

H&W

Huisarts en Wetenschap

3

maart 2018
jaargang 61

Meer tijd voor patiënten,
minder verwijzingen

Linkerventrikelhypertrofie
op het ecg

24/7 een soa-test uit de muur,
of toch maar niet?

Herziening NHG-Standaard
Amenorroe

Praktijkverkleining alleen is niet genoeg

De arbeidsdag dezer medici is veel te lang, en zij zijn niet in de gelegenheid zooveel aandacht aan hun patiënten te wijden, als **dezen** noodig hebben' berichtte de *Leeuwarder Courant* in 1913. De werkbelasting van huisartsen is een probleem aller tijden zoals *Medisch Contact* recent fraai beschreef. Ruim honderd jaar later pleiten hoogleraren huisartsgeneeskunde, onderzoekers en LHV (wederom) voor praktijkverkleining: naar ruim 1800 patiënten per normpraktijk. De argumentatie is solide: meer ouderen, sociale problematiek, ggz, overlegtijd, administratie, et cetera. Daarnaast duren consulten langer en gezamenlijke besluitvorming kost extra tijd. Praktijkverkleining lost een deel van deze knelpunten op. Maar de vraag komt onherroepelijk over tien tot twintig jaar weer terug. Wat weten we eigenlijk van de effecten van praktijkverkleining op de zorg? Worden patiënten in kleinere praktijken beter geïnformeerd? Zijn zij tevredener? Leidt het tot betere huisartsenzorg of zelfs betere patiëntenuitkomsten? Wat zijn de effecten op de werksatisfactie van de huisarts? En op de zorgkosten? Blijft de toegankelijkheid behouden? Of zijn straks alleen mijn praktijkinkomsten gegroeid? Wat zegt de wetenschap hierover?

Jung en medeauteurs pakten met steun van de zorggroep en de zorgverzekeraar de uitdaging op en implementeerden zowel praktijkverkleining als anders werken (positieve gezondheid) in de praktijk. Ook keken zij naar de literatuur. Hun bevindingen zijn veelbelovend als het gaat om minder verwijzen. Wel stellen ze nadrukkelijk dat meer van dezelfde huisartsenzorg de druk op de tweede lijn amper zal verlagen. Verlaging van deze druk kan alleen als uitbreiding van capaciteit gepaard gaan met reorganisatie en heroriëntatie van de zorg. Een duidelijke

boodschap die ze fraai illustreren met casuïstiek uit de dagelijkse praktijk.

Om verdere stappen te maken moeten we deze discussie niet alleen binnen de beroepsgroep aangaan, maar ook met verzekeraars en de tweede lijn.

Willen we in de toekomst tevredener zijn met onze werk(tijd), meer aandacht hebben voor onze patiënten, een toegankelijke en solidaire zorg en lage verwijscijfers, dan is er meer nodig dan alleen praktijkverkleining. ■

Ivo Smeele





Wetenschap

- 14 Overstappen op een ander merk levothyroxine
Na een overstap stijgen het aantal klachten en het ziekteverzuim.
- 18 Linkerventrikelhypertrofie op het ecg
Linkerventrikelhypertrofie is vaak het gevolg van hypertensie en hartklepgebreken. Het is gerelateerd aan hart- en vaatziekten, hartritmestoornissen en plotse hartdood.
- 23 24/7 een soa-test uit de muur of toch maar niet?
Zelfafnametests waarbij het materiaal wordt opgestuurd zijn in opmars. Zijn deze betrouwbaarder dan doe-het-zelftests?
- 27 De huisarts, atriumfibrilleren en falende beslisregels
Bij de beslisregel CHA2DS2-VAS2 is de onzekerheid in het voorspelde CVA-risico groot. Houd bij toepassing van deze beslisregel rekening met de ernst van de risicofactoren bij de individuele patiënt.
- 30 Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts
Een drastische verkleining van de huisartsenpraktijk is hoog-nodig. Niet mondjesmaat, maar substantieel met 15-20%, zodat de huisarts de zorg heeft voor gemiddeld 1700-1800 patiënten.



Praktijk

- 39 Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen
Praktijkverkleining in combinatie met een wekelijkse casus-bespreking en werken volgens de dimensies van positieve gezondheid resulteert in 25% minder verwijzingen.
- 42 Duimbasisartrose
De handtherapeut speelt een prominente rol bij de conservatieve en postoperatieve behandeling van carpometacarpale-I-artrose.
- 44 Behandeling van dikke voeten
Voordat u oedeem symptomatisch aanpakt moeten behandel-bare oorzaken worden uitgesloten.
- 46 Spierpijn bij statines
Van alle statines geven pravastatine en fluvastatine de minste spierklachten. Bij milde spierklachten kan een lagere dosering overwogen worden.
- 49 Syfilis
Primaire, secundaire en vroeg latente syfilis kan in de eerste lijn behandeld en vervolgd worden, zo nodig met hulp van een soapoli.
- 53 Kennistoets
Duimbasisartrose



Nieuws

- 6 Grote internationale variatie van consultduur
- 6 Visitatieprogramma toe aan revisie
- 7 Dagelijks drie koppen koffie om te overleven
- 7 Kortere kousduur na diep veneuze trombose
- 8 Positief effect mediacampagnes op stoppen met roken
- 8 Therapietrouw beïnvloed door geloof in medicatie
- 9 Antidepressiva tijdens zwangerschap en risico ADHD
- 10 Echo's door de huisarts lijken betrouwbaar
- 13 Medicatieoverdracht van tweede naar eerste lijn
- 13 Anticoagulantia bij atriumfibrilleren
- 54 Antimicrobiële middelen bij diabetisch voetulcus
- 55 Candesartan als migraineprofylaxe
- 56 Hormoontherapie en CVA
- 59 Persoonsgerichte aandacht bij multimorbiditeit
- 60 Samenwerking bij verminderde nierfunctie
- 61 Hanteer de Witte Raven-aanpak
- 62 Weptip Huisartsengenetica.nl



NHG

- 32 Amenorroe: betekenis en beleid verschillen per levens-fase
Herziening NHG-Behandelrichtlijn Amenorroe
- 37 Zonneallergie, fototoxische huidreactie of foto-allergisch contacteczeem?
Herziening NHG-Behandelrichtlijn Zonneallergie
- 61 Rectificatie artikel ggz-medicatie
- 64 Ledenraadpleging over tevredenheid
NHG Rx-app sluit aan op behoefteonderzoek
- 66 'Praktiserende huisartsen kozen de onderzoeksvragen'
Femke Hohmann en Frans Dekker van de adviesgroep Natio-nale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde



- Grote regionale verschillen in prescriptie bij DM type 2
- Geen preventie kanker door vitamine D
- Huisartsen schrijven te vaak te dure insuline voor
- Behandeling urge-incontinentie kan veel doelmatiger

Grote internationale variatie van consultduur in de eerste lijn

Tjerk Wiersma

Wereldwijd zijn artsen van mening dat een langere consultduur de kwaliteit van zorg ten goede komt. Dat is echter nog maar de vraag. Irving et al. vergeleken de consultduur in de eerste lijn in 67 landen met elkaar en ging na of deze van invloed was op gezondheidsuitkomsten. De gemiddelde consultduur liep in de diverse landen sterk uiteen. Er was geen relatie tussen consultduur en het aantal consulten per patiënt per jaar. Een langere consultduur bleek alleen geassocieerd met minder ziekenhuisopnames voor diabetes.

De onderzoekers selecteerden 111 publicaties over ruim 28 miljoen consulten in 67 landen. De gemiddelde consultduur varieerde van 48 seconden in Bangladesh tot 22,5 minuten in Zweden. In Neder-

land bedroeg de gemiddelde consultduur circa 10 minuten. In 18 landen, met circa de helft van de wereldbevolking, brachten patiënten gemiddeld minder dan 5 minuten door bij de eerstelijnsarts en in 3 landen kregen patiënten 20 minuten of langer. De consultduur hing – niet verbazingwekkend – samen met de uitgaven voor gezondheidszorg per hoofd van de bevolking en het aantal artsen in de eerste lijn per 1000 inwoners. Er was geen relatie tussen consultduur en het aantal consulten per patiënt per jaar. Wat betreft de uitkomsten keken de onderzoekers naar het aantal ziekenhuisopnames voor de *ambulatory sensitive conditions* diabetes mellitus, astma en COPD na correctie voor ziekteprevalentie en de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden.

Zij gingen ook de relatie na tussen de consultduur en het aantal bezoeken aan spoedeisende hulpafdelingen, en de inzet van beeldvormend onderzoek (röntgenfoto's, echo's en andere scans) in de voorafgaande 12 maanden. De benodigde gegevens kwamen uit andere bronnen. Een langere consultduur bleek alleen samen te hangen met minder ziekenhuisopnames voor diabetes. Van de andere onderzochte uitkomsten kon geen significante relatie met consultduur worden aangetoond, maar de onderzoekers sluiten niet uit dat dit het gevolg is van te weinig data. ■

Irving G, et al. *International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. BMJ Open* 2017;7:e017902.

Visitatieprogramma toe aan revisie

Victor van der Meer

Het visitatieprogramma voor huisartsen blijkt goed haalbaar. Collega's en patiënten geven grif feedback op de gevisiteerde huisarts. Deze schrijft een persoonlijk ontwikkelplan en waardeert het gesprek hierover. Het aantal geformuleerde verbeterdoelen blijft echter achter, net als de uitvoering ervan. De vragenlijst voor patiënten verdient aanpassing.

Sinds 2011 is visitatie vereist binnen de herregistratie van huisartsen. Deelname aan het visitatieprogramma is mogelijk om aan deze vereiste te voldoen. Het visitatieprogramma bestaat uit feedback (door onder andere de betreffende huisarts, collega-huisartsen en patiënten), het maken van een persoonlijk ontwikkelingsplan (POP) en een visitatiegesprek. Om de haalbaarheid en effectiviteit van het programma te evalueren, analyseer-

den onderzoekers van IQ healthcare feedbackgegevens van 237 huisartsen en koppelden de feedbackgegevens van 20 huisartsen aan het POP. Ook beantwoordden 89 huisartsen een vragenlijst over het gebruik van het visitatieprogramma en vonden panelgesprekken plaats. Per huisarts gaven 28 patiënten en 7 zorgverleners feedback. Het werven van feedbackgevers bleek daarmee haalbaar, maar was met name voor waarnemers moeilijk. De vragenlijst voor patiënten behoeft aanpassing. Voor ouderen en laaggeletterden was de drempel voor het invullen van de (online) vragenlijst te hoog en veel vragen (bijvoorbeeld: Hield uw huisarts contact met u, tijdens uw verblijf in het ziekenhuis?) werden beantwoord met 'niet van toepassing'. Het opstellen van een POP naar aanleiding van de feedback bleek niet makkelijk. Gemiddeld

werden ruim twee doelen geformuleerd, met name in het domein Organisatie en Professionaliteit. Op basis van de feedback waren meer doelen mogelijk geweest. Bovendien werd het behalen van de doelen onvoldoende geconcretiseerd, wat de effectiviteit van het visitatieprogramma beperkt. De kosten voor de gespreksleider, tijdsinvestering (vier uur) en verplicht karakter wekten wrevel. Concluderend: het visitatieprogramma geeft inzicht in het functioneren van de huisarts, maar de stap naar het realiseren van verbeteringen verdient aandacht. ■

Ten Hove K, et al. *Evaluatie Visitatieprogramma huisartsen in de herregistratie. Een studie naar de haalbaarheid, toepasbaarheid en effectiviteit. IQ Scientific Center for Quality of Care. Nijmegen: IQ healthcare/Radboudumc, 2017.*

Dagelijks drie koppen koffie om te overleven

Vincent van Vugt

Volgens de BMJ heeft koffie waarschijnlijk vooral positieve gezondheidseffecten. Koffiedrinkers leven langer en krijgen minder vaak hart- en vaatziekten, kanker, leverziekten, diabetes type 2, Parkinson en Alzheimer. De optimale hoeveelheid kopjes per dag wordt geschat op drie tot vier. Alleen bij zwangere vrouwen had koffiedrinken een duidelijk verband met negatieve effecten. De auteurs onderzochten de literatuur op de relatie tussen koffie en meer dan 70 gezondheidsuitkomsten. Ze beoordeelden hierbij 201 meta-analyses van observationele onderzoeken en 17 meta-analyses van RCT's. Hierbij werd gecorrigeerd voor bekende confounders zoals roken, BMI en leeftijd.

Mensen die drie tot vier koppen koffie per dag dronken, hadden 17% minder kans om te overlijden (relatief risico 0,83; 95-BI 0,83 tot 0,88) dan mensen die geen koffie dronken. Een lange lijst aan aandoeningen, waaronder kanker en diabetes, trad ook significant minder vaak op bij koffiedrinkers. Er was sprake van een non-lineaire relatie tussen koffie en de meeste gezondheidsuitkomsten: gematigd koffiedrinken (drie tot vier kopjes per dag) leek de meeste gezondheidswinst te geven. De positieve gezondheidseffecten waren voor een groot deel ook zichtbaar bij cafeïnevrije koffie. Zwangere vrouwen die veel koffie dronken, hadden echter wel een groter risico op miskramen, vroeggeboorte en

een laag geboortegewicht. Vrouwelijke koffiedrinkers hadden mogelijk ook een iets hoger fractuurrisico, maar er is meer onderzoek nodig om dit verband te bevestigen.

Betekent dit dat wij koffie voortaan moeten 'voorschrijven' om ziektes en sterfte te voorkomen? Nee, daarvoor is een oorzakelijk verband nog niet sterk genoeg aangetoond. Toch lijkt, zolang je niet zwanger bent, gematigd koffiedrinken vooral positieve gezondheidseffecten te hebben. Wat mij betreft een prettige boodschap voor dokters zoals ik, die de dag niet doorkomen zonder een paar lekkere koppen koffie. ■

Poole R. et al. *Coffee consumption and health: umbrella review of meta-analyses of multiple health outcomes. BMJ* 2017;359:j5024.

Kortere kousduur na diep veneuze trombose

Victor van der Meer

Tweederde van alle mensen met diep veneuze trombose (DVT) kan de steunkous gerust korter dan twee jaar dragen zonder toename van het risico op posttrombotisch syndroom. Dit is de conclusie van een multicenter trial in Nederland en Italië.

De trial was opgezet om te onderzoeken of een deel van de patiënten met DVT de steunkous korter dan twee jaar, de huidige standaard, kan dragen zonder toename van het posttrombotisch syndroom. Alle 865 deelnemers droegen de eerste zes maanden na de DVT een steunkous. Hierna droegen 428 patiënten de kous twee jaar (standaardzorg) en kregen 437 patiënten een individuele beoordeling om de steunkous al dan niet te blijven dragen (zorg op maat). Deze beoordeling betrof de gevalideerde Villalta-score van 11 items (maximumscore 33) met een subjectief deel (pijn, kramp, zwaar gevoel, tintelingen en jeuk) en een klinisch deel

(oedeem, induratie, hyperpigmentatie, kuitpijn bij druk, veneuze ectasieën en roodheid). Bij geen of minimale kenmerken van het posttrombotisch syndroom (Villalta-score < 5) tijdens twee opeenvolgende beoordelingen stopten de patiënten met dragen. Na zes maanden kon 55% in de zorg-op-maatgroep stoppen, na 12 maanden nog eens 11%, dus in totaal 66%. Het posttrombotisch syndroom trad op bij 28% van de patiënten met standaardzorg en bij 29% van de patiënten met zorg op maat (verschil 1,1%; 95%-BI -5,2 tot 7,3). Wel traden bij negen (3%) vroege stoppers geen klachten op, zodanig dat zij de steunkous opnieuw permanent moesten gaan dragen. De NHG-Standaard Diep veneuze trombose uit 2017 adviseert steunkousen na



Bij ruim de helft kan de kousduur tot een half jaar beperkt blijven.

Foto: iStock

DVT gedurende twee jaar, met als praktisch advies om na een jaar zonder klachten de kous uit te laten. Het huidige onderzoek is de onderbouwing van dit praktische advies en gaat zelfs verder: bij ruim de helft van de patiënten kan de kousduur tot een half jaar beperkt blijven. ■

Ten Cate-Hoek AJ, et al. *Individualised versus standard duration of elastic compression therapy for prevention of post-thrombotic syndrome (IDEAL DVT): a multicentre, randomised, single-blind, allocation-concealed, non-inferiority trial. Lancet Haematol* 2018;5(1):e25-e33.

Positief effect mediacampagnes op stoppen met roken

Nadine Rasenberg



Effecten van mediacampagnes zijn moeilijk te meten, maar zeker aanwezig.

Foto: American Cancer Society

Heeft u al iemand met goede voor-nemens voor een betere leefstijl op het spreekuur gehad? We hebben geleerd dat we bij mensen die willen stoppen met roken, de motivatie van de individuele patiënt moeten uitvragen. Uit onderzoek blijkt echter dat campagnes gericht op de hele populatie ook effectief zijn.

In een recente Cochrane-review keken

de auteurs naar onderzoeken waarin hele regio's een interventie of controlefunctie kregen toebedeeld. Een grootschalige mediacampagne moest onderdeel zijn van de interventie en deze moest gericht zijn op volwassen rokers. Elf onderzoeken voldeden aan de inclusiecriteria. De auteurs vonden in twee onder-zoeken een positief effect op de prevalentie van roken in de staten Massachusetts en

California ten opzichte van de rest van de Verenigde Staten. Het effect in Massachu-setts was tot acht jaar na de interventie zichtbaar. Drie andere onderzoeken lieten positieve effecten zien op de prevalentie van roken in subgroepen. Van de acht onderzoeken die gingen over abstinentie en het aantal stoppogingen, waren er vier onderzoeken met een positief effect. Zes van de negen onderzoeken die werden uitgevoerd in kleinere gemeenschappen of regio's (bijvoorbeeld de stad Sydney) vonden een positief effect op rookgedrag. De onderzoeken en de bijbehorende campagnes waren zeer heterogeen. Er waren grote verschillen in intensiteit van de campagnes en de follow-upduur. Deze factoren zijn uiteraard van invloed op de effectiviteit, evenals de maatschappelijke tendens om anders naar roken te kijken. Daarnaast bevestigen de auteurs dat de overheid ook haar verantwoordelijkheid moet nemen. Effecten van mediacam-pagnes zijn moeilijk te meten, maar zeker aanwezig en de gezondheidsvoordelen van stoppen met roken zijn groot. Minis-ters, neem uw verantwoordelijkheid! ■

Bala MM, et al. Mass media interventions for smoking cessation in adults. Cochrane Data-base Syst Rev 2017;11:CD004704.

Therapietrouw beïnvloed door geloof in medicatie

Jurgen Damen

Bij chronische aandoeningen zoals astma en COPD wordt therapietrouw gezien als een belangrijke factor voor het succes van de behandeling. Dit onder-zoek laat zien dat de ideeën die patiënten hebben over de noodzaak en bijwerkin-gen van hun medicatie gerelateerd zijn aan die therapietrouw.

Brandstetter et al. onderzochten bij 402 patiënten met astma (n = 196) en COPD (n = 206) uit een gemengde eerste- en tweedelijns populatie in Duitsland hun zelfgerapporteerde therapietrouw. De therapietrouw was 100% bij 19% van de astmapatiënten en bij 34% van de

COPD-patiënten.

In de astmagroep bleek dat er bij de patiënten die dachten dat dokters te vaak medicatie voorschrijven 40% meer kans was op therapieontrouw (OR 0,42; 95%-BI 0,22 tot 0,80). Hetzelfde effect werd gezien als een patiënt dacht dat medicatie gevaarlijk is (OR 0,43; 95%-BI 0,21 tot 0,88). Patiënten die overtuigd waren van het nut van hun medicatie waren bijna drie keer zo vaak volledig therapietrouw (OR 2,97; 95%-BI 1,54 tot 5,73). In de COPD-groep was de therapietrouw hoger bij patiënten die geloofden dat hun medicatie noodzake-lijk was (OR 2,46; 95%-BI 1,36 tot 4,42).

In de NHG-Standaarden Astma en COPD wordt al geadviseerd om aandacht te besteden aan de therapietrouw. Dit onderzoek benadrukt dat het belangrijk is om stil te staan bij de ideeën die patiën-ten hebben over hun medicatie. Patiënten die hun medicatie niet als noodzakelijk zien of geloven dat dokters te veel medi-catie voorschrijven, zullen waarschijnlijk minder therapietrouw zijn. ■

Brandstetter S, et al. Differences in medication adherence are associated with beliefs about medicines in asthma and COPD. Clin Transl Allergy 2017;7:39.

Gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap en risico op ADHD

Adinda Mailuhu



Psychofarmaca tijdens zwangerschap blijft een lastig onderwerp.

Foto: iStock

Er is op dit moment geen hard bewijs dat het gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap een risicofactor is voor het ontwikkelen van ADHD. Een recent onderzoek wijt een mogelijke ver-band niet aan het gebruik van medicatie, maar aan de reden waarom de medicatie werd voorgeschreven.

De onderzoekers verzamelden gegevens uit een gezondheidsregistratiesysteem van 190.618 kinderen (6 tot 14 jaar), ge-boren in ziekenhuizen in Hong Kong tus-sen 2001 en 2009, en van de moeder over onder andere het gebruik van antidepres-siva voor en tijdens de zwangerschap en de psychiatrische voorgeschiedenis. Zij keken naar het verband tussen prenataal gebruik van antidepressiva en het risico op ADHD.

Van alle kinderen gebruikten 1252 moeders een antidepressivum tijdens de zwangerschap. Daarbij hadden 5659 kin-deren (3%) de diagnose ADHD of wer-den behandeld voor ADHD. Het risico op ADHD was bij gebruik van antidepressiva tijdens de zwangerschap hoger dan bij niet-gebruikers (gecorrigeerde hazard ra-tio 1,39; 95%-BI 1,07 tot 1,82). Het risico op ADHD was hoger wanneer de moeder een psychiatrische aandoening had dan wanneer de moeder geen psychiatrische aandoening had (1,84; 95%-BI 1,54 tot 2,18). Er is echter geen significant verschil in het risico op ADHD tussen broers en zussen die waren blootgesteld aan anti-depressiva tijdens de zwangerschap en diegenen die dat niet waren. Volgens de onderzoekers wijst dit erop dat niet het antidepressivum zelf het

risico verhoogt, maar de reden (psychia-trische aandoening) waarom moeders het medicijn kregen. Dit wordt *confounding by indication* genoemd. Psychofarmaca tijdens de zwangerschap blijft echter een lastig onderwerp waarbij altijd een afweging moet worden gemaakt tussen het positieve effect voor de moeder en de risico's voor het kind. Juiste informatie op basis van de feiten is daarbij cruciaal. Het is van belang om de patiënt van de juiste informatie over deze risico's te voorzien. ■

Man KKC, et al. Prenatal antidepressant use and risk of attention-deficit/hyper-activity disorder in offspring: population based cohort study. BMJ 2017;357:j2350.

Echo's door de huisarts lijken betrouwbaar

Nicole Verbiest

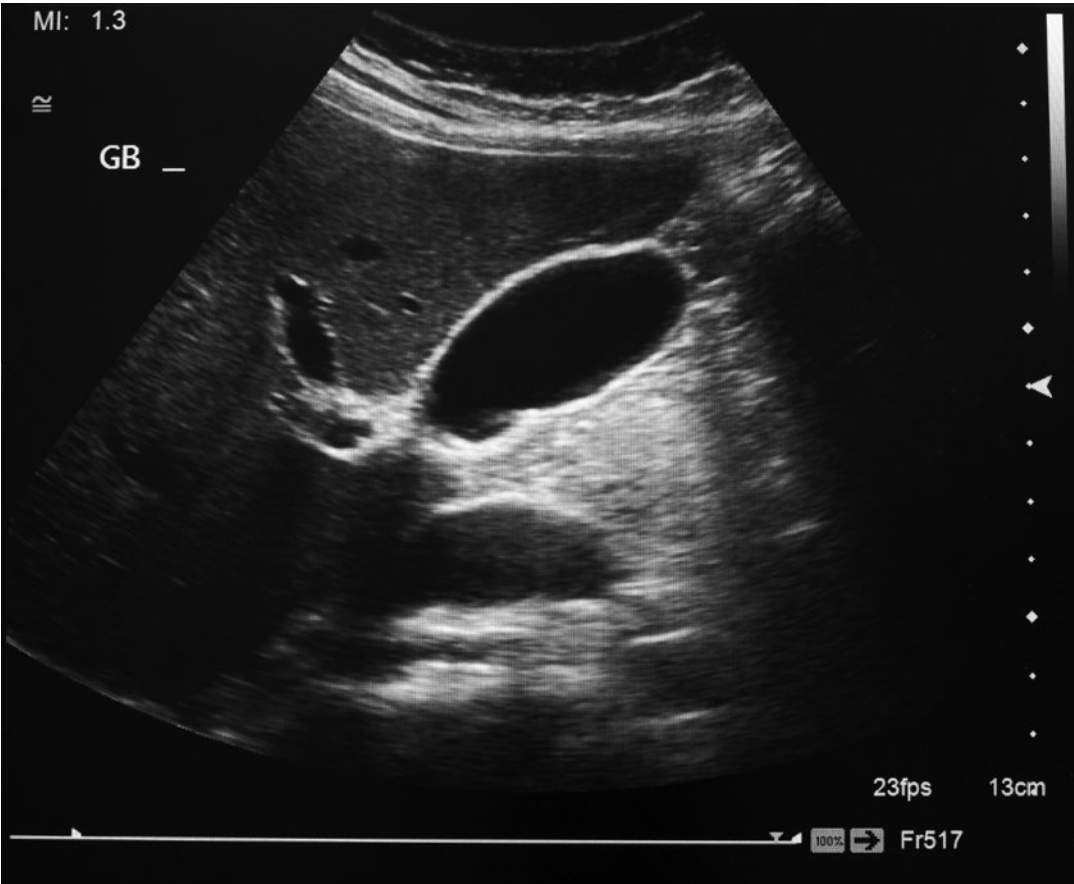
Weinig huisartsen maken zelf echo's, maar na een cursus echoscopie blijken ze eenvoudige diagnoses zelf te kunnen stellen. De beoordeling van getrainde huisartsen komt overeen met die van een specialist. Dat blijkt uit Scandinavisch onderzoek.

Vier huisartsen en een huisarts-in-opleiding volgden een echoscopiecursus die bestond uit drie onderdelen: e-learning, twee onderwijsdagen en een feedbacksessie. Vervolgens pasten de cursisten hun vaardigheden toe in de praktijk. Ze verrichtten echo's met de indicatie galstenen, ascites, verwijde aorta abdominalis (meer dan 5 cm), intra-uteriene zwangerschap of zwangerschapsduur. Een radioloog of gynaecoloog herhaalde de echo, blind voor de eerste echo-uitslag. De uitkomst van het onderzoek was de interbeoordelaarsovereenstemming.

In totaal verrichtten de huisartsen 188 echo's bij 104 patiënten. Gemiddeld duurde een echo zes minuten. De interbeoordelaarsovereenstemming was bijna perfect, de kappacoëfficiënt was 0,93. Voor ascites, verwijde aorta en intra-uteriene zwangerschap was er zelfs volledige overeenstemming met de specialist (kappacoëfficiënt 1,0). Huisartsen zijn generalisten, maar kunnen zich ook bekwamen op specifieke terreinen zoals echoscopie. Een voordeel van echoscopie in de huisartsenpraktijk is dat de huisarts gericht kan verwijzen naar een specialist. Bovendien voorkomt het waarschijnlijk onnodige verwijzingen naar de tweede lijn en wordt er eerder een diagnose gesteld dan wanneer de patiënt moet wachten op een afspraak in het ziekenhuis. Verschuiving van echoscopie van de tweede naar de eerste lijn mag echter niet ten koste gaan van de kwaliteit van zorg.

Na een training lijken huisartsen goed in staat om echo's te verrichten voor een aantal indicaties. Onder enkele voorwaarden kan de huisarts voor abdominale echografie ook een vergoeding krijgen van de verzekeraar. In de NHG-Standaarden is echografie door de huisarts (nog) niet verwerkt. Voorlopig zal echoscopie niet tot de basisvaardigheden van de huisarts behoren, maar dit onderzoek kan wel een aanmoediging zijn voor de geïnteresseerde huisarts om de echokop op te pakken. ■

Lindgaard K, et al. Validation of ultrasound examinations performed by general practitioners. Scand J Prim Health Care 2017;35:256-61.



Getrainde huisartsen zijn even goed in het maken van echo's als specialisten.

Foto: Shutterstock

Medicatieoverdracht van tweede naar eerste lijn

Marcelle van Eupen

De medicatieoverdracht van de tweede naar de eerste lijn kan beter. Een huisbezoek door de apotheker en nauwere samenwerking met de huisarts kunnen veel problemen oplossen. Dat blijkt uit een recent promotieonderzoek.

