn in Nederland niet als geneesmiddel geregistreerd. Ze zijn zonder recept bij apotheek of drogist verkrijgbaar en komen niet voor vergoeding in aanmerking. Als patiënten ze aanschaffen vanwege een aangetoond vitamine-B₁₂-tekort moeten zij er wel op letten dat de tabletten de juiste dosering bevatten, veel tabletten bevatten een geringere hoeveelheid B₁₂.

Injecties zijn alleen geïndiceerd als snelle normalisering van de vitamine-B₁₂-spiegels gewenst is vanwege de ernst van de klachten. Bij patiënten met een 'toevallig' geconstateerde verlaagde vitamine-B₁₂-spiegel die geen klachten hebben, kan desgewenst worden volstaan met afwachtend beleid.

Een vitamine-B₁₂-spiegel tussen 148 en 250 pmol/l maakt een daadwerkelijk

vitamine-B₁₂-tekort onwaarschijnlijk, maar sluit dit niet geheel uit. Hetzelfde geldt in iets mindere mate voor een laag-normale holotranscobalaminespiegel (grenswaarde 35 pmol/l). Indien de patiënt bij dergelijke waarden klachten heeft die suggestief zijn voor vitamine-B₁₂-tekort, of blijft twijfelen over de vraag of de klachten veroorzaakt zouden kunnen worden door een vitamine-B₁₂-tekort, kan men trachten middels een methylmalonzuurbepaling (mits beschikbaar) een mogelijk tekort minder waarschijnlijk te maken. Daarbij moet men zich wel realiseren dat een verhoogde methylmalonzuurspiegel (> 350 nmol/l) een vitamine-B₁₂-tekort niet bewijst en eveneens het gevolg kan zijn van een verminderde nierfunctie, zodat het raadzaam is ook deze te controleren. Bij een daadwerkelijk vitamine-B₁₂-tekort is de methylmalonzuurspiegel dikwijls 1000 nmol/l of hoger.

Bij patiënten met een laag-normale

B₁₂-spiegel die klachten hebben die suggestief zijn voor een vitamine-B₁₂-tekort kan ook een proefbehandeling met oraal vitamine B₁₂ worden overwogen. De klachten moeten dan binnen enkele maanden verdwijnen. Spreek van te voren af dat de behandeling zal worden gestaakt als de klachten blijven bestaan. Als andere oorzaken voldoende zijn uitgesloten, kan de patiënt eventueel verder worden behandeld volgens de NHG-Standaard Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK).

Controles van de vitamine-B₁₂-spiegel tijdens vitamine-B₁₂-suppletie worden over het algemeen als weinig zinvol beschouwd, omdat deze altijd zal stijgen. De gewenste duur van de behandeling is afhankelijk van de (waarschijnlijke) oorzaak van de deficiëntie; zij zal levenslang zijn bij patiënten met atrofische gastritis. Over de gewenste frequentie van controles na beëindiging van de suppletie levert de literatuur onvoldoende gegevens. ■

LITERATUUR

Voor verwijzingen naar NHG-Producten, zie www.nhg.org.

- Allen LH. How common is vitamin B-12 deficiency? *Am J Clin Nutr* 2009;89:693S-6S.
- Wiersinga WJ, De Rooij SE, Huijman JG, Fischer C, Hoekstra JB. De diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie herzien. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:2789-94.
- Doets EL, Van Wijngaarden JP, Szczecinska A, Dullemeyer C, Souverein OW, Dhonukshe-Rutten RA, et al. Vitamin B12 Intake and Status and Cognitive Function in Elderly People. *Epidemiol Rev* 2012.
- Green R. Indicators for assessing folate and vitamin B12 status and for monitoring the efficacy of intervention strategies. *Food Nutr Bull* 2008;29:S52-S63 63; discussion S64-6.
- Green R. Indicators for assessing folate and vitamin B-12 status and for monitoring the efficacy of intervention strategies. *Am J Clin Nutr* 2011;94:666S-72S.
- Carmel R. Biomarkers of cobalamin (vitamin B-12) status in the epidemiologic setting: a critical overview of context, applications, and performance characteristics of cobalamin, methylmalonic acid, and holotranscobalamin II. *Am J Clin Nutr* 2011;94:348S-58S.
- Den Elzen WPJ, Van der Weele GM, Gussekloo J, Westendorp RGJ, Assendelft WJJ. Subnormal vitamin B12 concentrations and anaemia in older people: a systematic review. *BMC Geriatrics* 2010;10:42.
- Malouf R, Areosa SA. Vitamin B12 for cognition. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD004326.
- Willis CD, Elshaug AG, Milverton JL, Watt AM, Metz MP, Hiller JE. Diagnostic performance of serum cobalamin tests: a systematic review and meta-analysis. *Pathology* 2011;43:472-81.
- Solomon LR. Cobalamin-responsive disorders in the ambulatory care setting: unreliability of cobalamin, methylmalonic acid, and homocysteine testing. *Blood* 2005;105:978-85.
- Russcher H, Heil SG, Slobbe L, Lindemans J. Vitamine B12-deficiëntie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012;156:A3595.
- Hvas AM, Nexø E. Diagnosis and treatment of vitamin B12 deficiency--an update. *Haematologica* 2006;91:1506-12.
- Nexø E, Hoffmann-Lücke E. Holotranscobalamin, a marker of vitamin B-12 status: analytical aspects and clinical utility. *Am J Clin Nutr* 2011;94:359S-65S.
- Stabler SP. Clinical practice. Vitamin B12 deficiency. *N Engl J Med* 2013;368:149-60.
- Troilo A, Mecili M, Ciobanu E, Boddi V, D'Elia MM, Andres E. Efficacy et tolerance de la vitamine B12 par voie orale chez 31 patients avec une maladie de Biermer ou une maldigestion des cobalamines alimentaires. *Presse Med* 2010;39:e273-e279.
- Vidal-Alaball J, Butler CC, Cannings-John R, Goringe A, Hood K, McCaddon A, et al. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;CD004655.
- Andres E, Fothergill H, Mecili M. Efficacy of oral cobalamin (vitamin B12) therapy. *Expert Opin Pharmacother* 2010;11:249-56.



Oefentherapie bij heupartrose

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

PRAKTIJKVRAAG

Conservatieve behandeling is de eerste stap bij de behandeling van heupartrose. Naast educatie, medicatie en loophulp-middelen neemt bewegen hierbij een belangrijke plaats in. De meeste patiënten met heupartrose gaan minder bewegen om pijn te voorkomen. Huisartsen verwijzen daarom een deel van de patiënten naar de fysiotherapeut voor oefentherapie. De vraag is of oefentherapie (kosten)effectief is voor de behandeling van heupartrose.

HUIDIG BELEID

De CBO-richtlijn Diagnostiek en behandeling van heup- en knieartrose beveelt oefentherapie aan voor vermindering van pijn en verbetering van fysiek functioneren. Deze aanbeveling is met name gebaseerd op onderzoeken bij patiënten met knieartrose. Er is geen eenduidig bewijs dat bewegen bij heupartrose effectief is. Op dit moment verwijst de huisarts niet elke patiënt met heupartrose voor oefentherapie.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Heupartrose is een veelvoorkomende oorzaak van pijn aan de heup en verminderd functioneren. De meest recente huisartsregistraties (2011) laten zien dat 16 per 1000 mannen en 27 per 1000 vrouwen heupartrose hebben. Door de vergrijzing neemt het aantal patiënten met heupartrose toe. Daarnaast heeft deze patiëntengroep door de neiging tot inactiviteit een vergrote kans op overgewicht, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

De meeste informatie over de effectiviteit van oefentherapie bij heupartrose komt uit onderzoeken, waarin zowel patiënten met knieartrose als heupartrose werden geïncludeerd. In een systematische review werden 10 trials gepoold, waarvan er 5 alleen patiënten met heupartrose includeerden.¹ De onderzoekers vonden op korte termijn (direct na de laatste therapiesessie, duur therapie was enkele weken of maanden) een positief effect op zelfgerapporteerde pijn- en functiescores met een geschat verschil van 8 punten op pijn en 7 punten op functie, op een schaal van 0 tot 100. Deze verschillen lijken op de grens te liggen van wat klinisch relevant is. Zo is de 'minimal clinical

important difference' (MCID) 7,5 voor pijn en 6,7 voor functie op de WOMAC-schaal (0-100). WOMAC is een van de meestgebruikte gevalideerde vragenlijsten voor pijn en functie in heup- en knieartroseonderzoek. Hoewel het verschil klein is, beschouwen de auteurs van de review de gevonden verschillen als klinisch relevant, mede gezien het lage risico van oefentherapie. Zij vonden geen verschil voor kwaliteit van leven. Ook voor langetermijneffecten (langer dan 6 maanden) zijn enkele onderzoeken gedaan. In een systematische review uit 2007 werd geen langetermijneffect gevonden voor pijn en functie.² Wel leken terugkombehandelingen na de therapieperiode (zogenoemde boostersessies, waarin oefeningen en informatie herhaald werden) het kortetermijneffect langer in stand te houden. Een Finse onderzoeksgroep publiceerde in 2011 een gerandomiseerde trial binnen de eerstelijnszorg, waarbij oefentherapie in combinatie met huisartsenzorg werd afgezet tegen huisartsenzorg alleen.³ Ze vonden geen verschillen voor pijn, maar op 6 en 18 maanden wel een statistisch significant betere WOMAC-functiescore voor de groep die oefentherapie kreeg. De medische kosten verschilden niet tussen de twee groepen.

CONCLUSIE

De aanbeveling voor oefentherapie bij heupartrose is voornamelijk gebaseerd op onderzoek bij patiënten met knieartrose. Er zijn wel enkele onderzoeken gedaan naar de effectiviteit van oefentherapie bij patiënten met heupartrose, maar dit zijn onderzoeken met kleine groepen patiënten. De resultaten van deze onderzoeken suggereren een klein en soms geen effect op pijn en functie. Oefentherapie lijkt geen effect te hebben op de kwaliteit van leven of medische kosten. Gezien de conflicterende resultaten is het voornamelijk onduidelijk hoeveel profijt de patiënt met heupartrose heeft van oefentherapie ten aanzien van pijn, functie en kwaliteit van leven. Daarbij is het de vraag of oefentherapie een kostenbesparing kan opleveren.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Wat is de (kosten)effectiviteit van oefentherapie, toegevoegd aan huisartsenzorg, op pijn en functie, kwaliteit van leven en mate van herstel bij heupartrose? ■

LITERATUUR

- 1 Fransen M, McConnell S, Hernandez-Molina G, Reichenbach S. Exercise for osteoarthritis of the hip. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;4:CD007912.
- 2 Pisters MF, Veenhof C, Van Meeteren NLU, Ostelo RW, De Bakker DH, Schellevis FG, et al. Long-term effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review. *Arthritis Care Res* 2007;57:1245-53.
- 3 Juhakoski R, Tenhonen S, Malmivaara A, Kiviniemi V, Anttonen T, Arokoski JP. A pragmatic randomized controlled study of the effectiveness and cost consequences of exercise therapy in hip osteoarthritis. *Clin Rehabil* 2011;25:370-83.

Gastro-enteritis op het kinderdagverblijf

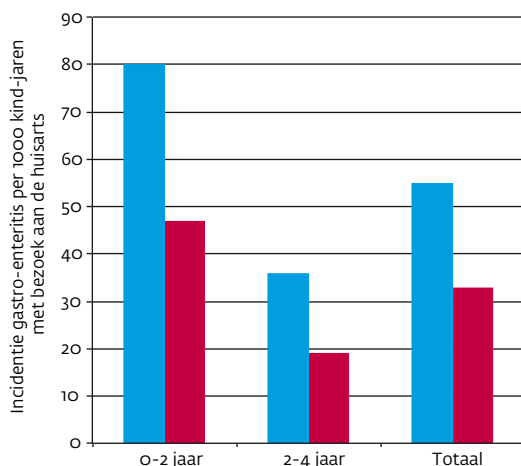
De helft van alle Nederlandse kinderen tussen 0 en 4 jaar (350.000) bezoekt wekelijks een van de 6000 kinderdagverblijven in ons land. Hoewel verondersteld wordt dat kinderdagverblijven de verspreiding van infectieziekten binnen én vanuit het kinderdagverblijf in de hand werken, is er verbaasd weinig bekend over de epidemiologie: ziektelast, risicofactoren voor circulatie van enteropathogenen en effectiviteit van preventie. Veel van de richtlijnen ter controle en preventie van infectieziekten in de kinderopvang zijn daarom maar beperkt wetenschappelijk onderbouwd. Sinds 2010 loopt er een onderzoek over de impact en risicofactoren van kinderdagverblijfgelateerde infectieziekten in een netwerk van 100 kinderdagverblijven en in een cross-sectioneel onderzoek van 8500 jonge gezinnen in Nederland. Beide onderzoeken zijn bedoeld om meer inzicht te krijgen in (onder andere) de epidemiologie van gastro-enteritis op het kinderdagverblijf. Huisartsen zien veel van deze kinderen en moeten alert zijn op uitbraken.

IMPACT EN RISICOFACTOREN

Het onderzoek in kinderdagverblijven toont aan dat kinderen in kinderopvang een 1,4 keer hoger risico op gastro-enteritis hebben, vergeleken met kinderen die niet naar het kinderdagverblijf gaan. Vooral de heel jonge kinderen (0-2 jaar) lopen risico. Deze kinderen bezoeken hun huisarts 1,7 keer vaker (80 versus 47 maal per 1000 kind-jaren) dan te verwachten is op basis van landelijke huisartsencijfers voor kinderen van 0-2 jaar [figuur 1] en lopen eenzelfde hoger risico op hospitalisatie voor gastro-enteritis.

Er circuleren veel enteropathogenen in het kinderdagverblijf

Figuur 1 Incidentie per jaar per 1000 kind-jaren van gastro-enteritis, waarvoor de huisarts bezocht werd, in kinderdagverblijven vergeleken met de Nederlandse bevolking (gemeten in NIVEL peilstations) in de periode maart 2010 tot maart 2012



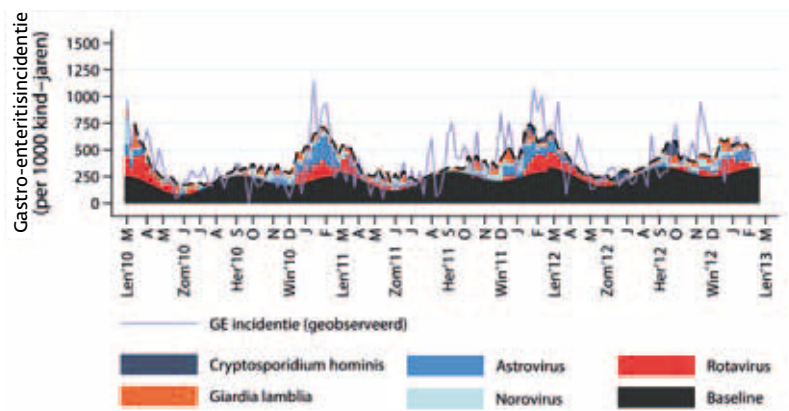
die gastro-enteritis kunnen veroorzaken. In ongeveer 70% van de kinderen op een kinderdagverblijf kan een bacterie, virus of parasiet worden aangetoond. Rotavirus, norovirus, astrovirus, *Giardia lamblia* en *Cryptosporidium hominis* zijn het meest geassocieerd met klachten [figuur 2]. Tezamen verklaren deze vijf enteropathogenen 40% van alle gastro-enteritis in het kinderdagverblijf.

Verschillende aspecten van het kinderdagverblijf zijn geassocieerd met de frequentie waarmee gastro-enteritis op het kinderdagverblijf voorkomt. Voor elk kind extra op het kinderdagverblijf neemt de incidentie van gastro-enteritis bijvoorbeeld met 0,1% toe. Dieren op het kinderdagverblijf (*Giardia*), zandbakken en zwembadjes zijn ook geassocieerd met een verhoogd voorkomen van gastro-enteritis, net als veel bewegingen van medewerkers tussen kindergroepen. Exclusie van zieke kinderen en het niet-mixen van medewerkers die werkzaam zijn op verschillende kindergroepen leidt daarentegen tot minder gastro-enteritis op het kinderdagverblijf. Verrassend genoeg vond het onderzoek geen bewijs voor handhygiëne als belangrijke preventieve maatregel tegen gastro-enteritis.

CONCLUSIE

Het onderzoek toont aan dat de impact van gastro-enteritis op kinderdagverblijven aanzienlijk is, maar ook dat een deel daarvan mogelijk te voorkomen is via verbetering van preventiestrategieën, zoals zieke kinderen thuis houden en het goed scheiden van kindergroepen en hun medewerkers. Een kwaliteitskeurmerk voor kinderopvangverblijven zou preventiestrategieën kunnen bevorderen. ■

Figuur 2 Geobserveerde en voorspelde gastro-enteritisincidenties per maand. De voorspelling is gebaseerd op de circulatie van vijf belangrijke enteropathogenen in het kinderdagverblijf



Dit onderzoek is een samenwerkingsverband tussen het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Universitair Medisch Centrum Utrecht, de 40 huisartsenpeilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn en het Statens Serum Institute (SSI, Denemarken).

Genderverschillen bij roken en alcoholverslaving

Deze nascholing is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 452 (Toine Lagro-Janssen), pagina 486 (Sylvie Lo Fo Wong) en op pagina 490 (Anne-Marie Giesen et al.).

INLEIDING

Geslachtshormonen beïnvloeden de ontwikkeling van de hersenen en daarmee ook het gedrag. Genderrollen, de eigenschappen, opvattingen en gedragingen die in een cultuur aan mannen en vrouwen worden toegeschreven, zijn van invloed op het gebruik van genotsmiddelen. De biologische kwetsbaarheid bepaalt mede welke gevolgen dit gebruik voor de gezondheid heeft. Er zijn dan ook belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen in het voorkomen van verslavingsziekten, in risicogroepen en -factoren, en in de motieven voor en gedragspatronen van misbruik. Daarnaast bestaan er verschillen in gezondheidsrisico's en zijn er aanwijzingen dat de effectiviteit van de behandeling varieert. Doel van dit artikel is de huisarts te informeren over de belangrijkste man-vrouwverschillen bij twee vormen van verslaving die veelvuldig voorkomen in de dagelijkse huisartsenpraktijk: roken en alcoholverslaving. Een huisarts heeft in zijn praktijk gemiddeld zo'n zeshonderd rokers en tweehonderd probleemdrinkers ingeschreven staan. Slechts van een klein deel van deze patiënten is de verslaving bij de huisarts bekend en van een nog kleiner deel is deze vastgelegd in het dossier. Een huisarts die weet heeft van de verschillen tus-

sen mannen en vrouwen bij rook- of alcoholverslaving zal de diagnose adequater en eerder stellen, en zal de patiënt beter voorlichten over de risico's en het effect van de behandeling.

EPIDEMIOLOGIE

Roken

In de jaren vijftig van de vorige eeuw rookte meer dan 80% van de mannen en 30% van de vrouwen. In 2012 rookte 27% van alle mannen in Nederland van 15 jaar en ouder en 25% van alle vrouwen. Er bestaat zowel bij mannen als vrouwen een duidelijke relatie tussen opleidingsniveau en roken: de laagst opgeleide mannen hebben, vergeleken met de hoogst opgeleide mannen, een vier keer zo grote kans om roker te worden; bij vrouwen is die kans drie keer zo groot [figuur 1].

Uit onderzoek blijkt dat rokende vrouwen vaker op het spreekuur komen dan niet-rokende vrouwen. Rokende mannen komen echter significant minder vaak op het spreekuur vergeleken met niet-rokende mannen.¹ Het is niet bekend welk percentage van de rokers (m/v) als zodanig in het medisch dossier bij de huisarts geregistreerd staat.

Alcohol

Men schat de prevalentie van problematisch alcoholgebruik in de algemene populatie op ongeveer 9%. In een survey rapporteerden 15% van de mannen en 3% van de vrouwen problematisch alcoholgebruik.² Mannen drinken meer en beginnen op lagere leeftijd. Op zestienjarige leeftijd gebruikt een kwart van de alcohol gebruikende jongens meer dan 20 glazen al-

Samenvatting

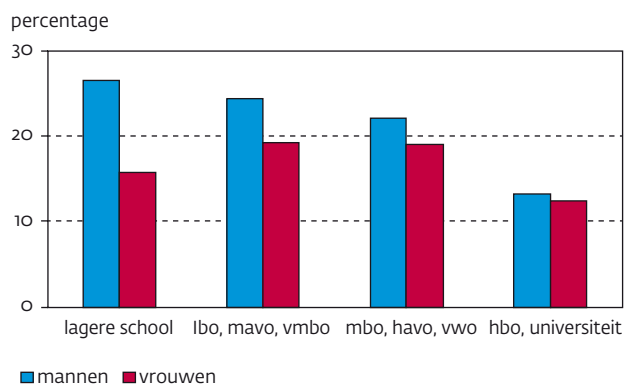
De Kleijn MJJ, Lagro-Janssen ALM. Genderverschillen bij roken en alcoholverslaving. *Huisarts Wet* 2014;57(9):478-81.

Rook- en alcoholverslaving zijn de twee meestvoorkomende verslavingsziekten in de huisartsenpraktijk. Het doel van dit artikel is de huisarts te informeren over de belangrijkste man-vrouwverschillen en over de consequenties van deze verschillen voor de dagelijkse praktijk. Met behulp van genderspecifieke kennis van risico- en gedragsfactoren van roken en alcoholgebruik is de huisarts beter in staat om rook- en alcoholverslaving tijdig te diagnosticeren en adequate voorlichting, adviezen en begeleiding te geven, zowel aan vrouwen als aan mannen. Daarnaast kan de huisarts in samenwerking met de gemeente en de zorgverzekeraar een belangrijke rol spelen bij het ontwikkelen van een gendersensitieve aanpak van de preventie van rook- en alcoholverslaving.

De kern

- Het vóórkomen, de risicofactoren en de gezondheidsrisico's van rook- en alcoholverslaving verschillen tussen mannen en vrouwen.
- In Nederland roken ongeveer evenveel vrouwen als mannen; problematisch alcoholgebruik komt vijf keer vaker voor bij mannen.
- Vrouwen die roken hebben een hoger risico op hart-, vaat- en longziekten, vergeleken met mannen.
- Vrouwen van boven de 35 jaar die roken en orale anticonceptie gebruiken moeten actief worden opgespoord in verband met hun verhoogde risico op hart- en vaatziekten.
- De biologische kwetsbaarheid voor alcohol is bij vrouwen groter door een lagere concentratie van het enzym dehydrogenase en door een lager vochtpercentage dan dat van mannen.
- Rokende vrouwen komen vaker op het spreekuur vergeleken met niet-rokende vrouwen, en rokende mannen komen minder vaak vergeleken met niet-rokende mannen.
- Huisartsen kunnen kennis over genderspecifieke factoren bij rook- en alcoholverslaving gebruiken om samen met de gemeentelijke en de zorgverzekeraar preventie op maat te ontwikkelen.

