

Claudicatio intermittens, goede zorg bij de huisarts

Marie-Louise Bartelink, Max Rubens, Joep Tejjink

Claudicatio intermittens is in de eerste lijn goed te diagnosticeren en te behandelen. Een enkel-armindex om de diagnose te bevestigen kan op steeds meer plaatsen worden bepaald in een vaatlaboratorium zonder verwijzing naar de tweede lijn. De huisarts zet na het vaststellen van de diagnose behandeling in met gesuperviseerde looptherapie bij de fysiotherapeut en cardiovasculair risicomanagement. Verwijzing naar de tweede lijn voor vasculaire interventie is alleen geïndiceerd wanneer de klachten niet verdwijnen of erger worden (rustpijn, nachtelijke pijn of weefselverlies), of bij acute ischemie (pijnlijk, bleek en koud been).

CASUS: MENEER JANSEN

Meneer Jansen, 65 jaar, komt bij u op het spreekuur en vertelt dat hij met lopen steeds vaker last heeft van een krampende pijn in zijn rechterkuit, die weer wegtrekt bij stilstaan of gaan zitten. Hij heeft overgewicht en hij rookt zijn hele volwassen leven ongeveer een pakje sigaretten per dag.

De huisarts zal dit een kenmerkend verhaal vinden en meteen denken aan claudicatio intermittens als uiting van perifeer arterieel vaatlijden (PAV). In dit nascholingsartikel bespreken we aan de hand van deze casus de huidige stand van zaken wat betreft diagnostiek, prognose, therapie en eventuele verwijzing.

In de afgelopen jaren zijn 3 elkaar aanvullende landelijke richtlijnen verschenen die de bestaande evidence rondom PAV samenvatten. De NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden werd gepubliceerd in 2014.¹ In datzelfde jaar verscheen de KNGF-richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden (herzien in 2017), met aanwijzingen voor gesuperviseerde looptherapie.² En in 2016 verscheen op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde de multidisciplinaire Richtlijn perifeer arterieel vaatlijden, waaraan huisartsen, vaatchirurgen, interventieradiologen, vasculair geneeskundigen, klinisch geriateren, fysiotherapeuten, vaatlaboranten en patiënten bijdroegen.³

Uit zorgdata bleek de implementatie van de richtlijnen verbetering te behoeven. Zorginstituut Nederland vatte de geconstateerde knelpunten bij het stellen van de diagnose, inzetten van gesuperviseerde looptherapie als primaire therapie en afstem-

ming met andere zorgverleners samen in een *Zinnige Zorg verbeteringsignalement*.⁴ De aanbevelingen werden in samenspraak tussen alle betrokkenen opgenomen in de multidisciplinaire richtlijn, maar staan nog niet expliciet in de NHG-Standaard. Wat kan beter bij deze patiënten?

DRIE VERBETERPUNTEN

Enkel-armindex

Claudicatio intermittens is een eerstelijnsaandoening waarvoor verwijzing naar de tweede lijn niet is geïndiceerd. Uit de registratiecijfers van Vektis (database met inzicht in alle door zorgverzekeraars betaalde zorgkosten) blijkt echter dat huisartsen in 2017 meer dan 60% van de patiënten naar de vaatchirurg verwezen voor diagnostiek en dat die daar ook (ten onrechte) in behandeling bleven.⁵

De incidentie van claudicatio intermittens in de huisartsenpraktijk is niet heel groot: 3 per 1000 patiënten per jaar. De kenmerkende anamnese is inspanningsgebonden pijn in de spieren van bil, bovenbeen of kuit die wegtrekt na enige minuten rust. Rustpijn, nachtelijke pijn of weefselverlies door een ulcus of gangreen kunnen wijzen op kritische ischemie en zijn een indicatie voor verwijzing naar de tweede lijn.

De diagnose 'claudicatio intermittens' moet worden bevestigd door een betrouwbare meting van de enkel-armindex (EAI). In de NHG-Standaard staat dat de huisarts dit kan doen in de eigen praktijk of in een vaatlaboratorium, of als dat niet mogelijk is de patiënt kan verwijzen naar een vaatchirurg, met afspraken over het vervolgtraject.