Apotheker Ensing onderzocht de problemen in de medicatieoverdracht bij ontslag uit het ziekenhuis, iets wat openbaar apothekers bij 84 tot 92% van de patiënten blijken te ervaren. Discrepanties tussen medicijngebruik vóór en na opname en niet goed geïnformeerde patiënten bleken de belangrijkste redenen. Als oplossing werd het zogenoemde HomeCoMe-programma ontwikkeld. Dit programma heeft drie pijlers: ziekenhuizen dragen geneesmiddeleninformatie bij ontslag direct over aan de openbare

apotheek, de openbaar apotheker voert een huisbezoek uit om geneesmiddelgerelateerde problemen te identificeren en op te lossen, en tot slot nauwe samenwerking met de huisarts. Tijdens een pilot van het HomeCoMe-programma in Almere deden 152 patiënten aan het complete programma mee, na minimaal 48 uur opname en bij gebruik van minimaal 3 medicamenten. Van hen had 84% een of meer geneesmiddelgerelateerde problemen, voornamelijk behoefte aan aanvullende voorlichting en problemen met therapietrouw. Daarvan loste de openbaar apotheker 92% naar eigen tevredenheid op tijdens het huisbezoek. Deze uitkomsten liggen voor de hand, maar een dergelijk programma lijkt een veelbelovende oplossing voor dit herkenbare probleem. Het is echter wel de

vraag of al die huisbezoeken ook haalbaar zijn voor apothekers. Daarnaast is nog niet duidelijk welke patiënten vooral problemen ervaren. Met het oog op efficiëntie en haalbaarheid zou het mooi zijn als deze interventie specifiek voor die groep kan worden toegepast. Een andere relevante vraag is of er ook een meetbaar effect is op klinische parameters, bijvoorbeeld heropname, en zo ja, bij welke patiëntengroep. Voor huisartsen blijft het belangrijk bij een patiëntencontact na ziekenhuisopname ook even stil te staan bij de veranderinge medicatie. Dat voorkomt problemen. ■

Ensing HT. Readmission to primary care, the role of community pharmacists post-discharge [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2017.

Anticoagulantia bij atriumfibrilleren met aanwijsbare oorzaak

Ralf Harskamp, Jelle Himmelreich

Atriumfibrilleren komt nogal eens voor tijdens een acute ziekte om vervolgens ook weer spontaan te verdwijnen. Er bestaat discussie over de voordelen van het gebruik van anticoagulantia om CVA bij deze vorm van 'secundair' atriumfibrilleren te voorkómen. Een recent Canadees onderzoek laat geen verschil zien in risico op een CVA bij wel of geen gebruik van antistolling.

Canadese wetenschappers bestudeerden de ziekenhuisregistraties van patiënten van ≥ 65 jaar in Quebec. Zij includeerden patiënten met atriumfibrilleren (AF) de novo tijdens een ziekenhuisopname voor acuut coronair syndroom, acute pulmonale ziekte of sepsis. Zij selecteerden 2304 patiënten, gemiddeld 78 jaar oud en met gelijke man-vrouwverdeling. Het merendeel van de patiënten had een sterk verhoogd trombo-embolisch

en bleedingsrisico. Na ontslag uit het ziekenhuis gebruikten 807 patiënten langdurig anticoagulantia (90% vitamine-K-antagonisten/VKA). Het onderzoek liet geen verschil zien in het optreden van een CVA over een periode van 3 tot 3,5 jaar follow-up tussen degenen die wel of geen anti-stolling kregen, maar er waren wel aanwijzingen voor een verhoogd risico op bloedingen (hazard ratio 1,72; 95%-BI 1,23 tot 2,39). Ondanks de beperkingen (selectiebias, 'competing risks', beperkte steekproefgrootte voor de uitkomst CVA) zijn de uitkomsten van dit onderzoek interessant. Moeten artsen secundair AF op dezelfde manier behandelen als primair AF, of moeten ze wachten met anticoagulantia tot AF zich ook voordoet zonder een uitlokkende factor (zo'n 50%)? Het Canadese onderzoek weersprekt dit, terwijl eerder onderzoek (Framingham)

wel in die richting wijst. De richtlijnen van het NHG en de Europese cardiologische richtlijnen geven hierover evenmin duidelijk advies. De Amerikaanse cardiologische richtlijnen adviseren wel anticoagulantia te starten, waarbij de arts het risicoprofiel en de episodeduur van AF moet meewegen. Wij zijn geneigd dit advies te volgen, zeker bij een patiënt met een goede levensverwachting en acceptabel bleedingsrisico. In andere gevallen doet de huisarts er verstandig aan om het anticoagulantiebeleid multidisciplinair en met de patiënt af te stemmen. ■

Quon MJ, et al. Anticoagulant use and risk of ischemic stroke and bleeding in patients with secondary atrial fibrillation associated with acute coronary syndromes, acute pulmonary disease, or sepsis. JACC: Clinical Electrophysiology Sep 2017;500 [epub ahead of print].

Overstappen op een ander merk levothyroxine

Linda Flinterman

- Inleiding

Een half miljoen Nederlanders heeft een schildklierandoening. In 2015 gebruikte ruim 70% van hen levothyroxine van het merk Thyrox® Duotab. Tussen februari 2016 en april 2017 was dit merk slecht verkrijgbaar en werden vrijwel alle patiënten gedwongen over te stappen op een ander merk levothyroxine. Omdat het vermoeden bestond dat zo’n overstap mogelijk niet zonder gevolgen zou blijven, onderzochten we de TSH-waarden en de kwaliteit van leven voor en na de overstap.
- Methoden

Uit de registraties van het NIVEL en het PHARMO-instituut selecteerden we patiënten bij wie de concentratie thyreotropine (TSH) was gemeten in de periode van januari 2014 tot september 2016. Daarnaast vulden 150 patiënten die overstapten driemaal een kwaliteit-van-levenvragenlijst in, eenmaal voor de overstap en vervolgens zes en twaalf weken na de overstap.
- Resultaten

De meeste patiënten stapten over van Thyrox® naar Euthyrox® [39%] of levothyroxine Teva® [56%]. Na een dosisneutrale overstap had ruim 30% van de patiënten een te laag TSH. Bij patiënten die meer dan 100 µg Thyrox® per dag gebruikten was dit zelfs meer dan 50%. Ruim een kwart van de ondervraagde patiënten voelde zich na de overstap slechter dan ervoor; het ziekteverzuim verdubbelde.
- Conclusie

Een dosisneutrale overstap van Thyrox® naar een ander merk levothyroxine brengt een reëel risico op overdosering met zich mee, met name voor patiënten die een hoge dosis gebruiken (> 100 µg).

ACHTERGROND

In het eerste kwartaal van 2016 ontstond er een tekort aan levothyroxinetabletten van het merk Thyrox® Duotab nadat de productielijn verplaatst was van Nederland naar Duitsland. De kwaliteitsverschillen tussen de oude en de nieuwe productielocatie bleken zo groot dat de productie een jaar lang moest worden stilgelegd. Het merk werd daardoor moeilijk verkrijgbaar en patiënten moesten overstappen. Alle merken levothyroxine bevatten weliswaar dezelfde werkzame stof, maar patiënten kunnen toch reageren op een overstap, bijvoorbeeld omdat het een nieuwe merk andere hulpstoffen bevat of omdat de verpakking verschilt.¹ Patiënten moeten daarom mogelijk opnieuw ingesteld worden. Toen bekend werd dat Thyrox® een tijdlang niet leverbaar zou zijn, heeft het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) aanbevelingen opgesteld om de overstap zo goed mogelijk te laten verlopen:

- start met een dosis levothyroxine die dicht bij de laatst gebruikte dosis Thyrox® ligt;
- controleer na zes weken de schildklierfunctie;
- zo nodig frequentere controle bij kinderen, zwangere vrouwen en patiënten die eerder moeilijk ingesteld konden worden.

Wij onderzochten welke gevolgen de gedwongen overstap naar een ander merk levothyroxine had voor patiënten.

METHODE

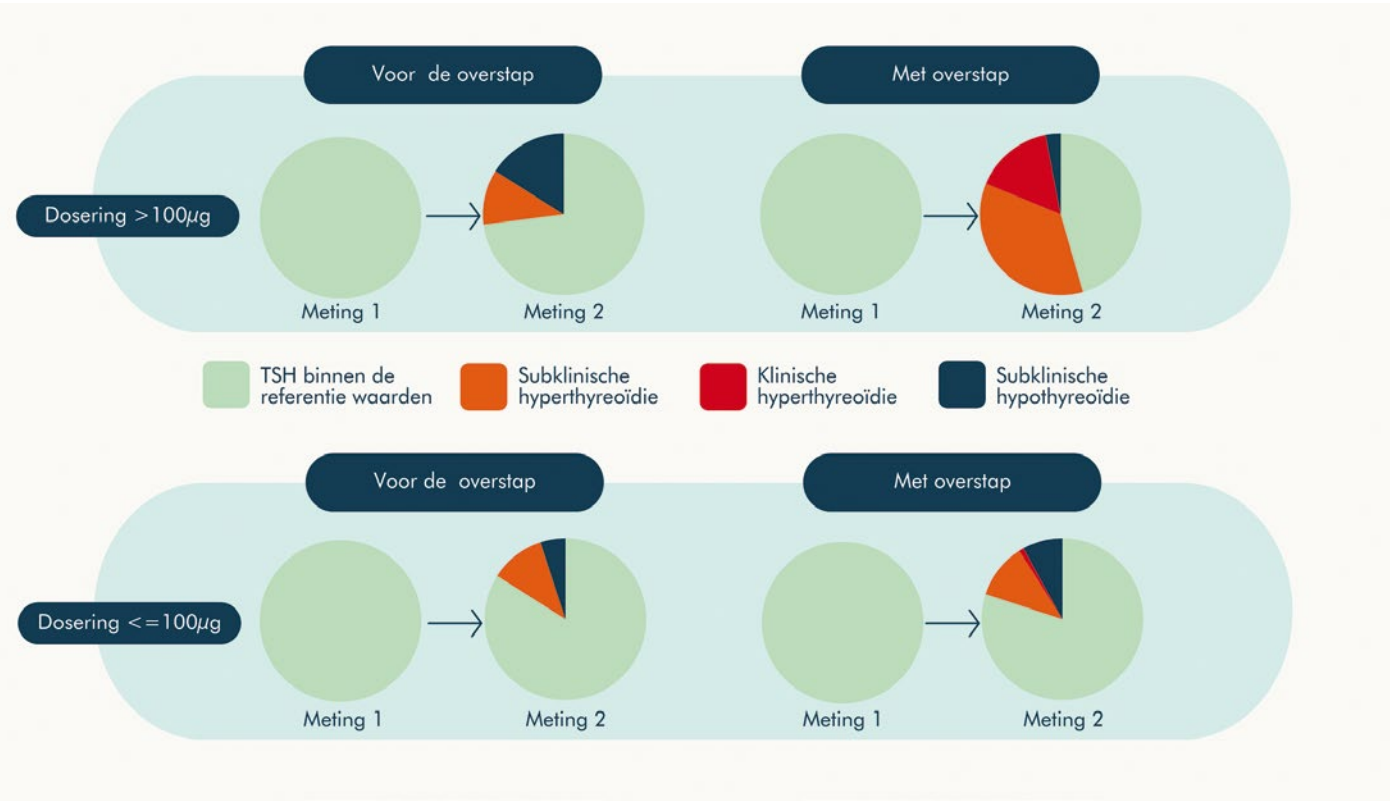
Dit onderzoek bestond uit drie deelonderzoeken, uitgevoerd in drie verschillende cohorten. In deelonderzoek 1 keken we, op basis van gegevens uit het PHARMO-Databasenetwerk (www.pharmo.nl), naar de variatie in de concentratie thyreotropine (TSH) over 2014, voordat de problemen met Thyrox® begonnen. In deelonderzoek 2 keken we naar de effecten van de overstap op de TSH-waarden op basis van de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (www.nivel.nl). Deelonderzoek 3 was een vragenlijstonderzoek onder schildklierpatiënten die waren overgestapt van Thyrox® naar een ander merk levothyroxine, om inzicht te krijgen in de effecten van de overstap op de kwaliteit van leven.

Deelonderzoek 1

Via het PHARMO-Databasenetwerk selecteerden we gegevens uit de Openbare Apotheek Databank en Klinische Laboratoria Databank over 4462 patiënten bij wie een TSH-meting was gedaan in 2014 én zes tot veertien maanden later, voordat de problemen met Thyrox® ontstonden.² Al deze patiënten ge-

Figuur

Ontwikkeling van de concentratie thyreotropine (TSH) bij twee cohorten Thyrox®-gebruikers die op het moment van de aanvangsmeting een normale TSH-waarde hadden



Deelonderzoek 1 [links, n = 3056]: ontwikkeling TSH bij Thyrox®-gebruikers in 2014, die niet overstapten op een ander merk levothyroxine [bron: PHARMO].² Deelonderzoek 2 [rechts, n = 1345]: ontwikkeling TSH bij Thyrox®-gebruikers in 2016, die overstapten op een ander merk levothyroxine [bron: NIVEL].³

bruikten meer dan 25µg Thyrox® per dag. Van deze patiënten hadden er 3056 bij de eerste meting een TSH-waarde binnen de referentiewaarden (0,4-4,0 mU/l).

Deelonderzoek 2

In deelonderzoek 2 gebruikten we de gegevens van 257 huisartsenpraktijken die deelnemen aan NIVEL Zorgregistraties eerste lijn.³ Binnen deze praktijken selecteerden we 1345 patiënten die voldeden aan de volgende inclusiecriteria:

- gebruikte > 25 µg Thyrox®;
- stapte tussen februari en september 2016 over naar een ander merk levothyroxine;
- gebruikte Thyrox® langer dan een jaar voor de overstap gemaakt werd;
- er was minstens één TSH-waarde beschikbaar voorafgaand aan de overstap en één TSH-waarde na de overstap;
- de TSH-meting na de overstap was niet eerder dan vier weken na de overstap gedaan;
- de dosering levothyroxine voor en na de overstap was bekend;
- de TSH-waarde lag vóór de overstap binnen de referentiewaarden.

Deelonderzoek 3

Via posters in wachtkamers bij artsen, berichten op internet en via de patiëntenvereniging rekruteerden we in 2016 patiënten met een schildklierandoening die Thyrox® gebruikten voor het vragenlijstonderzoek. De patiënten die deelnamen vulden driemaal een vragenlijst in, eenmaal voordat zij overstapten naar een ander merk, eenmaal zes weken na de overstap en eenmaal twaalf weken na de overstap. In totaal 288 patiënten namen deel aan dit deelonderzoek; 150 van hen vulden alle drie de vragenlijsten in. In dit deelonderzoek gebruikten we de ThyPRO-vragenlijst, die ingaat op ervaren klachten en kwaliteit van leven.⁴ De deelnemers werd steeds ook gevraagd naar het ziekteverzuim in de afgelopen zes weken.

Analyse

Overeenkomstig de NHG-Standaard Schildklierandoeningen verdeelden we de TSH-waarden in drie categorieën: laag (TSH < 0,4 mU/l), normaal (TSH 0,4 tot en met 4,0 mU/l) en hoog (TSH > 4,0 mU/l).⁵ We vergeleken de TSH-waarden voor en na de overstap voor patiënten die overstapten naar dezelfde dosering. We maakten daarnaast een uitsplitsing tussen patiënten die een lage dosering levothyroxine gebruikten (≤ 100 µg per dag) en patiënten die een hoge dosering gebruikten

WAT IS NIEUW?

- De meeste goed ingestelde schildklierpatiënten die minder dan 100 µg Thyrox[®] per dag gebruiken, kunnen zonder problemen overstappen naar eenzelfde dosis van een ander merk levothyroxine.
- Patiënten die meer dan 100 µg Thyrox[®] per dag gebruiken, lopen een aanzienlijk risico op ontregeling bij overstappen op een ander merk: bij meer dan de helft werd de TSH-waarde te laag.
- Na een overstap stijgen het aantal klachten en het ziekteverzuim.

WAT IS BEKEND?

- Alle merken levothyroxine bevatten dezelfde werkzame stof, maar patiënten kunnen toch verschillend reageren op een overstap naar een ander merk.
- Als de schildklierpatiënt goed ingesteld is, is het het best de dosis levothyroxine gelijk te houden bij een switch.

(> 100 µg per dag), omdat de gevolgen van een overstap bij een hoge dosering mogelijk groter zijn. De antwoorden op de drie ingevulde ThyPRO-vragenlijsten vergeleken we met behulp van een gepaarde t-toets.

RESULTATEN

Deelonderzoek 1: TSH-waarden zonder overstap

Van de patiënten die in 2014 meer dan 100 µg Thyrox[®] per dag gebruikten en die bij de eerste meting een normale TSH-waarde hadden, had 27% bij de tweede meting, zonder dosisaanpassing, een TSH-waarde buiten de referentiewaarden. Van degenen die minder dan 100 µg Thyrox[®] gebruikten, had 16% bij de tweede meting een TSH-waarde buiten de referentiewaarden ([figuur], deelonderzoek 1).

Bij een hoge dosering zijn de gevolgen van een overstap groter

Deelonderzoek 2: TSH-waarden met overstap

De meeste patiënten stapten over van Thyrox[®] naar Euthyrox[®] (39%) of levothyroxine Teva (56%). Van de patiënten die overstapten op dezelfde dosering en die vóór de overstap een normale TSH-waarde hadden, had ruim 60% na de overstap nog steeds een normale TSH-waarde. Dit suggereert dat het advies om de dosis bij een overstap gelijk te houden meestal terecht is. Echter, patiënten die meer dan 100 µg Thyrox[®] per dag gebruikten, hadden meer kans op een te laag TSH na de overstap. Van de patiënten die een normale TSH-waarde hadden bij een hoge dosering Thyrox[®] had meer dan de helft bij dezelfde dosering van een ander merk een te

laag TSH en ontwikkelde 16% zelfs klinische hyperthyreoïdie ([figuur], deelonderzoek 2). Kortom, de overstap naar een ander merk levothyroxine zorgde bij patiënten die meer dan 100 µg Thyrox[®] gebruikten voor een verdubbeling van het aantal patiënten met een te laag TSH ($p < 0,001$).

Deelonderzoek 3: kwaliteit van leven

Van de 150 patiënten die de drie vragenlijsten invulden, had 28% na de overstap meer klachten dan tevoren, voornamelijk vermoeidheid, hartkloppingen en gewrichtspijn. De toename van de klachten ging vergezeld van een toename van het ziekteverzuim. Vóór de overstap had 5% van de respondenten verzuimd in de voorgaande zes weken, na de overstap was dit 11%. Voor de overstap gaf 38% van de respondenten aan dat ze minder sportten vanwege hun aandoening, na de overstap was dat 58%.

BESCHOUWING

De overstap van Thyrox[®] naar een ander merk levothyroxine leidt bij een substantieel deel van de patiënten tot afwijkingen in de TSH-waarden. Patiënten die meer dan 100 µg per dag gebruiken, ondervonden meer effecten van de overstap dan patiënten die een lagere dosering gebruikten. Voor het merendeel van de patiënten lijkt een dosisneutrale overstap de beste optie, maar voor patiënten die een hoge dosering Thyrox[®] gebruikten is de kans op een te laag TSH bij een dosisneutrale overstap aanzienlijk. Dit duidt op een verschil tussen Thyrox[®] en andere merken levothyroxine.

Het ziekteverzuim verdubbelde in de eerste twaalf weken na de overstap op een ander merk levothyroxine. Het is daarom raadzaam om patiënten die overstappen goed te monitoren, ook wanneer zij dezelfde dosis blijven gebruiken.

Beperkingen

Ons onderzoek had een aantal beperkingen. Ten eerste was het geen gerandomiseerd onderzoek. Ten tweede was de follow-up kort, tot twaalf weken na de overstap. Hierdoor kunnen wij niets zeggen over eventuele langetermijneffecten. Een derde beperking is dat we alleen gekeken hebben naar patiënten van wie zowel voor als na de overstap gegevens beschikbaar waren. Er kan dus selectiebias zijn opgetreden doordat huisartsen bij bepaalde patiënten wel een TSH-meting aanvragen en bij anderen niet. Een vierde beperking is dat in het vragenlijstonderzoek patiënten die klachten hadden na de overstap, wellicht eerder geneigd waren om de vervolgvragenlijsten in te vullen dan patiënten zonder klachten. Vergelijking van de TSH-metingen liet echter geen verschil zien tussen patiënten bij wie het TSH wel en patiënten bij wie het TSH niet gemeten was na de overstap. Dit maakt de aanwezigheid van selectiebias minder waarschijnlijk.

CONCLUSIE

Op basis van ons onderzoek is de volgende aanbeveling toegevoegd aan de bestaande aanbevelingen voor patiënten die



De gevolgen van een overstap zijn bij een hoge dosering groter.

Foto: ANP Foto

een hoge dosering levothyroxine gebruiken en die gedwongen moeten overstappen op een ander merk. Patiënten die meer dan 100 µg Thyrox[®] per dag gebruiken, hebben vaker een dosisaanpassing nodig dan patiënten met een lagere dosering. Bij de overstap kunnen patiënt en arts in samenspraak kiezen voor een lagere dosering van het alternatieve merk. ■

LITERATUUR

1. Lareb: andere verpakking Thyrox gaf ontregeling. Pharmaceutisch Weekblad 2015;(30/31).
2. Van Herk-Sukel MP, Kuiper G, Houben E, Herings RM et al. Het effect van de omzetting van Thyrox Duotab op de schildklierhormoonconcentratie in het bloed. Rapport. Utrecht: PHARMO-instituut, 2016.
3. Flinterman L, Hek K, Van Dijk L, Korevaar J. Gevolgen van het tekort aan Thyrox Duotab voor patiënten: veel patiënten ervaren klachten na gedwongen overstap. Utrecht: NIVEL, 2017.
4. Watt T, Hegedüs L, Groenvold M, Bjorner JB, Rasmussen AK, Bonnema SJ, et al. Validity and reliability of the novel thyroid-specific quality of life questionnaire, ThyPRO. Eur J Endocrinol 2010;162:161-7.

5. Van Lieshout J, Felix-Schollaart B, Bolsius EJM, Boer AM, Burgers JS, Bouma M, et al. NHG-Standaard Schildklier-aandoeningen (Tweede herziening). Huisarts Wet 2013;56:320-30.

Flinterman LE. Overstappen op een ander merk levothyroxine. Huisarts Wet 2018;61(3):14-7. DOI: 10.1007/s12445-018-0055-x. NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, Utrecht: dr. L.E. Flinterman, onderzoeker, namens het onderzoeksteam van het NIVEL en het PHARMO instituut, l.flinterman@nivel.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Het onderzoek ontving een subsidie van ZonMw (dossiernummer 848050005).

Dit artikel is gebaseerd op de onderzoeksrapporten Gevolgen van het tekort aan Thyrox Duotab voor patiënten: veel patiënten ervaren klachten na gedwongen overstap [Utrecht: NIVEL, 2017] en Het effect van de omzetting van Thyrox Duotab op de schildklierhormoonconcentratie in het bloed. [Utrecht: PHARMO-instituut, 2016].

Linkerventrikelhypertrofie op het ecg

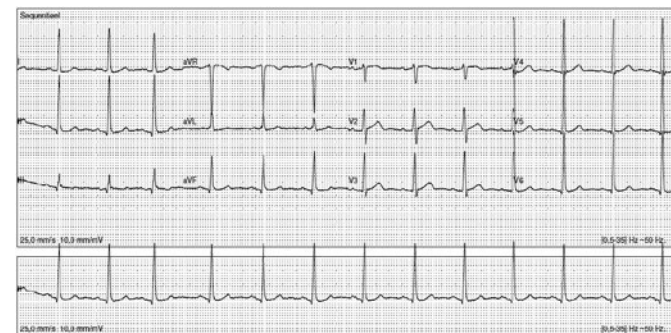
Ralf Harskamp, Pepijn Vroon, Louis Handoko

Op uw spreekuur verschijnt een 57-jarige man van wie bekend is dat hij hypertensie en een intermediair cardiovasculair risicoprofiel heeft. U laat een ecg maken, waarop een sinusritme zichtbaar is. Er zijn ook aanwijzingen voor een linkerventrikelhypertrofie. Bij lichamelijk onderzoek constateert u geen afwijkende bevindingen; zo is er geen hartgeruis en ziet u ook geen uitgesproken links-rechts bloeddrukverschil. Wat moet u met deze ecg-bevindingen en wat zijn de prognostische consequenties en mogelijke behandelingen?

Om antwoord te vinden op vragen uit de casus van de 57-jarige man hebben we een literatuuronderzoek verricht. We hebben PubMed geraadpleegd met de zoekcriteria: 'left ventricular hypertrophy' (MeSH en 'all fields') en 'electrocardiogram' (MeSH en 'all fields') of 'electrocardiography' (MeSH en 'all fields') en 'primary care' (MeSH en 'all fields') of 'general population'. We hebben mensgebonden, origineel onderzoek, overzichtsartikelen en meta-analyses meegenomen die in het Engels of Nederlands zijn gepubliceerd. Dat leverde 175 artikelen op. We bekeken of deze artikelen informatie bevatten over ecg-criteria, een correlatie met beeldvorming, oorzaken, consequenties en adviezen over het vervolgen van LVH. We hebben ook gezocht binnen de literatuurverwijzingen van artikelen. Daarnaast hebben we relevante richtlijnen en UpToDate geraadpleegd. De laatste zoekdatum was 1 november 2017.

RESULTATEN

Met LVH bedoelt men in het algemeen een toename van de linkerventrikelmassa en/of -omvang.¹ Onderliggende factoren die drukoverbelasting veroorzaken zijn in de eerste plaats hypertensie en in de tweede plaats aortaklepstenose.¹⁻³ Oorzaken voor volumeoverbelasting zijn andere klepgebreken, zoals aortaklepinsufficiëntie en mitralisklepinsufficiëntie, en/of hartfalen. Daarnaast kan LVH ook ontstaan door remodelering na een myocardinfarct. Zeldzame oorzaken zijn coarctatie van de aorta en hypertrofische cardiomyopathie.¹⁻³ LVH moet men via cardiale beeldvorming, zoals echografie, vaststellen, maar indirect zijn deze veranderingen ook zichtbaar op het ecg, een fenomeen dat in de huisartsenpraktijk vaak voorkomt. Volgens schattingen is de prevalentie van LVH bij patiënten met hypertensie in de huisartsenpraktijk 8 tot 20%.^{4,5} De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement stelt dat de consequentie van een gediagnosticeerd LVH



Figuur

Het ecg met voltageafwijkingen passend bij LVH

niet anders is dan die bij de diagnose hypertensie, namelijk adequate behandeling.⁶

ECG-CRITERIA

Electrocardiografisch zien we bij LVH een vergrote amplitude van de QRS-complexen over meerdere afleidingen, hetgeen een weerspiegeling is van grotere elektrische activiteit door toegenomen myocardiale spiermassa [figuur]. Er bestaat hierbij geen gouden standaard en de meeste ecg-softwareprogramma's gebruiken een of meer criteria (onder andere Cornell, Sokolow-Lyon, Romhilt-Estes). Naast deze voltageafwijkingen passen er ook andere 'non-voltage'-ecg-afwijkingen bij LVH.^{3,7} Dit betreft tragere depolarisatie (QRS-verbreding, bijvoorbeeld R-golfpiek V5-V6 >50ms) en tragere repolarisatie (abnormale ST-segmenten of T-golven, 'strain-patroon'). Het typische patroon bestaat uit ST-segmentdeviatie in tegenovergestelde richting van het QRS-complex, de zogenoemde 'disconcordantie', met daarbij T-topinversie.^{3,7}

DE KERN

- Linkerventrikelhypertrofie [LVH] is veelal het gevolg van hypertensie en hartklepgebreken.
- Er bestaat discrepantie tussen LVH zoals gezien op het ecg en cardiale beeldvorming [echo of MRI].
- LVH op het ecg is gerelateerd aan hart- en vaatziekten, hartritmestoornissen en plotse hartdood.
- Regressie van LVH is mogelijk bij adequate behandeling en leidt tot een verbeterd cardiovasculair risico.

Veel patiënten met anatomische LVH worden ten onrechte op basis van ecg-criteria geclassificeerd



LVH op het ecg is gerelateerd aan een verhoogd risico op overlijden aan hart- en vaatziekten.