Figuur 1 Prevalentie in 2012 van dagelijks roken onder Nederlandse mannen en vrouwen van 25 jaar en ouder, naar hoogst voltooid opleidingsniveau en gestandaardiseerd naar de bevolking³



cohol in het weekend; bij meisjes geldt dit voor 8%.⁴ Bij mannen is er geen relatie tussen opleidingsniveau en de kans op afhankelijkheid van alcohol, bij hoogopgeleide vrouwen komt afhankelijkheid van alcohol vaker voor.⁵ Er bestaan grote verschillen in drinkpatronen tussen mannen en vrouwen: mannen drinken onregelmatiger, in grote hoeveelheden, en vaker in het openbaar en met vrienden. Vrouwen drinken regelmatig, minder grote hoeveelheden, en meer alleen en verborgen, vooral thuis (uit schaamte). Het drinkpatroon van vrouwen heeft vaker dan bij mannen het karakter van 'plateaudrinken', waarbij ze gedurende de dag net genoeg drinken voor het prettige of verdoofde gevoel, zonder dat ze echt dronken worden. Het percentage mensen met problematisch alcoholgebruik dat de huisarts herkent, ligt tussen de 10 en 30%.⁶

ACHTERGRONDEN

Roken

De motieven om te gaan roken, verschillen tussen jongens en meisjes. Meisjes die een hoge sociale druk ervaren lopen een verhoogd risico om te gaan roken.⁷ Jongens denken vaker dat er weinig nadelen aan roken zitten.⁷ Meisjes van moeders die roken hebben meer kans om ook te gaan roken in vergelijking met de zoons van deze moeders.⁸ Daarnaast zijn er veel verpakkingen op de markt die speciaal gericht zijn op meisjes en jonge vrouwen [figuur 2] – de tabaksindustrie ziet jonge vrouwen als interessante doelgroep om hun marktaandeel te vergroten.

Alcohol

Bij mannen zijn de belangrijkste voorspellers voor problematisch alcoholgebruik roken, chronische sociale problemen of het meegemaakt hebben van ingrijpende gebeurtenissen.⁹

In het algemeen past het drankgedrag bij mannen bij een externaliserende houding: ze zien drank als een beloning, die ze gebruiken om beter te kunnen presteren. Mannen die drinken vertonen vaker agressief en dominant gedrag. Vrouwen die drinken hebben, vergeleken met mannen, vaker angst- en depressieve klachten, komen vaker uit een gezin waarin

Figuur 2 Marketing gericht op jonge vrouwen: sigaretten verpakt als een lipstick



Foto: auteur

drankgebruik een probleem vormde, hebben meer ervaringen met seksueel geweld en gebruiken vaker benzodiazepines.¹⁰ Bij vrouwen is er meer sprake van een internaliserende houding: aanpassen aan de omgeving en gevoelens willen onderdrukken. Mannen en vrouwen gebruiken alcohol als het ware om hun genderrol te bevestigen. In gezinnen waarin de man drinkt, geeft dit een groter risico op geweld en mishandeling. In gezinnen waarin de vrouw drinkt, is er meer risico op parentificatie: kinderen die taken van de ouder overnemen. Vrouwen bij wie sprake is van problematisch alcoholgebruik hebben in 50% van de gevallen ook een partner die problematisch drinkt. Andersom ligt dat percentage veel lager.¹⁰

Abstract

De Kleijn MJJ, Lagro-Janssen ALM. *H Gender differences in smoking and alcohol addiction. Huisarts Wet 2014;57(9):478-81.*

Alcohol and smoking addiction are the two most common forms of addiction seen in general practice. The aim of this article is to highlight the most important male-female differences and the consequences of these differences in daily practice. Knowledge of gender-specific risk and behavioural factors with regard to smoking and alcohol use will enable general practitioners to detect addiction in an early stage and to provide adequate information, advice, and support to male and female patients. In addition, GPs, working together with local councils and health insurance companies, have an important role in the development of a gender-specific approach to the prevention of smoking and alcohol addiction.

DIAGNOSTIEK

Alcohol

De eerder genoemde verschillen in risicofactoren, en functie van en gedrag rondom alcoholgebruik maken dat diverse diagnostische vragenlijsten bij mannen en vrouwen niet dezelfde voorspellende waarde hebben. De in de vorige versie van de NHG-Standaard aanbevolen CAGE-test bleek vooral bij vrouwen matig betrouwbaar. Voor de huidige NHG-Standaard heeft men gekozen voor de five-shot-test, de meest betrouwbare test bij mannen én vrouwen [tabel 1]. De screenings-eigenschappen van laboratoriumbepalingen, zoals MCV, gamma-GT, ASAT, ALAT, urinezuur en het koolhydraatdeficiënttransferrinepercentage, zijn voor vrouwen nog minder betrouwbaar dan voor mannen. De NHG-Standaard ontraadt het gebruik van deze screeningstests dan ook.⁶

PROGNOSE

Roken

Er zijn sterke aanwijzingen dat roken voor vrouwen nog schadelijker is voor de gezondheid dan voor mannen [tabel 2].

Alcohol

Vergeleken met mannen hebben vrouwen een verhoogde biologische kwetsbaarheid voor alcohol. De voornaamste oorzaak is het verschil in de concentratie van het enzym alcoholdehydrogenase (die bij vrouwen lager is) en de vocht-vetverhouding (vrouwen hebben relatief minder vocht).¹¹

Bij vrouwen geeft alcoholgebruik een verhoogd risico op borstcarcinoom (RR = 1,7 voor 50 gram per dag en 2,7 voor 100 g per dag) en ovariumcarcinoom (RR = 1,53). Drinken tijdens de zwangerschap is gerelateerd aan schade bij de foetus, variërend van congenitale afwijkingen (foetaal-alcoholsyndroom) tot miskramen.

Tabel 1 De five-shot-test (positief bij 2,5 punten of hoger)

Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?	
Nooit	0
1 x per maand of minder	0,5
2-4 x per maand	1
2-3 x per week	1,5
4 of meer x per week	2
Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?	
1 of 2	0
3 of 4	0,5
5 of 6	1
7 tot 9	1,5
10 of meer	2
Ergert u zich wel eens aan mensen die opmerkingen maken over uw drinkgewoonten?	
Nee	0
Ja	1
Voelt u zich wel eens schuldig over uw drinkgewoonten?	
Nee	0
Ja	1
Drinkt u wel eens 's ochtends alcohol om de kater te verdrijven?	
Nee	0
Ja	1

Alcohol leidt bij mannen, vaker dan bij vrouwen, tot risicovol gedrag, verkeersongevallen en contacten met justitie. Een onderzoek in de Verenigde Staten liet zien dat bij 76% van de seksuele geweldsdelicten alcoholgebruik direct aan het geweld voorafging.¹² Uit een onlangs gepubliceerd overzichtsonderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn voor grotere neurocognitieve schade van piekdrinken bij meisjes dan bij jongens.¹³

THERAPIE

Roken

Op grond van een review naar genderverschillen in stoppen met roken concluderen de auteurs dat bupropion even effectief is bij mannen als bij vrouwen. Onafhankelijk van de interventie zijn vrouwen echter minder succesvol in het stoppen (OR = 0,79, 95%-BI 0,65 tot 0,95)¹⁴ Daarnaast zijn er aanwijzingen dat nicotinevervangende middelen minder effectief zijn bij vrouwen dan bij mannen, vooral op de langere termijn (na één jaar).¹⁵ Een recente publicatie, gebaseerd op een cross-sectioneel onderzoek uit de Verenigde Staten, Canada en Groot-Brittannië, concludeert dat vrouwen onder de vijftig jaar gemakkelijker stoppen dan mannen. Boven de vijftig jaar stoppen mannen gemakkelijker dan vrouwen.¹⁶

Alcohol

Bij een gerandomiseerd onderzoek onder 159 patiënten met problematisch alcoholgebruik in de huisartsenpraktijk heeft men drie interventies vergeleken: een 5 minuten durend advies van de huisarts, twee sessies met cognitieve gedragstherapie (CGT) met een arts, of twee sessies met een praktijkverpleegkundig, eveneens met CGT. De maandelijkse hoeveelheid geconsumeerde alcohol nam bij mannen ongeveer evenveel als bij vrouwen (66 versus 74%), zonder significante verschillen tussen de drie interventies onderling. Een ander gerandomiseerd onderzoek liet na zes maanden een significante reductie zien: bij mannen van veertien eenheden alcohol per week en bij vrouwen van acht eenheden per week, na twee consulten bij een arts en twee telefonische herinneringen door de praktijkverpleegkundige.¹⁷

BESCHOUWING

Op basis van genderverschillen bij rook- en alcoholverslaving doen we de volgende aanbevelingen voor de dagelijkse praktijk:

- Vraag naar roken bij alle vrouwen die op het spreekuur komen en van wie de rookstatus nog niet in het dossier is vastgelegd.
- Adviseer rokende vrouwen van 35 jaar en ouder die orale anticonceptie gebruiken om te stoppen met roken of een alternatief te zoeken voor de pil. Wijs ze op het klinisch relevante verhoogde risico op cardiovasculaire complicaties.¹⁸ De huisarts kan deze vrouwen in samenwerking met de apotheek actief opsporen.
- Implementeer een preventieconsult om meer rokende mannen te bereiken voor advies en begeleiding.
- Informeer vrouwen die stoppen met roken over de mogelijk lagere effectiviteit van nicotinevervangende middelen.

Tabel 2 Risico op ziekte door roken

	Vrouwen	Mannen
Longkanker	Verhoogd risico op kleincellig- en plaveiselcelcarcinoom, vergeleken met mannen (w1)*	
COPD	Meer exacerbaties, meer dyspneuklachten, lager ervaren gezondheid, vergeleken met mannen (w2)	
Hart- en vaatziekten	RR 2,24 (95%-BI 1,85 tot 2,71) (w3) Combinatie met anticonceptie: RR 13,6; 95%-BI 7,9 tot 23,4 (w4)	RR 1,57 (95%-BI 1,25 tot 1,97) (w3)
Mammacarcinoom	HR 1,24 (95%-BI 1,07 tot 1,42); ex-rokers 1,13 (95%-BI 1,06 tot 1,21) (w5, 6)	
Ovariumcarcinoom	RR 1,06 (95%-BI 1,01 tot 1,11), risico varieert per type van toename tot afname van het risico (w7)	
Cervixcarcinoom	HPV-virus blijft langer actief, risico neemt toe (w8)	
Endometriumcarcinoom	Risico neemt af, onder andere door de vervroegde menopauze bij rokers (w9)	
Prostaatacarcinoom		Ernstiger beloop van prostaatkanker; verhoogde sterfte (w10, 11)
Blaascarcinoom	0,52 (95%-BI 0,45 tot 0,59) (w12)	0,50 (95%-BI 0,45 tot 0,54) (w12)
Subfertiliteit	Actief of passief roken: een langere duur tot aan conceptie OR 1,6 (95%-BI 1,34 tot 1,91) (w13-15)	Negatieve invloed op kwaliteit van semen (w13, 14, 16)
Zwangerschap	Verhoogd risico op zwangerschapscomplicaties; kleinere en lichtere pasgeborenen (w17)	
Gevolgen voor gezondheid kinderen ten gevolge van passief roken	Wiegendood (OR = 1,97, 95%-BI 1,77 tot 2,19) en verhoogd risico op luchtwegaandoeningen, zoals otitis media (w18, 19)	

* Zie voor alle referenties bij de tabel www.henw.org, Nascholing, Gendersverschillen bij roken en alcoholverslaving, Literatuur tabel 2.

- Vraag naar alcoholgebruik bij mannen die roken, sociale problemen hebben of onlangs een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt.
- Vraag naar alcoholgebruik bij vrouwen met seksueel misbruik in de voorgeschiedenis, bij vrouwen die benzodiazepines gebruiken en bij vrouwen met een drinkende partner.

Daarnaast willen we een oproep doen aan huisartsen om actief aan populatiegerichte preventie te gaan doen. In de toekomstvisie van het NHG en de LHV staat deze ambitie als volgt omschreven: 'Samen met andere partijen (GGD, gemeente) geven huisartsen vorm aan wijkgebonden preventie, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meest effectieve rol kan spelen' en: 'Dorp- of wijkscans geven inzicht in de behoeften van de patiëntenpopulatie, op basis waarvan afspraken worden gemaakt over extra aandacht voor specifieke doelgroepen.' Huisartsen kunnen kennis over genderspecifieke factoren bij rook- en alcoholverslaving gebruiken om samen met de gemeente en de zorgverzekeraar preventie op maat te ontwikkelen.

DANKWOORD

Wij danken Bart van Pinxteren voor zijn adviezen. ■

LITERATUUR

- Vos H, Schellevis F, Berkmortel H, Van den Heuvel L, Bora H, Lagro-Janssen A. Does prevention of risk behaviour in primary care require a gender-specific approach? A cross-sectional study. *Fam Pract* 2013;30:179-84.
- Brink CL van den (RIVM), Savelkoul M (RIVM). Gezondheidsmonitor GGD'en, CBS en RIVM. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaal-kompas.nl>, Nationaal Kompas Volksgezondheid/Meta-informatie/Bronbeschrijvingen, 11 september 2013.
- Garretsen HFL, Bongers IMB, Van Oers JAM, Van de Goor LAM. The development of alcohol consumption and problem drinking in Rotterdam 1980-1994: more problem drinking amongst the young and the middle aged. *Alcohol Alcohol* 1999;34:733-40.
- Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2012. Trimbosinstituut, Utrecht <http://www.trimbos.nl/webwinkel/productoverzicht-webwinkel/feiten--cijfers---beleid/af/-/media/files/inkijkexemplaren/af1196%20ndm%20jaarbericht%202012.ashx>, geraadpleegd 3 mei 2014.
- De Graaf R, Ten Have M, Van Dorsselaer S. De psychische gezondheid van de Nederlandse Bevolking. NEMESIS-2. Opzet en eerste resultaten. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.
- Meerkerk GJ, Aarns T, Dijkstra RH, Weisscher PJ, Nijoo K, Boomsma LJ. NHG-Standaard Problematisch alcoholgebruik (Tweede herziening). *Huisarts Wet* 2005;48:284-5.
- Hoving C, Reubsaet A, De Vries H. Predictors of smoking stage transitions for adolescent boys and girls. *Prev Med* 2007;44:485-9.
- Sullivan KM, Bottorff J, Reid C. Does mother's smoking influence girls' smoking more than boys' smoking? A 20-year review of the literature using a sex- and gender-based analysis. *Subst Use Misuse* 2011;46:656-68.
- Nolen-Hoeksema S. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin Psychol Rev* 2004;24:981-1010.
- Lagro-Janssen T, Verdonk P. Seksespecifieke huisartsgeneeskunde. *Practicum Huisartsgeneeskunde*. Amsterdam: Reed Business, 2007.
- Frezza M, Di Padova C, Pozzato G, Terpin M, Baroana E, Lieber CS. High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med* 1990;322:95-9.
- Brecklin LR, Ullman SE. The roles of victim and offender alcohol use in sexual assaults: results from the National Violence Against Women Survey. *J Stud Alcohol* 2002;63:57-63.
- Amrani L, De Backer L, Dom G. Piekdrinken op jonge leeftijd: gevolgen voor neurocognitieve functies en gendersverschillen. *Tijdschr Psychiatrie* 2013;9:677-89.
- Scharf D, Shiffman S. Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. *Addiction* 2004;99:1462-69.
- Cepeda-Benito A, Reynoso JT, Erath S. Meta-analysis of the efficacy of nicotine replacement therapy for smoking. *J Consult Clin Psychol* 2004;72:712-22.
- Jarvis MJ, Cohen JE, Delnevo CD, Giovino GA. Dispelling myths about gender differences in smoking cessation: population data from the USA, Canada and Britain. *Tob Control* 2013;22:356-60.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002;26:36-43.
- Brand A, Bruinsma A, Van Groenigen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. *Huisarts Wet* 2011;54:652-76.

Diagnostiek van melanomen

INLEIDING

Huidkanker is een steeds groter wordend probleem in de westerse wereld. De prevalentie blijft stijgen en daarmee legt de aandoening een toenemend beslag op de capaciteit van de gezondheidszorg.

De twee belangrijkste vormen van huidkanker zijn het melanoom (ongeveer 20%) en niet-melanocytair huidkanker (ongeveer 80%). Daarnaast is er nog een kleine restgroep met zeldzame vormen van huidkanker, zoals lymfomen, talgklieradenomen en merkelceladenomen. In een eerder artikel hebben wij de verschillende soorten niet-melanocytair huidkanker behandeld,¹ in dit artikel bespreken wij de melanomen, maligne tumoren die ontstaan uit melanocyten. Melanomen zijn agressieve tumoren, die de neiging hebben tot metastaseren.

We zullen ons in dit artikel met name richten op de klinische aspecten van het voorstadium, de atypische naevus, en de verschillende typen melanomen. Daarnaast komen het aanvullend onderzoek, de prognose en de behandeling aan de orde. Dit artikel is in belangrijke mate gebaseerd op de vernieuwde landelijke richtlijn *Melanoom* van het Inte-

graal Kankercentrum Nederland (IKNL), die in 2012 verschenen is.²

EPIDEMIOLOGIE

Het melanoom is, na het basaalcel- en het plaveiselcelcarcinoom, de op twee na meestvoorkomende soort huidkanker. De incidentie van melanomen is tussen 1989 en 2008 jaarlijks toegenomen met 4,1% en stijgt het snelst onder 65-plussers.³ Het melanoom komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen, maar er overlijden meer mannen aan (de gevolgen van) een melanoom. Bij mannen tussen de 30 en 45 jaar is het melanoom het meestvoorkomende type kanker.⁴

In 2010 zijn er bij het IKNL 4665 melanomen geregistreerd; dat wil zeggen dat 26,4 per 100.000 mannen en 29,7 per 100.000 vrouwen een melanoom kregen. Dit komt neer op ongeveer 1 melanoom per 2-3 jaar per modale huisartsenpraktijk. In 2010 overleden in Nederland 350 vrouwen en bijna 450 mannen aan een melanoom,³ een sterfte van 5,4 per 100.000 mannen en 4,0 per 100.000 vrouwen.² Een van de oorzaken voor dit verschil in sterfte is dat melanomen bij mannen ten tijde van de diagnose vaker vergevorderd zijn.

RISICOFACTOREN

Vanwege het agressieve karakter van melanomen wordt er veel onderzoek gedaan naar ontstaans- en risicofactoren. Net als bij basaalcel- en plaveiselceladenomen speelt blootstelling aan zonlicht een rol bij het ontstaan van melanomen. Alleen is voor melanomen niet zozeer de cumulatieve dosis van belang, maar intermitterende excessieve blootstelling aan zonlicht, dus zonverbranding, in de jeugd. Dit geldt met name voor mensen met een licht huidtype (huidtype I en II).⁵

De kern

- Een huisarts in een normpraktijk ziet éénmaal in de 2-3 jaar een nieuwe patiënt met een melanoom.
- Intermitterende excessieve zonblootstelling (verbranding) is de belangrijkste risicofactor, met name bij een licht huidtype. Bij circa 10% van de melanomen is sprake van een familiair voorkomen.
- Meer dan 100 naevi en/of meer dan 5 atypische naevi zijn een relatieve indicatie voor screening.
- Naevi worden beoordeeld met de ABCDE-regel (asymmetrie, begrenzing, kleur, diameter, evolutie); bij een score ≥ 3 spreekt men van een klinisch atypische naevus.
- Van alle melanomen ontwikkelt 10-20% zich uit een atypische naevus.
- Verdachte naevi moeten binnen twee weken geëxideerd worden, bij voorkeur door een dermatoloog of chirurg.

Samenvatting

Burghout KA, Sigurdsson V, Toonstra J. Diagnostiek van melanomen. *Huisarts Wet* 2014;57(9):482-5.

Ongeveer 20% van het totaal aantal mensen met huidkanker heeft een melanoom. Melanomen zijn agressieve huidkankers met een sterke neiging tot metastaseren; ze zijn verantwoordelijk voor ongeveer 800 sterfgevallen per jaar. De vijfjaarsoverleving voor alle melanomen gezamenlijk is 81% bij mannen en 90% bij vrouwen, maar verslechtert dramatisch bij metastasering.

De prognose wordt voornamelijk bepaald door de breslowdikte van de primaire tumor. Het is dus zaak om een melanoom zo vroeg mogelijk te behandelen. Er is geen plaats voor een algemeen bevolkingsonderzoek naar melanomen, wel worden bepaalde groepen patiënten jaarlijks gescreend.

Een voorloperstadium, de klinisch atypische naevus, kan worden gediagnosticeerd met de ABCDE-regel (asymmetrie, begrenzing, kleur, diameter, evolutie). De dermatoscoop is minder geschikt als diagnostisch hulpmiddel, tenzij de huisarts over speciale vaardigheden beschikt. Bij een vermoeden van een melanoom volgt snelle diagnostische excisie, bij voorkeur door een dermatoloog of chirurg. Bij een aangetoond melanoom zal altijd re-excisie plaatsvinden, meestal in combinatie met een schildwachtklierprocedure om de prognose helder te krijgen.

De aanwezigheid van meer dan 100 banale naevi of meer dan 5 atypische naevi (zie onder) geeft ook een verhoogd risico op het ontwikkelen van een melanoom, met relatieve risico's van respectievelijk 7,0 en 6,4.⁵ Deze risicofactoren gelden als relatieve indicatie voor screening.² Overigens ontstaat het merendeel van de melanomen *de novo*. Een superficiael spreidend melanoom ontstaat in 25-50% van de gevallen uit een pre-existente naevus.^{6,7}

Er zijn ook mensen met een verhoogd genetisch risico op het ontwikkelen van een melanoom. Ongeveer 10% van alle melanomen komt familiair voor, en in 40% van deze patiënten vindt men een hoogrisicomutatie in het gen *CDKN2A*. Mensen met deze genmutatie hebben een levenslang risico van 70% op het ontwikkelen van een melanoom.⁸ De definitie van een familiair melanoom is het vóórkomen van drie of meer melanomen bij familieleden, waarvan ten minste twee bij eerstegraads verwanten (ouders, kinderen, broers of zussen). Ook twee melanomen bij één individu worden daarbij afzonderlijk meegerekend.² Patiënten met een *CDKN2A*-mutatie bij eerstegraads verwanten of die op klinische gronden voldoen aan de definitie van familiair melanoom, moeten één- à tweemaal per jaar door een dermatoloog onderzocht worden.²

Melanomen kunnen tot ontwikkeling komen in congenitale naevi. Deze gelden daarom als risicofactor, al is het risico wel minder groot dan men vroeger aannam. Congenitale naevi worden ingedeeld naar grootte. Vooral de grote congenitale naevi, die op volwassen leeftijd groter zijn dan 20 cm, kunnen maligne ontaarden. Bij deze naevi is het levenslange risico op het ontwikkelen van een melanoom minder dan 5%, waarbij de helft van de melanomen vóór de vijfde verjaardag ontstaat.⁹⁻¹¹ Laat men het groottecriterium vallen, dan is het levenslange risico op maligne ontanding een congenitale naevus 0,7%.⁹

ONTWIKKELING

Klinisch atypische naevus

Bij 'verdachte moedervlek' moet er altijd gekeken worden of het een banale naevus betreft of een atypische naevus. Van alle melanomen ontstaat 10-20% uit een atypische naevus [figuur 1].¹²

Figuur 1 Klinisch atypische naevus



De diagnose atypische naevus is een klinische diagnose en wordt gesteld met behulp van de ABCDE-regel [tabel]. Bij ieder item kan een punt toegekend worden en bij een score ≥ 3 noemt men een naevus atypisch. Hoe meer atypische kenmerken, hoe groter de kans op een dysplastische naevus. Dit zal dan vaak een reden zijn om de naevus te excideren. Overigens geldt altijd de regel: 'When in doubt, cut it out'.