Voor een betrouwbare meting moet degene die het dopplersonderzoek uitvoert voldoende scholing en ervaring hebben en de metingen regelmatig uitvoeren.¹ Uit onderzoek is gebleken dat EAI-metingen in de huisartsenpraktijk niet zo betrouwbaar zijn; de testuitslagen wijken nogal eens af van die in het vaatlaboratorium. In het kader van Zinnige Zorg is daarom afgesproken dat huisartsen zonder consult bij een vaatchirurg EAI-bepalingen moeten kunnen aanvragen bij het vaatlaboratorium van een ziekenhuis.^{3,4} Voordeel is dat in het vaatlaboratorium ook een loopbandtest kan worden uitgevoerd als de uitslag niet-conclusief is (EAI in rust rond de 0,9 bij een verdachte anamnese) en dat ook teendrukmeting mogelijk is als de patiënt slecht comprimeerbare vaten heeft door bijvoorbeeld diabetes

DE KERN

- Huisartsen verwezen in 2017 nog meer dan 60% van de patiënten met claudicatio intermittens naar de vaatchirurg.
- Dopplermetingen in de huisartsenpraktijk blijken niet erg betrouwbaar. De huisarts kan de enkel-armindex laten bepalen in een vaatlaboratorium, zonder consult bij de vaatchirurg.
- Bij iedere patiënt met claudicatio intermittens wordt gestart met gesuperviseerde looptherapie met leefstijlbegeleiding door een gecertificeerd fysiotherapeut (minimaal 12 maanden) en CVRM (waarbij een rol voor de POH-S), met goede afspraken met de behandelaars rondom de patiënt.
- Verwijzing naar de tweede lijn is alleen geïndiceerd bij kritische ischemie (rustpijn, nachtelijke pijn of weefselverlies) en acute ischemie (pijnlijk, bleek en koud been).

mellitus. Nadeel is dat de kosten vallen onder het eigen risico; als 'OZP eerstelijnsdiagnostiek' hangen de kosten af van afspraken met de zorgverzekeraars, maar ze verschillen niet veel van die bij de huisarts. Deze directe toegang is inmiddels geïmplementeerd op veel plekken in Nederland, maar helaas nog niet overal. De metingen worden beoordeeld door een vaatchirurg, die de uitslag rapporteert aan de huisarts. Bij een EAI < 0,8 bij 1 meting of een gemiddelde EAI < 0,9 over 3 metingen (conform de NHG-Standaard) is er vrijwel zeker sprake van PAV.

Gesuperviseerde looptherapie

De aanbevolen primaire behandeling voor alle patiënten met claudicatio intermittens in de eerste en tweede lijn is gesuperviseerde looptherapie met leefstijlbegeleiding. Deze behandeling wordt gegeven door gecertificeerde fysiotherapeuten (te vinden via Chronisch ZorgNet). Huisartsen initiëren deze behandeling minder vaak dan vaatchirurgen: in 2017 was 38% van de verwijzingen voor gesuperviseerde looptherapie afkomstig van een huisarts. Huisartsen en vaatchirurgen samen verwezen in dat jaar al wel 87% van alle patiënten met claudicatio intermittens primair voor gesuperviseerde looptraining. Bij 83% van de behandelde patiënten is na 5 jaar nog geen interventie nodig geweest.⁵

Cardiovasculair risicomanagement

Het grootste probleem bij claudicatio intermittens is niet het verergeren van de klachten in het been, hoewel patiënten daar vaak bang voor zijn. Op langere termijn krijgt 15% klachten van nacht- en/of rustpijn (kritieke ischemie) en uiteindelijk is bij 2% amputatie noodzakelijk.¹ Omdat PAV een uiting is van gegeneraliseerde atherosclerose is het grootste risico een hartinfarct of beroerte. Van de patiënten met PAV heeft 61% ook coronairlijden en/of cerebraal vaatlijden. De kans om binnen 10 jaar te overlijden aan een coronair of cerebrovasculair infarct

is voor iemand met een verlaagde EAI meer dan tweemaal verhoogd. Bij dit hoge risico is CVRM de belangrijkste eerste stap.⁶ Een belangrijke rol hierbij is weggelegd voor de POH-S. Deze brengt het cardiovasculaire risico in kaart en begeleidt de patiënt bij het aanpassen van de leefstijl, stoppen met roken en starten met een statine en clopidogrel of carbasalaatcalcium. Volgens de richtlijnen hebben direct werkende orale anticoagulantia (DOAC's) vooralsnog nog geen plaats in deze behandeling.