Foto: iStock

OVEREENSTEMMING ECG EN CARDIALE BEELDVORMING

Het ecg geeft informatie over de elektrische status en is geen directe afspiegeling van myocardiale massa. Dit blijkt ook als we kijken naar de beperkte mate van overeenstemming tussen ecg-criteria voor LVH en linkerventrikelmassabepalingen zoals verricht met gouden standaarden als echografie en MRI. De specificiteit van het ecg is hierbij 71 tot 100% en de sensitiviteit 7 tot 68%. Deze factoren worden beïnvloed door leeftijd, geslacht, etniciteit, BMI, roken, longlijden en bijkomende hartziekte.⁸⁻¹¹ De positief voorspellende waarde van deze ecg-criteria voor LVH is bij hypertensiepatiënten in de eerste lijn ongeveer 20 tot 30%; de negatief voorspellende waarde is 70 tot 80%. Dit betekent dat een groot deel van de patiënten met anatomische LVH ten onrechte op basis van ecg-criteria wordt geclassificeerd. Ondanks deze tekortkomingen blijkt het ecg bruikbaar in de eerste lijn, want het LVH zoals gemeten op het ecg geeft prognostische informatie over toekomstige cardiovasculaire gevolgen.^{1,12,13}

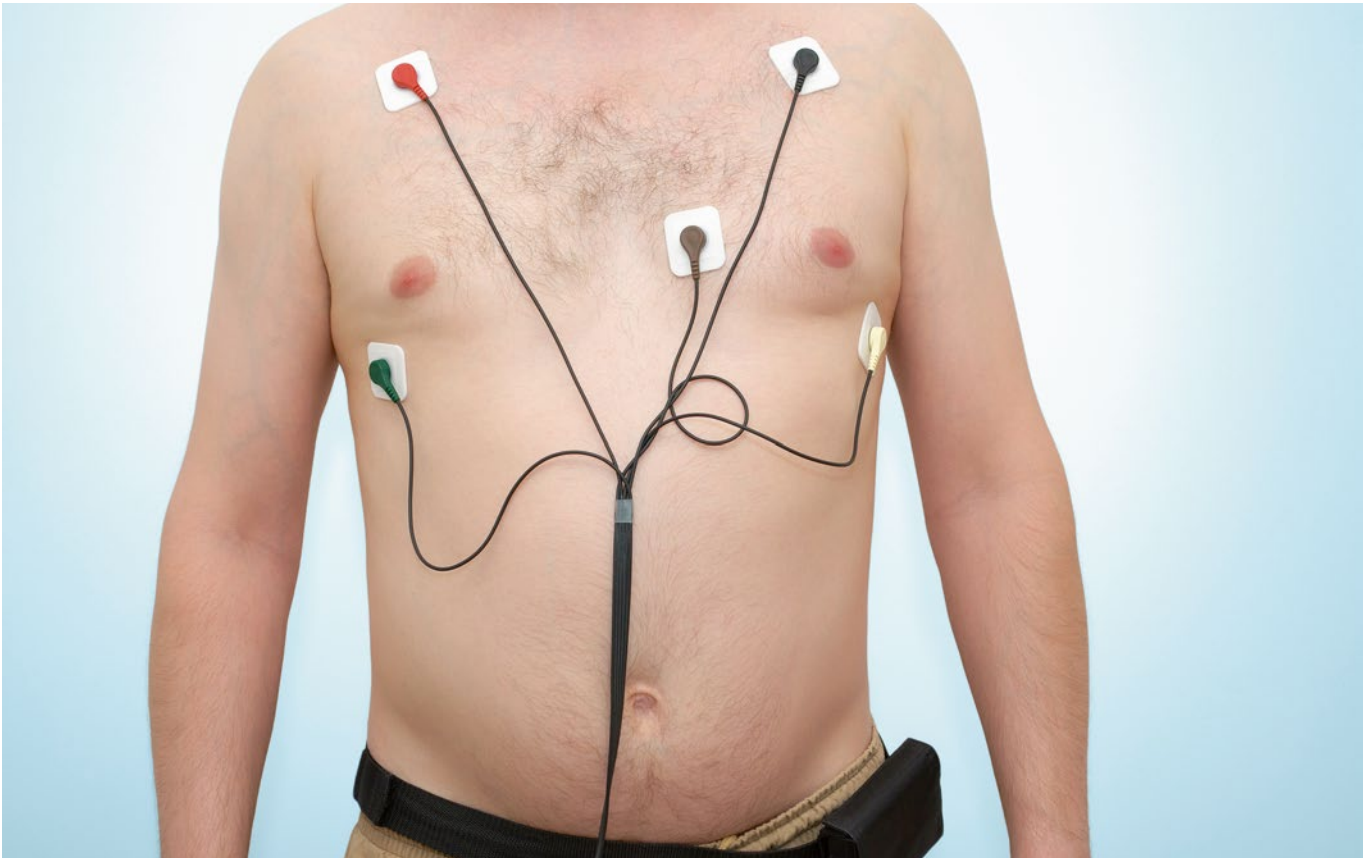
PROGNOSTISCHE IMPLICATIES VAN LVH OP HET ECG

LVH kent een aantal ongunstige eigenschappen die cardiovasculaire complicaties in de hand werken.^{14,15} LVH zorgt onder andere voor 1) een verlengde actiepotentiaalduur met een risico op hartritmestoornissen; 2) verminderde tolerantie voor myocardiale ischemie door grotere zuurstofbehoefte en verminderd vermogen om de coronaire bloedstroom te verhogen

(coronary flow reserve); 3) myocardiale fibrose door ongunstige remodelering ten gevolge van chronisch verhoogde druk, hetgeen uiteindelijk tot hartfalen kan leiden. Het is dan ook niet verwonderlijk dat LVH op het ecg in grote populatieonderzoeken gerelateerd is aan een vijf- tot achttmaal verhoogd risico op overlijden aan hart- en vaatziekten. Daarbij bestaat er een relatie met zowel ischemische hartziekte, hartfalen en boezemfibrilleren, als het optreden van TIA/CVA.¹⁶⁻²¹ De relatie met cardiovasculaire ziekte wordt sterker boven de 55 jaar²² en is consistent voor verschillende ecg-criteria, sekse en etniciteit.²³ Tot slot verbeteren bestaande risicopredictiemodellen, zoals de HeartScore en de Framingham risk score, verder als men LVH op het ecg als risicofactor meeneemt.^{24,25}

HET MODULEREN VAN LVH BIJ HYPERTENSIE

Gezien het verhoogde cardiovasculaire risico van LVH bij hypertensie en een modificeerbaar aangrijpingspunt stelt de NHG-Standaard terecht dat de belangrijkste taak van de huisarts het reguleren van de bloeddruk is.⁶ Een onlangs gepubliceerde analyse op basis van de SPRINT-trial laat zien dat het intensiveren van bloeddrukregulatie leidt tot LVH-regressie.²⁶ Regressie van LVH hangt op haar beurt samen met een verbeterde hartfunctie en een kleinere kans op hartfalen,²⁷ cardiovasculaire events,²⁸⁻³¹ hartritmestoornissen³² en acute hartdood,³³ onafhankelijk van de mate van bloeddrukverlaging.^{30,34} Van de volgende niet-medicamenteuze interventies heeft



Het ecg geeft informatie over de elektrische status en is geen directe afspiegeling van myocardiale massa.

Foto: iStock

onderzoek aangetoond dat ze tot LVH-regressie leiden: het verminderen van de zoutinname,³⁵ gewichtsreductie,³⁶ het opsporen en behandelen van slaapapneu³⁷ en het vermijden van NSAID's.¹⁴ Uit meta-analyses blijkt dat angiotensinereceptor-blokkers (ARB) bij antihypertensiva beduidend effectiever zijn dan bètablokkers.³⁸⁻⁴⁰ De afname in linkerventrikelmassa zien we het snelst bij ACE/ARB (<6 maanden).¹⁴ Naast een goede bloeddrukregulatie moet u hypokaliëmie en bradycardie proberen te voorkomen, vanwege het verhoogde proaritmogene karakter bij LVH.¹⁵

NADERE DIAGNOSTIEK EN REDENEN TOT VERWIJZEN

Bij therapieresistente hypertensie krijgen de meeste patiënten met LVH op het ecg een verwijzing naar de tweede lijn voor nadere diagnostiek.⁶ Verder is het verstandig om patiënten naar de cardioloog te verwijzen om zeldzamere, intrinsieke aandoeningen (cardiomyopathie) uit te sluiten bij een ecg met een bij toeval gevonden LVH wanneer er geen sprake is van hypertensie. Dat geldt zeker als het om relatief jonge mensen gaat, of indien de patiënt en/of diens familieleden bekend zijn met genetische hartaandoeningen.^{4,11,14,40-44} Uiteraard verwijst u de patiënt ook wanneer er naast LVH een verdenking bestaat op coronaire hartziekte, hartfalen en hartritmestoornissen.^{14,42,45}

CONCLUSIE

Uw 57-jarige patiënt heeft een intermediair cardiovasculair risico bij hypertensie en op zijn ecg zijn criteria voor LVH

zichtbaar. U hebt LVH op het ecg als een risicoverhogende factor meegenomen. Op grond van ons literatuuronderzoek menen wij dat LVH op het ecg een modificeerbare risicofactor is, waarbij we de gunstige effecten van LVH-regressie niet uitsluitend kunnen toeschrijven aan bloeddrukregulatie. Hoewel alle antihypertensiva regressie van LVH kunnen bewerkstelligen, bestaat er een (lichte) voorkeur voor ARB/ACE-remmers en zijn bètablokkers het minst gunstig. ■

LITERATUUR

1. Bacharova L, Schocken D, Estes EH, Strauss D. The role of ECG in the diagnosis of left ventricular hypertrophy. Curr Cardiol Rev 2014;10:257-61.
2. Katholi RE, Couri DM. Left ventricular hypertrophy: major risk factor in patients with hypertension: update and practical clinical applications. Int J Hypert 2011;49:5349.
3. Edhouse J, Thakur RK, Khalil JM. ABC of clinical electrocardiography. Conditions affecting the left side of the heart. BMJ 2002;324:1264-7.

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

Harskamp RE, Vroon P, Handoko ML. Linkerventrikelhypertrofie op het ecg. Huisarts Wet 2018;61:18-20. DOI: 10.1007/s12445-018-0050-2. Afdeling huisartsgeneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam: R.E. Harskamp, postdoctoraal onderzoeker in opleiding tot huisarts, r.e.harskamp@amc.nl. Medisch Centrum Seinhorst, Hilversum: P. Vroon, huisarts en huisarts-opleider AMC. Afdeling cardiologie, VU Medisch Centrum, Amsterdam: M.L. Handoko, cardioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

24/7 een soa-test uit de muur, of toch maar niet?

Jan van Bergen

Jaarlijks worden meer dan 50.000 online soa-thuistests gekocht.

Foto: iStock

Soa-zelftests zijn te koop bij drogisterij en apotheek en steeds vaker ook via het internet. Men onderscheidt doe-het-zelftests, waarbij de patiënt zelf het resultaat afleest, en zelfafnametests, waarbij de patiënt zelf materiaal afneemt en dat opstuurt naar een laboratorium. In het algemeen zijn zelfafnametests veel betrouwbaarder. Zelftests zijn anoniem en laagdrempelig, maar er zijn ook risico's: de juiste testkeuze is niet gegarandeerd, niet alle tests zijn betrouwbaar en nazorg, zoals partnerwaarschuwing, is niet geregeld. In snel tempo komen er online keuzehulpen en e-healthtoepassingen beschikbaar, maar de meerwaarde van zelfdiagnostiek naast huisarts en GGD moet nog onderzocht worden.

De laatste tijd is er veel aandacht voor soa-zelftests die over de toonbank of op het internet worden aangeschaft.^{1,2} Medische thuistests zijn sowieso een groeiende markt: ongeveer 15% van de volwassen Nederlanders zegt er ooit een te hebben gedaan.³ Soa-zelftests zijn aantrekkelijk omdat ze thuis kunnen worden gedaan, zodat privacy en anonimiteit gewaarborgd zijn. Het RIVM gaf in een recent rapport als voorzichtige schatting dat er jaarlijks ongeveer 50.000 online soa-thuistests worden gedaan.⁴ Dat is een ondergrens, want veel aanbieders geven geen cijfers. Ter vergelijking: in 2016 testten de Centra voor Seksuele Gezondheid 143.139 bezoekers op een soa.⁵ In een recent

Amsterdams onderzoek gaf 1 à 2% van de respondenten aan in het afgelopen jaar een soa-zelftest te hebben gedaan en van de patiënten met verhoogd risico, bijvoorbeeld degenen die zich afgelopen jaar bij de GGD hadden laten testen, gaf 5 tot 9% aan dat ze ook een soa-zelftest hadden gebruikt.⁶

DOE-HET-ZELFTESTS EN ZELFAFNAMETESTS

Thuistests zijn doe-het-zelftests of zelfafnametests. Bij een doe-het-zelftest doet de testpersoon alles zelf: materiaal afnemen, de test uitvoeren en de resultaten aflezen – denk

DE KERN

- Zelftests bij soa's zijn in opmars; bij doe-het-zelftests leest de patiënt zelf het resultaat af, bij zelfafnametests wordt het materiaal getest in een laboratorium.
- Zelfafnametests zijn veel betrouwbaarder, doe-het-zelftests zijn alleen voor hiv betrouwbaar.
- De anonimiteit, autonomie en laagdrempeligheid van zelftests bevorderen de vroegdiagnostiek, maar er is een reëel risico op zowel over- als onderdiagnostiek.
- Er is een snel groeiend aanbod van e-health en online keuzehulpen; het zou goed zijn dat aanbod via thuisarts.nl verantwoord te ontsluiten.



Figuur 1

In Den Haag kun je een soa-zelfafnametest uit de muur trekken.¹

bijvoorbeeld aan een zwangerschapstest. Bij een zelfafnametest neemt de testpersoon wel zelf het materiaal af, maar stuurt hij of zij het vervolgens naar een laboratorium dat de uitslag terugstuurt. Zelfafnametests worden daarom ook wel 'labzelftests' genoemd. Beide zelftests kun je thuis doen, dus de benaming 'thuis-test' maakt eigenlijk geen goed onderscheid. Daarom wordt internationaal gepleit voor een duidelijker nomenclatuur.⁷

Doe-het-zelftests en zelfafnametests zijn te koop in drogisterijen en apotheken, of te bestellen via het internet. In een recent onderzoek werden twintig online aanbieders van soatests gevonden: twaalf die zelfafnametests aanboden en acht aanbieders van doe-het-zelftests. De prijzen voor zelfafnametests

tests op meerdere pathogenen en voor meerdere lichaamslocaties aanvraagt.

BETROUWBAARHEID

Doe-het-zelftests

In drogisterijen en op het internet is een keur aan doe-het-zelftests te koop, maar er is een probleem met hun betrouwbaarheid voor de gewone soa's. De testeigenschappen van veel doe-het-zelftests, zoals sensitiviteit en specificiteit, zijn veelal niet terug te vinden in de wetenschappelijke literatuur en voorzover ze bekend zijn, schieten ze soms ernstig tekort.⁸ De sensitiviteit van een *Chlamydia*-zelftest, nota bene met CE-keurmerk, scoorde bij onderzoek slechts 12%.⁹ Daarbij komen nog mogelijke fouten bij de uitvoering en het aflezen door de gebruiker. Dit alles is voldoende reden om doe-het-zelftests voor gewone soa's zoals *Chlamydia*, gonorroe en syfilis vooralsnog af te raden.^{3,4,8-10}

Voor hiv zijn er wel betrouwbare doe-het-zelftests op de markt met een sensitiviteit van meer dan 95% en een specificiteit van 99%, ook als ze in levenschte omstandigheden door 'leken' worden uitgevoerd.¹¹ In 2016 heeft de WHO hiv-zelftests na een formele evaluatie omarmd als aanvullende strategie om de hiv-epidemie een halt toe te roepen.^{12,13} Wel moet, ondanks de hoge specificiteit, een positieve uitslag op een zelftest altijd bevestigd worden vanwege de kans op een foutpositieve uitslag. Sinds kort hebben de Plus-apotheken in Nederland een betrouwbare hiv-zelftest in het assortiment opgenomen.

Anonimiteit en autonomie maken zelftests aantrekkelijk

lagen in de orde van € 33 voor *Chlamydia* tot € 63 voor een combinatietest op gonorroe en *Chlamydia*; de gemiddelde prijs was € 47,42 (SD 17,04). De goedkoopste doe-het-zelftests kostten € 15 voor een hiv- of *Chlamydia*-test, de gemiddelde prijs was € 21,88 (SD 6,92). De tarieven voor soa-tests die worden aangevraagd door de huisarts variëren per lab; een gangbare prijs voor een PCR-NAAT is € 30 plus € 10 per order. De prijs neemt substantieel toe als de huisarts meerdere

Zelfafnametests

Zelfafnametests kunnen zonder tussenkomst van zorgverleners aangeschaft worden bij laboratoria, privé-aanbieders en via het internet. Je kunt ze zelfs uit de automaat trekken [figuur 1].¹ De testpersoon ontvangt de uitslagen rechtstreeks van het laboratorium. Als het laboratorium gecertificeerd is, zijn de testeigenschappen en testprocedures veel beter gewaarborgd dan bij doe-het-zelftests; de betrouwbaarheid van de uitslagen is vergelijkbaar met die van reguliere tests die huisartsen en GGD's laten uitvoeren.

DE JUISTE TEST OP HET JUISTE MOMENT

Naast de betrouwbaarheid van soa-zelftests is een belangrijk aandachtspunt of de gebruiker de juiste test uitvoert op de juiste lichaamslocaties en met inachtneming van de juiste vensterperiode.

Als een getrouwde biseksuele man tijdens een onbezonnen darkroombezoek in een dronken bui onbeschermd anale seks heeft gehad en via internet een hiv-test aanschafte omdat hij ernstig ongerust is, zal die test geen enkele meerwaarde hebben en kan die zelfs de route naar adequate zorg in de weg staan. Deze man heeft informatie nodig over de indicatie voor PEP, over de verschillende vensterperiodes voor hiv en soa's, en over de zinbaarheid van een complete soa-check inclusief anale tests. Wellicht heeft hij ook behoefte aan een goed gesprek over de plaats van biseksualiteit in zijn leven.

Wie een *Chlamydia*-zelfafnamepakket aanvraagt via een internetlaboratorium krijgt vaak meteen ook de optie voor gonorroe, trichomonas en mycoplasma aangeboden – soms zelfs ook tests op andere infecties zoals *Candida*, HPV of bac-

teriële vaginose. De aspirant-koper stelt zich bloot aan dure, onnodige en schadelijke overdiagnostiek.

KEUZEHULPEN EN E-BEGELEIDING

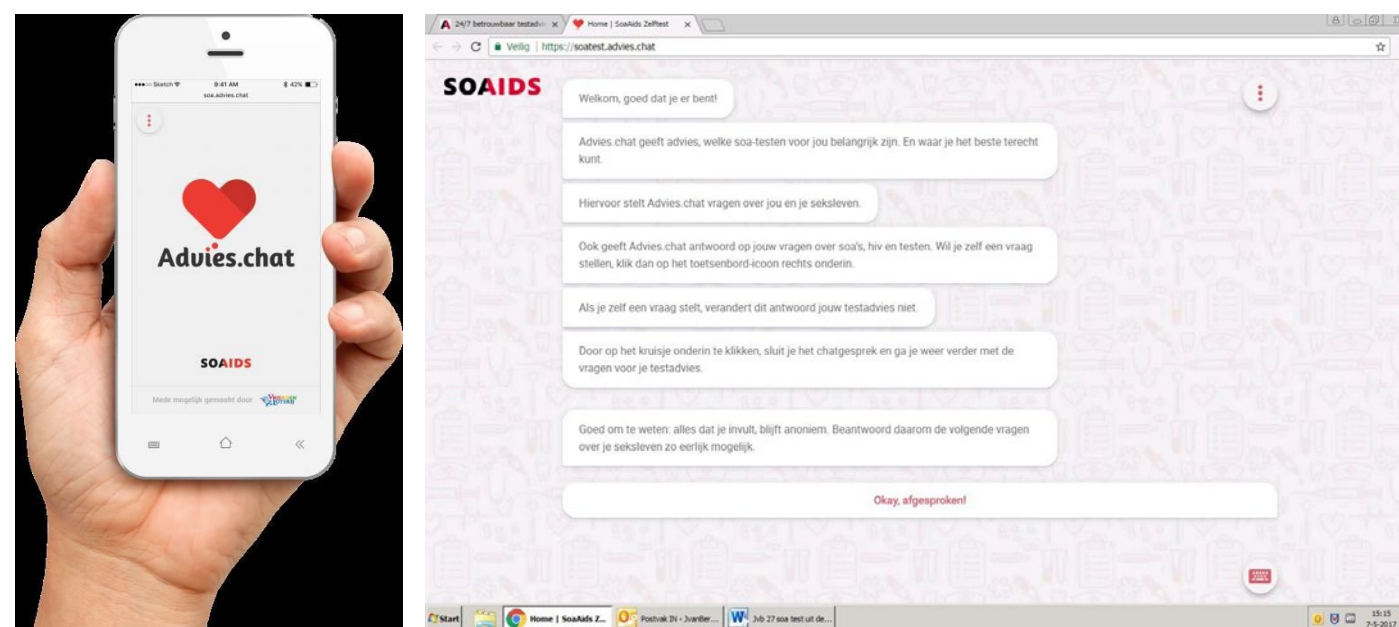
Het verdient de voorkeur dat mensen met vragen rondom een soa naar een huisarts of GGD gaan voor een advies op maat, op basis van een zorgvuldige anamnese en volgens de vigerende richtlijnen. Maar niet iedereen wil dat. Voor mensen die op zoek zijn naar een betrouwbare soa-test, heeft Soa Aids Nederland de website Advies.chat gelanceerd ([https://](https://soatest.advies.chat)

Veel doe-het-zelftests schieten ernstig tekort

soatest.advies.chat), die gebaseerd is op de NHG-Standaard Het soa-consult.¹⁴ Aan de hand van vragen die huisarts en GGD ook zouden stellen, krijgt de bezoeker anoniem advies welke soa en welke lichaamslocaties getest moeten worden. De chatrobot beantwoordt desgewenst ook aanvullende informatieve vragen. Advies.chat vermeldt in het uiteindelijke testadvies altijd de huisarts als eerste aanspreekpunt.² Bezoekers die niet naar een huisarts of GGD willen of kunnen, kunnen meteen doorklikken naar aanbieders van zelfafnametests. Deze aanbieders voldoen aan een aantal kwaliteitseisen met betrekking tot de tests zelf – een volledig aanbod van gevalideerde tests conform de NHG-Standaard – en met betrekking tot prijsstelling, ondersteuning bij positieve uitslag en aandacht voor partnerwaarschuwing.⁴

Figuur 2

De keuzehulp Advies.chat adviseert bij de keuze voor de juiste soa-test. Zie ook www.soa aids.nl/nl/professionals/toolkit.



ONTWIKKELINGEN IN DE SOA-DIAGNOSTIEK

De ontwikkelingen in de diagnostiek van soa's gaan razend-snel, niet alleen wat de zelftests betreft. Voor professionele zorgverleners is er snelle en betrouwbare *point of care*-diagnostiek waarmee binnen twee uur testuitslagen op alle soa's te verkrijgen zijn. De apparatuur is prijzig en alleen interessant

Advies.chat biedt begeleiding bij online testen op soa

bij een hoge omzet, ze wordt onder andere gebruikt in Dean Street, de grote Londense soa-kliniek. Handheld testing via een smartphone-app is een andere veelbelovende ontwikkeling, niet alleen voor professionals maar ook voor mensen die zichzelf en hun partner willen testen.

Ook op het gebied van seksualiteit zijn e-health en m-health volop in beweging. De community-site voor mannen die seks hebben met mannen (<https://mantotman.nl>) biedt handige informatie over eenvoudig en gratis testen via de GGD, waarbij de gebruiker het labformulier thuis kan downloaden en persoonlijk de uitslagen krijgt.¹⁷ Er is ook een digitale keuzehulp voor tests op een acute hiv-infectie (www.hebikhiv.nl).

BESCHOUWING

Laagdrempelig testen is een belangrijke strategie in de soabestrijding. Vroege opsporing en tijdige behandeling voorkomen niet alleen complicaties bij de patiënt zelf, maar verhinderen ook verdere transmissie – zeker ook van hiv.^{15,16} Het is goed dat er alternatieve testmogelijkheden bestaan wanneer de drempel voor een bezoek aan de huisarts te hoog is vanwege de kosten (eigen risico), het verlies van anonimiteit of botsende normen en waarden. De GGD's hebben mede daarom de soazorg in het leven geroepen als laagdrempelige aanvullende voorziening. De zelfdiagnostiek die nu in opmars is, kan eveneens een belangrijke bijdrage leveren aan vroegdetectie. Voor hiv is dat al aangetoond in diverse Afrikaanse landen.¹² Het anonieme karakter en de autonomie zijn voor patiënten aantrekkelijk, maar aan zelftests kleven ook nadelen. Niet alleen brengt een ten onrechte aangevraagde test overbodige kosten voor de patiënt met zich mee, maar een verkeerde of onbetrouwbare test kan schadelijk en zelfs gevaarlijk zijn omdat de patiënt zich ten onrechte gerustgesteld voelt. Betrouwbare tests zijn een eerste vereiste voor verantwoorde soa-zelfdiagnostiek. Op dit moment is van de meeste doe-het-zelftests voor soa's, met uitzondering van sommige hiv-tests, onduidelijk of ze wel betrouwbaar zijn; zelfafnametests waarbij thuis afgenomen materiaal opgestuurd kan worden naar

een laboratorium hebben de voorkeur.⁴ Een volgend vereiste is goede ondersteuning bij het zelftestproces. In de groeiende markt van zelftests is digitale begeleiding, zoals de keuzehulp van Advies.chat die biedt, een van de manieren om de kwaliteit van dat proces te bewaken.

SOA-ZELFTESTS, E-HEALTH EN DE ROL VAN DE HUISARTS

Zelfdiagnostiek bij soa's is een kleine, maar groeiende niche in het Nederlandse testlandschap, maar vooralsnog is de huisarts de belangrijkste aanbieder van soatests. Soazorg omvat meer dan alleen testen: ook adequate behandeling, counseling en partnerwaarschuwing zijn belangrijk. Er is wel steeds meer online ondersteuning. Via thuisarts.nl en www.soa-aids.nl is veel algemene informatie over soa's te vinden. Voor begeleiding bij testadviezen kan men terecht bij Advies.chat of Man tot man, voor veilig vrijen bij sense.info of bij vrijfijn.nl, voor partnerwaarschuwing bij partnerwaarschuwing.nl. Deze informatie en verwijzingen zouden ook op thuisarts.nl eenvoudig te vinden moeten zijn.

De huisartsenpraktijk biedt soazorg op menselijke maat; nader onderzoek naar de toegevoegde waarde van soa-zelftests en e-health is zeer gewenst. ■

LITERATUUR

1. In Den Haag trek je een soa-test gewoon uit de muur [internet]. NOSop3, 21 maart 2017. <https://nos.nl/op3>, geraadpleegd december 2017.
2. 24/7 betrouwbaar testadvies met eerste online soa-testwijzer Advies.chat [internet]. Amsterdam: Soa Aids Nederland; 2017. www.soa-aids.nl, geraadpleegd december 2017.
3. Ickenroth MHP, Ronda G, Dinant GJ, Van der Weijden T. Diagnostische zelftests: gebruik en betrouwbaarheid. Huisarts Wet 2015;58:74-6.

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

Van Bergen JE, 24/7 een soa-test uit de muur, of toch maar niet?. Huisarts Wet 2018;61:23-6. DOI: 10.1007/s12445-018-0064-9. AMC-UvA Amsterdam, afdeling Huisartsgeneeskunde; prof.dr. J.E.A.M van Bergen, bijzonder hoogleraar hiv en soa in de eerste lijn [tevens huisarts, Gezondheidscentrum Venserpolder, Amsterdam], jvanbergen@soa-aids.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: de auteur is ook werkzaam als programmaleider bij Soa Aids Nederland, een non-profitorganisatie die fondsen ontvangt via het RIVM, via projectsubsidies en via samenwerking met farmaceutische bedrijven. Er is een gedragscode ter voorkoming van beïnvloeding. De auteur is lid van het dagelijks bestuur van Hiv Transmissie Eliminatie Amsterdam (H-TEAM), dat gefinancierd wordt door onder andere het Aidsfonds, Amsterdam Diner, de gemeente Amsterdam en diverse farmaceutische bedrijven. De leerstoel hiv en soa in de eerste lijn ontvangt financiële ondersteuning van het Aidsfonds.