De 'E' in de [tabel] staat voor *evolution*. Deze term, die in de literatuur het meest gebruikt wordt, verwijst naar een snelle (in maanden te rekenen) verandering in de kleur, grootte of structuur van de naevus. Ook de termen *elevation* en *erytheem* worden echter weleens gebruikt als uitleg bij de 'E'.

Wanneer een klinisch atypische naevus bij histologisch onderzoek tekenen van onrust laat zien, maar onvoldoende om te spreken van een melanoom, noemt men de naevus dysplastisch. Een dysplastische naevus is dus een histologische diagnose.

Steeds meer huisartsen gebruiken bij het beoordelen van naevi een dermatoscoop. De diagnostische waarde van der-

Tabel ABCDE-regel: kenmerken van de klinisch atypische naevus

Kenmerk	Omschrijving	Schematisch voorbeeld
A asymmetrie	zowel wat vorm als structuur betreft, in 2 assen.	
B begrenzing	onregelmatig	
C color	meerdere kleuren bruin, blauwe waas, depigmentatie.	
D diameter	> 5 mm	
E evolutie	verandering (maanden) in grootte, kleur, structuur	

Abstract

Burghout KA, Sigurdsson V, Toonstra J. Melanoma: diagnosis. *Huisarts Wet* 2014;57(9):482-5. Melanoma accounts for about 20% of all skin cancers. It is an aggressive cancer and has the tendency to metastasize – melanomas are responsible for about 800 deaths a year. The 5-year survival rate for all melanomas is 81% for men and 90% for women but worsens dramatically if the cancer has metastasized. The prognosis is mainly determined by the Breslow thickness of the primary tumour, and for this reason it is important to diagnose and treat melanomas in an as early stage as possible. Although there is no reason for population screening for melanoma, certain groups of patients should be screened annually. The clinical diagnosis 'atypical naevus' is established with the help of the ABCDE rule (asymmetry, border, colour, diameter, and evolving). The dermoscope is suitable only for those general practitioners who are experienced users. If melanoma is suspected, a skin biopsy should be taken, preferably by a dermatologist or surgeon. If melanoma is verified, there is always a need for re-excision with sentinel node biopsy to establish the prognosis.

matoscopie is in diverse onderzoeken geëvalueerd, ook voor niet-ervaren dermatologen en niet-dermatologen. Daaruit blijkt dat de diagnostische vaardigheid van niet-ervaren klinici significant minder groot is, dus de dermatoscoop lijkt minder geschikt voor huisartsen die geen specifieke vaardigheden hebben in het beoordelen van melanocytair laesies.¹³

Melanoma in situ

Er zijn twee epidermale varianten van het melanoma in situ. Lentigo maligna (ziekte van Dubreuilh) komt meestal voor bij oudere vrouwen. Het is meestal gelokaliseerd in het gelaat en is klinisch te herkennen aan een grillig gevormde macula met onregelmatige (donker)bruine pigmentaties [figuur 2]. Bij 5% van de patiënten met een lentigo maligna treedt in 10-15 jaar progressie op naar een lentigo-malignamelanoom.¹⁴ Klinisch komt dit vaak tot uiting door de ontwikkeling van een papel of noduleus in de macula. Een tweede variant van het melanoma in situ is het superficieel spreidend melanoom, dat een kenmerkende horizontale groeiwijze heeft.

De behandeling van eerste keus voor beide varianten is chirurgische excisie, met een therapeutische re-excisie-marge van 5 mm. Bij lentigo maligna kan eventueel gekozen worden voor radiotherapie.²

KLINISCHE KENMERKEN

Superficieel spreidend melanoom

De meestvoorkomende klinische vorm van het melanoom is het superficieel spreidend melanoom [figuur 3], met 70%. De groeiwijze is langzaam en oppervlakkig horizontaal. Dat maakt dat de breslowdikte op het moment van diagnose meestal nog gering is, en de prognose dus gunstig.¹⁴ Het superficieel spreidend melanoom kan zich overal op het lichaam presenteren, maar het heeft voorkeurslocaties: de benen bij vrouwen en de rug bij mannen. Over het algemeen hebben melanomen op de ledematen een betere prognose.

Nodulair melanoom

Van alle melanomen is 15% een nodulair melanoom [figuur 4]. Dit groeit sneller en heeft een meer verticale groeiwijze dan het superficieel spreidend melanoom. Het klinische kenmerk

Figuur 3 Superficieel spreidend melanoom



is een papel of nodu(lu)s. De breslowdikte is op het moment dat de diagnose gesteld wordt vaak groter dan bij een superficieel spreidend melanoom, en de prognose is slechter.

Lentigo-malignamelanoom

Vijf procent van de melanomen is een lentigo-malignamelanoom [figuur 5]. Klinisch uit het zich vaak als een papel of noduleus die ontstaat in een voorheen maculeus gebied.

Acrolentigineus melanoom

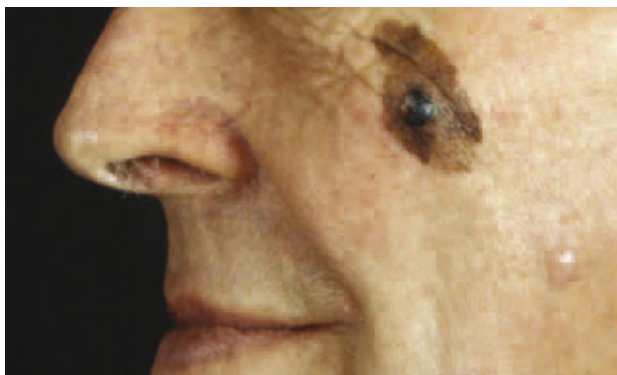
Het acrolentigineus melanoom bevindt zich op de handpalmen en de voetzolen, en onder of rondom de nagels [figuur 6]. Een subunguaal melanoom kan zichtbaar worden als een tumor, een longitudinale bruine band in de nagel (melanonychia striata) of een diffuse bruinzwarte verkleuring van de nagel.

Acrolentigineuze melanomen komen met name voor bij patiënten van Aziatische of Afrikaanse afstamming. Omdat het meestal laat herkend wordt, heeft dit type melanoom een vrij slechte prognose.

Afwijkende vormen

Melanomen kunnen zich ook op de slijmvliezen bevinden van bijvoorbeeld mond, genitaliën of anus. Deze melanomen zijn echter zeldzaam.

Figuur 2 Lentigo maligna



Figuur 4 Nodulair melanoom op de rug (breslowdikte 3,4 mm)



Figuur 5 Lentigo-malignamelanoom

Alle klinische vormen van een melanoom kunnen zich ook amelanotisch presenteren [figuur 7]. Amelanotische melanomen hebben in het algemeen een slechtere prognose.

PROGNOSE

De vijfjaarsoverleving voor alle melanomen gezamenlijk is 81% bij mannen en 90% bij vrouwen. De prognose wordt voornamelijk bepaald door de breslowdikte. De meeste melanomen worden ontdekt bij een breslowdikte < 1,5 mm, de relatieve vijfjaarsoverleving is dan 95% voor mannen en 97% voor vrouwen.¹⁴ Als er metastasen zijn naar lymfeklieren of viscerale organen, dan daalt de overlevingskans naar 40%.¹⁴ Zijn er hematogene metastasen, dan is de gemiddelde overleving ongeveer 7 maanden.²

Het is dus van groot belang een melanoom tijdig te herkennen. Bij een vermoeden van een melanoom moet binnen twee weken een diagnostische excisie met een marge van 2 mm verricht worden. De geldende richtlijn adviseert daarvoor naar een dermatoloog of chirurg te verwijzen. Als het naar de mening van de huisarts gaat om een overduidelijk of vergevorderd melanoom, is het van belang dat de patiënt binnen enkele dagen door een dermatoloog gezien wordt.²

Figuur 6
Acrolentiginous melanoom**Figuur 7** Amelanotisch melanoom, lijkend op een granuloma teleangiectaticum

DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

Iedere nieuwe gepigmenteerde afwijking of naevus die volgens de patiënt verandert (groei, verandering van vorm of kleur, jeuk), moet verdenking doen ontstaan op een melanoom. Deze afwijkingen verdienen nader (histopathologisch) onderzoek of op zijn minst controle, bij voorkeur met fotografische documentatie. Elke afwijking verdacht voor een melanoom moet in zijn geheel geëxcedeerd en histopathologisch onderzocht worden.

Er zijn diverse redenen waarom een stans- of shavebiopsie wordt afgeraden, met lentigo maligna als uitzondering. Ten eerste kan de biopsie leiden tot een fout-negatieve uitslag wanneer zij niet precies in het juiste gebied gedaan wordt. Ten tweede is het voor het vervolgbeleid van belang dat de breslowdikte betrouwbaar gemeten wordt, en dat kan alleen als men de gehele laesie excideert. Er is geen bewijs voor de gedachte dat een stansbiopsie door het verslepen van eventuele melanoomcellen de kans op metastasering vergroot.

Als er sprake is van een bewezen melanoom (in situ) dient altijd re-excisie plaats te vinden. De re-excisie vindt plaats om het aantal satellietmetastasen (die zich per definitie in de buurt van het primaire melanoom bevinden) te verminderen, en dus niet om de kans op lymfogeen of hematogeen metastasering te verkleinen. Patiënten met een melanoom > 1 mm worden volgens de nieuwe richtlijn altijd naar de chirurg verwezen om een schildwachtprocedure te bespreken. Van belang hierbij is dat een schildwachtprocedure niet per se leidt tot een betere prognose, maar wel tot een nauwkeuriger voorspelling van de prognose. Voor een inoperabel melanoom kan radiotherapie worden overwogen.²

Als een melanoom gemetastaseerd is, wordt de patiënt verwezen om eventuele chemotherapeutische, chirurgische of radiotherapeutische opties te bespreken. Deze behandelingen zullen vrijwel altijd in onderzoeksverband plaatsvinden.²

FOLLOW-UP

Voor de follow-up geldt dat een patiënt met een melanoom < 1 mm na de behandeling nog eenmaal op controle wordt gezien en daarna goede zelfinstructie meekrijgt.

In alle andere gevallen wordt de patiënt vijf jaar vervolgd. De controles vinden in het eerste jaar elke drie maanden plaats, in het tweede jaar elke zes maanden en in het derde tot en met vijfde jaar jaarlijks. Tijdens deze controles wordt de gehele huid bekeken, met speciale aandacht voor de directe omgeving en het lymfedrainagegebied van het primaire melanoom. Daarbij zoekt men naar satelliet- en in-transitmetastasen en palpeert men ook de lymfeklieren.²

CONCLUSIE

Het melanoom is door de neiging tot metastaseren een agressieve vorm van huidkanker. Dit maakt dat een afwijking verdacht voor een melanoom ook agressief behandeld wordt. ■

Dit nascholingsartikel is een aflevering in de serie 'Oncologie'.

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Nascholing.

Waarom gaat ze niet gewoon weg?

Deze nascholing is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 452 (Toine Lagro-Janssen), pagina 478 (Miriam de Kleijn et al.) en op pagina 490 (Anne-Marie Giesen et al.).

INLEIDING

Ieder jaar zijn ongeveer 200.000 vrouwen het slachtoffer van intiem partnergeweld (IPG) (www.huiselijkgeweld.nl/doc/factsheet_movisie_mei_2011_website.pdf). IPG is lichamelijk, psychisch en seksueel geweld door een (ex-)partner, waarbij eenzijdigheid van het geweld en machtsmisbruik van de een ten opzichte van de ander centraal staan.¹ Het is daarmee de meestvoorkomende vorm van huiselijk geweld in Nederland.² Vrouwen die binnen hun relatie het slachtoffer van geweld zijn, actueel of in het verleden, komen veel vaker op het spreekuur dan vrouwen die er niet mee te maken hebben of hebben gehad. Prevalentieonderzoeken uit het laatste decennium laten zien dat een fulltime werkende huisarts per week ten minste één tot twee vrouwelijke patiënten op het

Samenvatting

Lo Fo Wong S. *Waarom gaat ze niet gewoon weg?* Huisarts Wet 2014;57(9):486-9.

Vrouwelijke patiënten die geweld meemaken in hun relatie bezoeken de huisarts veel vaker dan andere vrouwen. Het overgrote deel van deze groep vrouwen vindt het goed dat de huisarts vraagt naar geweld in de relatie. Maar onthulling betekent niet dat de vrouw er meteen aan toe is om veranderingen in gang te zetten. De fase van verandering waarin de vrouw zich bevindt, is namelijk cruciaal voor de stappen die zij kan zetten. De verwachtingen en de aanpak van de huisarts moeten daarom aansluiten bij de fase waarin de vrouw zit. Het KNMG Stappenplan Volwassenengeweld geeft aan wat er op zijn minst van de huisarts verwacht wordt als er sprake is van huiselijk geweld. De veiligheid van de vrouw en de kinderen is van belang en daarvoor biedt de Trimbos/CBO-Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld een risicotaxatie-instrument. De Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) vraagt van professionals om te handelen volgens het geldende beroepsprotocol. Dit betekent: vragen stellen, de veiligheid monitoren, overleggen met een deskundige. Huisartsen zien vaak vrouwen in de eerste fase en moeten zich daarvan bewust zijn. Een specifieke NHG-Richtlijn zou heel behulpzaam zijn bij dit probleem.

spreekuur krijgt die met partnergeweld te maken hebben.³⁻⁶ Tussen de 30 tot 40% van de vrouwen in de wachtkamer blijkt IPG-ervaringen te hebben en zeker 8% zit actueel in een geweldsrelatie. De baseline-herkenning van huisartsen is met 0 tot 3% erg laag.⁷ Uit onderzoek naar de mening van huisartsen over dit probleem en hun rol daarbij blijkt vooral hun onmacht bij dit probleem.⁸

Casus

Mevrouw L. is 48 jaar en getrouwd met een drukbezette zakenman. Ze hebben twee kinderen van 18 en 20 jaar. Mevrouw ziet er altijd goed verzorgd uit. Ze heeft voor haar huwelijk gewerkt als verpleegkundige en het afgelopen jaar is ze weer begonnen in een verpleeghuis.

U ziet haar regelmatig met hoofdpijn, buikpijn en spierpijn van schouders, nek en rug. U hebt nog nooit enige lichamelijke verklaring voor deze klachten gevonden. Ze heeft geen enkele bewegingsbeperking, maar is wel wat gespannen en maakt een vlakke indruk. Algemene vragen hiernaar beantwoordt ze altijd ontkennend. Ze hebben het thuis goed, aldus mevrouw. Het diagnostisch aanvullend onderzoek dat u de afgelopen jaren hebt laten verrichten, om toch een verklaring te vinden, heeft nooit iets opgeleverd. Zij is het afgelopen jaar al acht keer op het spreekuur geweest.

De kinderen ziet u niet vaak meer. Dat was voorheen anders, vaak vanwege bovensteluchtwegklachten of koorts. Steeds besprak u dan moeders ongerustheid. Haar man hebt u ook wel eens ontmoet, zij het sporadisch.

Vandaag komt mevrouw L. voor buikpijn. Ze maakt opnieuw een gespannen indruk. U vraagt zich af wat er aan de hand kan zijn met deze patiënte. Onlangs hebt u een nascholing gevolgd over partnergeweld, waarbij u hebt geleerd dat specifiek ernaar vragen tot een onthulling kan leiden. U legt eerst uit dat u met haar wilt kijken naar de herkomst van haar klachten en u vraagt haar toestemming om een aantal persoonlijke vragen te stellen over haar thuissituatie en relatie. Dat vindt zij goed.

Als huisartsen de patiënte kennen, kunnen ze tijdens het consult bij een vermoeden van achterliggende problematiek,

De kern

- Intiem partnergeweld, actueel of in het verleden doormaakt, komt zeer veel voor bij vrouwen die de huisarts bezoeken.
- Om dit probleem in de dagelijkse praktijk te herkennen dienen huisartsen alert te zijn op verborgen signalen, zoals veelvuldig op het spreekuur komen met bijvoorbeeld onverklaarde lichamelijke klachten.
- Huisartsen moeten volgens de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) actief zijn bij het vermoeden van dit probleem en handelen conform de richtlijnen van de eigen beroepsgroep.
- Artsen in het algemeen dienen daarvoor het KNMG Stappenplan Volwassenengeweld te raadplegen en te volgen. Aanvullend kunnen ze de Trimbos/CBO-Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Geweld raadplegen.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, sectie Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen: dr. S. Lo Fo Wong, senior onderzoeker • Correspondentie: sylvie.lofowong@radboudumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is lid geweest van de Delphi group International Guidelines on Family Violence (2006), de werkgroep Rotterdamse Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling (2007), de Trimbos/CBO werkgroep Familiaal Huiselijk geweld (2009), de NHG-werkgroep LESA Kindermishandeling (2010), de klankbordgroep KNMG Meldcode Kindermishandeling en huiselijk geweld (2012), de WHO Guideline development group: clinical practice and policy guidelines for responding to intimate partner violence and sexual violence against women (2013).

zoals geweld in de relatie, hun vragen inleiden en meteen al stellen. Uit onderzoek blijkt steeds weer dat een grote meerderheid van de vrouwelijke patiënten het op prijs stelt als hun arts vragen stelt over partnergeweld, mits dit op een sensitieve manier gebeurt.⁹ Een nuttig instrument hierbij is de verkorte versie van de WAST (Woman Abuse Screening Tool) [kader 1].¹⁰⁻¹² Huisartsen moeten vooral empathisch te werk gaan, omdat ze weten dat het een gevoelig onderwerp is. Een goede vraag is bijvoorbeeld of de patiënte zich veilig voelt in haar relatie of soms bang is voor haar echtgenoot.

Vervolg casus

Tijdens het gesprek wordt al snel duidelijk dat mevrouw L. geen gemakkelijke relatie heeft en geregeld bang is voor haar man als hij boos is, want dan duldt hij geen tegenspraak. Voor haar huwelijk was ze erg zelfstandig en nam ze haar eigen beslissingen. Nu moet ze overal toestemming voor vragen. Haar terugkeer in het arbeidsproces is moeizaam bevochten en geeft nu veel spanning. Als ze te laat thuis komt of als ze het eten niet op tijd klaar heeft, is er heibel. Ze vertelt met schroom dat haar man haar geregeld aan haar haren trekt en zijn vuisten gebruikt. Soms is ze bang voor blijvend letsel. Daarom wilde ze zo vaak van u horen of dat het geval was. Nu denkt ze erover om toch maar te stoppen met werken, omdat de situatie met haar man daardoor zou verbeteren. Hij is nou eenmaal zo en hij heeft het bovendien druk met zijn zaak. Bij doorvragen blijkt dat haar man dit gedrag eigenlijk al vanaf het begin van hun huwelijk vertoont. Ze moet altijd op haar hoede zijn en probeert het hem zo veel mogelijk naar de zin te maken en ruzies te voorkomen. Want 'hij is verder echt wel een goede man, alleen weinig geduldig'.

Na dit verhaal begrijpt u haar onverklaarde klachten beter. U vertelt haar dat er een verband kan bestaan tussen het geweld in haar relatie en haar klachten. Ze knikt begrijpend, want de problemen thuis kan ze niet meer ontkennen. Hoe nu verder?

Vrouwen die met hun partner in een geweldsrelatie zitten, roepen veel vaker de hulp in van de huisarts voor lichamelijk onverklaarde klachten dan vrouwen die daar niet mee te maken hebben.¹³⁻¹⁵ Ook depressie, angst, slecht slapen en problematisch alcoholgebruik worden vier keer vaker aan de huisarts gemeld.^{3,14,15} Het belang van de onthulling aan de huisarts is groot. Ze markeert veelal de start van een veranderingsproces.

Waar kunnen huisartsen deze patiënten nu het best mee helpen? Een verwijzing naar de vrouwenopvang, het maatschappelijk werk of de praktijkondersteuner-GGZ? De meeste vrouwen zijn in deze fase vooral erg opgelucht als ze hun huisarts deelgenoot hebben gemaakt van hun thuissituatie.¹¹

Het veranderingsproces

Vrouwen die te maken hebben met geweld, hebben behoefte aan een luisterend oor en hulp. De hulp dient echter wel aan te sluiten bij de fase van het veranderingsproces waar de vrouw in zit. Dat veranderingsproces moet een einde maken aan het geweld. Volgens het Transtheoretical model of Change (TTM) of de Stages of Change (SOC) verloopt dat proces in een aantal fasen.¹⁶⁻¹⁹ Dit model wordt in de huisartsenpraktijk vooral toegepast bij het stoppen met roken-programma.²⁰ Het onderscheidt verschillende fasen, die elkaar opvolgen, maar soms ook door elkaar heen lopen. Interventies die gericht zijn op het motiveren tot veran-

Kader 1

Women Abuse Screening Tool: WAST (verkort)

1. Hoe zou u uw relatie willen beschrijven? Zeer veel spanningen/ soms spanningen/geen spanningen
2. Hoe bespreekt u problemen met uw partner? Erg moeilijk/soms moeilijk/nooit moeilijk
3. Voelt u zich wel eens afgewezen, vernederd of minderwaardig na een ruzie? Vaak/soms/nooit
4. Bent u wel eens bang voor uw partner? Vaak/soms/nooit
5. Eindigen ruzies wel eens in slaan, schoppen of duwen? Vaak/soms/nooit

dering moeten aansluiten bij de fase waarin de patiënt zich bevindt. Meestal gaat men uit van drie tot zes fasen [kader 2].

Onderzoeken onder mishandelde vrouwen die zich losmaken uit een geweldsrelatie laten zien dat zij dezelfde fasen doorlopen.¹⁶⁻¹⁹ In de eerste fase herkent een vrouw het partnergeweld niet als zodanig. Zij heeft het psychisch en lichamelijk geweld genormaliseerd en hoopt dat het een voorbijgaand probleem is, dat met tact is op te lossen. Dit is de fase van precontemplatie of voorbeschouwing: de vrouw is niet gelukkig met de situatie, maar beseft nog niet dat het geweld niet normaal is en zoekt de schuld bij zichzelf (fase 1). In deze fase heeft de huisarts vooral de taak te luisteren, empathie te tonen, duidelijk te maken dat geweld ontoelaatbaar is en de patiënt te helpen om de huidige situatie concreet onder ogen te zien en te benoemen (bewustmaking). Huisartsen moeten zelf ook weten dat dit tijd kost en mogen zich niet ongeduldig opstellen.