CASUS: MENEER JANSEN, VERVOLG

U verwijst meneer Jansen naar het vaatlaboratorium voor het meten van de EAI en maakt een vervolgspraak om de uitslag te bespreken. Het vaatlaboratorium meldt een gemiddelde EAI van links 0,9 en rechts 0,8. U vertelt hem dat er inderdaad sprake is van claudicatio intermittens. Samen bespreekt u het cardiovasculaire risico en u stelt leefstijlaanpassingen voor (stoppen met roken, gezond eten en afvallen, meer bewegen) en gesuperviseerde looptherapie. Meneer Jansen krijgt een statine en een trombocytenaggregatieremmer. U verwijst hem naar een gecertificeerd fysiotherapeut in de buurt voor gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding. Ook plant u een afspraak met de POH-S voor CVRM en het optimaliseren van leefstijl, bloeddruk en cholesterol.

GESUPERVISEERDE LOOP THERAPIE

Het beleid bij claudicatio intermittens volgt het principe van *stepped care*. Ongeacht het niveau van de vaatobstructie bestaat de primaire behandeling uit gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding door een gecertificeerde fysiotherapeut. Deze behandeling verdubbelt de loopafstand in vergelijking met alleen het advies om meer te gaan lopen.⁷ De behandeling wordt sinds 2017 vergoed binnen het basispakket. Elke patiënt met de diagnose 'claudicatio intermittens' heeft recht op maximaal 37 behandelingen gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding binnen 12 kalendermaanden. De meeste zorgverzekeraars hanteren een selectief inkoopbeleid en vergoeden het traject alleen als de behandeling wordt gegeven door gecertificeerde fysiotherapeuten die zijn aangesloten bij Chronisch ZorgNet, een al vele jaren bestaand landelijk netwerk van gespecialiseerde fysiotherapeuten (voorheen ClaudicatioNet). Deze therapeuten zijn gemakkelijk te vinden via de website van Chronisch ZorgNet.

Gesuperviseerde looptherapie is een gepersonaliseerd behandeltraject waarin de klachten, bewegingsbeperkingen en maximale loopafstand van de patiënt structureel worden aangepakt. De huisarts moet op voorhand met de patiënt bespreken dat het een langdurig traject is: om effect te zien moet het minimaal 3-6 maanden volgehouden worden. De eerste weken is het behandelingschema zeer intensief, met 2-3 trainingen per week die bestaan uit lopen, spierversterkende oefeningen en aandacht voor valpreventie. Gaandeweg gaat de patiënt meer zelfstandig trainen met een eigen trainingsschema. Daarbij houdt de fysiotherapeut rekening met het ziekte-inzicht en de verwachtingen van de patiënt, omdat deze sterk verbonden zijn met diens motivatie en zelfmanagement. Daarnaast zal de fysiotherapeut ook aandacht besteden aan leefstijlfactoren zoals roken en gezonde voeding, en controleren of de patiënt de



Start bij elke patiënt met claudicatio intermittens gesuperviseerde looptherapie met leefstijlbegeleiding en CVRM.

Foto: Shutterstock

voorgeschreven medicatie gebruikt. Gecertificeerde fysiotherapeuten hebben hiervoor speciale trainingen gevolgd (zoals motiverende gespreksvoering en rookstopcoaching).