Beschouwing

De huisarts, atriumfibrilleren en falende beslisregels

Sander van Doorn, Geert-Jan Geersing

Atriumfibrilleren, de meest voorkomende hartritmestoornis, is een belangrijke risicofactor voor een ischemisch cerebrovasculair accident (CVA). Voor huisartsen is dit een uitdaging. De richtlijnen adviseren antistolling als het CVA-risico hoog is, maar hoe hoog precies is eigenlijk niet bekend. De meest gebruikte beslisregel, CHA2DS2-VASc, werkt in de huisartsenpraktijk anders uit dan in ziekenhuizen en de onzekerheid is sowieso groot. Voor veilige en doeltreffende profylaxe moet het risico op een CVA worden afgewogen tegen de risico's van anticoagulantia zoals vitamine K-antagonisten en direct orale antistollingsmiddelen (DOAC's). Bij het voorschrijven van DOAC's aan kwetsbare ouderen is voorzichtigheid geboden.

Atriumfibrilleren (AF) is de meest voorkomende hartritmestoornis. In de algemene bevolking is de prevalentie 1-2%, oplopend tot meer dan 15% onder ouderen boven de 85 jaar.^{1,2} Omdat AF ook een belangrijke risicofactor is voor een ischemisch CVA, is langdurige CVA-profylaxe door middel van

CASUS DE HEER HARKEMA

De heer Harkema, 71 jaar, bezoekt uw spreekuur in verband met hartkloppingen. Hij is bekend met een goed gereguleerde hypertensie. Bij controle is zijn bloeddruk 138/78 mmHg en de pols irregulair. Een ecg bevestigt uw vermoeden: atriumfibrilleren. Wat te doen?

anticoagulantia te overwegen.³ Die profylaxe brengt echter een bijkomend risico op bloedingen met zich mee. De richtlijnen raden daarom aan bij iedere AF-patiënt het risico op CVA te voorspellen, bijvoorbeeld met een klinische beslisregel, en anticoagulantia alleen voor te schrijven aan patiënten met een hoog risico.^{4,5} Dit klinkt eenvoudig, maar in de praktijk zijn er nogal wat haken en ogen. In deze beschouwing richten wij ons op drie daarvan:

- het voorspelde risico is onzeker en er zijn verschillen tussen huisartsenpraktijk en ziekenhuis;
- CVA-preventie met anticoagulantia;
- antistollingszorg bij CVA-preventie.



DE KERN

- Atriumfibrilleren is de meest voorkomende hartritme-stoornis en een belangrijke risicofactor voor CVA.
- Ook bij de meest gebruikte beslisregel, CHA2DS2-VASc, is de onzekerheid in het voorspelde CVA-risico groot.
- Wanneer men CHA2DS2-VASc toepast, moet men rekening houden met de ernst van de risicofactoren bij de individuele patiënt.
- Voor het afwegen van voor- en nadelen van CVA-profylaxe is een betere voorspelling van het risico van de gebruikte anticoagulantia nodig.

De meest gebruikte klinische beslisregel voor het risico op CVA bij AF is de CHA2DS2-VASc [tabel].⁶ Deze regel leidt tot een totale score die het individuele risico weergeeft, maar de externe validiteit van die score is onduidelijk. De resultaten uit validatieonderzoek zijn tegenstrijdig; CHA2DS2-VASc pretendeert laagrisicopatiënten te identificeren, maar er is discussie over het afkappunt (0, 1 of 2) waarboven anticoagulantia dan precies geïndiceerd zijn.^{7,8} We hebben daarom op basis van een systematische literatuurreview een meta-analyse uitgevoerd van het validatieonderzoek naar CHA2DS2-VASc voor AF-patiënten die nog geen anticoagulantia gebruikten.⁹

Atriumfibrilleren treft meer dan 15% van de ouderen boven 85 jaar

HOE BETROUWBAAR ZIJN BESLISREGELS?

In onze meta-analyse vonden we een duidelijk verschil tussen onderzoeken onder AF-patiënten in ziekenhuizen en onderzoeken onder AF-patiënten in de algemene bevolking (veelal huisartsenpraktijken). Het jaarlijks risico op CVA bij een CHA2DS2-VASc-score van 0, 1 of 2 was voor AF-patiënten in het ziekenhuis respectievelijk 0,4, 1,2 en 2,2%, voor huisartspatiënten was dit risico bij dezelfde score consequent lager: respectievelijk 0,2; 0,7 en 1,5%. AF-patiënten met dezelfde CHA2DS2-VASc-score lijken dus een verschillend risico op CVA te hebben, afhankelijk van de populatie waarin zij bestudeerd worden. Het ligt voor de hand dat verschillen in klinische kenmerken tussen patiënten in de huisartsenpraktijk en in het ziekenhuis dit verschil verklaren. De reden voor verwijzing naar de tweede lijn is vaak een gecompliceerde ziekte, bijvoorbeeld onvoldoende gereguleerde hypertensie, hartfalen of diabetes. Deze ‘iatrotrope stimulus’¹⁰ zorgt ervoor dat ziekenhuispatiënten gemiddeld zieker zijn dan huisartspatiënten. De CHA2DS2-VASc-score houdt echter geen rekening met de ernst van elke afzonderlijke risicofactor, hoewel die ernst wel degelijk lijkt samen te hangen met het risico op CVA.¹¹⁻¹³ Ook op andere punten leiden de validatieonderzoeken tot

heterogene uitkomsten. Wij berekenden voor elke CHA2DS2-VASc-score van 0, 1 of 2 een ‘95%-predictie-interval’ (95%-PI), dat wil zeggen de uitersten waartussen het geobserveerde CVA-risico zal liggen voor 95% van de deelnemers in een nieuw validatieonderzoek – en voor elke nieuwe AF-patiënt in de spreekkamer. De heer Harkema uit ons voorbeeld had een score van 2. Op basis van bestaand validatieonderzoek ligt het 95%-PI voor een CVA dan tussen 0,4% (laag genoeg om geen anticoagulantia te hoeven gebruiken) en 3,3% (hoog genoeg om anticoagulantia te rechtvaardigen). Voor een AF-patiënt in een ziekenhuis met CHA2DS2-VASc-score 2 ligt het 95%-PI zelfs tussen 0,04 en 9,4%. De CHA2DS2-VASc is lang niet de enige beslisregel waarvan de betrouwbaarheid gevaar loopt door populatieverschillen en de al te uiteenlopende uitkomsten van validatieonderzoek – de oorspronkelijke wellsregel bijvoorbeeld was niet goed in staat diepe veneuze trombose uit te sluiten in een eerstelijns-populatie.¹⁴ Van de meer dan 350 beslisregels om het risico op cardiovasculaire ziekte te bepalen is slechts een minderheid gevalideerd en voor beslisregels op vele andere gebieden geldt dat ook.¹⁵⁻¹⁸

VAN VOORSPELLEN NAAR VOORSCHRIJVEN

Moet de CHA2DS2-VASc-regel, of misschien wel beslisregels in het algemeen, vanwege alle tekortkomingen dan maar helemaal worden afgeschaft? Dat lijkt onverstandig, want CHA2DS2-VASc biedt toch wel enige houvast, zolang men maar rekening houdt met de tekortkomingen in de praktijk. Artsen moeten zich afvragen of hun AF-patiënt relatief weinig complicaties heeft, dus meer ‘lijkt’ op iemand uit de algemene bevolking, of juist zieker is en de kenmerken vertoont van een ziekenhuispatiënt. Wie alleen naar de score kijkt, doet de klinische werkelijkheid tekort. De heer Harkema uit ons voorbeeld is 71 jaar en heeft hypertensie, dus een CHA2DS2-VASc-score van 2. Een man van 63 jaar die door de cardioloog wordt behandeld voor ernstig hartfalen na een myocardinfarct heeft óók een score van 2. Iedereen kan op zijn vingers natellen dat de heer Harkema

Tabel

De CHA2DS2-VASc beslisregel³⁵

Risicofactor		Score
C	congestief hartfalen/linkerventrikeldisfunctie	1
H	hypertensie	1
A2	age: leeftijd ≥ 75 jaar	2
D	diabetes mellitus	1
S2	stroke [doorgemaakt ischemisch CVA, TIA, trombo-embolie]	2
V	vaatziekte [doorgemaakt myocardinfarct, perifere arterieel vaatlijden, plaque in de aorta]	1
A	age: leeftijd 65 tot 75 jaar	1
Sc	sex category: vrouw	1

waarschijnlijk een veel lager CVA-risico heeft dan de patiënt bij de cardioloog. De huidige richtlijnen spelen al wel enigszins in op deze ingewikkelde materie. De NHG-Standaard Atriumfibrilleren adviseert anticoagulantia voor te schrijven aan alle vrouwen ouder dan 65 jaar en aan alle mannen ouder dan 75 jaar (CHA2DS2-VASc-score ≥ 2), maar ontraadt anticoagulantia bij mannen van 65 tot 75 jaar zonder cardiovasculaire comorbiditeit (score 1). De European Society of Cardiology daarentegen raadt cardiologen aan anticoagulantia bij laatstgenoemde patiënten al wel te overwegen.⁴ Dit lijkt een verstandige keuze in afwachting van onderzoek naar andere beslisregels zoals Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA),¹⁹ of aanpassingen aan de CHA2DS2-VASc-regel zoals het toevoegen van nierinsufficiëntie.^{20,21} Als men dan toch besluit anticoagulantia voor te schrijven, is er nog de keuze tussen de traditionele vitamine K-antagonisten (VKA) en directe orale anticoagulantia (DOAC) – die ook bekend zijn onder de naam ‘nieuwe’ of ‘niet-vitamine K-antagonist’ orale anticoagulantia (NOAC). De recentelijk herziene NHG-Standaard Atriumfibrilleren en het NHG-Standpunt Anticoagulantia noemen DOACs een gelijkwaardig alternatief voor VKA, maar adviseren voorzichtigheid bij kwetsbare ouderen en bij patiënten met een verminderde nierfunctie, uitgebreide comorbiditeit of polyfarmacie.^{5,22} Juist bij deze patiënten komt AF veelvuldig voor en heeft de huisarts vaak de regie over de chronische zorg. Dit maakt AF een uitdaging voor de eerste lijn, temeer daar nog niet in alle regio’s voldaan wordt aan alle randvoorwaarden – adequate vergoeding voor de geleverde zorg, maar ook adequate kennis over de indicaties en contra-indicaties voor antistolling. Gelukkig komen er goede initiatieven van de grond, zoals NVVC Connect van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie (<http://nvvcconnect.nl>), en is een Landelijke Transmurale Afspraak Antistolling in ontwikkeling.

ONDERSTEUNING BIJ ANTISTOLLINGSZORG

De antistollingszorg bevindt zich momenteel duidelijk in een transitiefase, getuige ook de cijfers over suboptimale behandeling. In 2010 bleek nog dat gemiddeld 30% van de AF-patiënten met een hoog risico op CVA geen adequate antistolling kreeg, recentere onderzoeken laten zien dat het gebruik stijgt, maar er blijft ruimte voor verbetering.²³⁻²⁵ Er zijn recentelijk verschillende onderzoeken gedaan naar elektronische beslisondersteuning, voornamelijk in de vorm van geautomatiseerde risicoberekeningen op basis van het elektronisch patiëntendossier die uitmonden in een behandeladvies. Op enkele uitzonderingen na, met name in ziekenhuizen,^{26,27} leidden de onderzochte interventies echter niet tot een blijvende stijging van antistollingprofylaxe.²⁸⁻³⁰ Interventies die naast beslisondersteuning ook voorlichting en educatie

omvatten of waarin de apotheker bij de behandeling werd betrokken, lijken waardevoller.³¹⁻³⁴ Of dit alles daadwerkelijk leidt tot minder CVA’s is niet bekend. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of het mogelijk én zinvol is het gebruik van anticoagulantia te optimaliseren bij AF-patiënten die een hoog risico op CVA hebben maar die, om wat voor reden dan ook, geen anticoagulantia gebruiken.

Het risico op CVA verschilt per populatie, bij dezelfde risicoscore

TOT SLOT

De preventie van CVA bij patiënten met AF moet effectief zijn, maar ook veilig. Het risico op een CVA moet steeds worden afgewogen tegen het risico op een bloeding. Er is de laatste decennia veel progressie geboekt in de zorg voor AF-patiënten, maar de wrange conclusie is dat we anno 2017 nog altijd niet goed in staat zijn het CVA-risico goed in te schatten. De huisarts kan de CHA2DS2-VASc-beslisregel gebruiken als leidraad om de patiënt te informeren over diens individuele risico, rekening houdend met de (ernst van de) bestaande risicofactoren. Vervolgens kunnen arts en patiënt samen een behandelbeslissing nemen in de context van diens persoonlijke en medische omstandigheden. Gelukkig is dat iets waar wij huisartsen juist weer erg goed in zijn. ■

LITERATUUR

1. Go AS, Hylek EM, Phillips KA, Chang Y, Henault LE, Selby JV, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. JAMA 2001;285:2370-5.
2. Heeringa J, van der Kuip DA, Hofman A, Kors JA, van Herpen G, Stricker BH, et al. Prevalence, incidence and lifetime risk of atrial fibrillation: the Rotterdam study. Eur Heart J 2006;27:949-53.
3. Wolf PA, Abbott RD, Kannel WB. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study. Stroke 1991;22:983-8.

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

Van Doorn S, Geersing GJ. De huisarts, atriumfibrilleren en falende beslisregels. Huisarts Wet 2018;61:27-9. DOI: 10.1007/s12445-018-0051-1. Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde. Utrecht: dr. S. van Doorn, huisarts en onderzoeker, S.vanDoorn@umcutrecht.nl; dr. G.J. Geersing, huisarts en onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts

Henriëtte van der Horst, Patrick Bindels, Pim Assendelft, Marjolein Berger, Jean Muris, Mattijs Numans, Henk van Weert, Niek de Wit

De toegankelijkheid van de huisartsenzorg in Nederland komt in het gedrang. De grote werkdruk en lastig te vervullen vacatures voor huisartsen zijn twee belangrijke factoren die de toegankelijkheid van de zorg in gevaar brengen. De Nederlandse huisarts dreigt te bezwijken onder de werkbelasting. Een drastische verkleining van de huisartsenpraktijk is hoognodig, niet mondjesmaat, maar substantieel met 15-20%.

Al langer wordt vooral in huisartsenpraktijken en gezondheidscentra in de achterstandswijken van grotere steden gesignaleerd dat de toegankelijkheid in het gedrang komt. Dat zijn wijken waar eerder termen als ‘prachtwijken’ voor bedacht zijn. De realiteit is minder fraai: veel mensen die daar wonen, kampen niet alleen met sociale, maar ook vaak met lichamelijke en psychische gezondheidsproblemen. In sociaaleconomisch gedepriveerde gebieden in Nederland, zoals onder andere Noordoost-Groningen, speelt dezelfde problematiek.

De werkbelasting van de Nederlandse huisarts is hoog en het takenpakket uitgebreid

De gezondheidsverschillen in Nederland nemen nog steeds toe. Het verschil in gezonde levensverwachting tussen laagopgeleide mensen en hoogopgeleide mensen bedraagt bijna 19 jaar.¹ Goed toegankelijke zorg is juist voor de groepen met een lage sociaaleconomische status van groot belang om dreigende gezondheidsproblemen vroegtijdig te signaleren en waar mogelijk te behandelen voordat ze escaleren. De huisarts speelt hierbij een essentiële rol.

ZORG NAAR EERSTE LIJN

Diverse factoren bepalen de toename van werkbelasting in de huisartsenpraktijk. In de afgelopen decennia is er veel zorg overgeheveld vanuit ziekenhuizen en ggz-instellingen naar de eerste lijn. Dat werkt in opzet prima en het past bij de wens van patiënten en de overheid om zorg zo dicht mogelijk bij huis te houden, maar dan moeten huisartsen wel tijd en ruimte krijgen om die zorg ‘er bij’ te doen. Naast deze substitutie van zorg speelt ook mee dat onze bevolking ‘vergrijs’ en dat kwetsbare ouderen steeds langer thuis wonen en meer en langer huisartsenzorg nodig hebben dan voorheen het geval was.² Deze ontwikkelingen hebben de werkbelasting in alle prak-

tijken vergroot, maar hebben met name grote invloed op de belasting van praktijken in achterstandswijken en -gebieden. Daar wonen niet alleen meer mensen met chronische aandoeningen en andere gezondheidsproblemen, maar daar zijn de gezondheidsproblemen vaak ook complex door bijkomende sociaal-maatschappelijke problematiek. In de achterstandsgebieden is de vergrijzing bovendien relatief groter en vraagt de samenwerking met andere zorgverleners in de wijk veel tijd. Uit onderzoek van het NIVEL blijkt dat de werkbelasting van de Nederlandse huisarts hoog is en het takenpakket uitgebreid is in vergelijking met andere Europese landen.³ Kortom, de Nederlandse huisarts dreigt te bezwijken onder de werkbelasting. Dat geldt bij uitstek voor huisartsen in achterstandswijken en -gebieden. Vacatures kunnen er maar nauwelijks ingevuld worden. Want welke huisarts kiest voor een plek waar een burn-out op de loer ligt door drukke en lange werkdagen, gevuld met ingewikkelde en soms frustrerende problemen?

Meer tijd voor zorgvuldige evaluatie van de problematiek, voor goede communicatie tussen arts en patiënt, voor gezamenlijke besluitvorming en samenwerking met andere zorgverleners in de wijk, kan de efficiëntie en kwaliteit van de zorg verbeteren.⁵⁻⁷

KLEINERE PRAKTIJKEN LONEN

Uit een recente proef in huisartsenpraktijken van zorgverzekeraar VGZ blijkt dat het mogelijk is bij langere consulttijden minder door te verwijzen naar de specialist. Patiënten lijken ook meer tevreden.⁸ Het wordt daarom hoog tijd om huisartsen meer tijd voor hun patiënten te geven door het aantal patiënten per praktijk te verminderen. De normpraktijk per voltijds werkende huisarts wordt per 1 januari 2018 weliswaar teruggebracht van 2168 naar 2095, maar die daling is absoluut onvoldoende om het extra werk door de substitutie en de gestegen werkdruk ten gevolge van de toename in thuiswonende kwetsbare ouderen en de toenemende complexe problematiek op te vangen. Een drastische verkleining van de huisartsenpraktijk is hoognodig, niet mondjesmaat, maar substantieel



Een drastische verkleining van de huisartsenpraktijk met 15-20% is hoognodig. Foto: iStock

met 15-20%, zodat de huisarts de zorg heeft voor gemiddeld 1700-1800 patiënten. Alleen dan kan de Nederlandse huisarts de zorg blijven bieden die nodig is, aan alle Nederlanders, en vooral aan hen die de zorg het hardst nodig hebben. ■

LITERATUUR

1. Een gezonder Nederland. VTV-2014. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2014.
2. <https://www.nivel.nl/nl/nzr/zorgregistraties-eerstelij>
3. Schäfer WLA, Van den Berg MJ, Groenewegen PP. De werkbelasting van huisartsen in internationaal perspectief. Utrecht: NIVEL, 2016.
4. De participerende patiënt. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013.
5. Stevens S, Bankhead C, Mukhtar T et al. Patient-level and practice-level factors associated with consultation duration: a cross-sectional analysis of over one million consultations in English primary care. BMJ Open 2017;7(11):e018261.
6. Wilson A, Childs S. The relationship between consultation length, process and outcomes in general practice: a systematic review. Br J Gen Pract 2002;52(485):1012-20.
7. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screen-

ing decisions. Cochrane Database Syst Rev 2017;4:Art. No.: CD001431.

8. Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? Huisarts Wet 2018;61(3):DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

Van der Horst H, Bindels P, Assendelft P, Berger M, Muris J, Numans M, Van Weert H, De Wit N. Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts. Huisarts Wet 2018;61:30-1. DOI: 10.1007/s12445-018-0056-9. VUmc, Amsterdam: prof. dr. Henriëtte van der Horst, hoogleraar huisartsgeneeskunde, he.vanderhorst@vumc.nl; Erasmusmc, Rotterdam: prof. dr. Patrick Bindels, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Radboudumc, Nijmegen: prof. dr. Pim Assendelft, hoogleraar huisartsgeneeskunde; UMCG, Groningen: prof. dr. Marjolein Berger, hoogleraar huisartsgeneeskunde; Maastricht UMC+, Maastricht: prof. dr. Jean Muris, hoogleraar huisartsgeneeskunde; LUMC, Leiden: prof. dr. Mattijs Numans, hoogleraar huisartsgeneeskunde; AMC, Amsterdam: prof. dr. Henk van Weert, hoogleraar huisartsgeneeskunde; UMCU, Utrecht: prof. dr. Niek de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Dit is een bewerking van de open brief die het IOH [de acht afdelingshoofden huisartsgeneeskunde] op 5 december 2017 naar de vaste kamercommissie van VWS stuurde.

Amenorroe: betekenis en beleid verschillen per levensfase

Herziening NHG-Standaard Amenorroe

Corlien de Vries, Gerda van der Weele

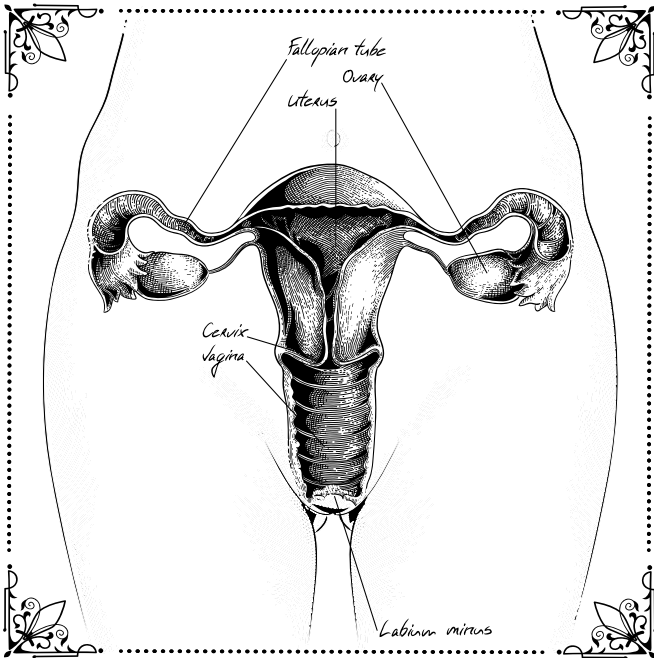


Foto: iStock

Zoals ook in de eerdere versies van deze NHG-Standaard is er een onderscheid in primaire amenorroe (menarche blijft uit tot na de 16e verjaardag) en secundaire amenorroe. Het onderscheid is relevant vanwege de mogelijke oorzaken, de diagnostiek en het verwijsbeleid. Bij deze herziening van de standaard Amenorroe zijn er slechts beperkte wijzigingen, die vooral de aanvullende diagnostiek betreffen: ook als secundaire amenorroe nog geen zes maanden duurt kunnen er redenen zijn om aanvullende diagnostiek te verrichten. Daarnaast is de aanbeveling om als huisarts een progesteronbelastingtest aan te vragen vervallen.

SECUNDAIRE AMENORROE

Van secundaire amenorroe is volgens de definitie sprake bij vrouwen bij wie de menstruatie zes maanden of langer uitblijft na eerdere aanwezigheid. Als de menstruaties weinig frequent zijn (interval minstens 35 dagen) maar amenorroe

minder dan 6 maanden duurt is sprake van oligomenorroe. Bij amenorroe en oligomenorroe zijn diverse factoren bepalend voor de diagnostiek en het beleid. Naast de duur (korter of langer dan zes maanden) zijn dit onder andere: de leeftijd van de patiënte, zwangerschapswens en vermoeden van een onderliggende oorzaak.

PROGESTERONBELASTINGTEST

Deze test wordt niet meer aanbevolen in de huisartsenpraktijk. De diagnostische waarde van de test is in de huisartsenpraktijk onvoldoende duidelijk. De indicatie, primaire amenorroe, komt zelden voor en is in principe reden voor verwijzing naar de gynaecoloog, die ook verder aanvullend onderzoek zal doen (bloedonderzoek en/of echoscopie).

De volledige versie van de herziene NHG-Standaard Amenorroe is te raadplegen op de website van het NHG (www.nhg.org).

BELANGRIJKSTE WIJZIGINGEN

- De aanbevelingen voor secundaire amenorroe kunnen ook van toepassing zijn bij amenorroe met een duur korter dan zes maanden.
- De progesteronbelastingtest wordt niet meer aanbevolen in de huisartsenpraktijk.

KERNBOODSCHAPPEN

- Maak onderscheid tussen primaire en secundaire amenorroe op basis van de anamnese.
- Primaire amenorroe is in principe een indicatie voor verwijzing. De leeftijd waarop is afhankelijk van de bevindingen en de voorkeur van de patiënte.
- Bij secundaire amenorroe zonder zwangerschapswens kan de huisarts de diagnostiek grotendeels zelf uitvoeren.
- Bij secundaire amenorroe, ook als amenorroe korter dan zes maanden duurt, wegen diverse factoren mee voor het verrichten van aanvullende diagnostiek, zoals de leeftijd van de patiënte, zwangerschapswens en het vermoeden van een onderliggende oorzaak.
- Bij het beleid staat voorlichting over het te verwachten beloop centraal.

De Vries C, Van der Weele G. Amenorroe: betekenis en beleid verschillen per levensfase. Herziening NHG-Standaard Amenorroe. Huisarts Wet 2018;61:32. DOI: 10.1007/s12445-018-0068-5.
De NHG-werkgroep Amenorroe bestond uit: Elfering IM, Oltheten JMT, De Vries AD, De Vries CJH, Van der Weele GM.

Zonneallergie, fototoxische huidreactie of fotoallergisch contacteczeem?

Herziening NHG-Behandelrichtlijn Zonneallergie

Carolien Hooymans, Zamire Damen



Foto: iStock

Zonneallergie komt voor bij 10 tot 20% van de bevolking.

Zonneallergie is de meest voorkomende fotodermatose. Het is een allergische reactie op blootstelling van de huid aan uv-straling, met als voornaamste klacht jeuk. Het is belangrijk om deze aandoening te onderscheiden van fototoxische huidreacties en het fotoallergisch contacteczeem, want het te volgen beleid verschilt. Daarom geeft de eerste herziening van de Behandelrichtlijn Zonneallergie (voorheen dermatitis solaris) een uitgebreide beschrijving van de diagnostiek en het beleid bij deze drie aandoeningen.

ZONNEALLERGIE

Zonneallergie, ook wel bekend onder de termen 'dermatitis solaris' of 'polymorfe lichteruptie' (PLE), is een veel voorkomende fotodermatose. Hernieuwde blootstelling aan uv-straling, bijvoorbeeld in de lente, geeft waarschijnlijk een vertraagde type IV-reactie van de

huid. Het komt voor bij 10 tot 20% van de bevolking, vaker bij mensen met een licht huidtype en twee keer zo vaak bij vrouwen. De eerste klachten ontstaan meestal in de tienerleeftijd.

VERSCHILLEN MET ANDERE FOTODERMATOSEN

Contact met een stof of geneesmiddel

met fototoxische eigenschappen in combinatie met uv-straling veroorzaakt een fototoxische huidreactie. Wanneer daarvoor gevoelige patiënten herhaaldelijk worden blootgesteld aan een stof of geneesmiddel met fotoallergische eigenschappen in combinatie met uv-straling, leidt dat tot fotoallergisch contacteczeem, een vertraagde type IV allergische

KERNBOODSCHAPPEN

- Zonneallergie is de meest voorkomende fotodermatose. Het is een allergische reactie van het vertraagde type op een nieuwe episode van blootstelling van de huid aan uv-straling, met als voornaamste klacht jeuk.
- Bepaal het medicamenteuze beleid op basis van de ernst van de klachten, reeds gebruikte zelfzorgmiddelen en ervaringen van de patiënt tijdens eventuele eerdere episodes van zonneallergie.
- Adviseer blootstelling aan de zon geleidelijk op te bouwen en zonnebrandcrème met uv-A en uv-B-bescherming te gebruiken. Deze adviezen moeten een recidief helpen voorkomen.
- De belangrijkste differentiële diagnoses zijn een fototoxische huidreactie of het veel minder vaak voorkomende fotoallergische contacteczeem.