Huisartsen kunnen aangeven dat het gevolgen heeft voor de gezondheid en het welzijn van de betreffende patiënte.¹¹ Ze vormen zich een beeld van haar veiligheid en die van haar kinderen. Zijn ze getuige of zelf ook betrokken bij het geweld en lopen zij en de kinderen gevaar? Criteria voor gevaar die het melden noodzakelijk maken zijn onder andere: gebruik van of dreiging met (vuur)wapens, een crimineel verleden, zeer ern-

Abstract

Lo Fo Wong S. *Why does she just not leave?* Huisarts Wet 2014;57(9):486-9.

Female patients in an abusive relationship visit their general practitioner more often than other women. Most of these women do not mind their GP asking about relational abuse or aggression. But revealing violence and abuse does not necessarily mean that women are ready to make changes. The stage of change is crucial to the steps the woman can or is willing to take, and for this reason the GP's expectations and approach should be appropriate for the stage the woman is in. The 'Stappenplan Volwassenengeweld' (Plan for Adult Violence) of the Royal Dutch Medical Association provides information about what can be expected of the GP in the case of domestic violence. The safety of the woman and her children is of prime importance, and for this the risk assessment instrument of the Trimbos/CBO guideline 'Familiaal Huiselijk Geweld' (Familial domestic violence) can be used. The law 'Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling' (2013) (Reporting code domestic violence and child abuse) requires professionals to act according to the requirements of their professional code. This means asking questions, monitoring safety, and discussing the case with an expert. GPs should be aware that they often see women in the first stage. It would be very useful if the Dutch College of General Practitioners could produce a specific guideline for domestic violence and child abuse.

Kader 2**Transtheoretisch model – de fasen van verandering**

1. Precontemplatie: voorbeschouwingsfase, nog onbewust
2. Contemplatie: overwegingsfase, bewust
3. Preparatiefase: concrete plannen maken
4. Actiefase: concrete stappen ondernemen
5. Handhaving/consolidatie
6. Terugval (kan in elke fase voorkomen)

stig letsel en bedreiging van het leven. Indien er geen direct gevaar dreigt, maar dit ooit wel het geval zou kunnen zijn, is het verstandig een veiligheidsplan te maken. De Trimbos/CBO-Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bevat een risicotaxatie-instrument voor de veiligheid en beschrijft hoe men een veiligheidsplan kan opstellen.²¹ De ernst van het geweld bepaalt de noodzaak voor directe actie, bijvoor-

beeld melding bij het Advies en Steunpunt Huiselijk Geweld (ASHG). Deze organisatie, die in elke gemeente te vinden is, stuurt dit soort meldingen door naar de politie en zorgt voor veilige opvang. Ook indien de patiënt niet wenst dat u deze instanties inschakelt, kunt u sinds 2013 de Wet Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling van kracht is gebruiken van uw meldrecht bij een vermoeden van dreigend gevaar door geweld. In deze casus zijn de kinderen al ouder, maar contact met het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is nog steeds mogelijk. Blijkt uit het gesprek met de patiënte dat er geen direct gevaar dreigt, dan kan de huisarts verder met haar in gesprek. In het kader van het Stappenplan Volwassenengeweld van het KNMG zijn huisartsen verplicht bij een vermoeden van mishandeling advies te vragen bij het ASHG of een collega te consulteren over de casus [kader 3].²² Huisartsen bespreken dan zo mogelijk hun vermoeden met de patiënte. Huisartsen zijn niet verplicht zich aan de volgorde van het stappenplan te houden, want gesprekken hierover verlopen in de huisartsenpraktijk meestal anders en het zou jammer zijn deze ‘gouden kans’ niet te benutten.¹⁰⁻¹² Aan het eind van het eerste gesprek stellen huisartsen zelf voor om voor één of twee weken later een vervolgspraak te plannen.

De eerstvolgende stap die de vrouw moet zetten is erkennen dat ze in een geweldsrelatie zit. Dit is een pijnlijk proces, zeker als het geweld jaren geduurd heeft en de vrouw heeft afgeleerd voor zich zelf op te komen. Haar afwegingen zijn: moet ik gaan of blijven, wat moet er veranderen en kan ik dat wel, wat gaat het betekenen voor de kinderen en de familiebanden? Dit is de contemplatiefase: de overwegingsfase (fase 2). In deze fase moet de huisarts vooral luisteren, bemoedigen en de afwegingen en ambivalenties van de vrouw serieus nemen. Het blijft onveranderd belangrijk om oog te hebben voor haar veiligheid en die van haar kinderen. Ze zal in staat moeten zijn opnieuw naar zichzelf en haar situatie te kijken. Dit is het moment om te bespreken of begeleiding door een hulpverlener zinvol is en om na te gaan hoe verandering het geweld kan doen stoppen. De huisarts geeft haar informatie over het ASHG, dat een telefonische hulplijn biedt voor slachtoffers, omstanders, beroepsbeoefenaren en plegers van geweld. Verwijzing is meestal nog iets te vroeg. Als een huisarts een verwijzing opdringt, is de kans groot dat de vrouw het geweld gaat bagatelliseren en afhaakt. Pas als ze doordrongen is van het feit dat het niet vanzelf overgaat, komt het advies van de huisarts aan. Men moet ook rekening houden met haar angst om de kinderen kwijt te raken door bijvoorbeeld een melding bij het AMK. Niet zelden gebruikt de mishandelende partner dit als dreigement. Voor veel moeders geldt een AMK-melding als een brevet van onvermogen en duidt die erop dat ze niet voor de kinderen kan zorgen en hun veiligheid niet kan garanderen. Ze doen juist hun best om ondanks de geweldssituatie zo goed mogelijk voor hun kinderen te zorgen. Pas als ze haar huisarts vertrouwt, zal deze horen hoe het er thuis aan toegaat met de kinderen en zal ze hulp accepteren. Gesprekken met vrienden en familie kunnen behulpzaam zijn, maar kunnen het nemen van het besluit om echt iets te doen ook

Kader 3**KNMG Stappenplan Volwassenengeweld**

KNMG-meldcode / Kindermishandeling © Volwassenengeweld

© herziene versie maart 2014

belemmeren. Als de vrouw eenmaal doordrongen is van de noodzaak en bereid is om een eind te maken aan de situatie, gaat ze experimenteren met het stellen van grenzen of voorstellen om met hulp een eind te maken aan het geweld. De huisarts kan hierbij verwijzen naar een (systeem)therapeut, gespecialiseerd in partnergeweld. Voorwaarde is wel dat de pleger van het geweld zijn grensoverschrijdend gedrag erkent en problematiseert. Als een pleger erg gewelddadig is, is deze stap soms te riskant. In ieder geval is het niet aan te raden om bij deze problematiek als huisarts (en POH-GGZ) echtpaargesprekken te voeren.²¹ De rol van de huisarts ten aanzien van deze pleger, die immers ook zijn patiënt is, is in deze fase nog beperkt. De huisarts kan de situatie alleen met de pleger bespreken als de patiënte daar nadrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Bij plegers met een antisociale persoonlijkheid is de (internationale) regel: voer geen echtpaargesprekken.^{23,24}

Als grenzen stellen en relatiehulp van buitenaf niet werken, is het geweld eigenlijk alleen te stoppen door de relatie te beëindigen. De voorbereiding op deze stap markeert de overgang naar de volgende fase: de preparatiefase (fase 3). De vrouw treft voorbereidingen om definitief een einde aan de situatie te maken, bijvoorbeeld door met een hulpinstantie te bellen. De huisarts ondersteunt haar besluitvaardigheid, prijst haar met alle kleine succesjes en monitort haar veiligheid en die van de kinderen. Het vergt veel inspanning en moed om woonruimte, werk en sociale contacten voor steun te zoeken, en daarbij is meestal begeleiding van de huisarts nodig.

De volgende stap is de actiefase (fase 4): het daadwerkelijke vertrek uit de relatie, verhuizen en vaak ook een scheiding aanvragen. De laatste twee stappen vergen een grote mate van overtuiging en besluitvaardigheid. Als de vrouw deze stappen eenmaal heeft gezet, als bijvoorbeeld de scheiding is aangevraagd of uitgesproken, volgt de fase van bestendiging: de handhavingsfase (fase 5). Deze fase is aan de orde na definitief verbreken van de relatie. Het leven zonder geweld brengt rust, maar is ook een nieuwe opgave. Een transitiefase in het leven stelt immers nieuwe eisen aan coping-mechanismen. Verdriet en spijt over hetgeen verloren is of de vrees het leven alleen met de kinderen niet aan te kunnen, zorgen geregeld voor terugval. Beloften van de ex-partner om in therapie te gaan en hoop brengen de vrouw en haar ex-partner soms weer tot elkaar. Na verloop van tijd kan de hernieuwde relatie weer terugvallen in het oude geweldspatroon. Maar ook op andere momenten in het veranderingsproces kan terugval plaatsvinden, omdat de noodzakelijke persoonlijke veranderingen niet snel gemaakt worden. Het is belangrijk dat huisartsen terugval niet negatief benaderen maar steun blijven bieden. Bij twijfel heeft de vrouw veel aan bemoediging: 'De meeste mensen leren met vallen en opstaan.'

De cyclus van het veranderingsproces kan zo nodig nog eens doorlopen worden. Dit model is heel goed toepasbaar bij vrouwen in een geweldsrelatie. Voor huisartsen is het belangrijk om te beseffen dat een eerste onthulling het begin van de cyclus kan zijn en dat de interventie moet aansluiten bij de fase waarin een vrouw zich bevindt.¹⁶

Vervolg casus

Mevrouw L. bevindt zich op de overgang van de voorbeschouwingsfase (precontemplatie) naar de overwegingsfase (contemplatie). Na jaren van normalisatie van het geweld begint ze te beseffen dat er iets mis is in haar relatie. Het heeft vooral geholpen dat u specifieke vragen hebt gesteld over haar relatie. Haar opluchting is groot en voorlopig genoeg voor haar. Ze zoekt de oplossing in aanpassing aan de geweldsrelatie: ze stopt met haar werk om spanning te voorkomen. Op dit moment kunt u niet veel anders doen dan luisteren en het geweld erkennen en als zodanig benoemen. Daarbij moet u vragen stellen over haar veiligheid en die van de kinderen. Verwijzen naar een hulpverleningsinstantie is nog een brug te ver. Waar zou ze over moeten praten en hoe kaart ze dat thuis aan bij haar man? Ze is van mening dat hulpverleners haar situatie toch niet kunnen veranderen en ze is niet van plan om weg te gaan bij haar man. Ze weet nog niet hoe ze haar leven als alleenstaande zou moeten inrichten. En dan zijn er ook nog de kinderen. Ambivalentie is normaal in deze fase, er is veel te verliezen. Dat er ook veel te winnen valt moet nog tot haar doordringen.

BESLUIT

'Waarom gaat ze niet gewoon weg?' Dit is de meest geuite verzuchting van huisartsen die zich machteloos voelen bij deze problematiek. Het antwoord op de vraag luidt: de vrouw staat op de drempel van een veranderingsproces en heeft nog veel stappen te zetten voordat de situatie verandert. De rol van huisartsen in de eerste twee fasen is vooral ondersteunend en bemoedigend van aard. Ze vertellen dat anderen veel baat hebben gehad bij bepaalde vormen van hulp, waardoor ze het denken daarover op gang helpen. Ze moeten blijven vragen naar de veiligheid van de vrouw en die van de kinderen. Het juiste moment voor verwijzing naar een hulpinstantie ligt tussen fase 2 en 3. Als vertrouwenspersoon heeft de huisarts veel goodwill bij zijn patiënten en is hij vaak de enige waar zij hun problemen mee bespreken. De Multidisciplinaire Trimbos/CBO Multidisciplinaire Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld (2009),²¹ het KNMG Stappenplan Volwassenengeweld (2012)²² en de Wet Meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling (2013) vragen van huisartsen om in actie te komen. Dit betekent: vragen stellen, de veiligheid monitoren, overleggen met een deskundige en aansluiten bij de fase waarin de patiënte verkeert.¹⁶ Het volgen van scholing helpt om dit probleem te leren begrijpen en adequate hulp te bieden.^{25,26} Anders dan in België en het Verenigd Koninkrijk, ontbreekt het in Nederland nog aan een specifieke huisartsenrichtlijn voor dit zeer prevalentie en ernstige probleem in de dagelijkse praktijk. Een NHG-Standaard zou zeer behulpzaam zijn. ■

LITERATUUR

Zie www.henw.org, rubriek Klinische les.

Geen uitstrijkje? In gesprek over seks

Deze Klinische les is onderdeel van een vierluik over gender en geneeskunde. De andere artikelen staan op pagina 452 (Toine Lagro-Janssen), pagina 478 (Miriam de Kleijn et al.) en op pagina 486 (Sylvie Lo Fo Wong).

INLEIDING

In Nederland worden vrouwen van 30-60 jaar elke 5 jaar uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker (BVO).^{1,2} Sinds de start van het BVO in 1988 is het aantal sterfgevallen aan baarmoederhalskanker fors gedaald. Jaarlijks wordt de diagnose baarmoederhalskanker bij ongeveer 700 vrouwen gesteld en overlijden ruim 200 vrouwen aan de ziekte. Eenderde tot de helft van de vrouwen met baarmoederhalskanker heeft zich niet of onregelmatig laten screenen.³⁻⁵ Onder de groep vrouwen die niet deelneemt aan het bevolkingsonderzoek, komt vaker baarmoederhalskanker voor.⁶

Vragen naar de motieven van vrouwen om niet deel te nemen kan niet alleen de opkomst verbeteren maar ook verborgen seksuele problemen of trauma's aan het licht brengen. In dit artikel bespreken we aan de hand van drie casussen de problemen rondom seksualiteit bij vrouwen als reden om geen uitstrijkje te laten maken.

In de regel is het niet één reden, maar een combinatie van lichamelijke, psychische, sociaal-culturele en cognitieve factoren die vrouwen belet mee te doen met het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker [tabel 1].⁷⁻¹³ Van een aantal

Samenvatting

Giesen A, Lagro-Janssen ALM, Dielissen PW. Niet gekomen voor het uitstrijkje? In gesprek over seks. *Huisarts Wet* 2014;57(9):490-3.

Eenderde tot de helft van de vrouwen met baarmoederhalskanker laat zich niet of onregelmatig screenen. Vaak is het een combinatie van lichamelijke, psychische, sociaal-culturele en cognitieve factoren die ervoor zorgt dat vrouwen niet meedoen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel geweld of die besneden zijn, nemen minder vaak deel aan het onderzoek. Dat geldt ook voor vrouwen die seks hebben met vrouwen, want zij denken dat ze minder risico lopen. Angst en afkeer van het gynaecologisch onderzoek zijn eveneens belangrijke redenen om weg te blijven.

Actief vragen naar de motieven om niet mee te doen kan niet alleen de opkomst verbeteren maar ook verborgen seksuele problemen of trauma's aan het licht brengen. Hier kan de huisarts proactief en in een open gesprek met de vrouw nagaan of er sprake is van een seksueel probleem, zoals pijn bij het vrijen, vaginisme of (een verleden van) seksueel geweld. Bovendien is er een hrHPV-thuistest die mogelijke bezwaren bij deze vrouwen kan wegnemen.

Mevrouw Van Zon (1)

Mevrouw Van Zon, 36 jaar, is secretaresse, is gehuwd en heeft twee zoons. Haar voorgeschiedenis is blanco. Ze maakt een angstige en emotionele indruk als ze binnenkomt. Ze vertelt dat ze een uitnodiging heeft ontvangen voor een thuistest op het humaan papillomavirus (HPV). Zij heeft nooit gehoor gegeven aan de oproepen voor het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker, maar ze heeft dit keer wel meegedaan met de thuistest. Per post heeft ze de uitslag gekregen en ze is HPV-positief. Ze is erg geschrokken over wat zij heeft gelezen op internet over het hoge risico op baarmoederhalskanker bij een infectie met HPV. Mevrouw Van Zon komt nu toch voor een uitstrijkje.

Mevrouw Eikboom (1)

Mevrouw Eikboom, 50 jaar, is onderwijzeres en woont samen met een vriendin. Ze is al jaren onder behandeling voor een angststoornis. Ze bezoekt uw spreekuur voor een uitstrijkje omdat ze bang is voor kanker. Haar partner kreeg recent het bericht dat ze een afwijkend uitstrijkje had.

Voor mevrouw Eikboom is dit haar eerste uitstrijk ooit. Ze gaf eerder geen gehoor aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker omdat ze als lesbienne haar risico laag inschatte, maar nu is ze toch ongerust geworden. Er zijn geen andere gynaecologische klachten.

Mevrouw Alayew (1)

Mevrouw Alayew, 40 jaar, ongehuwd, geen kinderen, geboren in Sierra Leone, en sinds 10 jaar wonend in Nederland, komt op uw spreekuur met klachten van somberheid en overal pijn. Vooral haar buikpijn is ernstig en tijdens de menstruatie, die hevig is, voelt ze zich uitgeput. Ze heeft vaker last van infecties van onderen, zegt ze. Ze lost dat zelf op door in een bad met zout te gaan zitten en dan gaat het meestal wel over.

U ziet dat uw assistente in mevrouw Alayews dossier een aantekening heeft gemaakt dat ze niet op het BVO-sprek uur is verschenen. U vraagt waarom. Mevrouw geeft aan dat ze als jong meisje besneden is (infibulatie). Ze voelt zich geen normale vrouw. Ze schaamt zich heel erg en vermijdt doktersbezoek.

groepen, zoals jonge vrouwen, niet-westerse vrouwen en vrouwen met een lage sociaal-economische status, is bekend dat zij minder vaak deelnemen aan het bevolkingsonderzoek.¹⁴

De kern

- Van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd, is eenderde tot de helft onvoldoende of nooit gescreend.
- Er zijn meestal verschillende redenen waarom een vrouw wegblijft bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.
- Problemen met seksualiteit of seksgerelateerde factoren kunnen een rol spelen.
- Het is raadzaam om vrouwen die niet reageren op een oproep actief naar hun redenen te vragen en het gesprek over seksualiteit open aan te gaan.
- In dit gesprek kunnen verborgen seksuele problemen aan het licht komen en besproken worden.

Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde (huispost 117), Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar Vrouwenstudies Medische Wetenschappen; dr. P.W. Dielissen, huisarts en lid NHG-expertgroep Seksuele Gezondheid. Huisartspraktijk Kesteren: A. Giesen, huisarts en kaderarts uro-gynaecologie. • Correspondentie: patrick.dielissen@radboudumc.nl. • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Tabel 1 Belemmerende factoren voor deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Organisatorische factoren	Psychische factoren	Cognitieve factoren	Sociaal-culturele factoren
- oproep door de GGD - verhindert tijdens de afname - beschikbaarheid van het spreekuur - administratieve fouten	- angst voor pijn - niet eerder uitstrijkje gemaakt - afkeer van gynaecologisch onderzoek - seksueel geweld in de voor- geschiedenis/vrouwenbesnijdenis - schaamte - onvrede en afkeer met betrekking tot het eigen lichaam - psychiatrisch ziektebeeld - angst voor kanker - negatieve ervaring zorg	- onvoldoende kennis over doel - onvoldoende kennis van risico- factoren - angst en onzekerheid over de uitkomst - te lage inschatting van het eigen risico/homoseksualiteit 'kankertest' in plaats van screening - geen klachten ervaren	- lage leeftijd - lage sociaal-economische status - geen of juist diverse sekspartners - geen partner - stedelijk gebied - behorend tot een minderheidsgroep - niet-westerse afkomst

Zoals de casussen in dit artikel laten zien, kunnen problemen rond seksualiteit daarbij een rol spelen. Het kan dan gaan om seksueel geweld, ondergaan als volwassene of als kind, om een besnijdenis of om pijn bij het vrijen. In opvallend veel onderzoeken naar de motieven om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker wordt niet of nauwelijks naar de rol van seksualiteit gevraagd.^{7,9-12} De vrouwen zelf zijn vaak erg terughoudend om over seksualiteit te praten, zeker in de gevallen dat het onderwerp pijn of schaamte bij hen oproept door seksueel misbruik of een besnijdenis. De huisarts zal er dus proactief naar moeten vragen.

Mevrouw Van Zon (2)

Mevrouw Van Zon ziet erg op tegen het gynaecologisch onderzoek. Op uw vraag waarom vertelt ze dat ze vindt dat haar genitaliën er abnormaal uitzien. Haar echtgenoot ontkent dit overigens. Op doorvragen van uw kant vertelt ze uiteindelijk dat ze dit voelt sinds ze op haar 17e is verkracht door een oudere buurjongen. Behalve met haar echtgenoot heeft zij hier nog nooit met iemand over gesproken.

Seksueel geweld en vrouwenbesnijdenis

Bijna twee op de vijf vrouwen (39%) zijn ooit slachtoffer geweest van seksueel geweld; 10% heeft ooit een verkrachting meegemaakt.¹⁵ Er zijn aanwijzingen dat baarmoederhalskanker en voorstadia daarvan bij slachtoffers van seksueel misbruik hoger zijn dan bij vrouwen die geen seksueel misbruik hebben meegemaakt.^{16,17} Voor HPV zijn bij deze vrouwen prevalentiecijfers gevonden die tot 4,5 keer hoger zijn dan bij vergelijkbare vrouwen die geen seksueel geweld hebben meegemaakt.^{18,19} Vrouwen die seksueel misbruikt zijn, vertonen bovendien vaak risicovol gedrag, zoals roken, drugs- en alcoholgebruik en seksueel risicogedrag. Een voorgeschiedenis van seksueel misbruik is daardoor een risicofactor voor baarmoederhalskanker. Een mogelijk mechanisme is blootstelling op jonge leeftijd aan hoogrisico humaan papillomavirussen (hrHPV), de belangrijkste risicofactor voor baarmoederhalskanker.

Vrouwen die besneden zijn of een voorgeschiedenis hebben van seksueel geweld, nemen minder vaak deel aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker.^{8,20-22} De belangrijkste redenen lijken angst voor herbelevingen tijdens het gynaecologisch onderzoek, en schaamte voor bijvoorbeeld de besnijdenis.^{20,23} Maar ook een afwijkend lichaamsbeeld, tekenen van manifest seksueel misbruik en pijn spelen een rol in de keus

om niet deel te nemen.²⁰ In Nederland hebben naar schatting 30.000 vrouwen een genitale besnijdenis ondergaan. Het vermijden van onderzoek is dan een manier om de controle over het lichaam te behouden, of een uitlokkend moment te voorkomen.

Mevrouw Eikboom (2)

Mevrouw Eikboom ziet erg op tegen het gynaecologisch onderzoek. Ook dat was voor haar reden niet eerder te komen. Ze is gespannen en heeft vóór de afspraak al een oxazepam genomen. Bij het voorzichtig uitgevoerd vaginaal toucher zijn de bekkenbodemspieren duidelijk aangespannen. Het maken van een uitstrijkje met een maagdenspeculum lukt niet; het is te pijnlijk.

Vrouwen die seks hebben met vrouwen

Ook vrouwen die seks hebben met vrouwen doen minder vaak mee met het bevolkingsonderzoek.²⁴ Dat kan zijn omdat ze denken een lager risico te lopen op een cervixcarcinoom. De prevalentie van HPV bij vrouwen die seks hebben met vrouwen kan echter oplopen tot 19%, en daarmee stijgt ook de aanwezigheid van persisterende infecties met hrHPV-typen.^{18,25} Bovendien heeft ongeveer 80% van de vrouwen die een seksuele relatie heeft met een vrouw, ooit in haar leven seks gehad met een man.²⁴

Naast een te lage risico-inschatting kan echter ook pijn bij het vrijen, zoals in heteroseksuele contacten, een reden zijn om geen uitstrijkje te laten maken.

Summary

Giesen A, Lagro-Janssen ALM, Dielissen PW. Failure to attend for cervical screening: talking about sex. *Huisarts Wet* 2014;57(9):490-3.

Up to half of the women with invasive carcinoma of the cervix have not or irregularly undergone cervical screening. This failure to take part in population screening programmes is often due to a combination of physical, psychological, socio-cultural, and cognitive factors. Women with a history of sexual abuse or who have undergone female genital mutilation have lower rates of attendance in cervical screening programmes. This is also true for women who have sex with women, because they think that they are at lower risk. Fear and aversion to a gynaecological investigation are also reasons not to come for screening. Actively asking women why they do not come for screening may not only improve attendance in the future but also uncover sexual problems or trauma. With sensitivity and respect, the general practitioner can ask women whether there are sexual problems, such as pain during intercourse, vaginismus, or past experience of sexual violence. Nowadays, there is a home testing kit for human papillomavirus, which might remove some of the barriers to cervical screening.

WAT KAN DE HUISARTS DOEN?

Op organisatorisch niveau is het duidelijk dat een oproep van de huisarts tot een (10-15%) hogere opkomst leidt dan een uitnodiging door de GGD.^{11,14,26} De uitnodiging door de huisarts lijkt de deelname met name te verhogen binnen groepen met een lage participatiegraad, zoals niet-westerse vrouwen.¹⁴

Een andere organisatorische mogelijkheid is dat de praktijkassistente in het HIS een aantekening maakt bij patiënten die niet aan het bevolkingsonderzoek deelnemen, zodat de huisarts de vrouw bij een volgend contact een vraag kan stellen naar de reden om niet deel te nemen. Praktische drempels lijken soms echter van groter belang om niet te komen dan psychosociale belemmeringen.^{12,27}

Achter schaamte, angst, vermijding, negatief lichaamsbeeld, laag zelfvertrouwen en pijn kunnen seksuele problemen of seksueel geweld schuilgaan. De huisarts kan zich hier proactief opstellen en een open, niet-moraliserend gesprek aangaan om te exploreren of deze gevoelens en gedachten bij de vrouw in kwestie een rol spelen en of ze te maken hebben met seksuele problemen, zoals pijn bij het vrijen, vaginisme of (een verleden van) seksueel geweld. Een enkele vraag, op basis van algemene kennis, kan de aandacht hiervoor tot uitdrukking brengen: 'We weten uit onderzoek dat seksuele problemen of negatieve ervaringen voor vrouwen redenen waren om niet deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Is dat voor u ook zo?'

In gesprekken over het bevolkingsonderzoek zal de huisarts rekening moeten houden met het feit dat het vaak gaat om vrouwen die hun kans op baarmoederhalskanker onderschatten (bagatelliseren, ontkennen) of overschatten (fatalisme, negatieve cognities), of die het gynaecologisch onderzoek vermijden (angst, pijn).⁹ Goede uitleg en voorlichting (risicocommunicatie) kunnen helpen om vrouwen te motiveren alsnog deel te nemen. Psycho-educatie en counseling staan centraal in het gesprek: kennis vergroten, angst bespreken en bestaande misvattingen en veronderstellingen corrigeren. Angst voor en afkeer van het gynaecologisch onderzoek zijn

Mevrouw Alayew (2)

Mevrouw Alayew heeft bij eerder gynaecologisch onderzoek erg pijnlijke ervaringen gehad. Ze wil nooit meer een gynaecologisch onderzoek met een speculum. Ondanks uw uitleg en begrip gaat ze niet in op uw verzoek om een uitstrijkje te laten maken. U informeert haar over de HPV-thuistest en u verwijst haar naar het consultatie- en adviescentrum voor besneden vrouwen, dat recent in Nijmegen is opgericht.

voor vrouwen belangrijke redenen om niet deel te nemen.²⁸ Deze gevoelens spelen sterker bij vrouwen met een voorgeschiedenis van seksueel geweld en/of besnijdenis. Goede communicatie, begrip voor de traumatische gebeurtenis en er rekening mee houden tijdens het onderzoek is belangrijk voor vrouwen.²⁰ De mogelijkheid dat het uitstrijkje kan worden gemaakt door een vrouwelijke huisarts of praktijkassistente wordt door vrouwen als belangrijk ervaren.²⁸ In de Nederlandse setting, waar praktijkassistenten vaak ook uitstrijkjes maken, is dit een goede mogelijkheid.

De kennis over het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker is zowel bij vrouwen die wel deelnemen als bij vrouwen die niet deelnemen vaak onvoldoende.^{8,9,28} Uitleg, mondeling en schriftelijk, kan helpen ambivalentie ten aanzien van het bevolkingsonderzoek tegen te gaan.

Mevrouw Eikboom (3)

Mevrouw Eikboom geeft aan dat de seks met haar vriendin vanwege de pijn minder prettig is, en ook minder frequent dan ze zouden willen. U bespreekt met haar de risico's op een cervixcarcinoom en informeert haar over de HPV-thuistest.

DE HPV-THUISTEST

Sommige bezwaren die een vrouw kan hebben tegen het bevolkingsonderzoek, bijvoorbeeld pijn of schaamte bij het uitstrijkje, kunnen worden weggenomen door een hrHPV-thuistest. De Gezondheidsraad adviseert vrouwen die niet op de herinnering reageren, zo'n thuistest aan te bieden.² De gevoeligheid van de thuistest op zelf afgenomen materiaal is, voorzover op dit moment bekend, vergelijkbaar met die van een test op materiaal afgenomen door een arts. De vrouw krijgt het advies om bij een positieve uitslag van de thuistest een uitstrijkje te laten maken bij de huisarts. Eerder uitgevoerde onderzoeken in Nederland toonden aan dat 30% van de niet-participanten alsnog aan het bevolkingsonderzoek deelneemt, wanneer men hen een thuistest aanbiedt.²⁹

De thuistest biedt op de eerste plaats een vangnet. Mogelijk wordt de hrHPV-thuistest in de toekomst breder ingezet, maar hij is nog niet bedoeld voor iedere vrouw en ook niet voor vrouwen die wel van plan zijn om mee te doen. Op dit moment is de test in elk geval een optie voor vrouwen met seksuele problemen. Het gynaecologisch onderzoek is van alle lichamelijke onderzoeken datgene waartegen vrouwen het meest opzien.²⁸ Ook voor vrouwen met vaginisme of met een vagi-

Tabel 2 Bevorderende factoren voor deelname aan het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker

Organisatorische factoren	Psychische factoren	Cognitieve factoren	Sociaal-culturele factoren
- oproep door de huisarts zelf - niet verhinderd voor afname - voldoende tijd - uitstrijkje door een vrouw	- ervaren steun huisarts - vertrouwen in de gezondheidszorg	- voordelen wegen zwaarder - positieve houding ten opzichte van screening - goede uitleg	- hoge sociaal-economische status - één sekspartner - gehuwd of met partner - arbeidsparticipatie - deelname aan borstkankerscreening - ervaren steun omgeving - hogere opleiding

nistische reactie op het speculum, zoals mevrouw Eikboom, biedt de thuistest mogelijk uitkomst.

Het materiaal voor de thuistest wordt verkregen met een dun kwastje, met een wattenstokje of door lavage. Voor de meeste vrouwen, ook voor maagden of vrouwen met vaginisme, is dit hoogstwaarschijnlijk haalbaar. Voor hen, en ook voor een deel van de vrouwen die om andere redenen niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, kan een thuistest in de nabije toekomst een goed alternatief zijn.²⁹

Mevrouw Van Zon (3)

Bij het lichamelijk onderzoek vindt u geen afwijkingen aan de geslachtsorganen en het uitstrijkje wordt zonder problemen gemaakt. Na een vervolgesprek maakt mevrouw Van Zon een afspraak bij een deskundige eerstelijnspsycholoog om het seksueel misbruik te bespreken. Tijdens een consult een jaar later geeft zij aan blij te zijn dat zij ruimte heeft gekregen om over het misbruik te praten.

CONCLUSIE

Van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd, is eenderde tot de helft onvoldoende of nooit gescreend. Daar is meestal meer dan één reden voor. Bij een deel van de vrouwen die wegblijven, spelen problemen met seksualiteit of seksgerelateerde factoren een rol. Wij raden huisartsen aan om seksualiteit ter sprake te brengen bij vrouwen die niet reageren op een oproep voor het bevolkingsonderzoek. Niet alleen kan dit de opkomst verhogen, maar ook kunnen eventuele verborgen seksuele trauma's of seksuele problemen aandacht krijgen. Voor vrouwen bij wie het niet lukt een uitstrijkje te maken, is een hrHPV-thuistest een goede oplossing. ■

LITERATUUR

- Boomsma LJ, Buis PAJ, Collette C, Janssen PGH. NHG-Standaard Preventie en vroegdiagnostiek van cervixcarcinoom (tweede herziening). Huisarts Wet 2009;52:10.
- Gezondheidsraad. Screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011. Publicatienr 2011/07.
- Lindqvist PG, Hellsten C, Rippe A. Screening history of women in Malmö with invasive cervical cancer. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2008;137:77-83.
- Marquardt K, Buttner HH, Broschewitz U, Barten M, Schneider V. Persistent carcinoma in cervical cancer screening: non-participation is the most significant cause. Acta Cytol 2011;55:433-7.
- Van Kemenade FJ, Casparie MK. Bij een derde van de vrouwen met baarmoederhalskanker is geen uitstrijkje gemaakt. Ned Tijdschr Geneesk 2009;153:A661.
- Peto J, Gilham C, Fletcher O, Matthews FE. The cervical cancer epidemic that screening has prevented in the UK. Lancet 2004;364:249-56.
- Blomberg K, Ternstedt BM, Törnberg S, Tishelman C. How do women who choose not to participate in population-based cervical cancer screening reason about their decision? Psychooncology 2008;17:561-9.
- Fylan F. Screening for cervical cancer: a review of women's attitudes, knowledge, and behaviour. Br J Gen Pract 1998;48:1509-14.
- Knops-Dullens T, De Vries N, De Vries H. Reasons for non-attendance in cervical cancer screening programmes: an application of the Integrated Model for Behavioural Change. Eur J Cancer Prev 2007;16:436-45.
- Oscarsson MG, Benzein EG, Wijma BE. Reasons for non-attendance at cervical screening as reported by non-attendeers in Sweden. J Psychosom Obstet Gynaecol 2008;29:23-31.
- Tacken MA, Braspenning JC, Hermens RP, Spreeuwenberg PM, Van den Hoogen HJ, De Bakker DH, et al. Uptake of cervical cancer screening in The Netherlands is mainly influenced by women's beliefs about the screening and by the inviting organization. Eur J Public Health 2007;17:178-85.
- Waller J, Bartoszek M, Marlow L, Wardle J. Barriers to cervical cancer screening attendance in England: a population-based survey. J Med Screen 2009;16:199-204.
- Yoo GJ, Le MN, Vong S, Lagman R, Lam AG. Cervical cancer screening: attitudes and behaviors of young Asian American women. J Cancer Educ 2011;26:740-6.
- De Nooijer DP, De Waart FG, Van Leeuwen AW, Spijker WW. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder voor groepen met doorgaans lage participatiegraad. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2339-43.
- Bakker F, Vanwesenbeeck I. Seksuele gezondheid in Nederland 2006. Delft: Eburon, 2006.
- Coker AL, Sanderson M, Fadden MK, Pirisi L. Intimate partner violence and cervical neoplasia. J Womens Health Gend Based Med 2000;9:1015-23.
- Coker AL, Hopenhayn C, DeSimone CP, Bush HM, Crofford L. Violence against women raises risk of cervical cancer. J Womens Health (Larchmt) 2009;18:1179-85.
- Marrazzo JM, Koutsky LA, Kiviat NB, Kuypers JM, Stine K. Papanicolaou test screening and prevalence of genital human papillomavirus among women who have sex with women. Am J Public Health 2001;91:947-52.
- Wingood GM, Seth P, DiClemente RJ, Robinson LS. Association of sexual abuse with incident high-risk human papillomavirus infection among young African-American women. Sex Transm Dis 2009;36:784-6.
- Cadman L, Waller J, Ashdown-Barr L, Szarewski A. Barriers to cervical screening in women who have experienced sexual abuse: an exploratory study. J Fam Plann Reprod Health Care 2012;38:214-20.
- Gandhi S, Rovi S, Vega M, Johnson MS, Ferrante J, Chen PH. Intimate partner violence and cancer screening among urban minority women. J Am Board Fam Med 2010;23:343-53.
- Vloeberghs E, Knipscheer J, Van der Kwaak A, Naleie Z, Van den Muijsenbergh M. Versluisde pijn. Een onderzoek in Nederland naar de psychische, sociale en relationele gevolgen van meisjesbesnijdenis. Utrecht: Stichting Pharos, 2010.
- Abdullahi A, Copping J, Kessel A, Luck M, Bonell C. Cervical screening: Perceptions and barriers to uptake among Somali women in Camden. Public Health 2009;123:680-5.
- Henderson HJ. Why lesbians should be encouraged to have regular cervical screening. J Fam Plann Reprod Health Care 2009;35:49-52.
- Marrazzo JM, Thomas KK, Ringwood K. A behavioural intervention to reduce persistence of bacterial vaginosis among women who report sex with women: results of a randomised trial. Sex Transm Infect 2011;87:399-405.
- Stein K, Lewendon G, Jenkins R, Davis C. Improving uptake of cervical cancer screening in women with prolonged history of non-attendance for screening: a randomized trial of enhanced invitation methods. J Med Screen 2005;12:185-9.
- Waller J, Jackowska M, Marlow L, Wardle J. Exploring age differences in reasons for nonattendance for cervical screening: a qualitative study. BJOG 2012;119:26-32.
- Neilson A, Jones RK. Women's lay knowledge of cervical cancer/cervical screening: accounting for non-attendance at cervical screening clinics. J Adv Nurs 1998;28:571-5.
- Gök M, Heideman DA, Van Kemenade FJ, Berkhof J, Rozendaal L, Spruyt JW, et al. HPV testing on self collected cervicovaginal lavage specimens as screening method for women who do not attend cervical screening: cohort study. BMJ 2010;340:c1040.

‘De levensverwachting over tien jaar is minder interessant dan die op langere termijn’

Deze winter promoveerde Ans Tiessen op haar proefschrift *Cardiovascular risk management in general practice*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

Een brede blik

Gevraagd naar de aanloop tot haar onderzoek vertelt Tiessen: ‘Tijdens mijn wetenschappelijke stage bij ontwikkelingsneurologie in het Oostenrijkse Graz werd mijn interesse voor wetenschappelijk onderzoek geboren. Dus toen ik startte met de huisartsopleiding vroeg ik of ik dat kon combineren met een promotieonderzoek. Dat lukte en ik kon kiezen uit enkele onderwerpen. Mede omdat ik als arts-assistent op de afdeling Cardiologie had gewerkt, sprak dit onderwerp mij het meest aan. Bovendien vond ik het leuk dat hart- en vaatziekten een belangrijk gezondheidsprobleem vormen. En gaandeweg bleek dit onderwerp ook nog een brede blik te bieden op de positie van de huisarts: wat kun je

doen aan de sociaaleconomische gezondheidsverschillen tussen mensen; wat is je rol bij preventie; hoe geef je vorm aan de samenwerking met andere disciplines; hoe verhoud je je tot regelgeving vanuit de politiek? Dat alles maakte dit onderzoek voor mij heel interessant.’

Zinvolle zorg of niet?

Het onderzoek van Tiessen bestond uit drie ‘poten’. Een daarvan was de SPRING-studie (Self-monitoring and Prevention of Risk factors by Nurse practitioners in the region of Groningen). Tiessen: ‘Qua timing kwam dit onderzoek goed uit, want in 2006 verscheen de eerste NHG-Standaard *Cardiovascular Riskmanagement* en het vormde voor huisartsen een enorme uitdaging om al die patiënten in kaart te brengen. Ook werd steeds meer gewerkt met praktijkondersteuners. Het was dus nuttig om uit te zoeken wat al dan niet zinvolle zorg was. We selecteerden mensen met een hoog risico op cardiovasculaire aandoeningen; de helft kreeg de standaardbehandeling door de praktijkondersteuner en de andere helft kreeg daarnaast, afhankelijk van de risicofactoren, allerlei zelfmeetapparatuur mee naar huis: een weegschaal, stapenteller en bloeddrukmeter.’

Het was niet gemakkelijk voldoende huisartsen te motiveren om mee te doen aan het onderzoek, dus besloot Tiessen dit zo aantrekkelijk mogelijk te maken. ‘Wij brachten de hoogrisicopatiënten in kaart, dus bespaarden de huisartsen-praktijk veel werk. Bovendien verzorgden we scholing voor de praktijkondersteuners die deelnamen. Zo lukte het toch om genoeg praktijken mee te laten doen.’

Opsteker voor de poh

Opmerkelijk genoeg was er na een jaar nauwelijks verschil tussen beide onderzoeksgroepen. De zelfmeetapparatuur en extra aandacht van de praktijkondersteuner hadden dus weinig vruchten afgeworpen. Tiessen: ‘Het goede nieuws was dat het cardiovasculaire risico in beide groepen was gedaald; dat was een mooie opsteker voor de praktijkondersteuners. Bij de mensen met een hoger risico of bij wie medicatie

voor de bloeddruk of lipiden was voorgeschreven, zagen we een forsere daling, maar dat is ook wel logisch. Dus al zagen we geen verschil tussen beide groepen, dit onderzoeksdeel geeft wel richting aan de huisartsenzorg rond cardiovasculaire aandoeningen: die zorg zou zich vooral moeten richten op hoogrisicopatiënten en kan heel goed worden gedelegeerd aan de praktijkondersteuner.’

Kosten van werkverzuim

Tiessen onderzocht ook de kosteneffectiviteit van cardiovasculair risicomanagement. Bijzonder was dat ze hierbij tevens de kosten van werkverzuim meenam. ‘Bij beide onderzoeksgroepen werd natuurlijk medicatie voorgeschreven of aangepast. Maar de extra kosten daarvan vielen reuze mee, ook omdat het ging om generieke middelen. Wij keken echter ook naar de kosten van werkverzuim; deel van de onderzoekspopulatie had nog de werkzame leeftijd en moest dus onder werktijd naar de praktijkondersteuner. Het werkverzuim bleek de belangrijkste kostenpost en dat is maatschappelijk gezien heel interessant.’

Niet gezond in Oude Pekela

In een ander deel van het onderzoek werden mensen met een wellicht verhoogd cardiovasculair risico benaderd in Oude Pekela. Voor dit dorp werd gekozen omdat er relatief veel mensen met een lage sociaaleconomische status (SES) wonen, wat vaak is gerelateerd aan een geringe participatie. Bovendien komt in Oude Pekela veel sterfte aan hart- en vaatziekten voor. Op de uitnodigingsbrief van de eigen huisarts kwam een verrassend hoge respons: 62% van de uitgenodigde patiënten nam uiteindelijk deel aan de screening in de huisartsenpraktijk. Zo’n 24% van hen had inderdaad een verhoogd risico en was nog niet bekend bij de huisarts, en gebruikte dus ook nog geen medicatie. Maar er was meer. Tiessen: ‘We hebben ook onderzocht wat de redenen waren als mensen niet wilden meedoen aan de screening. De meestgehoorde argumenten waren dat ze twijfelden aan het nut, niet wilden weten of ze een verhoogd risico had-



den en angst voor ongewenste resultaten, en meestal ging het om een combinatie van deze argumenten. Maar ook werden tijdgebrek en de kosten aan-gevoerd. Deze bevindingen kunnen mis-schien bijdragen aan een betere opbrengst van preventieprojecten.'

AGE en leeftijd

In een derde onderzoeksdeel bekeek Tiessen het nut van de AGE-reader (*Advanced Glycation End products*), waarmee de SAF (*skin autofluorescence*) kan worden ge-meten. Tiessen: 'Op zich is de AGE-reader een interessant apparaatje, want als huisarts kun je gemakkelijk en snel de versuikerde eiwitten in de huid meten en dit lijkt bij diabetes en nierinsuffici-entie het risico op hart- en vaatziekten goed te voorspellen. Maar onbekend is of dat ook zo is bij andere groepen patiën-ten. Wij vonden dat de SAF-waarden wel gerelateerd waren aan de leeftijd, maar niet aan andere risicofactoren. Het is dus nog te vroeg om te kunnen concluderen dat de AGE-reader nut kan hebben bij het voorspellen van cardiovasculaire risico's in een laagrisico huisartsenpopulatie. Overigens wordt daar op dit moment hier in het noorden het *Lifelines*-onder-zoek naar gedaan.'

Negatieve spiraal

Mensen met een lage SES hebben een verhoogd risico op hart- en vaataandoe-ningen, dat is bekend. Maar deze bevol-kingsgroep blijkt in nog een opzicht te zijn benadeeld. Tiessen: 'Mensen met een hogere SES gaan gemakkelijker de discussie aan met de huisarts en zijn er meer van overtuigd dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op hun gezondheid. Zij kiezen daardoor vaker voor een ge-zonde leefstijl. Maar als huisarts zou je eigenlijk de mensen met een lage SES willen bereiken. Toch blijken huisartsen minder geneigd tot een positieve com-municatie met hun patiënten met een lage SES om hen actief bij preventie te betrekken. Zo ontstaat er dus een nega-tieve spiraal en worden de mensen bij wie het juist erg belangrijk is dat ze hun leefstijl verbeteren hiertoe het minst gemotiveerd.'