Tabel De belangrijkste verschillen tussen de verschillende fotodermatosen

	Zonneallergie	Fototoxische huidreactie	Fotoallergisch contacteczeem
Epidemiologie	Komt regelmatig voor	Komt regelmatig voor	Is waarschijnlijk zeldzamer
Seizoen	Vooraf in de lente	Niet seizoensgebonden	Niet seizoensgebonden
Oorzaak	Uv-straling	Lokaal contact met of inname van een foto-toxische stof of fototoxisch geneesmiddel in combinatie met uv-straling	Lokaal contact met of inname van een fotoal-lergeen in combinatie met uv-straling
Bij wie?	Vooraf bij mensen met een licht huidtype - vaker bij vrouwen	Iedereen na blootstelling aan een fototoxische stof	Mensen met een allergie voor een fotoallergeen
Klacht	Jeuk	Pijn	Jeuk
Aard van de huiduitslag	Polymorf	Lijkt op zonverbranding	Eczeem
Lokalisatie/uitgebreidheid	Alle [hernieuwd] aan uv-straling blootgestelde huid	Lokale oorzaak: beperkt tot het betreffende huidgebied Orale oorzaak: alle aan uv-straling blootge-stelde huid	Lokale oorzaak: beperkt tot het betreffende huidgebied Orale oorzaak: alle aan uv-straling blootge-stelde huid
Begrenzing	Scherp	Scherp	Minder scherp
Beloop	Spontaan herstel na enkele dagen	Spontaan herstel na enkele dagen	Herstel kan 4-6 weken duren

reactie. De NHG-Behandelrichtlijn Zonneallergie bevat een overzicht van stoffen en geneesmiddelen die foto-toxische huidreacties en fotoallergisch contacteczeem kunnen veroorzaken.¹ De belangrijkste verschillen tussen de verschillende fotodermatosen staan in de [tabel].

BEHANDELING VAN ZONNEALLERGIE

Bij de behandeling van zonneallergie staat het bestrijden van de eventueel aanwezige jeuk en hinder op de voorgrond. Medicamenteuze behandeling is niet altijd nodig. Schrijf de volgende middelen voor, in overleg met de patiënt en afhankelijk van de ernst van de klachten, de reeds toegepaste zelfzorg en eerdere ervaringen:

- stap 1: een lokaal anti-jeukmiddel, zoals levomentholgel- of crème, eventueel in combinatie met lidocaïne (bij kind < 2 jaar niet in het gezicht);
- stap 2: een corticosteroïdcrème klasse 2, zoals triamcinolonacetonide 0,1% of 3, zoals bètamethasonvaleraatcrème 0,1% (niet bij kind < 2 jaar of in lichaamsplekken);
- stap 3: overweeg bij onvoldoende effect van lokale behandeling of bij ernstige klachten prednisolon 20-30 mg gedurende 5-7 dagen.

Weeg bij het voorschrijven van corticosteroïden de ernst van de klachten af tegen de mogelijk (ernstige) risico's. Het

voorschrijven van prednisolon bij de eerste verschijnselen van zonneallergie is daarom af te raden. Antihistaminica zijn niet effectief bij het bestrijden van jeuk door allergische reacties van het vertraagde type.

BEHANDELING VAN FOTOTOXISCHE REACTIE EN FOTOALLERGISCH CONTACTECZEEM

Adviseer de patiënt bij een fototoxische reactie om verdere blootstelling aan uv-straling en contact met de fototoxische stof te vermijden. Overweeg een alternatief middel voor te schrijven wanneer een geneesmiddel de reactie veroorzaakt. Behandel pijn volgens de NHG-Standaard Pijn. De behandeling van fotoallergisch contacteczeem staat beschreven in de NHG-Standaard Eczeem.

HET VOORKOMEN VAN ZONNEALLERGIE

Recidieven komen vaak voor. Adviseer de patiënt daarom:

- blootstelling aan de zon geleidelijk op te bouwen;
- zon te mijden tussen 11 en 15 uur;
- de huid te bedekken met zonwerende kleding/hoofddeksel;
- zonnebrandcrème te gebruiken met hoge uv-A- en uv-B-bescherming (voor beide minimaal factor 30), ten minste een kwartier voorafgaand aan blootstelling aan de zon, voldoende dik insmeren.

Er is onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor het gebruik van zelfzorgmiddelen met anti-oxidanten, DNA-reparatie-enzymen of vitamine-D. Contralum werd veel voorgeschreven bij zonneallergie, maar dit middel is niet meer verkrijgbaar. Bovendien is het waarschijnlijk ook minder effectief dan moderne zonnebrandmiddelen, aangezien deze een veel hogere bescherming tegen uv-straling bieden dan Contralum. Bespreek met een patiënt met ernstige recidiverende zonneallergie de mogelijkheid voor een verwijzing naar de dermatoloog voor behandeling met lichttherapie. Bij circa 70% van de patiënten geeft dit een complete bescherming tegen zonneallergie. ■

LITERATUUR

De volledige versie van de herziene NHG-Behandelrichtlijn Zonneallergie is te raadplegen op de website van het NHG, www.nhg.org (zie richtlijnen en praktijk, NHG-Behandelrichtlijnen).

Hooymans C, Damen Z. Zonneallergie, fototoxische huidreactie of fotoallergisch contacteczeem? Huisarts Wet 2018;61:37-8. DOI: 10.1007/s12445-018-0063-x. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: C.D.M. Hooymans, wetenschappelijk medewerker, c.hooymans@nhg.org; Z. Damen, wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Implementatie

Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen

Hans Peter Jung, Thomas Jung, Sil Liebrand, Machteld Huber, Snežana Stupar-Rutenfrans, Michel Wensing

In een implementatietraject voor praktijkverkleining in een Noord-Limburgse plattelandspraktijk is een waarnemer in deeltijd aangesteld zodat elke huisarts meer tijd kon nemen voor een patiënt. Alle praktijkmedewerkers kregen scholing in ‘positieve gezondheid’ en de huisartsen werkten nauw samen met het sociale team van de gemeente. Het aantal verwijzingen naar een medisch specialist nam met een kwart af, het aantal spoedverwijzingen bleef gelijk.

In het juninummer van *de Dokter* gaf de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) aan dat praktijkverkleining en meer tijd voor de patiënt de belangrijkste speerpunten zijn geworden voor de vereniging.¹ De LHV wil dat de normpraktijk wordt verkleind van 2168 naar 1800 patiënten. Dat moet ruimte opleveren voor de reeks taken die de huisarts erbij heeft gekregen en voor de toename van het aantal contacten per patiënt per jaar.² Meer tijd per patiënt komt de kwaliteit van de zorg ten goede, vermindert de werkdruk en werkt uiteindelijk ook kostenbesparend, aldus de LHV. Wetenschappelijk onderzoek ondersteunt dat: meer tijd voor de patiënt leidt tot betere kwaliteit van zorg en tot hogere patiënttevredenheid.³⁻⁵ Ook is gebleken dat een hoge werkdruk samenhangt met minder werkplezier voor de huisarts en met de wens om te stoppen met het huisartsenvak.⁶

PRAKTIJKVERKLEINING EN AANDACHT VOOR POSITIEVE GEZONDHEID

In 2015 heeft Huisartsenpraktijk Afferden, een duopraktijk met ongeveer 2750 patiënten op het platteland van Noord-Limburg, in samenwerking met zorgverzekeraar VGZ en zorggroep Syntein een programmavoorstel uitgewerkt in het kader van het Netwerk Positieve Gezondheid Noordelijke Maasvallei.⁷ De huisartsenpraktijken in dit netwerk streven ernaar recht te doen aan de verschillende dimensies van het begrip ‘positieve gezondheid’: mentaal welbevinden, zingeving, kwaliteit van leven, meedoen, dagelijks functioneren en lichaamsfuncties.⁸⁻¹⁰ Als deze benadering zinvol lijkt bij een patiënt, moet de huisarts daarvoor extra consulttijd kunnen uittrekken. Daarom werden in de praktijkorganisatie vier veranderingen doorgevoerd.

- Per 1 oktober 2015 werd de praktijkgrootte teruggebracht van 2300 naar 1810 patiënten per fulltime huisarts door

een waarnemer aan te trekken voor twee dagen per week. De feitelijke toename van 1,2 naar 1,6 fte praktijkbezetting werd bekostigd door VGZ.

- De praktijk kreeg toestemming voor een andere vorm van financiering. Vanaf 1 januari 2016 declareerde ze geen verichtingen meer; voor de jaren 2016 en 2017 werd een vast bedrag per patiënt afgesproken op basis van de omzetcijfers over 2015.
- Vanaf 1 mei 2016 hielden de drie huisartsen wekelijks een onderlinge bespreking waarin ze de verwijzingen van de afgelopen week inhoudelijk beoordeelden.
- Alle praktijkmedewerkers doorliepen tussen januari 2015 en juni 2017 leertrajecten zodat ze in de consulten aandacht konden geven aan de verschillende dimensies van het begrip ‘positieve gezondheid’.⁸⁻¹⁰

Waar dat passend was, probeerden de huisartsen het medische circuit te vermijden en werkten ze samen met de patiënt aan een oplossing in het sociale domein of anderszins. Dat gebeurde met gesprekstechnieken, folders en bijeenkomsten in samenwerking met het sociale team van de gemeente Bergen, waar Afferden deel van uitmaakt. In het kader van dit programma werden de hele huisartsenpraktijk én het sociale team van de gemeente geschoold in positieve gezondheid. Deze scholingen, door onder andere Syntein, het Institute for Positive Health en Big Move, werden gefinancierd door VGZ en door ZonMw door middel van een kennisvoucher Positieve Gezondheid.¹¹⁻¹⁴ De vraagstelling van dit implementatietraject was: zorgden bovenstaande maatregelen voor een afname van het aantal verwijzingen? Om dit te onderbouwen werden alle verwijzingen geregistreerd in Zorgdomein. De verwijzingen uit de periode

DE KERN

- Bekend is dat alleen praktijkverkleining niet voldoende is om het aantal verwijzingen te reduceren.
- Praktijkverkleining in combinatie met een wekelijkse casusbespreking en werken volgens de dimensies van positieve gezondheid resulteert in 25% minder verwijzingen.
- Het is niet bekend welke van de praktijkveranderingen het meest bijdraagt aan de reductie in verwijzingen.



van mei 2015 tot april 2016 (periode 1) werden vergeleken met die uit de periode van mei 2016 tot april 2017 (periode 2). Verwijzingen door de dokterspost in avond-, nacht- en week-enddiensten werden niet meegenomen in de analyses.

EFFECT OP HET AANTAL VERWIJZINGEN

De [tabel] laat het verschil zien in het aantal verwijzingen in periode 1 en in periode 2. Voor de analyse gebruikten we de chikwatraattoets en de T-toets in de statistische module van Microsoft Excel 2016. In periode 1 werden 732 patiënten verwezen, in periode 2 waren dat er 549. Het aantal verwijzingen per 1000 patiënten nam af met 25%, van 268,2 naar 202,2. De landelijke trend was juist een toename van 291,1 verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten in 2015 naar 303,6 in 2016, een stijging van 4%.¹⁵

Tabel Aantal verwijzingen voor en na praktijkverkleining

	Periode 1*	Periode 2*	p-waarde*
Aantal verwijzingen	732	549	
Aantal verwijzingen per 1000 ingeschreven patiënten	268,2	202,2	0,001
Spoedverwijzingen	77 [10,5%]	77 [14,0%]	0,056
Verwijzingen door praktijkassistente	72 [9,8%]	26 [4,7%]	0,001

* 1 mei 2015 tot en met 30 april 2016,
† 1 mei 2016 tot en met 30 april 2017.
‡ Chikwadraattoets; significante verschillen [p < 0,05] zijn vet gedrukt.

Het aantal spoedverwijzingen bleef in absolute zin gelijk, in beide perioden waren er 77. Het lijkt erop dat de vermindering van het totaal aantal verwijzingen niet van invloed is op het aantal acute verwijzingen. Het aantal verwijzingen dat de praktijkassistente aan de balie of telefoon zelf afhandelde, nam af. Patiënten die de assistente om een verwijzing vroegen, werd voortaan verzocht een afspraak te maken op het spreekuur bij de huisarts.

VERGELIJKING MET ANDER ONDERZOEK

Praktijkverkleining kost geld, maar als huisartsen hierdoor minder gaan verwijzen, doen ze minder vaak een beroep op dure tweedelijns zorg en kan op de kosten daarvan worden bespaard. Maar welk aantal verwijzingen is passend in een huisartsenpraktijk? Huisartsen met een laag verwijzpercentage kunnen een gevaar voor hun patiënten zijn, huisartsen met een hoog verwijzpercentage kunnen onnodige kosten genereren.¹⁶ Alleen een inhoudelijke beoordeling kan uitwijzen of een verwijzing zinvol is.^{17,18} De casuïstiek in de [bijlage] bij dit artikel illustreert dit. In een aantal onderzoeken naar de relatie tussen praktijkgrootte en aantal verwijzingen bleek die relatie juist omgekeerd aan onze bevinding: het aantal verwijzingen nam toe bij uitbreiding van de huisartscapaciteit.^{19,20} De onderzoekers concludeerden dat ‘meer van dezelfde huisartsenzorg de druk op de tweede lijn amper zal verlagen’ en stelden dat de druk op de tweede lijn alleen verlaagd kan worden als de uitbreiding



Tijd voor patiënten in Huisartsenpraktijk Afferden.



Foto's: Margot Scheerder

van de huisartscapaciteit gepaard gaat met een reorganisatie en heroriëntatie van de zorg.¹⁹ Voldoende tijd om met de patiënt in gesprek te gaan over wat de meest passende behandeling zou zijn en of een medische verwijzing daarbij zou passen, lijkt niettemin een belangrijke voorwaarde voor het verlagen van het aantal verwijzingen. Men kan in tien minuten makkelijk een verwijzing maken, maar een gesprek over de zinigheid van die verwijzing vraagt meer tijd. Nee zeggen is niet makkelijk, zo luidt de conclusie van een kwalitatief onderzoek naar de attitude van huisartsen in het verwijsproces.²¹

CONCLUSIE

In ons implementatietraject bleek het mogelijk het aantal verwijzingen met een kwart te verkleinen. Dit is een steun in de rug van het streven van de LHV naar een kleinere praktijkomvang van de huisartsenpraktijken in Nederland. Ons onderzoek laat geen uitspraken toe welk van de doorgevoerde veranderingen de meeste invloed had op de vermindering van het aantal verwijzingen. Maar als de daling van het aantal verwijzingen die wij waarnamen ook geldt voor andere praktijken, kan dat grote consequenties hebben voor de organisatie van de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg in Nederland. ■

➤ Zie ook: Van der Horst H, Bindels P, Assendelft P, et al. Hoogste tijd voor minder patiënten per huisarts. Huisarts Wet 2018;61:DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.

LITERATUUR

1. Lambregtse C. Meer tijd voor de patient is de echte oplossing. de Dokter 2017;8(4):8-11.
2. Flinterman LE, Nielen MMJ, Kroneman M, Verheij RA. NIVEL Zorgregistraties eerste lijn: Contacten met de huisartsenpraktijk [internet]. Utrecht: NIVEL, 2017, <http://www.nivel.nl/node/4350>, geraadpleegd augustus 2017.
3. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice:observational study. BMJ 2001;323:784-7.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Jung HP, Jung T, Liebrand S, Huber M, Stupar-Rutenfrans S, Wensing M. Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen? Huisarts Wet 2018;61(3):39-41. DOI: 10.1007/s12445-018-0062-y.
Huisartsenpraktijk Afferden, Afferden: dr. H.P. Jung, huisarts, hjung@hapafferden.nl. University College Roosevelt, Utrecht: T. Jung, student; dr. S. Stupar-Rutenfrans, docent Methoden en Statistiek. Zorggroep Syntein, Boxmeer: S. Liebrand, MSc, psycholoog. Institute for Positive Health, Utrecht: dr. M. Huber, arts-onderzoeker. Medizinische Fakultät Heidelberg, Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung: prof.dr. M. Wensing, gezondheidszorgonderzoeker.
Mogelijke belangenverstremeling: Dit implementatietraject is uitgevoerd op initiatief van de eerste auteur in overleg met zorggroep Syntein en zorgverzekeraar VGZ. De extra waarneming en het abonnementssysteem werden bekostigd door VGZ. Voortzetting van de financiering en uitbreiding naar andere praktijken zijn mede afhankelijk van de resultaten van dit onderzoek.

Duimbasisartrose

Laura Broekman-van Overeem, Anne Spaans, Gerard Hurenkamp, Aebele Mink van der Molen

Duimbasisartrose, ook wel carpometacarpale-I-artrose of huisvrouwenduim genoemd, komt veel voor, voornamelijk bij vrouwen na de menopauze. Een patiënt heeft vaak pijn bij de duimbasis, in combinatie met verlies van kracht en functie. De conservatieve behandeling bestaat uit pijnstilling, intra-articulaire injectie, adviezen, oefentherapie en/of spalktherapie bij de handtherapeut. Bij onvoldoende effect zijn er verschillende chirurgische mogelijkheden.

INLEIDING

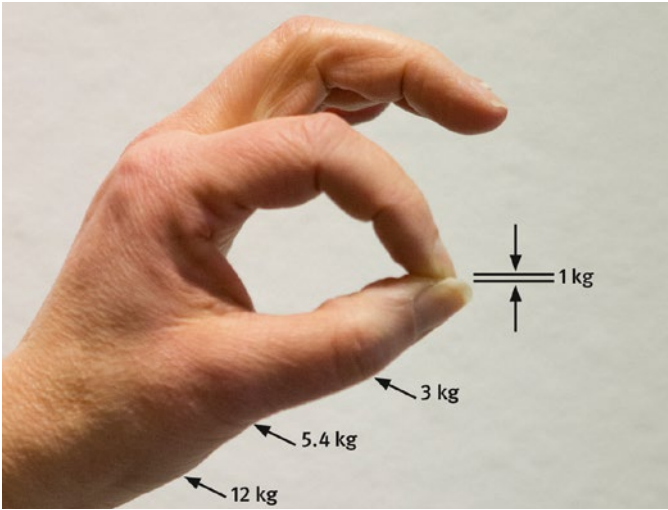
Duimbasisartrose, ook wel carpometacarpale-I (CMC-I) artrose of huisvrouwenduim genoemd, kan ten gevolge van pijnklachten, zwakte en deformiteit van de duim ernstige functiebeperkingen opleveren. Adequate behandeling kan de pijn en het functieverlies beperken. CMC-I-artrose komt voornamelijk voor bij vrouwen na de menopauze (tot 36%). Vanwege de vergrijzing en de wens zelfstandig te blijven functioneren zal deze aandoening in toenemende mate actueel worden. In dit artikel gaan we in op literatuur die uitgekomen is na het verschijnen van de NHG-Standaard van 2010 en een review-artikel over dit onderwerp uit 2012. Verder bespreken we de rol van de handtherapeut.^{1,2}

ANATOMIE EN BIOMECHANICA

Het CMC-I-gewricht is een zadelgewricht met een grote bewegingsvrijheid, maar beperkte ossale stabiliteit. De stabiliteit is grotendeels afhankelijk van de werking van spieren, ligamenten en het gewrichtskapsel. Vooral tijdens de pincet-greep verkeert het gewricht in een minder stabiele positie. Op bepaalde delen van het gewricht kan meer wrijving ontstaan, met als gevolg kraakbeenschade.³ Daarnaast functioneert de hefboomwerking in het nadeel van het CMC-I-gewricht. Wanneer je een voorwerp van 1 kilogram tussen duim en wijsvinger vastpakt, krijgt het CMC-I-gewricht een twaalfmaal grotere kracht te verwerken [figuur].⁴

DE KERN

- Carpometacarpale-I-artrose is een actueel onderwerp en recente literatuur bevestigt de huidige adviezen.
- De handtherapeut speelt een prominente rol bij de conservatieve en postoperatieve behandeling van carpometacarpale-I-artrose.
- Verder onderzoek naar de beste conservatieve en operatieve behandeling is nodig.



Figuur 1 Hoeveelheid belasting per gewricht bij knijpen van 1 kilogram, tussen duim en wijsvinger

ANAMNESE, LICHAMELIJK EN AANVULLEND ONDERZOEK

Aankankelijk heeft de patiënt vooral last van pijn en minder kracht in de duimregio. In een later stadium kan er sprake zijn van nachtelijke pijn, ochtendstijfheid en verminderde beweeglijkheid.

Palpatie van het CMC-I-gewricht is pijnlijk. De *grinding test* (axiale compressie gecombineerd met rotatie van metacarpale-I) geeft vaak pijn en/of crepitaties.^{5,6} Sensitiviteit van de test is 42 tot 53% en specificiteit 80 tot 93%.⁷

Om CMC-I-artrose te kunnen onderscheiden van de ziekte van De Quervain kunt u de finkelsteintest uitvoeren (NHG-Standaard, noot 51).^{2,8} Een röntgenfoto ter bevestiging van de diagnose is strikt genomen niet noodzakelijk. U zult echter ook rekening moeten houden met een eventueel bijkomende artrose in het scafoïd-trapezium-trapezoid (STT) gewricht.

CONSERVATIEVE BEHANDELING

In 2015 is een systematische review verschenen over de conservatieve behandeling van CMC-I-artrose.^{9,10} Er zijn verschillende conservatieve opties, waaronder pijnstillers, handtherapie of een injectie met corticosteroiden.

Indien u met pijnstilling start, hebben NSAID's de voorkeur boven paracetamol.^{11,12} In verband met eventuele bijwerkingen geeft de NHG-Standaard de voorkeur aan het gebruik van lokale NSAID's boven orale middelen.

Daarnaast kunt u de patiënt verwijzen naar een handtherapeut (dit is een fysio- of ergotherapeut die zich heeft gespecialiseerd in handproblematiek).¹³ Deze zal de patiënt meer kennis en inzicht geven in de anatomie en biomechanica van

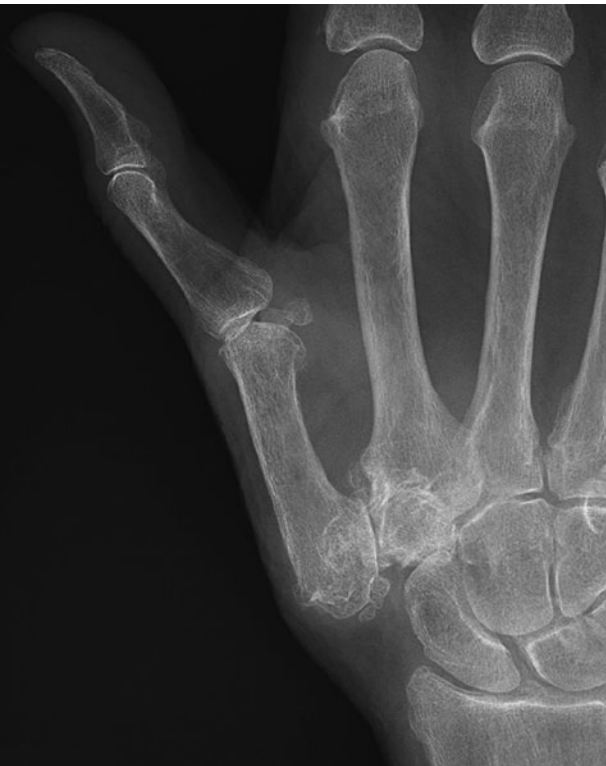
de duim, bespreekt de oorzaak van de pijn en geeft advies over de wijze waarop de patiënt er op langere termijn beter mee om kan gaan. Het doel hiervan is om het zelfmanagement te vergroten en een eventuele toekomstige operatie zo lang mogelijk uit te stellen. Dit kan worden bereikt door actieve oefentherapie voor het stabiliseren van de duim en het aanleren van een betere pincetgreep.¹⁴ De handtherapeut bespreekt gewrichtsbeschermende principes, die specifiek zijn gericht op de belastende en beperkende activiteiten van de patiënt. Het betreft onder andere het op een andere wijze uitvoeren van belastende activiteiten, zoals het uitwringen van een doekje, het opendraaien van een pot of het oppakken van grotere voorwerpen. Het doel van de behandeling is dat de patiënt weet welke activiteiten belastend zijn voor de duim en op welke manier hij of zij de balans tussen belasting en belastbaarheid kan verbeteren. Ook het gebruik van (tijdelijke) hulpmiddelen komt aan de orde. De effectiviteit van adviezen van de handtherapeut en gewrichtsbeschermende principes is de laatste jaren steeds meer onderwerp van onderzoek.¹⁰ Daarnaast kan de handtherapeut een spalk adviseren om het CMC-I-gewricht te ondersteunen tijdens zware activiteiten.¹⁴ De soort spalk en het draagadvies zullen afhankelijk zijn van de wensen en verwachtingen van de patiënt. Tot nu toe blijkt geen enkele methode superieur te zijn. Onderzoek heeft wel aangetoond dat spalken pijnklachten verminderen, zonder dat er sprake is van nadelige effecten.¹⁰

Een andere optie is een injectie met corticosteroiden, die enige pijnreductie kan geven, met een gering risico op complicaties.¹¹ Daarvoor is het zinvol te weten of er sprake is van bijkomende STT-artrose, om te kunnen beoordelen of eventueel een infiltratie op beide niveaus nodig is.

Het advies luidt om te starten met een conservatieve behandeling en die minimaal drie maanden vol te houden.^{14,15} Bij goed effect kan een operatie worden uitgesteld. Bij aanhoudende klachten kunt u de patiënt verwijzen naar een handchirurg.

OPERATIEVE BEHANDELING

De afgelopen decennia heeft men een scala aan chirurgische behandelingen beschreven. Tot op heden is geen enkele techniek superieur gebleken. De kwaliteit van de onderzoeken is matig en er is een gebrek aan goede gerandomiseerde onderzoeken.^{15,16} Een vaak uitgevoerde operatie is de trapeziëctomie, het verwijderen van het os trapezium. Daardoor verdwijnt de pijn van de artrose, maar kan verminderde kracht blijven bestaan doordat de metacarpaal geen afsteuning meer heeft op het os trapezium.^{15,16} Andere opties zijn een artrodese, waarbij de chirurg het CMC-I-gewricht vastzet en een totale gewrichtsprothese, waarbij de chirurg het gehele gewricht vervangt. Alle beschreven operatietechnieken hebben een postoperatieve revalidatieperiode die varieert van acht tot twaalf weken.¹⁷ De keuze voor de verschillende operatieve interventies is afhankelijk van factoren die met de patiënt te maken hebben (de ernst van de artrose, persoonlijke omstandigheden, leeftijd), de voorkeur van de chirurg en het postoperatieve doel van de patiënt. De postoperatieve behandeling is in handen van de handtherapeut.



Een röntgenfoto ter bevestiging van de diagnose is niet noodzakelijk.

Foto: Wikipedia

BESCHOUWING

CMC-I-artrose kan in het dagelijks leven veel pijn en beperkingen geven. Adequate pijnstilling, door de handtherapeut verstrekte oefentherapie, adviezen en/of een ondersteunende spalk kunnen de kwaliteit van leven aanzienlijk verbeteren. Bij een verder gevorderde CMC-I-artrose die onvoldoende reageert op conservatieve therapie kan een chirurgische interventie een forse pijnreductie en verbetering van ADL-activiteiten geven. ■

LITERATUUR

1. Tokhi F, Neven AK, Eekhof J. Huisvrouwenduim: artrose van het CMC-I gewricht. Huisarts Wet 2012;55:577-9.
2. Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD et al. NHG-Standaard Hand- en polsklachten. Huisarts Wet 2010;53:22-39.
3. Pellegrini VD Jr. Osteoarthritis of the trapeziometacarpal joint: the pathophysiology of articular cartilage degeneration. I. Anatomy and pathology of the aging joint. J Hand Surg Am 1991;16:967-74.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Broekman-van Overeem LM, Spaans AJ, Hurenkamp GJB, Mink van der Molen AB. Duimbasisartrose. Huisarts Wet 2018;61(3):42-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0058-7. Afdeling Plastische en handchirurgie en Afdeling Handtherapie, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein/Utrecht: L.M. Broekman-Van Overeem, fysiotherapeut, handtherapeut CHT-NL, physician assistant trauma-chirurgie i.o. l.broekman@antoniusziekenhuis.nl; A.J. Spaans, aios orthopedie en arts-onderzoeker hand-polschirurgie; G.J.B. Hurenkamp, huisarts en kaderarts bewegingsapparaat; A.B. Mink van der Molen, plastisch en handchirurg. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Serie therapie van alledaagse klachten

Behandeling van dikke voeten

Tjeerd de Jongh, Sjoerd Hobma

Enkeloedeem kan worden onderscheiden in pitting oedeem en non-pitting oedeem.² Aan oedeem kan een systemische of lokale oorzaak ten grondslag liggen. Bij (pitting) oedeem aan de onderbenen is meestal sprake van toename van de hydrostatische druk waarbij chronische veneuze insufficiëntie (CVI) gecombineerd met immobiliteit (slechte spierpomp) de meest voorkomende oorzaak is, vooral bij ouderen.^{2,3} Daarnaast kan een verhoogde permeabiliteit van de capillairen een rol spelen.^{3,4}

Voordat u oedeem symptomatisch aanpakt moeten behandelbare oorzaken worden uitgesloten, zoals hartfalen, nier- of leveraandoeningen, eiwittekort, medicamenten die vochtretentie veroorzaken, paradoxaal oedeem bij chronisch diureticegebruik of lokale veneuze obstructie.³ Nader onderzoek is in ieder geval nodig bij non-pitting oedeem, oedeem ook elders dan aan de benen en eenzijdig oedeem door bijvoorbeeld een trombosebeen.²

THERAPEUTISCHE MOGELIJKHEDEN BIJ OEDEEM DOOR CVI
Zoutinname

Vermindering van de NaCl-inname bij enkeloedeem lijkt logisch, maar er is geen goed onderzoek waaruit blijkt dat dit leidt tot vermindering van oedeem door CVI. Het is wel effectief bij oedeem door hartfalen, nier- en leverziekten.⁴



Continue compressietherapie is de meest toegepaste behandeling bij enkeloedeem.