Discriminerende zelfmetingen

Tiessen heeft ook een van haar stelling-en aan SES-verschillen gewijd: *Zelf-monitoring vergroot mogelijk sociaaleconomische gezondheidsverschillen*. Kan zij dit nader toelichten? 'Volgens een onderzoek van Capewell uit 2010 zou individuele pre-ventie de sociaaleconomische gezondheidsverschillen vergroten omdat mensen met een hogere SES in hun om-geving vaak meer materiële en psychi-sche steun vinden. Dit effect geldt misschien ook voor zelfmetingen. Wij zagen dat de zelfmetingen bij hoogopge-leide mensen – en overigens ook bij vrouwen – mogelijk iets kosteneffectie-ver waren, terwijl je juist graag iets zou willen vinden waarmee je mensen met een lage SES kunt ondersteunen. Onze conclusie was nu dat de meegegeven zelfmeetapparatuur niet kosteneffectief was gezien de geringe verschillen tus-sen beide onderzoeksgroepen, maar dat zou er wel eens anders kunnen uitzien bij vrouwen, hoogopgeleiden, of mensen met lagere risico's. Dit zou trouwens een interessant onderwerp zijn voor later onderzoek omdat de sterfte aan hart- en vaatziekten juist onder vrouwen hoog is.'

Zoutarm smaakt niet...

Al met al is Tiessen een voorstander van een 'populatieaanpak'. Wat verstaat zij daaronder? 'Misschien kun je je huisarts-geneeskundige aanpak nog verbeteren door je extra te richten op mensen met een lage SES. Maar ik denk dat er meer moet gebeuren, maatschappijbreed. Sportmogelijkheden moeten laagdrempelig toegankelijk zijn en fietspaden aantrekkelijk. En vooral zouden fabri-kanten minder verkeerde vetten en zout in hun producten moeten doen – daar bereik je juist deze mensen mee en zo kun je dus de sociaaleconomische ge-zondheidsverschillen enigszins reduce-ren. Overigens moet je dan ook weer goed nadenken over hoe je dat het best kunt aanpakken; het blijkt dat mensen producten waarop "zoutarm" staat ver-meld niet kopen, vermoedelijk omdat ze denken dat die nergens naar smaken... Hoe dan ook, volgens mij moet er meer regelgeving komen op tabak, zout en vet.'

Lifetime risk model

Tiessen zet vraagtekens bij het nut van de bepaling van het tienjaarsrisico op cardiale morbiditeit en sterfte. 'Daar zit-ten grote nadelen aan. Je ziet in de risi-cotabellen bij de standaard dat ouderen bijna per definitie een hoog tienjaarsri-sico hebben, maar het is misschien wei-nig zinvol om hun veel medicijnen te gaan voorschrijven. En bovenal wil je juist jonge mensen met risico's op lan-gere termijn opsporen. Een alternatief zijn *Lifetime risk models*, die de resterende levensduur én de resterende ziektevrije levensduur weergeven. Dat laat duidelij-ker zien wie baat kan hebben bij de aan-pak van zijn risicoprofiel. Bovendien kun je met zo'n model beter aan mensen uit-leggen waar het om gaat: dat ze met een gezondere leefstijl of met bepaalde medi-cijnen langer gezond kunnen leven.'

Motivational interviewing

Heeft Tiessen ook profijt gehad van haar promotieonderzoek in haar dagelijks werk? 'Omdat ik scholing gaf aan prak-tijkondersteuners heb ik kennism gemaakt met *motivational interviewing* en daar heb ik veel aan. Je communicatie wordt er leu-ker en effectiever door, zeker bij de uitleg over het nut en belang van leefstijlveran-deringen. Je zit als het ware niet tegen-over je patiënt, maar je staat naast hem.'

Na de promotie

Tiessen is ten tijde van het interview nog met zwangerschapsverlof. 'Ik pro-moveerde met een dikke buik en nu is zoontje Hiddo er. Maar straks ga ik weer aan het werk als hidha. Op langere ter-mijn zou ik het leuk vinden om bijvoor-beeld eraan mee te werken als er een herziening komt van de NHG-Standaard CVRM. Ook zal ik later wel weer iets aan onderzoek of onderwijs willen doen, want een combinatie van werkzaamhe-den ligt mij wel. En als ik weer onder-zoek ga doen, dan zou ik graag dit onderwerp verder willen uitdiepen, want dat heeft me echt gegrepen. Het dieper op dingen kunnen ingaan tijdens onderzoek en het van een afstandje kij-ken naar de positie van de huisarts... ik vond dat allemaal heel inspirerend!' ■

Ans Stalenhoef



Pluis

Jaren geleden had mijn zus een kat genomen uit het dierenasiel. Het was al een wat ouder beestje. Ze heette Pluisje. Over het algemeen ben ik geen grote poezenvriend maar bij Pluisje was het vanaf het begin af aan anders. Zij trok altijd geheel haar eigen plan. Soms kwam ze rustig naast je op de bank zitten en keek ze je vriendelijk aan. Wanneer je haar na een paar minuten nog niet geaaid had tikte ze met een zacht pootje op je been. Vaak nam ik haar dan op schoot en begon ze tevreden te spinnen. Wanneer ik op wilde staan, gaf ik een zacht klopje op haar rug en vertrok ze rustig van mijn benen. Zo was Pluisje. Ik mis dat beestje nog steeds.

Pluis en niet pluis, bekende begrippen in de huisartsgeneeskunde. Een paar jaar geleden is er zelfs een huisarts op gepromoveerd.¹ Ik probeerde het laatst uit te leggen aan een niet medisch geschoolde vriend. Aanvankelijk kwam hij tot de conclusie dat iemand met klachten passend bij een hartinfarct niet pluis is en iemand met een snotneus pluis. Maar dat is het juist niet. Dat is gewoon duidelijk. Pluis en niet pluis is iets gevoelsmatigs, iets waar je zelf meestal niet goed de vinger op kan leggen. Laatst had ik een patiënt bij wie ik tijdens het consult de hele tijd heen en weer geslingerd werd tussen een pluis- en een niet-pluisgevoel. Dat ging als volgt.



Mevrouw Alberts kwam samen met haar man op het spreekuur. Ze had nu twee weken last van een raar gevoel in haar rechter onderbeen. Het gevoel was lastig te omschrijven, een soort tintelingen en verminderd gevoel. Soms was het pijnlijk, maar meestal niet. Ze had een keer krachtsverlies gehad, maar dat was nu hersteld. Verder had ze geen andere klachten, met name geen rugpijn of uitvalsverschijnselen. Bij het lichamelijk onderzoek had ze wat minder gevoel in het hele rechter onderbeen. Ik kon geen andere afwijkingen vinden. Ze was verder gezond, slikte geen medicijnen en was recent gestopt met roken. Het was de eerste keer dat ik het echtpaar zag en aan het dossier te zien kwamen ze ook niet vaak. Mevrouw kwam wat nerveus over. Ze hadden zware weken achter zich want haar man had net een herseninfarct gehad. Ik wist niet goed wat ik met de klacht moest. Uiteindelijk besloot ik om patiënte naar de neuroloog te verwijzen. Eigenlijk met het idee dat er niet zoveel uit zou komen, maar toch wilde ik het niet nog even afwachten. Uiteindelijk blijkt mevrouw Alberts een hersentumor te hebben. Ze neemt het mij kwalijk dat ik haar geen spoedafpraak bij de neuroloog heb gegeven terwijl ze daar tijdens het consult al om gevraagd had.

Mede door de vreselijke diagnose en de boosheid van patiënte heb ik nog veel over dit consult nagedacht. Gedurende het consult voelde ik mijn eigen twijfel over het te voeren beleid. Wacht ik even af hoe de klacht zich verder ontwikkelt of moet ik verder onderzoek doen? Maar wat dan? Ik vond de klacht niet meteen alarmerend maar toch zat het me niet lekker. Het maakte me onzeker dat ik er geen label op kon plakken. Maar op zich gebeurt het wel vaker dat ik klachten niet direct kan duiden. Waarom bleef er nu toch iets knagen? Was het de ongerustheid van het echtpaar dat nu op mij oversloeg? Of was er nog iets? En was dat dan het niet-pluisgevoel? Dit 'iets' zou ik zo graag beter vast kunnen pakken, zodat ik het bij toekomstige consulten ook kan gebruiken. Maar ik krijg het niet helder, en hoe langer het consult geleden is hoe moeilijker het is

om het gevoel terug te halen. De tijd zal leren hoe goed ik mijn pluis- dan wel niet-pluisgevoel ga onderkennen.

Laatst was ik weer bij mijn zus. Ze heeft al weer een paar jaar een nieuwe kat. Ik zat rustig op de bank in een tijdschrift te bladeren. Opeens voelde ik wat haren langs mijn been strijken en voor ik het wist sprong er een zwart beestje op mijn schoot. Ze draaide met opgeheven staart haar kont richting mijn gezicht en nestelde zich vervolgens. Toen ik rustig wilde gaan verzetten, zette ze vol overgave haar nagels in mijn benen. Van schrik stond ik op, de kat roetsjte met haar nagels een grote haal in mijn broek en snelde de kamer uit. Nee, niet Pluis. ■

Siri Visser

Siri Visser is waarnemend huisarts.

LITERATUUR

- 1 Stalenhoef A. Interview met Erik Stolper. Huisarts Wet 2010;53:402-3.

KENNISTOETS: VRAGEN

Bij de heer Doornbos, 35 jaar, is onlangs de diagnose coeliakie gesteld. Nu komt hij samen met zijn zwangere vriendin bij de huisarts met enkele vragen over zijn ziekte. Zo wil hij weten of zijn kind meer kans heeft op het ontwikkelen van coeliakie. En of hij een verhoogde kans heeft op darmkanker. De huisarts vertelt dat (1) kinderen van de heer Doornbos een verhoogde kans hebben op coeliakie. Ook vertelt hij dat (2) coeliakiepatiënten een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van een maligniteit in de darmen.

1. De uitspraak van de huisarts na (1) is correct.
2. De uitspraak van de huisarts na (2) is correct.

Het is mevrouw Houten, 69 jaar, opgevallen dat ze gele bultjes onder haar ogen heeft en een witgrijze ring in haar ogen. Volgens haar dochter heeft dat te maken met een verhoogd cholesterol. Mevrouw Houten vraagt aan de huisarts of haar dochter gelijk heeft. Bij onderzoek ziet de huisarts xanthelasmata en een ringvormige hoornvliestroebeling, parallel aan de rand van de iris. De huisarts vertelt mevrouw Houten dat (1) meer dan 90% van de mensen met xanthelasmata een verhoogd cholesterolgehalte heeft. De ring in het oog is volgens de huisarts een veelvoorkomend verschijnsel van veroudering (arcus senilis). Hij beweert (2) dat zo'n ring voor het 45^e jaar een aanwijzing is voor een verhoogd cholesterolgehalte.

3. De bewering ten aanzien van het percentage na (1) is correct.
4. De bewering van de huisarts na (2) is correct.

Mevrouw Houten vindt de xanthelasmata cosmetisch storend. Zij vraagt of hier iets aan gedaan kan worden. De huisarts antwoordt dat er diverse behandelmethoden zijn, maar dat (3) de kans op recidief vrij groot is.

5. De bewering van de huisarts na (3) is correct.

Mevrouw Drost, 75 jaar, heeft één maand geleden een proximale diepe veneuze trombose in haar linkerbeen gehad. Ze gebruikt antistolling en heeft een elastische kous aangemenen gekregen. Ze bezoekt nu het spreekuur, omdat ze vragen heeft over de elastische kous. Ze wil weten wat de reden is dat zij een elastische kous moet dragen en hoe lang ze ermee door moet gaan.

De huisarts legt uit dat het dragen van de kous (1) de kans op een posttrombotisch syndroom vermindert. Verder zegt ze dat ze de kous (2) ten minste 5 jaar moet dragen.

6. De bewering van de huisarts na (1) is correct.
7. De bewering van de huisarts na (2) is correct.

De heer De Rooy, 66 jaar, heeft de laatste maanden steeds vaker last van pijnlijke, nachtelijke kuitkrampen. De krampen houden enkele seconden aan en hij kan er slecht door slapen. Sinds een half jaar gebruikt hij, in verband met milde hypertensie, amlodipine in gebruikelijke dosering. Hij vraagt de huisarts of de kuitkrampen door de medicijnen komen. De huisarts overweegt na onderzoek de diagnoses nachtelijke kuitspierkrampen en restless legs.

8. Amlodipine is een uitlokkende factor voor nachtelijke spierkrampen.
9. Het pijnlijke gevoel in de kuit is kenmerkend voor de diagnose restless legs.
10. De eerste keus medicamenteuze behandeling bij restless legs is hydrokinine.

De antwoorden staan op pagina 504.

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.

Een pijnlijke pols zonder trauma

WAT IS HET PROBLEEM?

Huisartsen zien regelmatig patiënten met een pijnlijke pols. De aandoening kan het functioneren privé en beroepsmatig behoorlijk beperken. Na een recent trauma is een diagnose (fractuur of contusie) redelijk gemakkelijk te stellen. In andere gevallen is het de kunst om vast te stellen of het om een specifieke of een aspecifieke aandoening gaat, waarbij de laatste vaak moeilijker te behandelen is.

WAT MOET IK WETEN?

De incidentie van polsklachten in de Nederlandse huisartsenpraktijk bedraagt ongeveer 4 per 1000 patiënten per jaar en de prevalentie 6 per 1000 patiënten. Een pijnlijke pols komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De meestvoorkomende specifieke aandoeningen die een pijnlijke pols veroorzaken zijn: carpaletunnelsyndroom (CTS), tendovaginitis van De Quervain, gewrichtsaandoeningen (artritis en artrose) en ganglion. Aspecifieke klachten van de pols worden geschaard onder het containerbegrip CANS (Complaints of Arm, Neck and Shoulder).

WAT MOET IK DOEN?

Let bij de anamnese op de locatie en ernst van de pijn, de impact op dagelijks leven en werk, en provocerende en mitigerende factoren. Het lichamelijk onderzoek kan de volgende aandoeningen aan het licht brengen: hypotrofie van de thenar (CTS), zwelling aan de dorsale zijde van de pols (ganglion), crepitaties aan de radiale zijde van de pols (tendovaginitis van De Quervain) of roodheid/warmte van het polsgewricht (artritis). De test van Finkelstein (pijn bij de processus radialis bij ulnairdeviatie) is positief bij een tendovaginitis van De Quervain. Deze test heeft een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De klassieke provocatietests van het CTS (teken van Tinel en test van Phalen) maken te weinig onderscheid om in de dagelijkse praktijk te kunnen toepassen.

Bij typische anamnesticke kenmerken en bevindingen bij lichamelijk onderzoek bij een specifieke polsaandoening is aanvullend onderzoek niet geïndiceerd. De huisarts kan de meeste polsaandoeningen goed zelf behandelen. Kies bij milde klachten in eerste instantie voor een afwachtend beleid. Als medicamenteuze behandeling met analgetica nodig is, kies dan eerst voor paracetamol. Schrijf bij onvoldoende effect en bij afwezigheid van contra-indicaties gedurende twee weken orale NSAID's voor. Het effect van op de huid aangebrachte NSAID's is kortdurend en is alleen onderzocht bij artrose van hand en pols. Overweeg voor deze indicatie gedurende een periode van 8 weken applicatie van 4x daags diclofenacgel lokaal

(effectiviteit: 40% pijnreductie). Voor het CTS en de tendovaginitis van De Quervain zijn lokale injecties met corticosteroiden effectief in vergelijking met placebo; de effecten daarvan zijn op korte termijn goed maar op lange termijn nog onduidelijk. Aspireer een ganglion zo nodig bij mechanische hinder, maar er is een grote recidiefkans bij zowel aspiratie (12-88%) als chirurgische behandeling (1-40%). Verwijs voor operatieve behandeling van polsklachten naar een (hand)chirurg en voor conservatieve behandelmethode(n) (zoals oefentherapie of spalkbehandeling) naar een handtherapeut.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat bij milde of kortdurende klachten van zowel specifieke als aspecifieke polsklachten het beloop kan worden afgewacht. Van alle patiënten die met hand- en polsklachten de huisarts bezoeken, is ongeveer een kwart na drie maanden hersteld. Na een jaar zegt ongeveer 40% van de patiënten hersteld te zijn. Bij onvoldoende verbetering na afwachtend beleid bij CTS werkt mogelijk een spalkbehandeling of één à twee corticosteroidinjecties. Bij aanhoudende klachten kan operatieve behandeling helpen. Bij onvoldoende verbetering na afwachtend beleid bij een tendovaginitis van De Quervain is een lokaal NSAID de eerste keuze. Bij onvoldoende effect daarvan is een corticosteroidinjectie aangewezen. Verwijs bij aanhoudende klachten voor operatieve behandeling. Laat de behandelstrategie afhangen van de voorkeuren van de patiënt. ■

LITERATUUR

- 1 NHG-werkgroep Hand en polsklachten. NHG-Standaard Hand en polsklachten. www.nhg.org.
- 2 Marshall S, Tardif G, Ashworth N. Local corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;2:CD001554.
- 3 Peters-Veluthamaningal C, Van der Windt DAWM, Winters JC, Meyboom-de Jong B. Corticosteroid injection for de Quervain's tenosynovitis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD005616.

Pijnlijke ribben na trauma

WAT IS HET PROBLEEM?

Regelmatig presenteren patiënten zich na een ongeluk(je) op het spreekuur met pijnlijke ribben. Vaak is dan de vraag of er een breuk is, of de longen goed zijn en of een foto nodig is. Waar moet de huisarts op letten bij anamnese en lichamelijk onderzoek en wanneer is er een indicatie voor aanvullend onderzoek?

WAT MOET IK WETEN?

De borstkas telt twaalf paar ribben. De drie meest craniale ribben liggen tamelijk beschermd onder weke delen, scapula en clavicula. De twee caudale, zwevende ribben zijn mobiel en veren mee. Dat maakt ribben 4 tot en met 10 het meest kwetsbaar voor fracturen na stomp trauma. Traumatische fracturen ontstaan vaak ter hoogte van het trauma of in de posterolaterale bocht, waar de rib het zwakst is. Aanwezigheid of vermoeden van multipale ribfracturen maakt de kans op letsel van onderliggende organen groter. Het gaat dan met name om pneumothorax, longcontusie, hemothorax en schade aan 'hooggelegen' abdominale organen (nieren, lever en milt).

Ribfracturen kunnen ook pathologisch zijn. Denk hieraan bij patiënten met een maligniteit die ossaal metastaseert, zoals mamma-, prostaat- en niercelcarcinoom. Ook stressfracturen komen voor (roeiers en golfers, langdurig hoesten), maar hierbij ontwikkelen pijnklachten zich doorgaans langzaam progressief.

Een ribcontusie of -fractuur zonder bijkomend letsel geneest in principe spontaan. Echter, door de bijkomende pijn ademen en hoesten patiënten soms niet goed door. Dit vormt een belangrijk risico op pneumonie, zeker bij oudere patiënten een relevante complicatie. Goede pijnstilling is dus noodzakelijk.

WAT MOET IK DOEN?

Het opsporen of uitsluiten van ernstig onderliggend letsel via de ABCDE-systematiek is het primaire doel bij de evaluatie van alle traumapatiënten. Nadat de huisarts overtuigd is dat patiënt ABC-stabiel is, kan middels anamnese een beeld gevormd worden van de aard en ernst van het ongeval. Is er sprake van benauwdheid, pijn bij de ademhaling, buikpijn of bloed in de urine?

Let bij het lichamelijk onderzoek op tekenen van letsel. Schaafwonden of hematomen, palpatoire crepitaties en afwijkende longgeluiden kunnen wijzen op onderliggende schade. Suggestief voor een ribfractuur is scherp gelokaliseerde drukpijn op een rib of lokale pijn die ontstaat door compressie van de ribbenboog elders. Percussie wordt hypersonor als zich een pneumothorax van enige omvang ontwikkelt. Verminderd ademgeruis kan wijzen op pneumo- of hemothorax of longcontusie. Als zich bloed in de alveoli bevindt, zijn mogelijk crepitaties hoorbaar.

Bij een vermoeden van onderliggend letsel kan de huisarts een stabiele patiënt zelfstandig verwijzen voor beeldvormend onderzoek of direct naar de Spoedeisende Hulp sturen. Een thoraxfoto in twee richtingen heeft als belangrijkste doel intra-thoracale letsels uit te sluiten. Een geïsoleerde ribfractuur heeft behoudens pijnstilling geen therapeutische consequenties. Daarom is een ribdetailopname doorgaans niet van toegevoegde waarde, behalve bij vermoeden van een pathologische fractuur. Dan geeft deze opname mogelijk wel relevante informatie.

Bij een trauma met pijn aan de achterzijde van de borstkas of de flank is beoordeling van de urine op macroscopische hematurie aangewezen. Is hier sprake van, dan is verwijzing zonder meer geïndiceerd. Aanvullend urineonderzoek zonder zichtbaar bloed in de urine is niet geïndiceerd. Microscopische hematurie kan weliswaar wijzen op een lichte niercontusie, maar die geneest meestal vanzelf.

Bij pijn ter hoogte van de laterale zijde van de onderste ribben moet een lever- (rechts) of miltletsel (links) worden overwogen, zeker bij buikpijn. Ook deze letsels zijn relatief eenvoudig uit te sluiten met echografie.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Bij een stabiele patiënt die na een trauma pijnlijke ribben heeft, die normale longgeluiden produceert en bij wie geen verdenking bestaat op onderliggend letsel, kan de huisarts volstaan met uitleg en advies. Een ribcontusie of -fractuur geneest doorgaans binnen enkele weken. Patiënten dienen relatieve rust te betrachten met het oog op herstel en pijnbestrijding. Het belangrijkste aandachtspunt is pijnstilling. Uitleg over pijnstilling in de vorm van paracetamol, zo nodig aan te vullen met NSAID's en/of opioïden, is aangewezen. In extreme gevallen worden patiënten opgenomen voor pijnbestrijding via een epidurale katheter.

Tot slot is het van belang om te wijzen op mogelijke late complicaties (zeldzaam), zeker bij gebruik van bloedverdunnende medicatie. Indien patiënten in de uren na het trauma toenemend benauwd worden of steeds meer pijn krijgen, is laagdrempelig overleg met een arts aangewezen. ■

LITERATUUR

- 1 Hoffstetter P, Dornia C, Wagner M, Al Suwaidi MH, Niessen C, Dendl LM, et al. Clinical significance of conventional rib series in patients with minor thoracic trauma. *Rofo*. 2014;doi 10.1055/s-0033-1356383 [epub ahead of print].
- 2 Richtlijn Hematurie, Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2010;56.
- 3 Shields JF, Emond M, Guimont C, Pigeon D. Acute minor thoracic injuries: evaluation of practice and follow-up in the emergency department. *Can Fam Physician* 2010;56:e117-24.



Heparinen bij oppervlakkige tromboflebitis

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, LUMC Leiden. Correspondentie: a.knuistinghneven@upcmail.nl.

Vraagstelling Een patiënt had al enkele weken een oppervlakkige tromboflebitis van het onderbeen, die ondanks compressie-therapie en NSAID's niet opknapte. Na overleg met de internist kreeg de patiënt fraxiparine, waarna de tromboflebitis afnam. Dit was aanleiding voor de onderzoeksvraag of behandeling van oppervlakkige tromboflebitis van het been met laagmoleculaire heparinen betere reductie geeft in pijn en lengte van het trombus in vergelijking met behandeling met NSAID's.