Foto: iStock

CASUS MEVROUW KROMHOUT

U gaat op visite bij mevrouw Kromhout, een 83-jarige weduwe. Zij is slecht mobiel door gonartrose waarvoor zij behandeling weigert. Zij vraagt u plastabletten voor haar enkels die geleidelijk dikker zijn geworden, waardoor zij nu geen schoenen meer aankan. Bij onderzoek vindt u fors pitting oedeem zonder aanwijzingen voor hartfalen of interne aandoeningen. De huid is intact met een normale kleur. Uw diagnose is oedeem door chronisch veneuze insufficiëntie en immobiliteit. Welke behandeling is zinvol?

Houding en beweging

Het enkele malen per dag gedurende dertig minuten hooghouden van de voeten tot harthoogte bevordert de microcirculatie en vermindert oedeem. Lager dan harthoogte hooghouden heeft geen effect.⁵ Lichamelijke activiteit bevordert ook de microcirculatie maar een effect op oedeem is niet bewezen.⁵

Watertherapie

Wisselbaden kunnen leiden tot vermindering van de hoeveelheid oedeem, het onderliggend mechanisme is niet duidelijk.

Compressietherapie

Continue compressietherapie door kousen of compressieverbanden is de meest geaccepteerde behandeling bij oedeem. Een hoge druk (30-40 mmHg aan de enkel) is noodzakelijk. Contra-indicaties zijn hartfalen en perifeer arterieel vaatlijden (PAV). Er is bewijs voor de werkzaamheid bij oedeem en het voorkómen van varicosis en ulcera bij CVI.⁶⁻⁹ Als compressietherapie wordt toegepast, lijken oefeningen voor de kuitspiieren aanvullende verbetering te geven.^{5,10}

Intermitterende pneumatische compressie (IPC)

Mogelijk verbetert IPC de genezing van veneuze ulcera al dan niet samen met compressiebandages.^{9,11} Effect op oedeem is niet onderzocht. Contra-indicaties zijn hartfalen, acute cellulitis en PAV.⁸

MEDICAMENTEUZE THERAPIE

Diuretica

Diuretica hebben bij oedeem door chronisch veneuze insufficiëntie geen therapeutisch effect en hebben wel mogelijke bijwerkingen. Zij worden afgeraden bij deze indicatie.^{5,12-14} Wel worden zij geadviseerd bij oedeem bij andere oorzaken, zoals hartfalen.

Tabel 1

Therapeutische mogelijkheden bij enkeloedeem door chronisch veneuze insufficiëntie [CVI]¹

Interventie	Opmerkingen	Winst	Bewijs
Sterke aanbeveling			
Compressietherapie	Continu compressieverband of hoge drukkousen, eventueel met oefentherapie gecombineerd	Substantieel	Matig, expertpanel
Voeten hooghouden	Op harthoogte, 3-4 keer per dag	Substantieel	Matig
Matige/zwakke aanbeveling			
Vermindering zoutinname	Effect niet bewezen, maar altijd zinvolle maatregel	Gemiddeld	Expertpanel
Wisselbaden	Of onderdompeling	Gemiddeld	Matig
Hydroxyethylrutosiden	Venoruton®	Gemiddeld	Matig
Negatieve aanbeveling			
Diuretica	Wel zinvol bij andere oedeemoorzaken	Negatief	Expertpanel
Geen aanbeveling mogelijk			
Lichamelijke activiteit	Zinvol met compressietherapie	Onduidelijk	Expertpanel
Intermitterende pneumatische compressie	Alleen effect op ulcera aangetoond	Onduidelijk	Matig
Oedeemtherapie	Omvat meerdere behandelmethoden	Onduidelijk	Expertpanel

Flavonoïden

Flavonoïden zoals hydroxyethylrutosiden (Venoruton®) verminderen de capillaire filtratiesnelheid van vocht, dit resulteert in vermindering van oedeem met weinig bijwerkingen.¹⁵ Na twee maanden kan het resultaat worden beoordeeld.¹² Andere flavonoïden zijn in Nederland niet te verkrijgen, mogelijk wel via internet. Positieve effecten op oedeem en de klachten ervan worden gemeld voor: Daflon (een mengsel van flavonoïden), Escin (horse chesnut seed extract, HCE) en Cyclofort 3 (ruscus aculeatus, hesperinne en vitamine C).¹⁶⁻²⁰

ANDERE THERAPIEËN

Oedeemtherapie

Oedeemtherapie omvat verschillende behandelingen waaronder manuele en compressietechnieken. Dit wordt vooral gebruikt bij lymfoedeem. Over de werkzaamheid ervan bij oedeem door CVI zijn geen betrouwbare gegevens. ■

VERVOLG CASUS MEVROUW KROMHOUT

U legt mevrouw Kromhout uit dat haar dikke voeten veroorzaakt worden door verminderde afvoer van vocht in de benen en dat dit onder meer komt door gebrek aan beweging. U legt uit dat plaspillen zinloos zijn. U adviseert beperking van de zoutinname, zoveel mogelijk te lopen en de benen tot harthoogte omhoog te houden bij het zitten. De wijkverpleging zal compressietherapie met haar starten door te zwachtelen, gevolgd door elastische kousen. U adviseert de informatie te lezen op www.thuisarts.nl/dikke-benen/ik-heb-last-van-dikke-benen-door-slechte-aderen

LITERATUUR

- De Jongh TOH, Hobma SO. Dikke enkels. In: De Jongh TOH, De Vries H. Therapie van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2017
- Hobma SO, Bessems PJMJ, Lamfers EJP, Schuurmans MMJ. Oedeem, voeten. In: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, Knottnerus BJ (red.). Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2016.
- Waagmeester S. Dikke enkels/idiopatisch oedeem. In: Eekhof J, Knuistingh Neven A, Opstelten W (red.). Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

De Jongh T, Hobma S. Behandeling van dikke voeten. Huisarts Wet 2018;61:44-5. DOI: 10.1007/s12445-018-0070-y. LUMC, Leiden: T.O.H. de Jongh, ex-huisarts-docent, tohdejongh@telfort.nl. Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Maastricht: dr. S.O. Hobma, huisarts, tevens redactielid Huisarts en Wetenschap. Mogelijke belangenverstrengeling: niets gemeld.

Spierpijn bij statines

Jacqueline Stakenborg, Henk de Vries

Er is nog discussie over het precieze verband, maar dat er een associatie is tussen statinegebruik en spierklachten, is duidelijk. De veiligste aanpak bij ernstige spierklachten of een sterk verhoogde creatinekinasewaarde is stoppen en overstappen op een andere statine wanneer de CK-waarde weer is genormaliseerd. Van alle statines geven pravastatine en fluvastatine de minste spierklachten. Bij milde spierklachten kan een lagere dosering overwogen worden.

STATINEGERELATEERDE SPIERKLACHTEN

Statines worden in Nederland voorgeschreven aan ongeveer anderhalf miljoen mensen.¹ De bekendste bijwerkingen zijn spierklachten. In observationeel onderzoek is aangetoond dat spierklachten optreden bij ongeveer 10% van de statinegebruikers, maar een recente publicatie in de Lancet stelt dat er geen oorzakelijk verband kan worden aangetoond.^{2,3} Het laatste woord hierover is dus nog niet gesproken, maar door het grote aantal gebruikers worden huisartsen toch regelmatig geconsulteerd voor deze bijwerking.⁴ De spierklachten treden meestal op in de eerste zes maanden; ze variëren van spierpijn tot levensbedreigende rabdomyolyse (zeer zelden).^{2,5} Daartussenin vindt men de myopathie met verhoogde creatinekinase (CK)-waarden. De NHG-Standaard spreekt pas van myopathie wanneer de CK-waarde de bovengrens van de referentiewaarde, de upper limit of normal (ULN), meer dan tienmaal overschrijdt.⁵ De statinegerelateerde myopathie is geassocieerd met interferentie binnen de mitochondriële elektronentransportketen. De cellulaire energieproductie wordt belemmerd waardoor klachten zouden kunnen ontstaan. In een patiënt-controleonderzoek werden histologische afwijkingen gevonden in de skeletspieren van patiënten die statines gebruiken, maar de langetermijneffecten zijn niet bekend. Statinegerelateerde myopathie kan diverse klachten teweegbrengen, waaronder spierpijn, spierkrampen en spierzwakte; men denkt dat genetische variatie in de metabolisering van statines verantwoordelijk is voor de verschillen in het klachtenpatroon.^{2,6}

BELEID IN DE PRAKTIJK

Routinematig controleren van de CK-waarden voor of tijdens de therapie wordt niet aangeraden, maar als we een patiënt op ons spreekuur krijgen die een statine gebruikt én spierklachten heeft, moeten we wel aandacht besteden aan risicofactoren voor het ontstaan van deze myopathie. De belangrijkste zijn polyfarmacie (interferentie met het statinemetabolisme), alco-

CASUS

Een 67-jarige man bezoekt het spreekuur omdat hij al een week spierpijn heeft. Sinds een recent CVA gebruikt hij simvastatine 40 mg. De spierpijn zit rond zijn schoudergordel en in zijn benen. Hij voelt zich niet ziek. Na het lezen van de bijsluiter vraagt hij zich af of deze spierpijn een bijwerking kan zijn van de simvastatine. Op advies van de huisarts stopt hij vier weken met de simvastatine, waarop de spierpijn verdwijnt. Na herstarten komen de klachten terug. De huisarts duidt de spierpijn als bijwerking van simvastatine en schrijft pravastatine voor.

holmisbruik, hypothyreoïdie en een positieve familieanamnese voor statinegerelateerde myopathie. Bij verdenking op toxiciteit dient de CK-waarde te worden gecontroleerd.^{2,5} Staak de statine bij een CK-waarde > 10 ULN en bij heftige spierpijnen, spierkrampen of spierzwakte, zeker als deze gepaard gaan met koorts of algehele malaise. Lastiger wordt het bij patiënten die minder heftige spierklachten ervaren. Voor zover ons bekend zijn er geen duidelijke protocollen of richtlijnen voor deze groep; wellicht biedt de CK-waarde dan enig houvast. De NHG-Standaard adviseert vooralsnog de statine tijdelijk te staken of de dosering te verlagen. Als er geen relatie wordt gevonden en de spierklachten niet te ernstig zijn, kan het middel hervat worden; is die relatie er wel, dan kan men de dosis verlagen of overstappen naar een andere statine. De PRIMO-studie liet zien dat pravastatine en fluvastatine de minste spierklachten geven, meest waarschijnlijk heeft dit te maken met verschillen in metabolisering van de medicamenten en interactie met andere medicijnen.⁷ Onze conclusie is dat men de statine moet staken bij ernstige klachten, bij verdenking op toxiciteit en bij een CK-waarde van meer dan tienmaal de ULN. Het veiligste beleid is overstappen op een andere statine wanneer de CK-waarde weer is genormaliseerd. ■

LITERATUUR

- Smulders Y. Nog steeds twijfel over bijwerkingen van statines. Ned Tijdschr Geneeskd 2015;159:A9322.
- Janssen SP, Smulders YM, Gerdes VE, Visseren FL. Spierklachten door statinen: onderschat. Ned Tijdschr Geneeskd 2010;154:A1684.
- Gupta A, Thompson D, Whitehouse A, Collier T, Dahlöf B, Poulter N, et al. Adverse events associated with unblinded, but not with blinded, statin therapy in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial – Lipid-Lowering Arm (AS-COT-LLA): a randomised double-blind placebo-controlled trial

Syfilis

Rob Hermanussen, Patrick Dielissen

Syfilis is een klassieke, maar zeldzame soa die goed te behandelen is met penicilline. De diagnose wordt in Nederland ongeveer duizend keer per jaar gesteld, vooral in centra voor seksuele gezondheid en vooral bij mannen die seks hebben met mannen. Er zijn drie klinische stadia. In stadium 1 is er een pijnloos ulcus in de genitaalstreek [figuur 1], anus of mond, vaak met lymfeklierzwellings. Stadium 2 wordt vaak gekenmerkt door niet-jeukend exantheem, condylomata lata, koorts en spierpijn. In stadium 3 tast de ziekte organen aan zoals centraal zenuwstelsel, hart en bloedvaten. De diagnose bestaat primair uit bloedonderzoek; een vermoede syfilis is een indicatie voor onderzoek naar andere soa, met name hiv.

Syfilis (lues, harde sjanker) is een van de klassieke bacteriële soa's. De ziekte was eeuwenlang endemisch, maar is zeldzaam geworden sinds er penicilline is. In Nederland wordt de diagnose jaarlijks ongeveer duizend keer gesteld, voor meer dan 95% bij mannen die seks hebben met mannen (MSM).¹ De incidentie was in 2016 ruim een kwart hoger dan in 2015. Huisartsen stellen zelden syfilis vast; verreweg de meeste diagnoses worden gesteld op Centra voor Seksuele Gezondheid (voorheen de soapoli's van de GGD). Het beloop is zeer wisselend, de verschijnselen zijn niet altijd eenduidig en bloedonderzoek is soms lastig te interpreteren, maar syfilis is ook door de huisarts uitstekend te behandelen. Daarom brengen we de ziekte in deze les toch onder de aandacht.

ETIOLOGIE EN BELOOP

Syfilis wordt veroorzaakt door de spirocheet *Treponema pallidum*, komt alleen bij mensen voor en wordt vrijwel uitsluitend overgebracht door seksueel contact. De spirocheten worden overgedragen via microlaesies in huid of slijmvlies. Overdracht kan plaatsvinden bij elk seksueel contact, vaginaal, anaal of oraal; condooms bieden geen volledige bescherming. Bij hivpositieve personen wordt het risico op besmetting twee tot acht keer zo groot geschat als bij mensen zonder hiv; in 2016 werd 37% van alle syfilisdiagnoses op CSG's gesteld bij hivpositieven. Het beloop is bij hiv-positieven door hun slechtere afweer vaak ook ernstiger en atypischer. Behalve via seksueel contact kan de bacterie ook worden overgedragen via bloedtransfusies, transplacentair tijdens de zwangerschap of durante partu bij actieve genitale laesies. Syfilis tijdens de zwangerschap is vooral riskant voor de foetus; zwangere vrouwen krijgen overigens standaard een syfilistest aangeboden. In Nederland krijgt per jaar minder dan één pasgeborene congenitale syfilis.

CASUS JAN MARSMAN

Jan Marsman is een man die seks heeft met mannen (MSM) en is 33 jaar. Hij komt op uw spreekuur omdat hij sinds een paar dagen een plekje op zijn penis heeft. Hij heeft er geen hinder van. Hij kan zich geen blaasjes of trauma herinneren en heeft nooit eerder een dergelijk plekje gehad. Drie jaar geleden heeft hij zich laten vaccineren tegen hepatitis B. Bij het onderzoek ziet u een kleine zweer [figuur 1]. De klieren in de liezen zijn wat opgezet en gevoelig bij palpatie.

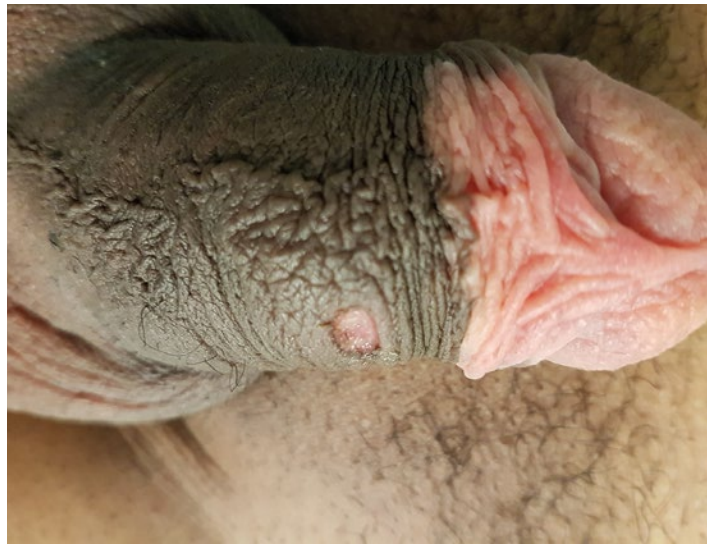
Syfilis doorloopt drie stadia met steeds andere klachten; het onderscheid wordt gemaakt op basis van het klinische beeld.^{1,2} Lastig is dat de verschijnselen in het tweede stadium lijken op die van andere ziektebeelden (daarom noemt men syfilis wel *the great imitator*) en zonder behandeling weer verdwijnen. Dat laatste kan de indruk wekken dat syfilis een zelflimiterende ziekte is die vanzelf geneest, maar dat is niet zo. Na het eerste, primaire stadium met zweertjes en lymfeklierzwellings volgt secundaire syfilis met huiduitslag, en tot slot volgt tertiaire syfilis – een stadium dat bijna niet meer voorkomt.^{1,2} Neurosyfilis werd lange tijd vereenzelvigd met tertiaire syfilis, maar kan in elk stadium voorkomen (zie ook [figuur 2]).

Primaire syfilis

Primaire syfilis ontstaat gemiddeld drie weken na de infectie. Een eerste kenmerk is een solitaire, vaak stug aanvoelende papel bij de genitalia (meestal), de anus of in de mond, waarvan het centrum na enkele dagen kapotgaat en een meestal pijnloos ulcus achterblijft. Vanwege de stevigheid en de karakteristieke rand noemt men dit het ulcus durum [figuur 1]. Het ulcus is dus meestal solitair, maar er kunnen er ook meerdere zijn. Bij 80% van de patiënten treedt ook regionale lymfeklierzwellings op. De infectie verspreidt zich via de bloed- en lymfebanen en is dus in dit stadium al systemisch. Het ulcus geneest spontaan na drie tot zes weken.

Secundaire syfilis

Zonder behandeling ontwikkelen zich bij driekwart van de besmette personen drie tot zes weken na de primaire laesie huid- en slijmvliesafwijkingen. Meestal gaat het om maculopapuleus, niet jeukend exantheem op de extremiteiten, handpalmen [figuur 3] en voetzolen, soms zijn ook op de romp huidafwijkingen zichtbaar [figuur 4]. Kenmerkend voor dit stadium zijn condylomata lata, parelgrijze hyperkeratotische laesies aan anus of genitalia, en *moth-eaten* alopecia van de hoofdhuid. Condylomata lata bevatten veel spirocheten en zijn erg besmettelijk. Ook zijn er systemische verschijnselen zoals koorts, malaise en spierpijnen.^{2,4}



Figuur 1 Een harde sjanker (ulcus durum,) pijnloze zweer bij primaire syfilis.

Foto: Rob Hermanussen

ANDERE OORZAKEN VAN EEN GENITAAL ULCUS²

Genitale ulcera treden meestal op bij herpes simplex infecties en primaire syfilis. Andere oorzaken van zijn lymphogranuloma venereum (LGV) en chancroid (zachte sjanker). Vaak zijn er meerdere verwekkers. Genitale ulcera kunnen ook door niet-infectieuze aandoeningen worden veroorzaakt.

Latente fase

Na het secundaire stadium treedt een latente fase in, waarin de patiënt geen klachten heeft en niet besmettelijk is, maar antistoffen nog steeds in het bloed aantoonbaar zijn. De spirocheet

DE KERN

- Syfilis is een zeldzame soa en komt vooral voor bij mannen die seks hebben met mannen.
- De symptomen van syfilis lopen uiteen van onverklaarde huidafwijkingen tot algemene klachten of neurologische verschijnselen.
- De diagnose 'syfilis' is een indicatie voor onderzoek naar hiv, hepatitis B, Chlamydia en gonorroe.
- Primaire, secundaire en vroeg latente syfilis kan in de eerste lijn behandeld en vervolgd worden, zo nodig met hulp van een soapoli.

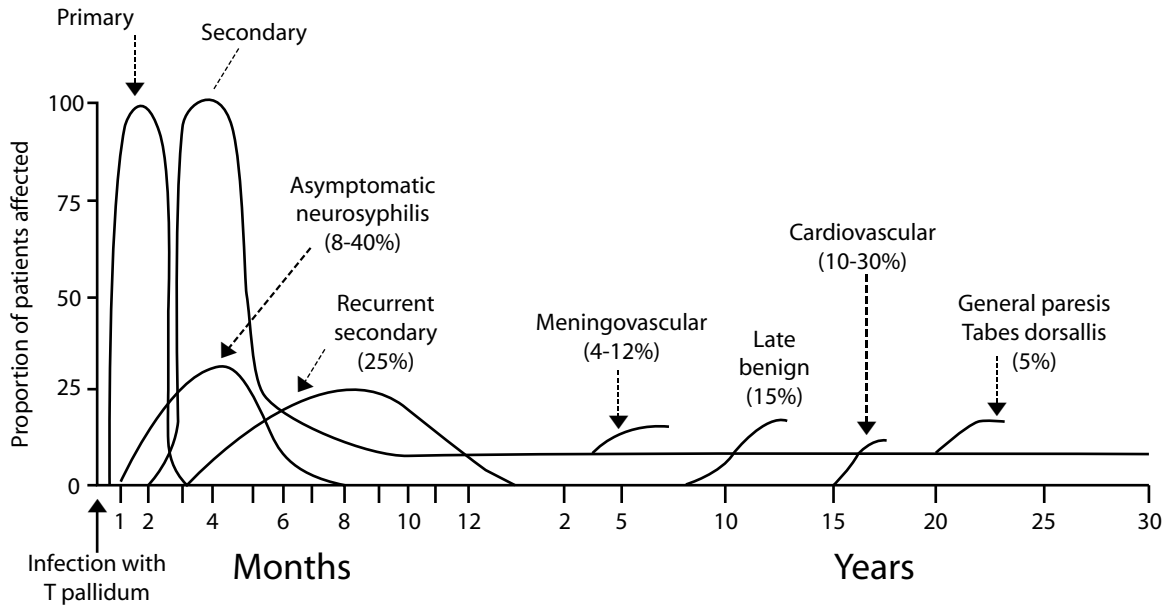
heeft zich teruggetrokken in met name milt en lymfeklieren. Deze fase kan een aantal maanden of tientallen jaren duren; ongeveer een derde van de patiënten ontwikkelt uiteindelijk tertiaire syfilis.

Tertiaire syfilis (orgaanlues)

Omdat syfilis goed te behandelen is, komt tertiaire syfilis bijna niet meer voor. In dit stadium zorgt de spirocheet voor vasculaire veranderingen en orgaanschade aan bijvoorbeeld het centraal zenuwstelsel, het hart- en vaatstelsel en de huid. Er kan bijvoorbeeld een syfilitisch aneurysma aortae optreden. Neurosyfilis is waarschijnlijk het bekendste gevolg, met symptomen zoals hoofdpijn, uitval van hersenzenuwen, pareses, dementie en neuropsychiatrische symptomen.⁵ Neurosyfilis is overigens al in eerdere stadia aanwezig, maar blijft dan meestal asymptomatisch.

Figuur 2

De klinische stadia van syfilis³



CASUS JAN MARSMAN (VERVOLG)

Jan vertelt dat hij wisselende contacten heeft. Een maand geleden heeft hij een paar keer seks gehad met een man die hij in Parijs heeft ontmoet. Voor zover hij weet had deze man geen klachten. Op grond van het pijnloze, solitaire ulcus en het gegeven dat Jan seks heeft met mannen overweegt u de diagnose 'primaire syfilis'. Ter bevestiging neemt u een swab van het ulcus voor moleculaire diagnostiek en laat u bloedonderzoek doen. Daarnaast laat u in de urine en in een swab van anus en keel de aanwezigheid van hiv, Chlamydia en gonorroe bepalen.

DIAGNOSTIEK

De NHG-Standaard Het soa-consult adviseert bij mensen met een aangetoonde soa en bij risicogroepen zoals MSM, prostitueés, prostituanten en mensen met veel wisselende seksuele contacten of die afkomstig zijn uit gebieden waar soa's endemisch zijn, te testen op de *big five*: hiv, hepatitis B, syfilis, *Chlamydia* en gonorroe. Bij MSM moeten ook keel en anus getest worden, bij vrouwen die anale seks hebben, ook de anus.^{6,7} De diagnose 'primaire syfilis' kan in de soapoli worden bevestigd door donkerveldmicroscopie; in de huisartsenpraktijk gebruikt men de nucleïnezuuramplificatietest (NAAT). Het ulcus moet goed gereinigd zijn voordat men de swab afneemt. Naast dit moleculaire onderzoek van het ulcus wordt het bloed onderzocht op *Treponema*-antistoffen (TPHA/TPPA, EIA of FTA-ABS). Ditzelfde onderzoek wordt uitgevoerd bij een screening op secundaire en tertiaire syfilis, bij primaire syfilis zijn de uitslagen vaak nog negatief. *Treponema*-antistoffen blijven levenslang aantoonbaar in het bloed. Een positieve uitslag van het serologisch onderzoek moet worden bevestigd met de VDRL- of de RPR-test, die niet-treponemale antistoffen meten.² Voor de interpretatie van deze tests is overleg met een microbioloog aan te bevelen, want dit vergt enige ervaring. Beide tests worden ook gebruikt om het effect van de behandeling te meten en om een nieuwe syfilis-infectie vast te stellen. Tijdens de zwangerschap zijn ze echter niet zinvol.

Liquoronderzoek is nodig als er neurologische klachten zijn of wanneer VDRL of RPR onvoldoende dalen. Liquoronderzoek gebeurt standaard bij tertiaire syfilis en bij syfilis bij kinderen, bij verdenking op neurosyfilis en als controle van behandelde neurosyfilis.²

CASUS JAN MARSMAN (VERVOLG)

De uitslagen van het serologisch onderzoek (TPHA positief, VDRL 1 op 8) bevestigen de diagnose 'primaire syfilis'. U geeft Jan eenmalig in de linker- en rechterbil elk één ampul benzylpenicilline en u adviseert hem de man te waarschuwen met wie hij een maand geleden seks had, en ook eventuele andere partners in de afgelopen drie maanden.

BEHANDELING

Primaire en secundaire syfilis, en syfilis die korter dan een jaar geleden is opgelopen, kunnen door de huisarts worden behandeld. Als de duur langer dan een jaar is of onbekend is, en als de patiënt zwanger is of een co-infectie met hiv heeft, moet de huisarts de patiënt verwijzen naar een soapoli, dermatoloog of internist. Syfilis wordt behandeld met penicilline, er bestaat



Figuur 3 Exantheem op de handpalmen bij secundaire syfilis.

Foto: soapoli GGD Amsterdam



Figuur 4 Roseolen en annulaire huidafwijkingen op de romp bij secundaire syfilis

Foto: soapoli GGD Amsterdam

geen resistentie. Bij primaire, secundaire en vroeg-latente syfilis volstaat één gift benzathine-benzylpenicilline i.m., bij overgevoeligheid voor penicilline is doxycycline aangewezen.^{6,7} Enkele uren na de behandeling treedt regelmatig de Jarisch-Herxheimerreactie op met koorts, vaak verergering van de syfilissymptomen, hoofdpijn, spier- en gewrichtspijnen en soms hypotensie. De reactie verdwijnt binnen vierentwintig

PARTNERWAARSCHUWING⁶

- Primaire syfilis: alle partners van de afgelopen drie maanden.
- Secundaire syfilis: alle partners van de afgelopen zes maanden.
- Latente en tertiaire syfilis: alle partners van het afgelopen jaar.

CASUS JAN MARSMAN (VERVOLG)

Na een half jaar komt Jan ter controle op uw spreekuur. Hij heeft geen klachten, maar wil graag een routine soa-onderzoek. U vraagt onderzoek aan naar hiv, syfilis, chlamydia en gonorroe in keel, urine en anus. Op het aanvraagformulier vermeldt u dat Jan in het verleden een syfilisinfectie heeft doorgemaakt. Aan de uitslagen ziet u dat de labmedewerker uw opmerking heeft gelezen. Er is géén bepaling van treponemale antistoffen gedaan, alleen een VDRL-test (uitslag 1 op 2). Gezien de viervoudige daling is er geen nieuwe syfilisinfectie.

uur spontaan, maar patiënten kunnen symptomatische behandeling nodig hebben.⁸

Zes en twaalf maanden na de eerste behandeling worden de huid, het centraal zenuwstelsel en het bloed gecontroleerd. Bij deze controle moet de concentratie niet-treponemale antistoffen viervoudig gedaald zijn (bijvoorbeeld van 1 op 32 naar 1 op 8). Bij mensen die ook een hiv-infectie hebben, moeten deze controles plaatsvinden na drie, zes, negen, twaalf, zestien en vierentwintig maanden.^{2,7} Als de vereiste viervoudige daling van niet-treponemale antistoffen na twaalf maanden uitblijft, betekent dat therapiefalen en moet de patiënt verwezen worden voor aanvullend liquoronderzoek en verdere behandeling.