Zoekstructuur Zoekstrategie Cochrane Library: 'treatment' AND 'superficial thrombophlebitis' (MeSH). Zoekstrategie PubMed: 'heparin, low-molecular-weight'(MeSH) AND 'thrombophlebitis/therapy'(MeSH) AND 'anti-inflammatory agents, non-steroidal/therapeutic use'(MeSH). Wij vonden een Cochrane-review en elf artikelen, waaronder een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek.^{1,2} We gebruikten dit onderzoek en een kwalitatief goede RCT uit de Cochrane-review om onze vraagstelling te beantwoorden.³

Resultaten Rathbun et al. deden een dubbelblind, dubbeldummy, gerandomiseerd onderzoek waarin het gebruik van ibuprofen driemaal daags (n = 35) vergeleken werd met dalteparine s.c. dagelijks (n = 37) gedurende maximaal 14 dagen bij mensen met een radiologisch vastgestelde oppervlakkige tromboflebitis van het been.² Uitkomstmaten waren toename of afname van de trombus, ontwikkeling van diepe veneuze trombose (DVT), pijnreductie en bijwerkingen gedurende 3 maanden. Na 14 dagen waren er in de ibuprofengroep 4 patiënten met toename van het trombus tegenover 0 patiënten in de dalteparinegroep (p < 0,05). Na 3 maanden was dit verschil niet meer significant (p = 0,51). Beide groepen toonden evenveel vermindering van pijn en in beide groepen werden geen ernstige complicaties vastgesteld.

De STENOX-groep deed een dubbelblind, dubbeldummy gerandomiseerd onderzoek waarbij het gebruik van enoxaparine 40 mg s.c. (therapeutische dosering, n = 110), enoxaparine 1,5 mg/kg s.c. (profylactische dosering, n = 106), tenoxicam 20 mg oraal (n = 99) of een placebo (n = 112) gedurende 8 tot 12 dagen werd vergeleken.³ Uitkomstmaten waren het ontstaan van DVT/longembolie en progressie of terugkeer van de tromboflebitis tussen dag 1 en 12 en tussen dag 12 en 3 maanden. Na 12 dagen bleek de incidentie van DVT groter in de placebo-groep. Dit was echter niet significant (p = 0,37). De incidentie van oppervlakkige tromboflebitis bleek op dag 12 van het

onderzoek in alle drie de groepen significant te zijn gedaald. Kans op toename of terugkeer van de tromboflebitis bleek na 3 maanden niet verschillend in de behandelgroepen en er werd geen verschil in ernstige complicaties (DVT en longembolie) gevonden.

Bespreking Beide onderzoeken zijn dubbelblind, dubbeldummy en gerandomiseerd om selectie- en informatiebias zoveel mogelijk te vermijden. Beide hebben vergelijkbare patiënten in de onderzoeksgroepen.

Het onderzoek van Rathbun had strenge exclusiecriteria, waardoor tweederde van de geselecteerde patiënten afviel en de groepen te klein waren voor een subgroepanalyse. Mogelijk zijn hierdoor de gegevens minder toepasbaar op een bredere populatie. Statistische analyses worden niet vermeld; wel vermindering van pijn en trombuslengte. Er is echter niet terug te vinden hoe groot de afname was, hoe deze uitkomstmaten werden beoordeeld en in hoeverre deze afname klinisch relevant was.

Het onderzoek van STENOX is een intention-to-treat-analyse met duidelijke tabellen en vermelding van gebruikte toetsen. Aanvankelijk wilde men 315 patiënten in elke groep randomiseren om voldoende power te hebben; mogelijk heeft het niet halen van deze aantallen de resultaten beïnvloed.

Conclusie Er is onvoldoende bewijs dat behandeling van een oppervlakkige tromboflebitis van het been met laagmoleculaire heparinen effectiever is dan behandeling met NSAID's wat betreft vermindering van de trombus en van de pijn.

Betekenis Volgens de NHG-richtlijnen geneest een tromboflebitis spontaan binnen enkele weken en is van geen van de onderzochte behandelingen aangetoond dat ze het herstel bespoedigen of het ontstaan van diepe veneuze trombose voorkomen. Een NSAID kan voorgeschreven worden als pijnstilling en mogelijk ter vermindering van de trombus. Als geen van de huidige behandeladviezen verbetering geeft, wordt verwijzing geadviseerd voor verdere onderzoek en behandeling. Vooralsnog is er onvoldoende bewijs dat behandeling met laagmoleculaire heparinen een plek moet krijgen in de huidige behandeladviezen. ■

LITERATUUR

- 1 Di Nisio M, Wichers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev 2013;11:CD004982.
- 2 Rathbun SW, Aston CE, Whitsett TL. A randomized trial of dalteparin compared with ibuprofen for the treatment of superficial thrombophlebitis. J Thromb Haemost 2012;10:833-9.
- 3 Superficial Thrombophlebitis Treated By Enoxaparin Study Group. A pilot randomized double-blind comparison of a low-molecular-weight heparin, a nonsteroidal anti-inflammatory agent, and placebo in the treatment of superficial vein thrombosis. Arch Intern Med 2003;163:1657-63.

Fondaparinux effectief bij (ernstige) tromboflebitis

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

Context Tromboflebitis van het been komt frequent voor en is geassocieerd met diepe veneuze trombose (DVT). De behandeling richt zich naast symptoombestrijding vooral op de preventie van DVT.

Klinische vraag Wat is de werkzaamheid en veiligheid van medicamenteuze en chirurgische behandelingen van tromboflebitis van het been?

Conclusie auteurs Er waren 30 onderzoeken met in totaal 6075 deelnemers. Vanwege heterogeniteit en de veelal lage kwaliteit van de onderzoeken verrichtte men geen meta-analyse, maar lichtten de auteurs er één RCT uit van voldoende kwaliteit die fondaparinux met placebo vergeleek. In dit onderzoek was de incidentie van symptomatische DVT 85% lager dan in de placebogroep (RR 0,15; 95%-BI 0,04 tot 0,50; nnt = 88). Uitbreiding van de tromboflebitis trad 92% minder vaak op (RR 0,08; 95%-BI 0,03 tot 0,22), en een recidief kwam 79% minder voor (RR 0,21; 95%-BI 0,08 tot 0,54). De primaire uitkomstmaat, die voorgaande resultaten combineert met de uitkomst overlijden, resulteert in een daling van 85% ten opzichte van de placebogroep (RR 0,15; 95%-BI 0,08 tot 0,26; nnt = 20). Er was geen verschil in complicaties tussen beide groepen.

Placebogecontroleerde trials naar profylactische en therapeutische doseringen LMWH (low molecular weight heparine) laten minder uitbreiding en recidieven van tromboflebitis zien (RR 0,40; 95%-BI 0,22 tot 0,72 respectievelijk RR 0,42; 95%-BI 0,23 tot 0,75), maar geen significant verschil in optreden van DVT of bloedingen.

Trials met NSAID's gaven vergelijkbare vermindering van uitbreiding en recidieven als LMWH (RR 0,41; 95%-BI 0,23 tot 0,75). Crèmes verbeterden de lokale symptomen.

Beperkingen In de Cochrane-review ontbreekt een meta-analyse en baseren de auteurs zich voornamelijk op één RCT waarvan een van de review-auteurs ook co-auteur was.

COMMENTAAR

De placebogecontroleerde RCT naar de behandeling met fondaparinux is de belangrijkste toevoeging aan deze update van de Cochrane-review. De auteurs richten zich voornamelijk op deze RCT en concluderen dat fondaparinux een goede behandeloptie is.

Er valt echter wel wat af te dingen op deze review. Allereerst omdat de review grotendeels gebaseerd is op deze ene RCT waaraan een van de Cochrane-auteurs meeschreef. Dit brengt een potentieel risico van 'academic bias' met zich mee. Immers, als auteur van een klinkende RCT wil je graag dat je

fraaie resultaten prominent in de systematische review terugkomen. En waar blijft de onafhankelijke toets die ervoor zorgt dat fouten en tendentieuze interpretaties worden opgespoord en verdisconteerd?

Inhoudelijk gezien is behandeling met fondaparinux weliswaar bewezen werkzaam, maar om 1 DVT te voorkomen moeten liefst 88 patiënten worden behandeld. De primaire uitkomstmaat (combinatie van optreden DVT, overlijden en uitbreiding/recidief thromboflebitis) verdient, met een veel gunstiger nnt van 20, enige relativisering. Opmerkelijk is namelijk dat er 2 patiënten stierven in de fondaparinux-groep tegenover 1 in de placebogroep. De lagere nnt valt dus niet toe te schrijven aan minder sterfgevallen, maar aan vermindering van uitbreiding of recidief van thromboflebitis. Verder is het onderzoek wel heel beperkt te generaliseren naar de huisartsenpraktijk. In het dominante fondaparinux-onderzoek behandelen tweedelijnscentra al dan niet gehospitaliseerde patiënten met een echografisch vastgestelde tromboflebitis van ten minste 5 centimeter. Is dit de tromboflebitis die u morgen op uw spreekuur ziet en waarbij u tot heden de eenvoudige adviezen gaf om een compressief verband aan te leggen? Nee, deze populatie kampt waarschijnlijk met een ernstiger tromboflebitis dan gemiddeld in de huisartsenpraktijk voorkomt.

Ook andere factoren spelen een rol in de behandeling met fondaparinux. Zo is een bijkomend nadeel de onmogelijkheid om bloedingen te couperen, al blijkt uit de review dat bloedingen niet vaker optraden ten opzichte van placebo. Verder zijn de medicijnkosten per dag voor fondaparinux 1 d 2,5 mg subcutaan hoger dan voor een alternatief zoals ibuprofen 3 d 400 mg: € 5,44 tegenover € 0,16 tot € 1,48 (www.medicijnkosten.nl).

Vooralsnog deel ik de conclusie van de auteurs dat robuuster onderzoek naar de werkzaamheid van vooral NSAID's en LMWH moet uitwijzen wat uiteindelijk de voorkeursbehandeling is. Daarbij hoop ik dat men niet vergeet om een duidelijk onderscheid te maken tussen de 'milde' vormen van tromboflebitis in de huisartsenpraktijk en de uitgebreidere vormen die de specialist ziet. Tot die tijd voldoet het huidige behandeladvies uit de NHG-Standaard Varices: ambulante compressie, loopadvies en (bij het ontbreken van contra-indicaties) een NSAID. ■

LITERATUUR

- 1 Di Nisio M, Wickers IM, Middeldorp S. Treatment for superficial thrombophlebitis of the leg. Cochrane Database Syst Rev 2013;4:CD004982.pub5.

Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen en Huisartsenpraktijk Thermion, Lent: Vincent van Gelder, aiotho • Correspondentie: Vincent.vanGelder@Radboudumc.nl

Een volwassene met erytheem en vesikels

Casus

Een 40-jarige man presenteert zich met 2 dagen oude huiduitslag, voorafgegaan door rillerigheid en myalgie. Hij heeft geen luchtwegklachten. Zijn temperatuur heeft hij niet gemeten. In de week voorafgaand aan zijn klachten had hij contact met een kind dat 'een kinderziekte' had (koorts met huiduitslag). Welke kinderziekte was onduidelijk. Hij wist niet welke kinderziekten hij zelf had gehad.

Bij presentatie had de patiënt geen koorts (temperatuur: 36,8° in het oor) en geen spierklachten meer. Er was een uitgebreide roodheid van de huid te zien: over de gehele romp waren er erythemateuze maculae, waarbij sommige vesikels begonnen te ver-tonen. Er waren ook maculae en vesikels in het gelaat en op de behaarde hoofdhuid.

De huisarts dacht aan een vesiculobulleuze dermatose, meest waarschijnlijk waterpokken, met als tweede optie erythema ex-sudativum multiforme. Met behulp van teledermatologie werd de waarschijnlijkheidsdiagnose bevestigd door een dermatoloog.

Aangezien de patiënt geen jeukklachten had, werd verder een expectatief beleid gevoerd. Hij kreeg uitleg over besmettelijkheid en symptomen van mogelijke complicaties. Na 2 dagen gaf patiënt bij telefonisch contact aan zich al beter te voelen. Een controleaf-spraak volgde na 2 weken. De huid was toen goeddeels hersteld en liet een groot aantal ingedroogde en vrijwel genezen crustae zien.



Bekende risicogroepen bij volwassenen, bij wie de ziekte ernstiger kan verlopen, zijn:

- zwangeren zonder waterpokken in anamnese;
- patiënten met een aangeboren of verworven immuundeficiëntie (primaire of verworven T-celdeficiëntie, hiv-positieve patiënten, patiënten met chemotherapie of andere immuunonderdrukkende medicatie);
- volwassenen/ouderen met een slechte gezondheid die niet eerder waterpokken doormaakten.

BESCHOUWING

Waterpokken of een primo-infectie met het varicella zoster-virus (VZV), een van de herpesvirussen, is een zeer besmettelijke, maar in het algemeen onschuldige kinderziekte. Van de blootgestelde seronegatieve patiënten krijgt 80-90% waterpokken. Meer dan 95% van de 12-jarigen heeft waterpokken doorgemaakt. Na binnendringing van het virus in de nasofarynx is de incubatietijd 10 tot 21 dagen. Kenmerkend voor de ziekte is een plots begin, soms na een enkele dagen durende prodromale fase met koorts en een griepachtig beeld, en soms met een dag roodheid van de huid. Na enkele dagen koorts ontwikkelt zich huiduitslag, beginnend op hoofd en romp, met bultjes die zich tot blaasjes ontwikkelen. Kenmerkend voor waterpokken is dat dit asynchroon gebeurt, waardoor verschillende stadia waarneembaar zijn op de huid. Na enkele dagen zijn de blaasjes ingedroogd, en na 7-10 dagen vallen de korstjes eraf.

Bij volwassenen zijn de symptomen van waterpokken in het algemeen heftiger: 5-15% krijgt een griepachtig beeld. En er is een grotere kans op een – moeilijk behandelbare – varicellapneumonie. Andere mogelijke complicaties zijn: bacteriële superinfecties van de blaasjes, acute cerebellaire ataxie en encefalitis. Die laatste twee zijn immuungemedieerd. Van de ziekenhuisopnames bij waterpokken onder patiënten ouder dan > 5 jaar (circa 130/jaar) gaat het bij 1,3% om een pneumonie, bij 0,2% om een encefalitis en bij 15,9% om andere complicaties.¹

Zwangeren hebben een verhoogd risico op complicaties: 5-10% van hen krijgt een varicellapneumonie, 5% kan een partus prematurus ontwikkelen, en er is risico op een congenitaal varicellasyndroom (met infectie van de foetus tijdens de zwangerschap en mogelijk congenitale afwijkingen) of een neonatale infectie (rondom de partus, infectie via de moeder).

Gezonde volwassenen krijgen in principe geen antivirale therapie; eventueel is jeuk op de blaasjes met lotio alba te bestrijden. Een patiënt met varicellapneumonie moet zo snel mogelijk aciclovir krijgen, intraveneus. Risicopatiënten krijgen famciclovir, valaciclovir of aciclovir oraal. In overleg met de behandelend specialist kan deze behandeling in de eerste lijn plaatsvinden (hierover bestaat geen consensus). Qua werk kan patiënten geadviseerd worden met de bedrijfsarts te overleggen, met name over besmettingsgevaar.

Belangrijk is na te gaan of de patiënt met waterpokken tijdens de incubatieperiode contact heeft gehad met mensen uit risicogroepen die nog geen waterpokken hebben gehad. In dat geval moet de risicopatiënt binnen 96 uur immuunglobuline toegediend krijgen ter preventie van ernstige ziekte of congenitale afwijkingen. Varicella immunoglobuline (VariQuin®) is te bestellen bij Sanquin Plasmaproducten. Is het hiervoor te laat, dan is aciclovir een mogelijk alternatief voor immuungecompromitteerde patiënten, want dit reduceert de klinische verschijnselen van waterpokken. ■

LITERATUUR

- 1 Van Lier A, Van der Maas NAT, Rodenburg GD, Sanders EAM, De Melker HE. Hospitalization due to varicella in The Netherlands. BMC Infect Dis 2011;11:85.

VROUWSPECIFIEKE GENEESKUNDE

Fauser BCJM, Lagro-Janssen ALM, Bos AME. Handboek vrouw-specifieke geneeskunde. Houten: Prelum uitgevers, 2013. 338 pagina's, € 65. ISBN 9789085621201.

Doelgroep Alle artsen.

Inhoud Het handboek bestaat uit drie delen: 1) vrouwspecifieke aspecten van zorg en onderzoek; 2) sekseverschillen in ziekte en gezondheidszorg en 3) vrouwspecifieke thema's.

Er wordt een breed scala aan onderwerpen behandeld: (onder 2) het brein, erfelijke aandoeningen, ADHD en autismespectrumstoornissen, seksuologie, seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv, eetstoornissen, auto-immuunstoornissen, cardiovasculaire ziekten, DM, COPD, depressie, veroudering, farmacotherapie en (onder 3) adolescentie, anticonceptie, preconceptiezorg, onvruchtbaarheid, cyclusgebonden klachten, mammacarcinoom, menopauze, urine-incontinentie en prolaps.

De hoofdstukken zijn met zorg samengesteld en je merkt haast niet hoe ongelofelijk veel werk en onderzoek er schuil-



gaat onder dit soms als een roman lezende boek.

Oordeel Met name in deel 1 is de politieke agenda af en toe wat dominant en volgen de conclusies niet altijd uit de onderzoeksgegevens. Zo slaat het definiëren van een kindvriendelijke wachtkamer, comfortabel meubilair, verfrissingen en voldoende toiletten als typisch op vrouwen gericht, wat mij betreft de plank mis.

Wel beschrijven Fauser et al. duidelijk en goed onderbouwd welke verschillen er zijn tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten, en wat daarvan de mogelijke implicaties zijn voor de dagelijkse praktijk, al zet ik als praktiserend arts enkele vraagtekens bij de praktische uitvoerbaarheid.

Dit boek is evengoed de moeite van het kopen waard, maar het kan nog beter. Ik zou ervoor willen pleiten een volgende editie de titel *Seksespecifieke geneeskunde* te geven. Met het toevoegen van enige manspecifiekere hoofdstukken heeft deze uitgave de potentie om een standaardwerk te worden.

Maar ook wat de auteurs nu bieden, is al zo goed dat de huisarts die zoekt naar een snelle update van wat er te koop is op het gebied van behandeling van mammacarcinoom, incontinentie, cyclusgebonden klachten, preconceptiezorg en anticonceptie, waar voor zijn geld krijgt. Ook degene die niet zo geïnteresseerd is in vrouwspecifieke geneeskunde... ■

Helen Silvius

Waardering: ●●●●

ALLES OVER KINDERMISHANDELING

Van de Putte EM, Lukkassen IMA, Russel IMB, Teeuw AH, redactie. Medisch handboek kindermishandeling. Houten: Bohn Staf-leu van Loghum/Springer Media, 2013. 548 pagina's, € 89. ISBN 9789031391844.

Doelgroep Artsen in het algemeen.

Inhoud Een completer handboek over kindermishandeling is er in Nederland niet. Lichamelijke kindermishandeling, seksueel misbruik en verwaarlozing vormen de belangrijkste hoofdstukken. Een deel gaat over 'andere vormen van kindermishandeling', met hoofdstukken over onder meer Pediatric Condition Falsification (PCF), zelfbeschadiging, emotionele mishandeling en ongeborenen. De meeste hoofdstukken starten met casusbeschrijvingen uit de pediatrie praktijk en geven overzichten van aandoeningen, waaraan differentiaal-diagnostisch gedacht moet worden, en het diagnostische pad, zoals het 'stappenplan uitsluiten van stollingsstoornissen bij verdenking fysieke kindermishandeling'. De foto's van blauwe plekken, letsels, genitale aandoeningen die ook andere oorza-



ken kunnen hebben, zijn van uitstekende kwaliteit en zeer illustratief. Het forensische deel gaat met name over procedures en werkwijze bij overleden kinderen. Het boek start met een inleidend deel en de beschrijving van de kerncompetenties om met kindermishandeling aan de slag te gaan, en eindigt met signalering, gespreksvoering, interventies en late gevolgen van kindermishandeling. De auteurs sluiten af met een pleidooi voor expertisecentra kindermishandeling analoog aan de Child Advocacy Centers in de Verenigde Staten.

Oordeel Dit boek biedt een breed en illustratief overzicht van kindermishandeling van vooral het jonge en prepuberale kind vanuit het perspectief van de sociale pediatrie. Pubers komen nauwelijks aan bod. Ook zij hebben te maken met kindermishandeling, maar vormen nog een slecht gesignaleerde groep. In het format van dit boek, met zijn overvloedige tabellen, staafdiagrammen en stroomdiagrammen, ligt zowel de kracht als de zwakte, want dat alles voegt niet altijd iets toe. Het is geschikt als studieboek en naslagwerk voor een huisartsenpost of gezondheidscentrum met een coördinator kindermishandeling, en nuttig voor docenten. Voor de boekenplank van de huisarts is het jammer genoeg te uitgebreid en tegelijkertijd te beperkt in de signalen die de huisarts op het juiste spoor zouden moeten brengen. Er blijft behoefte aan een handzamer boek voor de huisartsenpraktijk. ■

Sylvie Lo Fo Wong

Waardering: ●●●

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. Juist / 2. Juist

Coeliakie is een T-celgemedeerde allergie voor gluten. Familieleden van coeliakiepatiënten hebben een grotere kans op de aandoening. De prevalentie onder eerstegraads familieleden van coeliakiepatiënten wordt op 3-12% geschat. Bij een enkele tweelingen is de overeenstemming in diagnose 70%. Het lijkt erop dat coeliakie gepaard gaat met een verhoogd risico op lymfomen, met name van de darm.

NHG-werkgroep Voedselovergevoeligheid. NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid (eerste herziening). www.nhg.org.

Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Richtlijn Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis

3. Onjuist / 4. Juist / 5. Juist

Xanthelasmata komen voor bij familiale hypercholesterolemie, obesitas, diabetes mellitus en levercirrose, in de postmenopauze en een enkele keer bij hypo- en hyperthyroïdie. De meeste patiënten zijn echter normolipidemisch. De aanpak kan bestaan uit chirurgie, laserbehandeling of radiofrequente behandeling maar recidieven treden frequent op.

Een arcus senilis is een parallel aan de limbus verlopende ringvormige hoornvliesvertroebeling. Deze komt voor bij 60% van de mensen ouder dan 60 jaar en is onschuldig. Bij aanwezigheid van een dergelijke ring op jongere leeftijd spreken we van een arcus lipoides. Een arcus lipoides voor het 45^e levensjaar kan wijzen op familiale hypercholesterolaemie.

Stilma JS, Voorn THB, redactie. Oogheelkunde. Praktische huisartsgeneeskunde. 2e druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008.

Walma EP, Wiersma TJ. NHG-Standpunt Diagnostiek en behandeling van familiale hypercholesterolemie. www.nhg.org.