Syfilis en hiv

Syfilis en hiv komen beide veel voor bij MSM en vergemakkelijken elkaars overdracht. Omdat mensen na een behandeling voor syfilis hun seksuele gedrag meestal niet veranderen, blijft in deze groep de kans op hiv-besmetting groter. De diagnose ‘syfilis’ is dan ook een reden om in het bijzonder MSM en transseksuelen te wijzen op de mogelijkheid van pre-expositieprofylaxe (PrEP) om besmetting met hiv te voorkomen.^{9,10}

Vragen naar seksuele oriëntatie

Syfilis komt bij uitstek voor bij MSM en is moeilijk te diagnosticeren, de meeste patiënten worden gevonden bij screenings. Omdat soa’s niet ongevaarlijk zijn, is het belangrijk dat huisartsen de seksuele oriëntatie van hun patiënten kennen: dat maakt doelgerichte screening mogelijk. Wij bepleiten dan ook dat de huisarts standaard en beargumenteerd naar de seksuele oriëntatie vraagt, bijvoorbeeld in het kennismakingsgesprek of wanneer seks of soa ter sprake komen. De seksuele oriëntatie kan dan, met toestemming van de betrokkene, bijvoorbeeld vermeld worden in de probleemlijst. ■

CASUS MIQUEL ALONZO

Miquel Alonzo, 27 jaar oud, consulteert u met een niet jeukende uitslag over zijn romp [figuur 3]. Hij heeft geen andere klachten, geen koorts en geen keel- of spierpijn. U kent Miquel al langer, hij werkt bij een schoonmaakbedrijf, is van Colombiaanse afkomst en heeft wisselende contacten met vrouwen, meestal met condoom. Hij is gezond, maar heeft in 2014 een primaire syfilisinfectie doorgemaakt. Daarvoor is hij destijds bij de GGD behandeld met eenmalig 2,4 miljoen IE benzathine-benzylpenicilline. Miquel is gevaccineerd tegen hepatitis A en B. Als mogelijke oorzaken van het exantheem overweegt u een acute hiv- of syfilisinfectie. U bespreekt dit met Miquel en u geeft hem een formulier en materiaal mee voor een urinetest op Chlamydia en gonorroe en voor bloedonderzoek op hiv en syfilis. Een week later krijgt u de uitslag. De tests zijn negatief voor Chlamydia, gonorroe en hiv, maar positief voor TPHA en de VDRL is 1 op 64. Bij de laatste soa-onderzoeken, zes maanden geleden, was de TPHA-test eveneens positief; de VDRL was 1 op 4. U stelt de diagnose ‘secundaire syfilisinfectie’ en u geeft Miquel één gift van 2,4 miljoen IE benzathinebenzylpenicilline i.m. U adviseert hem zijn sekspartners van de afgelopen zes maanden te waarschuwen en u biedt hem hulp aan via het CSG. Ook adviseert u hem de VDRL te herhalen over zes en twaalf maanden.

LITERATUUR

1. Syfilis [internet]. Bilthoven: RIVM; 2017. <http://www.rivm.nl/Onderwerpen/S/Syfilis>, geraadpleegd december 2017.
2. De Vries HJ, Van Doornum GJ, Bax CJ, Van Bergen JE, De Bes J, Van Dam A, et al. Multidisciplinaire richtlijn seksueel overdraagbare aandoeningen (2e lijn). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, 2013.
3. Sutton MY, Wasserheit JN. Syphilis. In: Sciarra JJ, Steege JF, Summit RL jr., Eschenbach DA, Depp R, Dooley SL, et al., editors. Gynecology and obstetrics [CD-rom]. Philadelphia (PA): Lippincott, Williams and Wilkins, 2004.
4. Bosman M, Weijer F, Tromp JA. Een man met een huidafwijking op de romp en ledematen. Ned Tijdschr Geneesk 2015;159:A8723.
5. Hogebrug J, Koopmans PP, Van Oostrom I, Schellekens A. De grote imitator neurosyfilis. Ned Tijdschr Geneesk 2013;157:A6033.
6. Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (Eerste herziening). Huisarts Wet 2013;56:450-63.
7. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of syphilis: a systematic review. JAMA 2014;312:1905-17.
8. Hendriks KD, Van Etten RW, Van Wijngaarden P. Koorts en hypotensie na behandeling van syfilis, de Jarisch-Herxheimerreactie. Ned Tijdschr Geneesk 2017;161:D649
9. Solomon MM, Mayer KH, Glidden DV, Liu AY, McMahan VM, Guanira JV, et al. Syphilis predicts HIV incidence among men and transgender women who have sex with men in a preexposure prophylaxis trial. Clin Infect Dis 2014;59:1020-6.
10. Hermanussen R. Pre-expositieprofylaxe tegen hiv (PrEP). Huisarts Wet 2017;60:264-7.

Dielissen P, Hermanussen R. Syfilis. Huisarts Wet 2018;61:49-52. DOI: 10.1007/s12445-018-0059-6. Huisartsenpraktijk Bos en Lommer, Amsterdam: R. Hermanussen, huisarts, r.hermanussen@hpb.nl. Radboudumc, afdeling Eerstelijns-geneeskunde, Nijmegen: dr. P.W. Dielissen, huisarts, lid NHG-expert-groep Seksuele Gezondheid. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Duimbasisartrose

1. CMC-I-artrose geeft aanvankelijk pijnklachten bij de duimbasis. In latere stadia kan er sprake zijn van (kortdurende) ochtendstijfheid en nachtelijke pijn. Welke functiebeperking(en) kunnen optreden in het beloop van deze aandoening?
 - a. Alleen krachtverlies.
 - b. Krachtverlies en bewegingsbeperking.
 - c. Krachtverlies, bewegingsbeperking en standsverandering.

2. Door hefboomwerking is de kracht op het CMC-I-gewricht een veelvoud van de geleverde kracht aan de top van de duim. Bij welke activiteit treedt de hefboomwerking op?
 - a. Opendraaien van een pot.
 - b. Uitwringen van een doek.
 - c. Vastpakken van een voorwerp.

3. Anamnese en lichamelijk onderzoek dragen bij aan de diagnostiek van CMC-I-artrose. Bij het lichamelijk onderzoek is palpatie van de gewrichtsspleet pijnlijk. Welk onderzoek adviseert Broekman nog meer om CMC-I-artrose aan te tonen?
 - a. Grindingtest.
 - b. Test van Finkelstein.
 - c. Röntgenfoto.

4. Artrose in de hand is vooral gelokaliseerd in het CMC-1-gewricht en de PIP- en DIP-gewrichten. Reumatoïde artritis heeft een voorkeur voor het polsgewricht. Wat zijn nog meer karakteristieke locaties van reumatoïde artritis in de hand?
 - a. De MCP- en PIP-gewrichten.
 - b. De MCP- en DIP-gewrichten.
 - c. De PIP- en DIP-gewrichten.

5. Artrose valt onder de degeneratieve gewrichtsaandoeningen. De meeste patiënten met artrose rapporteren in de loop van de ziekte een toename van pijnklachten. Hoe is het ziekteproces bij artrose het best op te vatten?
 - a. Degeneratieve aandoening die gelijkmatig in de tijd meer klachten geeft.
 - b. Degeneratieve aandoening, waarbij exacerbaties kunnen optreden.
 - c. Degeneratieve aandoening waarbij exacerbaties en herstelperiodes kunnen optreden.

6. CMC-I-artrose wordt in eerste instantie met pijnstilling (NSAID), fysiotherapie en/of injectie met corticosteroiden bestreden. Wanneer is volgens Broekman verwijzing naar de handchirurg aangewezen?
 - a. In de eerste weken, bij ernstige klachten.
 - b. Na minimaal drie maanden conservatieve therapie, als klachten persisteren.
 - c. Na zes maanden conservatieve therapie, als klachten persisteren.

7. De 62-jarige mevrouw Toorop kreeg gisteren plots pijn aan haar rechterenkel. Vanmorgen was bij het opstarten de enkel de eerste tien minuten stijf. Door de pijn kan zij haar rechterbeen niet goed belasten. Mevrouw Toorop is altijd actief geweest. De laatste jaren was er vaker een periode van stijfheid en opstartpijn in haar rechterenkel. Deze is nu warm en licht gezwollen, dat was niet eerder het geval. Mevrouw is niet ziek, heeft geen koorts en gebruikt geen medicatie. De huisarts ziet een warm en licht gezwollen enkelgewricht. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?



Foto: Wikipedia

- a. Artritis bij artrose.
- b. Jichtartritis.
- c. Reactieve artritis.
- d. Reumatoïde artritis.

8. Mevrouw Boom, 67 jaar, heeft stijfheid en pijnklachten in de grote teen links tijdens het lopen. Bij lichamelijk onderzoek ziet de huisarts een verdikt metatarsofalangeaal-1-gewricht links met beperkte dorsoflexie. Het gewricht is niet warm of rood. Wat is de meest waarschijnlijke diagnose?
 - a. Digitus malleus.
 - b. Hallux rigidus.
 - c. Hallux valgus.
 - d. Jicht.

De kennistoets is gemaakt door Henk Folkers, werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrigeerd.

GEBRUIKTE BRONNEN

Broekman-van Overeem LM, Spaans AJ, Hurenkamp GJB, Mink van der Molen AB. Duimbasisartrose. Huisarts Wet 2018;61:42-3. DOI: 10.1007/s12445-018-0058-7. Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, et al. NHG-Standaard Hand- en polsclachten. www.nhg.org. NHG-werkgroep Artritis. NHG-Standaard Artritis. www.nhg.org.

ANTWOORDEN

Zie pagina 62 voor de antwoorden.

Antimicrobiële middelen bij diabetisch voetulcus

Arriane Tange

Er is geen hard bewijs voor snellere genezing van diabetische voetulcera door toevoeging van lokale antimicrobiële mid- delen aan de wondbehandeling van (geïnfecteerde) diabe- tische voetulcera. Ook helpt toevoeging van deze middelen niet infectie van deze ulcera te voorkomen.

Patiënten met diabetes mellitus hebben zo’n 25% kans op de ontwikkeling van een voetulcus. Deze ulcera raken vaak geïnfecteerd. Niet genezende ulcera, vooral met uitbreiding in onderliggend botweefsel, kunnen leiden tot amputatie. Ampu- taties zijn geassocieerd met hoge kosten, verlies van kwaliteit van leven en eerder overlijden. Bestrijden van infecties kan met een antimicrobiële therapie, systemisch of lokaal. Loka- le toediening heeft potentiële voordelen boven systemische therapie, zoals het bereiken van hoge spiegels van het medi- cament op de plaats van infectie zonder blootstelling aan deze spiegels elders in het lichaam. Tevens kunnen stoffen gebruikt worden die niet systemisch kunnen worden toegediend.

EFFECTIVITEIT ANTIMICROBIËLE MIDDELEN

In een Cochrane-review keken auteurs naar de effectiviteit van de behandeling met lokale antimicrobiële middelen op de afname van tekenen van infectie bij diabetische voetulce- ra, de genezing van geïnfecteerde diabetische voetulcera en het voorkomen van infectie en bevorderen van genezing.¹ Zij includeerden 22 trials, totaal 2310 patiënten, die voldeden aan de vooraf opgestelde criteria. De meeste onderzoeken betrof- fen kleine patiëntenaantallen en hadden een relatief korte follow-up (4-24 weken). Er waren zowel trials met patiënten met geïnfecteerde ulcera als trials met patiënten met niet geïnfecteerde ulcera. De onderzochte middelen varieerden: antimicrobieel wondverband werd vergeleken met niet-an- timicrobieel wondverband, antimicrobiële middelen werden onderling vergeleken, of lokale antimicrobiële middelen wer- den vergeleken met een systemische antimicrobiële therapie. Onderzoeken waarbij het effect van antimicrobiële verbanden is vergeleken met dat van niet-antimicrobiële verbanden (5 trials, 945 patiënten) suggereren een toename van het aantal genezen ulcera bij de behandeling met antimicrobiële verban- den (RR 1,28; 95%-BI 1,12 tot 1,45) op middellange termijn (4-24 weken). De ulcera varieerden in ernst. De bewijskracht is zwak, mede gezien het risico op bias. Er kunnen geen duide- lijke conclusies worden getrokken.

Vergelijkingen in deze review geven geen significante verschil- len voor preventie van infectie in ulcera, noch voor snellere genezing van geïnfecteerde ulcera. Er is mogelijk weinig ver-

schil in risico op bijwerkingen tussen systemische antibiotica en lokale antimicrobiële behandeling. De geïncludeerde trials maakten gebruik van zeer verschil- lende lokale antimicrobiële middelen (zilver, jodium, honing, antibacterieel). Dit leidde tot een gebrek aan homogeniteit en daarmee een beperkte mogelijkheid deze data te combineren. Tevens was er vaak gebrek aan informatie over de grootte van de wond (tien trials), en de mate van infectie (in dertien trials werd niet genoteerd of de wond geïnfecteerd was).

RICHTLIJN DIABETISCHE VOET ONGEWIJZIGD

In de Nederlandse richtlijnen van NHG en NIV is er geen plaats voor lokale antimicrobiële middelen.^{2,3} De letterlijke aanbeveling uit de Richtlijn Diabetische voet luidt: ‘Selecteer geen verbandmiddel gebaseerd op de aanname dat het een infectie kan voorkomen of behandelen’. Er is geen plaats voor toevoeging van bactericide, of bacteriostatische middelen aan een wondverband. Er is naar aanleiding van deze Cochra- ne-review geen reden dit advies te wijzigen. Een niet geïnfec- teerd voetulcus wordt behandeld met een inert wondverband, eventueel na een debridement, en beschermd tegen biome- chanische overbelasting. Een oppervlakkig geïnfecteerd ulcus, niet plantair gelegen, wordt daarnaast met orale antibiotica behandeld. Is er geen genezingstendens binnen twee weken dan wordt de patiënt doorverwezen naar de tweede lijn. Iedere patiënt met een plantair, of dieper geïnfecteerde voetulcus, zeker in combinatie met perifeer arterieel vaatlijden dient zo spoedig mogelijk verwezen te worden naar een multidiscipli- nair voetenteam. ■

LITERATUUR

- Dumville JC, Lipsky BA, Hoey C, Cruciani M, Fiscon M, Xia J. Topical antimicrobial agents for treating foot ulcers in people with diabetes. Cochrane Database Syst Rev 2017; 6:CD011038.
- Rutten GEHM, De Grauw WJC, Nijpels G, Houweling ST, Van de Laar FA, Bilo HJ, Holleman F, Burgers JS, Wiersma Tj, Janssen PGH. NHG-Standaard Diabetes Mellitus type 2. Huisarts Wet 2013;56(10):512-525.
- Richtlijn diabetische voet (2017), https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/diabetische_voet/startpagina_diabetische_voet.html

Tange A. Antimicrobiële middelen bij diabetisch voetulcus. Huisarts Wet 2018;61(3):54. DOI: 10.1007/s12445-018-0060-0. Stichting Gezondheidscentra Haarlemmermeer, Hoofddorp: A. Tange, huisarts, kaderarts diabetes, a.tange@gcoverbos.nl. Dit is een PEARLS, bruikbare wetenschap voor de werkvloer op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews.

Candesartan als migraineprofylaxe

Jacqueline van Heiningen, Hanneke Rijkels-Otters

De effectiviteit van candesartan als migraineprofylaxe komt overeen met propranolol, het middel van eerste keuze. Dit blijkt uit onderzoek naar deze twee middelen.

Bij twee of meer migraineaanvallen per maand kan profylaxe overwogen worden. In de NHG-Standaard Hoofdpijn zijn bè- tablokkers eerstekeuzemiddelen. Deze kunnen echter hinder- lijke bijwerkingen geven. Recente internationale neurologische richtlijnen noemen een angiotensine-II-receptorantagonist (ATII-antagonist) als alternatief.^{1,2} Is dit even effectief als migraineprofylaxe?

ZOEKSTRUCTUUR EN RESULTATEN

We zochten in de Cochrane database en in Pubmed met de aangepaste zoektermen: ‘Angiotensin Receptor Antagonist’, ‘Migraine prophylaxis’, ‘Migraine Disorders/prevention’. Dit leverde 47 artikelen op, waaronder een meta-analyse en drie RCT’s.^{1,3-5} De meta-analyse gaf weinig informatie over ATII-antagonisten.³ De RCT van Stovner et al. was door de onderzoeksopzet en populatie (verwezen uit eerste lijn of zelfaanmelding via advertenties) geschikt.⁴ Tussen 2009 en 2012 werd een triple geblindeerde, cross-over, non-inferiority trial uitgevoerd met placebo, propranolol (1 dd 160 mg) en candesartan (1 dd 16 mg). Er werden 71 patiënten geïncludeerd met minstens twee migraineaanvallen per maand (met of zonder aura). Met het cross-overmodel ontvingen patiënten de drie middelen in willekeurige volg- orde gedurende twaalf weken, inclusief een week op- en afbouw met halve dosis. Na elke interventieperiode volgde een wash-outperiode van vier weken. In het onderzoek vielen tien patiënten volledig uit, zeven patiënten verlieten het onderzoek (tijdelijk) gedurende een interventieperiode. In de candesartangroep was er uitval door zwangerschap (n = 3), lost-to-follow up (n = 1) en vermoeid- heid (n = 1). In de propranololgroep was dit vanwege zwan- gerschap (n = 1) en slaapproblemen (n= 2). In de placebo- groep was de reden van uitval hypertensie na gebruik van propranolol in de eerste interventieperiode (n = 1) en hoofd- trauma (n = 1). Na afronding van het onderzoek bleek dat placebo een afname van klachten gaf van 1,3 dag per maand. Zowel candesartan en propranolol gaven ten opzichte van placebo een halve dag ex- tra minder migraine per maand (0,58 en 0,62 respectievelijk). Zesenzestig procent ervoer een gunstig effect van een of beide middelen, 27% van deze groep had alleen baat bij candesartan. Hinderlijke bijwerkingen als duizeligheid en vermoeidheid werden vaker gemeld dan bij placebo. Ten opzichte van place- bo was het relatief risico op een bijwerking van candesartan 1,3 en van propranolol 1,8.



Overweeg candesartan als migraineprofylaxe als een bètablokker on- voldoende werkt of bijwerkingen geeft. Foto: iStock

NIET MINDER WERKZAAM

De non-inferiority opzet laat zien dat candesartan niet minder werkzaam is dan propranolol. Door placebo in de onder- zoeksoptet mee te nemen, wordt de bekende en bescheiden effectiviteit van migraineprofylaxe benadrukt. Een nadeel van het onderzoek is de beperkte omvang met relatief veel drop-outs en incomplete follow up. Ook is dit onderzoek gesponsord door de industrie met het beschikbaar stellen van de medicatie. Een pluspunt is de blind verrichte data-analyse. Het is onbekend wat de exacte rol van het RAA-systeem in de pathogenese van migraine is. Dit onderzoek bevestigt de bevinding van een eerder gerando- miseerde placebogecontroleerde cross-over onderzoek met eenzelfde onderzoekspopulatie dat candesartan kan worden gebruikt als migraineprofylaxe.¹ In het geval van onvoldoende effect of hinderlijke bijwerkin- gen van een bètablokker kan candesartan (1 dd 16 mg, met een aanvangsdosis van 1 dd 8 mg gedurende de eerste week) als migraineprofylaxe overwogen worden. De NHG-Standaard Hoofdpijn vermeldt deze profylaxe nog niet. ■

LITERATUUR

- Tronvik E, Stovner LJ, Helde G, Sand T, Bovim G. Prophylactic treatment of migraine with an angiotensin II receptor blocker: a randomized controlled trial. Jama 2003;289(1):65-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

ErasmusMC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Rotterdam: J. van Heiningen, huis- arts in opleiding, vanheiningenj@gmail.com; dr. J.B.M. Rijkels-Otters, huisarts. Dit is een CAT, critically appraised topic, waarbij de auteur een evidence-based antwoord op een praktijkvraag wil krijgen.

Hormoontherapie en CVA

Doreth Teunissen, Toine Lagro-Janssen

In een Deens cohort van bijna een miljoen vrouwen blijkt dat orale hormoontherapie de kans op het krijgen van een cerebrovasculair accident (CVA) verhoogt, al zijn de absolute aantallen klein. Het risico is afhankelijk van het type preparaat, de dosis, de duur van de behandeling, de toedieningswijze en de leeftijd. Transdermale toediening lijkt voordelen te hebben; bij lokale klachten gaat de voorkeur uit naar een lokaal oestrogeen. Continue combinatiepreparaten zoals tibolon geven het grootste risico.

Bekend is dat orale hormoontherapie bij vrouwen na de menopauze – in de vorm van oestrogeenmonotherapie of orale combinatietherapie – het risico op een CVA verhoogt. Onlangs is onderzocht of dit risico geldt voor alle typen CVA's en of het ook afhankelijk is van het gesuppleerde hormoon en de toedieningswijze.¹ De twee onderzoeksvragen waren: wat is de relatie tussen postmenopauzale hormoontherapie en het krijgen van bepaald subtypes CVA, en hoe beïnvloeden de duur van de behandeling, het type hormoon, de dosis en de toedieningswijze dit risico?

ONDERZOEK

In de Deense burgerlijke stand werden alle vrouwen geïdentificeerd die op 1 januari 1995 tussen de 51 en de 70 jaar oud waren, plus alle vrouwen die tussen 1 januari 1995 en 31 december 2009 51 jaar werden. Dit cohort werd gevolgd tot hun 70e verjaardag. Met behulp van hun persoonlijke identificatienummer werden uit vijf nationale Deense databases gegevens verzameld over hun burgerlijke staat, opleiding, medicatiegebruik, ontslagdiagnoses van ziekenhuizen, doodsoorzaak. Informatie over roken, gewicht en andere leefstijlfactoren werd niet verzameld. Geëxcludeerd werden vrouwen die orale anticonceptiva gebruikten en vrouwen met een cardiovasculaire aandoening in de voorgeschiedenis.

RESULTATEN

De onderzoekers includeerden in totaal 980.003 vrouwen en volgden hen gemiddeld 7,9 jaar. In die periode kregen 20.199 vrouwen een CVA (78% ischemisch CVA, 10% subarachnoidale bloeding; 12% bloedig CVA). Vergelijken met vrouwen die nooit hormoontherapie gebruikten, hadden vrouwen die orale hormoontherapie kregen een relatief risico (RR) op een CVA van 1,17 (95%-BI 1,12 tot 1,22). Het risico op een CVA was het grootst in de leeftijd van 51 tot 54 jaar. Het RR op een ischemisch CVA was 1,23 (95%-BI 1,18 tot 1,29), het RR op een subarachnoidale bloeding was 1,16 (95%-BI 1,02 tot 1,32); beide stegen met de duur van de hormoontherapie. Het RR op een bloedig CVA was 0,80 (95%-BI 0,70 tot 0,91). Zowel oestrogeenmonotherapie als cyclische of continue com-



Streef bij hormonale substitutietherapie naar een zo laag mogelijke dosering en een zo kort mogelijke behandelduur. Foto: Shutterstock

binatietherapie deden het RR op een ischemisch CVA toenemen. Het risico was het hoogst bij continue combinatiepreparaten (RR 1,36; 95%-BI 1,27 tot 1,46), waaronder tibolon met een significant verhoogd RR van 1,33 (95%-BI 1,12 tot 1,51). Een hogere dosis oestrogeen was geassocieerd met een toegenomen risico op een CVA in het algemeen en vooral op een ischemisch CVA. Datzelfde gold voor een hogere dosis progestageen. Bij oestrogenen had transdermale toediening een beschermend effect ten opzichte van geen hormonale therapie (RR 0,82; 95%-BI 0,69-0,98). Bij combinatiepreparaten had transdermale toediening geen invloed op het risico. Bij vaginale toediening van oestrogenen nam het RR op een CVA af ten opzichte van geen hormonale therapie, zowel in het algemeen als voor de verschillende vormen van CVA.

CONSEQUENTIES VOOR DE PRAKTIJK

Bij hormonale substitutietherapie moet men streven naar een zo laag mogelijke dosering en een zo kort mogelijke behandelduur. Transdermale toediening lijkt voordelen te hebben, al wordt deze bevinding vooralsnog niet ondersteund door ander onderzoek. Geef bij vrouwen met uterus een cyclisch combinatiepreparaat en bij vrouwen zonder uterus oestrogeenmonotherapie. Bij lokale klachten gaat de voorkeur uit naar een lokaal toegediend oestrogeen. Continue combinatiepreparaten zoals tibolon zijn gecontraïndiceerd. ■

LITERATUUR

1. Løkkegaard E, Nielsen LH, Keiding N. Risk of stroke with various types of menopausal hormone therapies: a national cohort study. *Stroke* 2017;48:2266-9.

Teunissen TA, Lagro-Janssen AL. Hormoontherapie en CVA. *Huisarts Wet* 2018;61(3):56. DOI: 10.1007/s12445-018-0054-y. Radboudumc, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: dr. T.A.M. Teunissen, kaderhuisarts urogynaecologie, Doreth.teunissen@radboudumc.nl; prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, kaderhuisarts urogynaecologie, emeritus-hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een Import: relevant nieuws uit buitenlandse bladen, vertaald naar de Nederlandse praktijk.

Persoonsgerichte aandacht bij multimorbiditeit

Nieuw onderzoek

Simone Postma



Patiënten met multimorbiditeit kunnen op een vragenlijst zelf invullen hoe ze functioneren. Foto: iStock

Persoonsgericht werken bij patiënten met multimorbiditeit is ontzettend belangrijk, dat weet elke huisarts, maar is ook vaak erg moeilijk. Het in kaart brengen en monitoren van het functioneren en participeren van patiënten kan hierbij helpen. Op basis van de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) is een nieuw instrument ontwikkeld, de Primary Care Functioning Scale (PCFS), dat momenteel onderzocht wordt.

In de gezondheidszorg is nog steeds de ziekte leidend en niet de patiënt. Dat blijkt niet alleen uit de opkomst van ketenzorg, maar ook uit de dominantie van ziektegerelateerde richtlijnen en protocollen in de huisartsenpraktijk. De meeste richtlijnen focussen op de uitkomstmaten van één welbepaalde ziekte. Daardoor valt de groeiende groep patiënten die meerdere chronische aandoeningen hebben, uit de boot.¹ Patiënten met multimorbiditeit functioneren minder goed en maken intensiever gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen.² Huisartsen exploreren en registreren het functioneren van deze patiënten echter maar zelden op een gestructureerde manier en daardoor blijven belangrijke persoonsgerichte aspecten van ziekte en gezondheid onzichtbaar. Toch is er al geruime tijd een raamwerk beschikbaar om dit functioneren op een gestandaardiseerde manier te exploreren en te beschrijven: de International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).³ De ICF wordt hier en daar al veel gebruikt

door medici en paramedici, maar heeft nog niet haar intrede gedaan in de huisartsgeneeskunde. Een in 2016 gestart project gaat hierin verandering brengen. In het kader van dit project is een ICF-vragenlijst ontwikkeld, de Primary Care Functioning Scale (PCFS), die patiënten met chronische aandoeningen zelf kunnen invullen. De nieuwe ICF-vragenlijst is inmiddels door ongeveer 600 patiënten ingevuld en wordt momenteel gevalideerd. Daarnaast onderzoeken we de toepasbaarheid van het instrument in de dagelijkse praktijk en het effect ervan op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven van patiënten met multimorbiditeit. We hopen de resultaten van ons onderzoek begin 2018 te publiceren. ■

LITERATUUR

1. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012;345:e6341.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Postma SA. Persoonsgerichte aandacht bij multimorbiditeit. *Huisarts Wet* 2018;61:59. DOI: 10.1007/s12445-018-0067-6. Radboudumc, afdeling Eerstelijns geneeskunde: S.A.E. Postma, aiotho, Simone. Postma@radboudumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven. Dit is een Stand van zaken over onderzoek van artsen in opleiding tot huisarts-onderzoeker.