Kemler MA, Deenstra W, Kon M. Xanthelasma palpebrarum. www.ntvg.nl.

6. Juist / 7. Onjuist

Therapeutisch elastische onderbeenkousen (klasse III = 34-46 mmHg op enkelniveau) kunnen worden aangemeten zodra er geen oedeem (meer) aanwezig is. Na het doormaken van DVT draagt de patiënt de kous ter preventie van het posttrombotisch syndroom (PTS). De behandelduur is doorgaans twee jaar of korter, bijvoorbeeld één jaar als het oedeem wegblijft, wanneer de kous (op proef) wordt uitgelaten. De patiënt kan de kous daarna blijven dragen zolang hij of zij daarmee minder klachten ervaart die passen bij PTS.

NHG-werkgroep Diepe veneuze trombose. NHG-Standaard Diepe veneuze trombose. www.nhg.org.

8. Juist / 9. Onjuist / 10. Onjuist

Calciumantagonisten met een dihydropyridine structuur (amlodipine en nifedipine), kunnen nachtelijke spierkrampen uitlokken. De huisarts dient bij dergelijke klachten het gebruik te heroverwegen. Restless legs syndroom (RLS) wordt gekenmerkt door een onaangename sensatie, meestal diep in de kuit, die gepaard gaat met een onweerstaanbare drang tot bewegen. De symptomen treden op bij ontspanning tijdens het zitten of liggen en zijn bijna nooit pijnlijk. Medicamenteuze behandeling bij RLS is vanwege het beperkte effect en bijwerkingen alleen te overwegen bij patiënten met ernstige klachten, ondanks niet-medicamenteuze behandeling. Bij deze patiënten wordt een proefbehandeling gestart met dopamineagonisten (ropinirol of pramipexol).

NHG-werkgroep Slaapproblemen en slaappmiddelen. NHG-Standaard Slaapproblemen en slaappmiddelen (tweede herziening). www.nhg.org



Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie

Just Eekhof, hoofdredacteur, Linda Bröker, Lidewij Broekhuizen, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherp-tong-Engbers, Annet Solle, Wilma Spinnewijn, Hans van der Wouden
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat

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

Basisvormgeving

Bottenheft, Marijnenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap

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

Uitgeverij/advertentie-exploitatie

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

Abonnementenadministratie

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

Nieuwe abonnementen

Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementenprijzen

Jaarabonnement (incl. verzend- & administratie-kosten)
Abonnementprijs (print + online toegang): € 209,-
Abonnementprijs (enkel online toegang): € 125,40
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

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

ISSN 0018-7070



Kilo's leesvoer...

Gemiddeld verschijnen elke dag 1500 medische artikelen verdeeld over 25.000 biomedische tijdschriften. Samen met de 30 kilo aan richtlijnen die de huisartsgeneeskunde raken leidt dit tot een informatieparadox: we worden overladen met kennis maar kunnen vaak niet goed vinden wat we nodig hebben. Daaraan draagt bij dat onze unieke patiënten meestal geen uniforme maar juist steeds complexere problemen hebben.

Kamran Abassy, editor van het British Medical Journal, haalde tijdens het WONCA-congres in Lissabon een onderzoek aan waaruit bleek dat Britse artsen de informatie die ze in de praktijk gebruiken niet alleen uit de be-

schikbare richtlijnen halen. Ze raadplegen ook verscheidene andere 'bronnen', zoals eigen ervaringen en die van collega's, 'van horen zeggen', patiënten, plaatselijke gewoonten, literatuur, cursussen enzovoort. Ambassy sprak dan ook niet van het toepassen van *guidelines* maar van *mindlines*. De huisarts is hierbij een 'informatiemakelaar' die relevante *evidence* uit verschillende bronnen beoordeelt, met de patiënt bespreekt en toepast. Empathisch kunnen luisteren is dan minstens zo belangrijk als kennis hebben van het laatste wetenschappelijk bewijs.

Einde van onze standaarden? Allerm minst! Die vatten immers op een toegankelijke manier de wetenschap samen. Maar we moeten wel blijven beseffen dat de standaarden niet zijn bedoeld als regels die klakkeloos moeten worden uitgevoerd. Het unieke van de huisarts is dat hij met zijn wetenschappelijke kennis, gecombineerd met andere competenties en ervaring, het best – in samenspraak met de patiënt – antwoord kan geven op de vraag: wat is de beste aanpak bij deze patiënt, met dit probleem, in deze context en op dit moment?

Rob Dijkstra

Geheel gewijzigde herdruk van het Handboek verrichtingen in de huisartsenpraktijk

Het 'Handboek Verrichtingen' – zoals het in de wandelgangen heet – was een enorm succes; ruim 80% van alle Nederlandse huisartsen heeft dit praktische naslagwerk aangeschaft. Kennelijk was er grote behoefte aan een boek met duidelijke illustraties waarin stap voor stap wordt uitgelegd en getoond hoe u kleine chirurgische ingrepen het best kunt uitvoeren.

Maar niets verandert zo snel als de inzichten in de (huisarts)geneeskunde. Na vijf jaar was het dus tijd om het boek te actualiseren. Er zijn nieuwe verrichtingen aan toegevoegd en de al bestaande beschrijvingen van verrichtingen zijn geactualiseerd op basis van de jongste inzichten.

Speciale aanbieding tijdens het NHG-Congres 2014

Als u tijdens het NHG-Congres *Dokteren doe je niet alleen* uw oude exemplaar van het Handboek Verrichtingen inlevert bij de stand van *Prelum medische media en nascholing*, ontvangt u € 25,- korting op uw

nieuwe uitgave. Deze korting geldt bovenop het NHG-ledenvoordeel van 15%. Zo betaalt u voor uw nieuwe Handboek dus geen € 110,50 (NHG-ledenprijs), maar slechts € 85,50.

Dit aanbod geldt uitsluitend tijdens het congres en alleen als u uw oude Handboek daadwerkelijk inlevert. U kunt uw nieuwe uitgave direct meenemen of laten toesturen.



Inschrijving NHG-Congres geopend Let op de vroegboekskorting!

Vermoedelijk is onlangs het programma-boekje van het NHG-Congres *Dokteren doe je niet alleen* ook bij u op de deurmat gevallen. Bij het doorbladeren ervan heeft u wellicht al uw gedachten laten gaan over de sessies die u dit jaar wilt bijwonen. Maar heeft u ook gezien dat als u zich vóór 30 september registreert,

u kunt profiteren van een zeer aantrekkelijke vroegboekskorting? Ga snel naar www.nhgcongres.nl voor meer informatie en uw inschrijving.



Wint jouw onderzoek dit jaar de Huygenprijs?

De LOVAH Prof. Huygenprijs is bedoeld om aiossen en aiotho's te motiveren tot het doen van nieuw huisartsgeneeskundig wetenschappelijk onderzoek. Je kunt voor de prijs in aanmerking komen als je je onderzoeksvoorstel inclusief begroting voor 16 november indient via aiotho@lovah.nl. Ook aiossen die nog geen onderzoekservaring hebben komen in aanmerking voor de prijs, evenals 'pilot-onderzoeken'. Meer informatie kun je vinden op lovah.nl.

Dus stuur je voorstel in en wie weet ontvang jij dan tijdens het LOVAH-Congres op 23 januari 2015 deze prachtige prijs van € 2250,-!

Terugblik op de WONCA Europe Conference 2014

Tijdens de WONCA Europe Conference in Lissabon gaven diverse NHG-medewerkers een presentatie om de jongste *state of the art* van de Nederlandse huisartsgeneeskunde te delen met hun Europese collega's. Hieronder geven enkelen van hen een terugblik op het congres en ook zijn sommige presentaties voor u samengevat.

Keynote lezing

De plenaire lezing op dag 1, gehouden door Margaret McCartney, huisarts en hoogleraar in Schotland, ging onder meer over gezondheids-checkups en screening. Volgens haar moet veel meer worden gecommuniceerd over de nadelen daarvan: 'We hebben altijd twijfels gehad over screening op kanker, maar we hebben die niet met onze patiënten gedeeld.'

Workshops over preventie

De kwaliteit van het brede scala aan lezingen, presentaties en workshops was soms wat wisselend. Ton Drenthen, NHG-team-leider Preventie en Patiëntenvoorlichting, volgde vooral voordrachten over 'zijn eigen onderwerpen' en hield daarover zelf twee presentaties. Hij geeft een korte samenvatting van enkele voordrachten:

- De Europrev-workshop over preventie van hart- en vaatziekten behandelde onder meer het Nederlandse PreventieConsult Cardiometabool Risico. De deelnemers waren blij met de Engelse vertaling van de NHG-Standaard over dit onderwerp. Thomas Dorner, huisarts in Oostenrijk, zette de aanbevelingen voor lichaamsbeweging in de huisartsenrichtlijnen uit verschillende landen op een rij. Zijn conclusie was dat de adviezen goed overeenkomen met de Nederlandse *Norm voor Gezond Bewegen*: vijfmaal per week dertig minuten bewegen.
- Pawel Lewek, huisarts in Polen, ging in op de vraag of huisartsen e-sigaretten zouden moeten adviseren. Zijn conclusie was dat de e-sigaret weliswaar minder toxisch is dan een gewone sigaret, maar dat er geen bewijs is dat het goed is om e-sigaretten aan te bevelen teneinde het roken te ontmoedigen.
- Mark Nielen van het NIVEL presenteerde onderzoekscijfers over de bereidheid tot deelname aan preventieprogramma's. Van de bevolking zou 56% willen deelnemen aan een cardiovasculaire gezondheids-check en 47% is bereid om mee te doen aan een leefstijlprogramma. In hoeverre dat ook in de praktijk zo is en wat het effect ervan zou zijn, moet de lopende Integrate-studie uitwijzen.



Foto: Shutterstock

- Leo Pas, huisarts/onderzoeker in Vlaanderen, zette de richtlijnen voor vroegsignalering en kortdurende interventies bij alcoholmisbruik – die goed overeenkomen met de NHG-Standaard – op een rij. Ook presenteerde hij een mooi voorbeeld van het Vlaamse programma ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Met een digitale vragenlijst wordt middelengebruik gedetecteerd, gevolgd door bespreking met de patiënt en interventies. Het programma draait nu stand-alone maar zou moeten worden ingepast in het bestaande huisartsenregistratiesysteem. Meer informatie is te vinden op www.me-assist.com.
- Een andere Europrev-workshop ging in op de nadelen van kankerscreening, en vooral het risico van overdiagnostiek. Een werkgroep werkt dit thema uit onder de titel *Quarternary prevention*. Dit sluit mooi aan bij de NHG/LHV-Preventienota uit 1992(!), waarin toenmalig NHG-voorzitter Vic Tielens stelde: 'Preventie van onnodige preventie is ook preventie.'

GP@home

Ton Drenthen hield een presentatie over Thuisarts.nl, met een naamgeving waarmee de Engelstalige variant zo de lucht in zou kunnen: *GP@home. Development and implementation of a website and app with guideline based patient information*. Er was veel belangstelling voor het onderwerp en na afloop van de presentatie liepen de vragen van de deelnemers uiteen van de invloed van de commercie tot de grootte van het team dat Thuisarts.nl maakt. Interessant was vooral de vraag van een Zwitserse huisarts of er onderzoek is gedaan naar het effect van het gebruik van Thuisarts.nl op het zorgproces. Op het antwoord dat er zelfs patiënten zijn die na het lezen van de tekst op Thuisarts.nl hun afspraak met de huisarts hadden opgezegd, reageerde deze Zwitser met: 'Jullie hebben zeker een vast tarief per patiënt en niet per bezoek.' Daarmee wordt wel duidelijk dat in landen met een ander vergoedingensysteem de focus er toch vooral op is gericht dat de productie niet in het gedrang mag komen...

Opgedane wetenswaardigheden

Eldine Oosterberg en Vroon Pigmans, respectievelijk weten-

NHG-AGENDA 2014 data

- PalHAG-symposium 25 september
- NHGDoc-symposium 2 oktober
- NHG-Congres *Dokteren doe je niet alleen* 21 november
- Algemene Ledenvergadering 3 december

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



schappelijk medewerker en teamleider bij de NHG-sectie Implementatiematerialen, hielden een presentatie over Interculturele verschillen bij SOLK. Zij bezochten bovendien enkele workshops, onder meer over de zorgverlening aan migranten, en deden daarbij uiteenlopende weetjes op:

- Patiënten zetten vaak liever een bekende in als tolk dan iemand van een officiële tolkendienst. De Nederlandse *Kwaliteitsnorm tolkengebruik* geeft goede indicaties van situaties waarin de inzet van een formele tolk toch wenselijk is.
- Het zou goed zijn om scholing over migrantenzorg ook te richten op praktijkassistenten. Migrantengaven aan dat zij vaak onbegrip en problemen ervaren in de communicatie met de assistente.
- Het samen met migranten opzetten van projecten is niet alleen mogelijk, het leidt ook tot onverwachte uitkomsten!
- Een workshop over het gebruik van filmfragmenten om empathie aan te leren bij studenten, kwam niet helemaal uit de verf. De filmfragmenten waren wel mooi maar het werd niet duidelijk hoe het onderwijs hiermee werd vormgegeven. Toch inspireert het om ook bij het NHG eens te kijken of bestaand filmmateriaal kan worden gebruikt in de e-learnings.
- Een workshop over het doorvoeren van innovaties maakte duidelijk dat veranderingen heel klein kunnen beginnen. Alle medewerkers in de praktijk zijn dus waardevol als het gaat om de inbreng en uitvoering van hun nieuwe ideeën!



Interculturele verschillen bij SOLK

Somatisch onverklaarde lichamelijke klachten komen veel voor en kunnen de patiënt danig hinderen. Als de symptomen ernstig zijn en onverklaard blijven, kunnen dokter en patiënt in een voor beiden zorgelijk traject verzeild raken. Bij patiënten van buitenlandse herkomst is dit nog lastiger. Zij kijken vaak anders tegen hun klachten aan of presenteren die op een andere manier dan de arts tegenover hen gewend is. Maar ook zijn er tussen landen onderling verschillen in de aanpak van klachten. Bij patiënten van buitenlandse herkomst met SOLK speelt dit alles een belangrijke rol. Voeg hier nog de veelvoorkomende taalbarrière bij en een communicatieprobleem is geboren:

- De gemiddelde consultduur is bij migranten korter.
- Artsen tonen migranten minder affectie en er is minder aandacht voor *social talk* en psychosociale aspecten.
- Artsen vinden het bij migranten moeilijk om onuitgesproken signalen op te pikken.

Standaarden vertaald in het Engels

De NHG-Standaarden genieten internationaal veel aanzien als evidence-based richtlijnen die 70 – 80% van de eerstelijnsaandoeningen omschrijven. Om de internationale kennisuitwisseling te bevorderen en buitenlandse huisartsen te laten profiteren van de in Nederland ontwikkelde richtlijnen, is het NHG begonnen met het vertalen van de standaarden die vanaf 2010 zijn gepubliceerd. Inmiddels zijn 19 standaarden vertaald. De samenvattingen ervan zijn gratis te downloaden op www.nhg.org/guidelines; de volledige teksten kosten € 4,99. Bij voldoende belangstelling zal het NHG doorgaan met het vertalen van alle standaarden.

SOLK kunnen een uiting zijn van ‘migratiestress’, die vaak nog eens wordt versterkt door frustratie over het ‘nieuwe’ onbekende gezondheidssysteem of het gevoel gediscrimineerd te worden bij de behandeling van de klachten. Dit laatste kan bijvoorbeeld ontstaan wanneer een patiënt geen diagnose met bijpassende medicamenteuze behandeling krijgt zoals hij dat in het land van herkomst gewend was. Of wanneer ‘alleen maar’ paracetamol wordt voorgeschreven en de patiënt zich afgescheept voelt met een ‘niet echt medicijn’. Het is dus belangrijk om open te staan voor de patiënt van buitenlandse herkomst, diens klachten serieus te nemen en in de relatie te investeren. Ook hier geldt weer: goed luisteren en goed doorvragen!

Aan de basis van deze presentatie lagen overigens de nog in ontwikkeling zijnde *Toolkit ter ondersteuning van huisartsen bij de zorg aan migranten met SOLK* (Pharos).

Insulinetherapie in de huisartsenpraktijk

Marjolijn Hugenholtz, wetenschappelijk medewerker bij de NHG-sectie Implementatiematerialen, presenteerde een onderzoek dat zij deed naar de knelpunten die huisartsen en praktijkondersteuners ondervinden bij het toepassen van insulinetherapie. Zij putte uit een online-enquête onder praktijkondersteuners en uit de antwoorden van huisartsen die de internet-PIN *Diabetes mellitus type 2* maakten.

De 481 praktijkondersteuners die reageerden op de enquête vonden veelal hun kennis en vaardigheden op het gebied van insulinetherapie ruim voldoende. Zij ondervonden vooral problemen met specifieke patiënten of een bemoeilijkte communicatie. Praktijkondersteuners voeren hun taken rond educatie en monitoring van insulinetherapie vrijwel altijd zelfstandig uit. Bovendien bepalen ze regelmatig ook zelf het behandelingsplan: het besluit om met insuline te starten en de keuze van het insulinerégime.

Huisartsen daarentegen rapporteerden vooral problemen rond kennis en vaardigheden. En ook sommige praktijkondersteuners maakten melding van kennisgebrek bij huisartsen. Dit lijkt samen te hangen met gebrek aan ervaring omdat huisartsen te weinig patiënten zien die insuline gebruiken. Praktijkondersteuners of gespecialiseerde collega's hebben immers vaak al het werk rond insulinetherapie overgenomen.

Huisartsen zijn en blijven verantwoordelijk voor de toepassing van insulinetherapie bij hun patiënten. Het wordt nog een uitdaging om hen daarvoor voldoende toe te rusten!

Marianne Nijhout en Project Kapstok



Marianne Nijhout studeerde geneeskunde en bedrijfskunde en begeleidt nu vanuit haar adviesbureau Veranda diverse samenwerkingsprojecten rond de eerste lijn en ouderenzorg. Een daarvan is 'Kapstok', waarover een sessie wordt gehouden tijdens het NHG-Congres.

Wat houdt 'Kapstok' precies in?

'In 2008 was er een pilot in Zuidoost-Drenthe over vroegsignalering, verwijzing en ondersteuning van mantelzorgers door de huisartsenpraktijk. Dat sloeg goed aan, dus vonden huisartsen, gemeente, thuiszorg en welzijn dat dit breder moest worden doorgevoerd. Dit resulteerde in Project Kapstok. Doel ervan is mantelzorgers in de eerste lijn vroegtijdig te herkennen. Dat is hard nodig, want slechts 5% van de zwaar belaste mantelzorgers bleek bekend te zijn bij welzijn of het gemeentelijk zorgloket. En huisartsen wisten vaak niet wat welzijn en het zorgloket voor mantelzorgers kunnen betekenen.'

Waarom is dat zo belangrijk?

'Juist in deze tijd, waarin patiënten niet gauw een indicatie krijgen voor opname of ondersteuning, is het essentieel dat ze op een goede manier langer thuis kunnen blijven wonen. Huisarts kunnen hierbij veel betekenen, mits ze nauw samenwerken met welzijn, thuiszorg, familie en vrijwilligers, en weten wie welke ondersteuning kan bieden. In de wijken en omringende dorpen van Emmen organiseerden we "netwerkcafés" om alle betrokken instanties met elkaar in contact te brengen. Mantelzorgers vertelden hier wat het betekent om soms jarenlang te moeten zorgen voor een hulpbehoevende ouder of ge-

handicapt kind. Ook verspreidden we een sociale kaart: de *Mantelzorgwijzer*. Dit alles heeft goed geholpen. Huisartsen hebben nu meer proactieve aandacht voor de mantelzorgers en verwijzen vaker naar welzijn en het zorgloket. Driekwart van hen gaf aan dat hun kwaliteit van zorg voor mantelzorgers is verbeterd.'

Wat gaan jullie doen tijdens het congres?

'Ook dan gaat het om bewustwording: Heb je zicht op de mantelzorgers in je praktijk? Wat kun je voor hen betekenen en hoe kun je samenwerken met anderen? Juist door samenwerking bereik je meer, zowel met de mantelzorger – immers een belangrijke partner in de zorg – als met andere instanties. Het wordt een inspirerende sessie waarin de deelnemers met stellingen en een casus aan de slag gaan. Beslist een *eyeopener*!'

Kees van der Plas en Netwerkgroep COPD Waterland



Kees van der Plas is huisarts in ruste, maar nog actief als kwaliteitscoördinator van de huisartsen in Monnickendam. Bovenal is hij betrokken bij het regionale samenwerkingsproject *Netwerkgroep COPD Waterland*.

Hoe is dit project tot stand gekomen?

'Enkele jaren geleden hadden we in Monnickendam een *disease management* programma rond COPD opgezet. We kregen daarbij het gevoel dat er allerlei zorgaspecten op dezelfde manier zouden moeten worden opgepakt in de hele regio. Je moet samenwerken met longartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, apothekers en thuiszorg; dan wil je dus dat het beleid breed gedragen wordt door alle betrokkenen en in je gehele regio. In ons geval is dat het vrij grote verzorgingsgebied van het Waterland-ziekenhuis in Purmerend, maar toch kennen de huisartsen elkaar wel. Vroeger had je als huisarts alleen de zorg voor de lichte COPD-gevallen, maar dat is niet meer zo. Ook als de aandoening ernstiger wordt speel je een grote rol. En in al die fasen zijn andere zorgverleners heel belangrijk, zoals de fysiotherapeut die de patiënt coacht bij het

meer bewegen, of de diëtiste als de patiënt vermagert. Met al die partijen moet je over de volle breedte samenwerken. Het was leuk dat na verloop van tijd alle neuzen dezelfde kant op stonden.'

Hoe hebben jullie dat voor elkaar gekregen?

'Essentieel was dat we uitgingen van de huisartsenpraktijk als kern in de zorg. Daaromheen organiseerden we overleg-netwerken en lokale samenwerkingsverbanden. Een voortrekkersrol kregen praktijken die al ervaring hadden met de protocollaire aanpak van COPD. Later functioneerden die als *buddy* voor de praktijken die volgden. De zorgverleners hadden plezier in onze aanpak en voelden ze dat ze erkenning kregen voor hun werk. De apothekers stapten bijvoorbeeld pas laat in, maar deden dat toen alsnog met veel enthousiasme omdat ze hun expertise konden inbrengen. En samen met de thuiszorg hebben we een advies-

team rond zeer ernstige COPD opgezet met een *casemanager*. In dat stadium is de zorg bij uitstek multidisciplinair en gecompliceerd, dan is het goed dat er iemand voortdurend bovenop zit.'

Je houdt niet zelf een presentatie op het congres?

'Nee, ons project is onderdeel van een videopresentatie in een semi-plenaire sessie. Huisartsen die nu al meer willen weten kunnen terecht op huisartsenmonnickendam.praktijkinfo.nl, hoofdstuk *Informatie voor professionals*.' (AS)

Redactie NHG-nieuws
Joost Blijham, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Colofon

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

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

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