Samenwerking bij verminderde nierfunctie

Mette Heringa, Annemieke Floor-Schreudering, Peter de Smet, Marcel Bouvy¹

In het nieuwsbericht ‘Nierfunctiebepaling in de apotheek is onnodig’ over een door ons uitgevoerd onderzoek concludeert de auteur dat nierfunctiebepaling in de apotheek geen toegevoegde waarde heeft.^{1,2} Bovendien stelt hij dat met FTO-afspraken nierfunctiebepaling in de apotheek overbodig kan worden. Wij onderschrijven het belang van goede afspraken, maar in onze optiek is dat niet voldoende. Van de geneesmiddelgerelateerde ziekenhuisopnames hangt 10% samen met een verminderde nierfunctie.³ Ook neemt het aantal patiënten met een verminderde nierfunctie toe, en is een deel van deze populatie niet in beeld bij zorgverleners. Vereende inspanningen zijn dus nodig om te voorkomen dat patiënten schade ondervinden van ongeschikte of onjuist gedoseerde geneesmiddelen. De arts heeft daarbij meestal de contextuele informatie over de patiënt, en de apotheker het farmaceutisch dossier, en specifieke kennis over onder andere farmacokinetiek en beschikbaarheid van alternatieven. Allebei dragen ze als behandelaar, vanuit hun eigen expertise, een eigen verantwoordelijkheid voor de patiëntveiligheid. Uit ons onderzoek bleek dat bij patiënten met een eGFR < 30 ml/min/1,73 m², de antibioticumdosering in 63% van de gevallen correct was. Bij 37% vond echter op initiatief van de apotheker een aanpassing van het recept plaats, na overleg met de voorschrijver. Dit betrof ruim 1500 patiënten, voor wie dus een potentieel probleem werd voorkomen. Lage interventiepercentages zijn normaal in *clinical risk management*: geen teken van een ontbrekende meerwaarde, maar een reden om verbetering van de medicatiebewaking in apotheek- en huisartsinformatiesyste-

men na te streven. Daarvoor is beschikbaarheid van relevante patiëntgegevens essentieel. Op dat gebied is nog veel verbetering mogelijk, bijvoorbeeld door digitale gegevensuitwisseling en samenwerkingsafspraken.⁴ Als er toch gegevens ontbreken, kan nierfunctiebepaling in de apotheek als vangnet dienen. Uit ons onderzoek bleek dat apothekers de nierfunctiebepaling – na lokaal overleg met de huisartsen en met terugkoppeling van de meetwaarden – ook precies op die terughoudende wijze inzetten, in het belang van veilige patiëntenzorg. ■

LITERATUUR

1. Pleumeekers B. Nierfunctiebepaling in de apotheek is onnodig. Huisarts Wet 2018;61(1):9.
2. Heringa M, Floor-Schreudering A, De Smet PAGM, Bouvy ML. Clinical decision support and optional point of care testing of renal function for safe use of antibiotics in elderly patients: a retrospective study in community pharmacy practice. Drugs Aging 2017;34:851-8.
3. Leendertse AJ, Van Dijk EA, De Smet PA, Egberts TC, Van den Bemt PM. Contribution of renal impairment to potentially preventable medication-related hospital admissions. Ann Pharmacother 2012;46:625-33.
4. Koster ES, Philbert D, Noordam M, Winters NA, Blom L, Bouvy ML. Availability of information on renal function in Dutch community pharmacies. Int J Clin Pharm 2016;38:797-801.

SIR Institute for Pharmacy Practice and Policy, Leiden: dr. M. Heringa, dr. A. Floor-Schreudering; Radboud Universiteit Nijmegen: prof.dr. P. de Smet, hoogleraar Kwaliteit van de Farmaceutische Patiëntenzorg.; Universiteit Utrecht: prof. dr. M. Bouvy, hoogleraar Farmaceutische Patiëntenzorg.

REACTIE: BEWUST ZIJN VAN RISICO'S

Bär Pleumeekers

Een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker is van het grootste belang om een optimale patiëntveiligheid te waarborgen bij het voorschrijven van medicijnen. Hier zijn we het over eens. Bij goed risicomangement horen duidelijke afspraken over wie voor welke stap in het proces verantwoordelijk is. Waar ik voor heb gepleit, is dat de voorschrijver zich om te beginnen bewust is van de risico's die het voorgeschreven medicament met zich mee kan brengen. Als de voorschrijver ervan uitgaat dat de apotheker die risico's wel in de gaten houdt, komt dit de duidelijkheid niet ten goede. Ik ben het met Heringa et al. eens dat, ook al is 2% receptwijzigingen op basis van de nierfunctie relatief weinig, dit in absolute zin nog altijd veel recep-

ten zijn die gecorrigeerd moeten worden. Er is dus geen reden om tevreden achterover te leunen. Duidelijke afspraken binnen FTO, niet alleen over het registreren van de nierfunctie maar ook over het bewaken van interacties en contra-indicaties, kunnen de patiëntveiligheid alleen maar ten goede komen. Idealiter krijgt de huisarts tijdens het uitschrijven van een recept al op zijn beeldscherm te zien welke contextuele gegevens van belang zijn voor de patiëntveiligheid. Op grond hiervan kan hij een afweging maken, die met de patiënt bespreken of met de apotheker overleggen voor een alternatief. Als de huisarts die verantwoordelijkheid neemt, zal het aantal medicatiegerelateerde opnames mogelijk vanzelf verminderen. ■

Hanteer de Witte Raven-aanpak

Yvonne van Leeuwen, Erik Stolper¹

Graag reageren wij op het artikel ‘EBM-onderwijs in de praktijk: moeilijker dan gedacht.’¹ Niet vaak zie je gerandomiseerde trials in het onderwijs met ook nog zo’n geringe uitval van deelnemers en data. Prima, die invloed van epidemiologen! Het effect is alleen niet wat je ervan verwacht: degenen die een geïntegreerd programma EBM werd aangeboden (onder ander oefenen met de opleider) zijn een jaar later niet actiever in ‘informatie opzoeken’ in de praktijk van alledag dan degenen die alleen EBM-onderwijs op de terugkomdag kregen. Wij willen daarom een eigen interpretatie geven en een voorstel doen. De start als huisarts is meestal stressvol. Het is een levensfase vol life-events: gezin stichten, verhuizen, nieuw werk dat veel vraagt. Ook oudere collega's hebben doorgaans een allesbehalve ontspannen werkdag. Niet vreemd als je daarna niet toekomt aan het afronden van de vele losse eindjes. Bovendien: de nodige klachten blijken vanzelf over te gaan. Graag reiken wij het begrip OOK en de Witte Raven-aanpak aan. OOK = Onuitstaanbaar Onverklaarde Klachten. De patiënt is al bij enkele specialisten geweest, die niets kunnen vinden, en je hebt het gevoel ‘toch klopt er iets niet.’ Dan is het tijd om zelf te gaan zoeken, maar dan op een ‘geraffineerde manier’. Wij hebben onder andere op het NHG-congres 2016 gedemonstreerd wat dat kan opleveren en we leggen deze aanpak ook uit op de website www.witte-raven.net. Onze boodschap is: verwacht van een huisarts niet dat hij alles opzoekt wat hij niet zeker weet. Het is niet realistisch en – met het oog op duurzaamheid – niet eens verstandig. Begin bij iets wat intrigerend is en waarbij de patiënt erg gebaat is. Niemand



Verwacht van een huisarts niet dat hij alles opzoekt wat hij niet zeker weet.

Foto: Dreamstime

anders draagt immers een verklaring aan. Van de bibliotheek van nu, miljoenen artikelen, heeft de huisarts de sleutel. ■

LITERATUUR

1. Kortekaas MF, Bartelink MEL, Zuithoff NPA, Van der Heijden GJMG, De Wit N, Hoes A. EBM-onderwijs in de praktijk: moeilijker dan gedacht. Huisarts Wet 2017;60:551-3.

Van Leeuwen Y, Stolper E. Hanteer de Witte Raven-aanpak. Huisarts Wet 2018;61(3):61. DOI: 10.1007/s12445-018-0065-8. Universiteit Maastricht, afdeling Huisartsgeneeskunde, Witte Raven-groep, Maastricht: Y. van Leeuwen, E. Stolper.

Rectificatie artikel ggz-medicatie

Monique Verduijn, Mariëlle van Avendonk

In ons artikel ‘Herhalen ggz-medicatie lithium en clozapine’ op basis van het NHG-Standpunt is helaas een fout geslopen.¹ De genoemde situaties waar we vragen alert te zijn op intoxicatieverschijnselen bij clozapinegebruik door stijging van de spiegel (starten met roken, relevante afname van cafeïne-inname of gelijktijdig gebruik van comedicatie) zijn juist situaties waar verlaagde spiegels

kunnen optreden. De zin had als volgt moeten luiden: Wees alert op intoxicatieverschijnselen (door stijging van de clozapinespiegel) bij stoppen met roken, relevante toename van cafeïnegebruik en bij infecties of ontstekingen. Excuses voor de verwarring. ■

1. Van Avendonk M, Verduijn M. Herhalen ggz-medicatie lithium en clozapine. Huisarts Wet 2018;61(2):44-5.

Webtip Huisartsengenetica.nl

Bart Timmers, Annet Sollie

Huisartsengenetica, de naam zegt het al, is een site die de huisarts ondersteunt bij vragen over genetica. De site kwam tot stand uit het promotieonderzoek van dr. Isa Houwink (huisarts in Maastricht) en wordt beheerd door het Erfocentrum in samenwerking met het NHG. Dit najaar werd de praktische, informatieve site volledig vernieuwd.

Huisartsen hebben geregeld vragen over genetica. Moet ik een patiënt met darmkanker in de familie wel of niet doorsturen naar de klinisch geneticus? Hoe teken en interpreteer ik ook alweer een stamboom? Heeft een erfelijkheidsonderzoek consequenties voor mijn patiënt bij het kopen van een huis? De site geeft antwoord op dit soort vragen. Waardevol vonden wij vooral de heldere indicaties voor verwijzing bij hart- en vaatziekten, plotselinge hartoortdood en kanker in de familie (tab Verwijzen). Goed om te lezen zijn ook de tips om beter te communiceren met de patiënt over het lastige onderwerp genetica (tab Het gesprek). Daar is onder andere een lijst te vinden van ‘veelvoorkomende misverstanden’, zoals: ‘(dat) een risico op een ziekte al is “opgebruikt”. Dat bij een kans van 1 op 4 de volgende drie kinderen ‘veilig’ zullen zijn wanneer er één kind met de aandoening geboren is.’ Onder de tab Stamboom staat een korte, heldere uitleg in stappen, met de mogelijkheid te oefenen. Als u vervolgens een aantal casussen uitwerkt (tab Stamboom/Casuïstiek), heeft u het stamboom tekenen zo weer in de vingers. U kunt deze dan scannen en als pdf toevoegen aan uw HIS, want de meeste HISsen hebben nog geen andere mogelijkheid om stambomen op te slaan. U kunt ook een stamboom maken met de app Proband.



Minder zinvol vonden wij de lijst met ziektes en de overervingspatronen (tab Ziektes), waarbij steeds direct informatie wordt opgehaald van de site Erfelijkheid.nl. Het zou beter zijn geweest gewoon naar deze site te verwijzen. ■

Webadres:	www.huisartsengenetica.nl
Makers:	Erfocentrum en NHG
Doel:	De huisarts van praktische info voorzien rondom genetica
Mobiel:	Werkt prima op mobiel en tablet
Oordeel:	●●●●

Antwoorden kennistoets pagina 53
1c / 2c / 3a / 4a / 5c / 6b / 7a / 8b

COLOFON
Huisarts en Wetenschap wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen. www.henw.org.

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

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot (secretaresse), Judith Mulder (web- en eindredactie), Susan Umans (bladmanagement), Anita Wittebol (office manager), Steven de Kock, Marjolein Oosterom, Wouter Scheen (eindredactie), Margot Scheerder, Wendy Westerhof (beeldredactie).
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 030-2823550, redactie@nhg.org

Uitgever
Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org

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

Abonnementen
H&W verschijnt 12 keer per jaar en wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementenprijs: (print + online toegang) € 258,00, Online-only abonnement € 154,80. Studenten 50% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk opgezegd. Voorwaarden: www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen
Info: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736.

Voorwaarden
Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl/voorwaarden.

© 2018
ISSN 0018-7070



Maak verschil

We willen al onze patiënten even goed behandelen, want daar hebben ze recht op. Maar we weten dat er grote verschillen zijn tussen patiënten. Tijdens één spreekuur kun je zowel een *worried well* treffen als iemand met multiële problematiek die het niet meer overziet, bijvoorbeeld met armoede en eenzaamheid. Moeten we niet juist verschil maken? Het EerstelijnsCongres van januari dit jaar stond in het teken van gezondheidsverschillen. Dat kunnen regionale verschillen

zijn, zoals in gebieden waarin derde-generatiewerkloosheid eerder regel dan uitzondering is, maar ook verschillen in gezondheidsvaardigheden. Maar liefst 28% van de patiënten heeft beperkte gezondheidsvaardigheden en kan vaak niets met onze uitleg en adviezen. Een mooi voorbeeld van de aanpak van multiproblematiek is Overvecht Gezond [www.overvechtgezond.nl], waarin huisarts en patiënt samen bezien welke problemen in het medische, en welke in het sociale domein liggen. Overvecht Gezond kent een warme overdracht aan het sociale domein. Als huisarts zorg je dat je weet wat je

kerncompetenties zijn. Kom je aan de rand van die kerncompetenties dan is het de kunst om verbinding te zoeken. Durf verschil te maken. De ene patiënt heeft nou eenmaal veel meer zorg nodig dan de andere. ■

Rob Dijkstra



Wetenschapsweekend



Foto: Shutterstock

De NHG-Commissie Wetenschappelijk Onderzoek houdt jaarlijks een scholingsweekend, het CWO-Weekend, volgens een deelnemer interessant vanwege de ‘zeer heterogene groep gelijkgestemden, verbonden door nieuwsgierigheid’. Dit scholingsweekend is toegankelijk voor alle geïnteresseerde huisartsen, huisartsen betrokken bij nascholing, richtlijnen en wetenschap, aios, aiotho’s, en onderzoekers. Het thema is dit jaar: ‘Scholing, wie wordt er beter van? En is dat eigenlijk wel meetbaar?’

- CWO-Weekend: vrijdag 13 april 12.00 uur tot en met zaterdag 14 april 13.00 uur, Villa Heidebad, Epe. Accreditatie: 8,5 uren. Kosten: € 300 (aios of aiotho: € 195), inclusief cursusmateriaal en hotelarrangement. Meer informatie: cwo@nhg.org en www.nhg.org.

Bedrijfsarts vinden



Foto: Shutterstock

Om bedrijfsartsen vindbaar en bereikbaar te maken, hebben bedrijfsartsenvereniging NVAB, het NHG en het RIVM samen een de nieuwe optie ‘patiëntoverleg’ ontworpen binnen Zorgdomein. Tijdens de pilot in februari-april 2018 in de regio’s Nijmegen en Rotterdam kunnen huisartsen zo bedrijfsartsen zoeken van patiënten in deze regio’s. Het patiëntoverleg zal in 2018 landelijk ingevoerd worden.

SYMPOSIUM MEDISCH LEIDERSCHAP

23 MAART 2018

WWW.NHG.ORG/MEDISCHLEIDERSCHAP



NHG Rx-app sluit aan op behoefteonderzoek

Ledenraadpleging over tevredenheid

Met de Ledenraadpleging gaat het NHG na of de leden tevreden zijn. Maar we onderzoeken ook actief of er behoefte is aan nieuwe producten of diensten.

Het algemene beeld is dat onze leden onveranderd tevreden zijn over de NHG-producten en diensten. De mate waarin wij actuele kennis aanbieden, waarderen de leden hoog, de manier manier van communiceren kan beter. In de komende maanden doen wij vervolgonderzoek naar uw wensen over communicatie, in de tweede helft van het jaar gaan we daarmee aan de slag. In de laatste Ledenraadpleging vroegen wij uw mening over Thuisarts.nl en de papieren samenvattingskaarten van de NHG-Standaarden.

Thuisarts.nl waarderen de leden zeer hoog: twee derde geeft een 9 of 10. Men gebruikt de website zeer frequent: het merendeel dagelijks; 98% voornamelijk om patiënten informatie aan te bieden; 85% adviseert de patiënt om op Thuisarts.nl thuis verder te zoeken; 81% kijkt samen in de spreekkamer met de patiënt op de website.

Leden noemden als verbeterpunten vindbaarheid van de video's, meer afbeeldingen, en meer aandoeeningen. Inmiddels hebben de video's een andere plaats gekregen en we zien dat het gebruik hierdoor sterk is toegenomen. Dit blijft een punt van aandacht in de doorontwikkeling van de website, evenals de twee andere punten.

De ondervraagde leden vinden de papieren samenvattingskaarten nuttig maar niet onmisbaar. Over het algemeen raadplegen leden toch eerst de website. Daarom geven wij nu bij de NHG-Standaarden prioriteit aan verbeterde digitale ontsluiting.

NHG RX-APP

In de Ledenraadpleging van eind 2016 noemden leden de behoefte aan een digitaal NHG-Formularium. Binnen een jaar was de NHG Rx-app een feit, gelanceerd tijdens het NHG-Congres, in samenwerking met Digitalis. Deze app is gratis beschikbaar voor al onze leden. De NHG-ledenraadpleging wees uit dat men het belangrijk vindt dat informatie digitaal, altijd beschikbaar en overzichtelijk is. De app is ook bij visites gemakkelijk te raadplegen en is ook te

'Volwaardige vervanging zakboekje'

gebruiken in combinatie met de pc. Tjeerd van Althuis, wetenschappelijk medewerker NHG: 'In aansluiting op de wensen van onze leden is er nu ook een niet-HIS-gebonden mogelijkheid om het Formularium digitaal te raadplegen. Het leuke is dat zich al snel 2.000 mensen hebben geregistreerd voor de NHG Rx-app. De app is een volwaardige

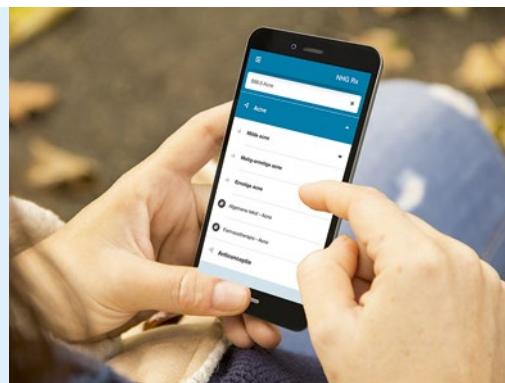


Tjeerd van Althuis, wetenschappelijk medewerker Automatisering NHG: 'Met app indicaties, contra-indicaties en voorzorgen bij de hand.'

vervanger van het zakboekje: indicaties, contra-indicaties en voorzorgen altijd bij de hand.'

FILTERS

Het NHG onderzocht ook hoe de app eruit zou moeten zien, zoals de zoekmogelijkheden. De respondenten noemden zoeken op ziektebeeld, aandoening en indicatie, en filters zoals verminderde nierfunctie, zwangerschap, leeftijd en comorbiditeit. Van Althuis: 'Al deze punten zijn gerealiseerd. Ik nodig iedereen van harte uit om verbeteringen en feedback door te geven via HAweb of de NHG-website.' ■



GEbruikers over de NHG Rx-APP

Aios Sándor Öry zegt op HAweb over de NHG Rx-app: 'Zeer goed! Als aios huisartsgeneeskunde maak ik er graag gebruik van; snel de meest actuele info uit de standaarden.' Desgevraagd licht hij toe: 'Het laatste wat ik opzocht waren de behandelingsstappen acne. De NHG Rx-app vind ik in elk geval qua lay-out en smartphonevriendelijkheid heel goed.'

Huisarts Kees de Kock: 'Erg gebruiksvriendelijk en snel. Ook erg plezierig bij het opzoeken van de dosis voor kinderen.'

Meer informatie: www.nhg.org/formularium

Uitgelichte post HAweb Ledenforum

Kaderopleiding Jeugd?

Sinds de nieuwe Jeugdwet zijn er veel taken bij de huisartsen terechtgekomen. Huisarts Saskia Benthem wil graag ondersteuning door een huisarts-expert. Is een Kaderopleiding Jeugd de oplossing, vraagt ze op het Ledenforum.



Saskia Benthem

Foto: geïnterviewde

Saskia Benthem, huisarts met portefeuille ggz bij Zorggroep Syntein: 'Een onevenredig deel van mijn ggz-tijd gaat nu op aan jeugd. Als een school of ouder bijvoorbeeld een autismespectrumstoornis of ADHD vermoedt, vragen ze onze huisartsen om een verwijzing. Maar is het wel een stoornis, of is extra begeleiding op school beter? Onze pilot met een praktijkondersteuner-ggz-jeugd bleek onnodige verwijzingen te voorkomen en geld te besparen, maar wie zorgt dat zij kan blijven, zorgt voor structurele oplossingen? Mijn agenda is al vol. Ik volg zelf de opleiding tot kaderhuisarts ggz, vanwege de praktische handvatten en de wetenschappelijke verdieping. Zo iemand wil ik zelf kunnen raadplegen over jeugdzorg.'

Liesbeth van der Jagt, coördinator van de NHG-kaderopleidingen van het NHG: 'Er zijn nu zo'n 800 kaderhuisartsen en 12 kaderopleidingen. Deze oproep en de reacties daarop geven aanleiding om de kaderopleiding Jeugd te overwegen. Mogelijk kan een kaderhuisarts Beleid en Beheer, of kaderhuisarts ggz met jeugd als aandachtsgebied de rol van vraagbaak Jeugd vervullen.' ■

Ledenforum

Heeft u ook een vraag?

Plaats een oproep op HAweb Ledenforum!

Als huisarts-ambassadeur aanpak kindermishandeling (LHV) hoor ik van collega's uit het hele land dat de zorg voor jeugd zeer complex georganiseerd is, overigens ook al voor de transitie in 2015. Een collega als vraagbaak jeugd lijkt mij ideaal. Ik zou de eerste zijn die zich aanmeldt als er een kaderopleiding Jeugd zou komen!

Waarnemend huisarts te Den Haag

Ik vraag me af of er een kaderopleiding Jeugd moet komen. Probeer een goede relatie met jeugdartsen op te bouwen. Bij ons in de gemeente is er goed contact met de GGD-jeugdartsen; beide zitten we regelmatig met de gemeente om de tafel. Helaas lopen we tegen het logge gemeenteparaat aan.

Huisarts te Hellendoorn

Veel ggz is geen ggz, maar vastgelopen sociale omstandigheden, zoals huisvesting, relaties, leefstijl, opvoeding. De jeugdzorg functioneert dramatisch slecht door beleidsmaatregelen, zodat de sociale problematiek uiteindelijk zo uitgroeit dat het wel ggz wordt en we alleen nog maar pillen kunnen voorschrijven.

Praktijkhoudend huisarts te Rotterdam

Ik ben ook huisarts-ambassadeur aanpak kindermishandeling. Leuk om te zien dat er al nagedacht is over een kaderopleiding jeugd, ik heb altijd gedacht dat als deze er zou komen, ik me zeker zou aanmelden!

Huisarts in opleiding te Utrecht

► Dit is een selectie en de reacties zijn bewerkt; zie HAweb Ledenforum voor de volledige teksten.

Opleidingen, dossiers en patiënteninformatie

Hulp nodig bij jeugdzorg? Het NHG helpt met opleiding, kennis en patiënteninformatie.

- NHG-Dossier Jeugd: www.nhg.org/jeugd
- Thuisarts.nl: www.thuisarts.nl/problemen-thuis
www.thuisarts.nl/psychosociale-problemen/ik-heb-psychosociaal-probleem
- Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak [LESA] Psychosociale problematiek www.nhg.org/themas/publicaties/lesa-psychosociale-problematiek



Femke Hohmann en Frans Dekker werkten mee aan de Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde als leden van de elfkoppige adviesgroep. Dekker werkt vier dagen per week in een zelfstandige praktijk, Hohmann draait drie lange dagen spreekuur en werkt verder vanuit huis.

INTERVIEW

met huisartsen Femke Hohmann en Frans Dekker van de adviesgroep Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde

‘Praktiserende huisartsen kozen de onderzoeksvragen’

De Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde, een rapport met de belangrijkste onderzoeksvragen in ons vakgebied, is af. Vele praktiserende huisartsen werkten mee aan de selectie van onderzoeksvragen. Twee van hen vertellen waarom de agenda goed nieuws is voor alle praktiserende huisartsen.

Waarom was dat nodig, een Onderzoeksagenda?

Frans Dekker: ‘Het onderzoek van de acht universitaire afdelingen Huisartsgeneeskunde was meer ad hoc, afhankelijk van de universiteit, van fondsen en de markt. De afdelingen Huisartsgeneeskunde en organisaties zoals het NHG wilden daarvan af. Geen toevallige focus van een enkele onderzoeker, maar de vragen waar echte huisartsen en patiënten mee worstelen, in een bredere context.’

Waarom juist nu?

Dekker: ‘Toen Marlous Kortekaas (Fam Pract 2014;31:229-35/red.) aantoonde dat huisartsgeneeskundig onderzoek niet voldoende overeenkwam met de werkelijke praktijk van huisartsen, raakten onze plannen in een stroomversnelling. Kortekaas zag weinig samenhang in onderzoeksbeleid, en miste voor de huisarts belangrijke deelgebieden. Op het spreekuur kom je er altijd wel uit met consensus, waar de richtlijnen vol mee staan. Maar je wilt je op evidence baseren. Veel wetenschappelijke onderbouwing bestaat vaak gewoon nog niet. Met de nieuwe Onderzoeksagenda kunnen onderzoekers de juiste kennishiaten opvullen.’

Hoe zijn jullie te werk gegaan?

Femke Hohmann: ‘In 2016 zijn we begonnen. Er waren al overzichten, bijvoorbeeld de lacunebak (www.nhg.org/lacunes), waarin onderzoeksvragen terechtkomen als richtlijnmakers constateren dat er voor een aanbeveling geen evidence is. De lacunebak hebben we aangevuld met onderzoeksvragen van verschillende stakeholders, waaronder patiënten en medisch specialisten. Maar hoe structureer je die brij aan onderzoeksvragen? De huisartsenzorg is op alle terreinen breed: medisch-inhoudelijk; maar ook consultvoering, maatschappelijke vraagstukken, doelmatigheid. We brachten lengte- en dwarsverbanden aan en categoriseerden de vragen op ICPC-code en op thema, zoals ouderen, oncologie, e-health. Daarna heeft een grote groep huisartsen en stakeholders de vragen geprioriteerd: consen-

susgebaseerd, maar wel gestructureerd.’

Frans Dekker: ‘Hierdoor is de Onderzoeksagenda geen compromis tussen onderzoekers, maar een gezamenlijk bepaalde, samenhangende serie onderzoeksvragen. Het zijn door praktiserende huisartsen zelf gekozen en ook zelf aangedragen onderzoeksvragen.’

Voor alledaagse, kleine kwalen onderzoeken?

Dekker: ‘Het criterium was niet zozeer alledaagse kwalen, zoals bij ingegroeide teennagels en hoofdluis, maar frequentie. Huisartsen noemden bijvoorbeeld vaak de nacontrole door de huisarts bij oncologie: is dat zinvol en onderbouwd? Een ander criterium was toekomstige relevantie. Daardoor zijn typische huisartsenthema's op de Onderzoeksagenda gekomen, zoals diversiteit en multimorbiditeit. Denk aan medicamenteus veroorzaakte duizeligheid en risico op hypo's bij diabetes mellitus en hartfalen, bij kwetsbare ouderen.’

Hohmann: ‘Boeiend was dat er zowel simpele vragen uitkwamen als ingewikkelde: beleid bij acute keelontsteking, maar ook subtypering bij astma. Astmastandaarden gooien noodgedwongen groepen astmapatiënten op één hoop bij gebrek aan evidence; de huisarts levert maatwerk volgens ervaring met de patiënt in eerdere episodes. Op gevoel beslis je: de ene patiënt behoudend aanpakken, de andere minder strak controleren. Maar je zou moeten onderzoeken hoe vaak die gevoelsmatige subtypering door huisartsen tot goede resultaten leidt. Dat staat nu op de Onderzoeksagenda.’

Landelijke media over Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde & document: www.nhg.org/onderzoeksagenda

COLOFON NHG FORUM

Redactie: Yvonne Buitenhuis (voorzitter), Annet Janssen en Linda Tolsma. Met bijdragen van Fijtje Koets (tekst), Bart van den Hoogenhoff en Margot Scheerder (foto's). Eindredactie en contact: Fijtje Koets, f.koets@nhg.org; 030-282 35 00.

NHG Forum is een uitgave van het NHG-bureau. Voor het colofon van het wetenschappelijke deel van **Huisarts & Wetenschap**: blader vier pagina's terug.