Het traject van gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding is complementair aan de begeleiding door de POH-S. De fysiotherapeut meldt zijn of haar bevindingen op gezette tijden (na 3, 6 en 12 maanden) aan de huisartsenpraktijk via een gestandaardiseerde terugkoppelingsbrief. Als het traject niet naar verwachting verloopt, de klachten sterk verergeren of bijkomende klachten de behandeling belemmeren, zal de fysiotherapeut dit tussentijds melden. Het maken van goede afspraken in de praktijk met alle zorgverleners rondom de patiënt is hierbij van belang.

De richtlijnen adviseren verwijzing naar de tweede lijn voor interventie alleen dan wanneer gesuperviseerde looptherapie en leefstijlbegeleiding onvoldoende effect sorteren. De stepped-carebenadering voorkomt overbodige dotterbehandelingen, met betere zorg voor deze patiënten en forse besparingen.⁸

CASUS: MENEER JANSEN, VERVOLG

Na 12 maanden komt het eindverslag van de fysiotherapeut. Meneer Jansen is niet gestopt met roken, maar zegt wel veel minder te zijn gaan roken. De klachten van claudicatio intermittens zijn inmiddels verdwenen en hij slikt trouw zijn medicatie. Hij is ook wat afgevallen en gaat zich aansluiten bij een loopgroepje in de buurt.

VERWIJZING NAAR DE TWEEDE LIJN

Stabiele claudicatio intermittens is bij de huisarts in prima handen. Als de klachten verergeren of na 6 maanden nog niet verminderd zijn, kan de patiënt alsnog verwezen worden naar de vaatchirurg. Deze zal dan meestal een percutane transluminale angioplastiek (dotterbehandeling) uitvoeren. Het plaatsen van een stent maakt de procedure duurder en is niet altijd nodig. Als percutane behandeling niet lukt en de patiënt duidelijk aangeeft toch een interventie te willen, zijn er nog operatieve mogelijkheden zoals een endarteriëctomie of een bypass.⁹

De onderliggende oorzaak van claudicatio intermittens is chronisch obstructief vaatlijden. Dit vaatlijden kan verergeren tot kritieke ischemie, waarbij klachten ontstaan zoals rustpijn, nachtelijke pijn en ulcus of gangreen. Kritieke ischemie is altijd een indicatie om op korte termijn naar de tweede lijn te verwijzen, en dat geldt ook voor een snelle achteruitgang van de loopafstand.

Acute ischemie door plotselinge afsluiting van een beenslagader komt tot uiting in een acute verergering van de symptomen (*acute on chronic ischaemia*). De verschijnselen laten zich samenvatten in 5 p's: *pain, pulse, pallor, paresthesia, paralysis*. Als de patiënt bij de dokter komt met een pijnlijk, bleek en koud been moet deze met spoed verwezen worden naar de vaatchirurg. ■

DANKBETUIGING

Met dank aan Lia van der Vorm, kaderhuisarts HVZ, voor commentaar op een eerdere versie van dit artikel.

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden. NHG-Standaard Perifeer arterieel vaatlijden (versie 3.0). Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2014. Richtlijnen.nhg.org.
2. KNGF-richtlijn Symptomatisch perifeer arterieel vaatlijden. Utrecht: Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie, 2014-2017.
3. Richtlijn perifeer arterieel vaatlijden. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, 2016.
4. Zinnige Zorg verbeteringsinstrument Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) – claudicatio intermittens. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2016.
5. Jansen SC, Van Nistelrooij LP, Scheltinga MR, Rouwet EV, Tejjink JA, Vahl AC. Successful implementation of the exercise-first approach for intermittent claudication in the Netherlands is associated with fewer lower limb revascularisations. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, forthcoming.
6. Criqui MH, Aboyans V. Epidemiology of peripheral artery disease. *Circulation Res* 2015;116:1509-26.
7. Hageman D, Fokkenrood HJ, Gommans LN, Van den Houten MM, Tejjink JA. Supervised exercise therapy versus home-based exercise therapy versus walking advice for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD005263.
8. Fokkenrood HJ, Scheltinga MR, Koelemay MJ, Breek JC, Hasaart F, Vahl AC, et al. Significant savings with a stepped care model for treatment of patients with intermittent claudication. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;48:423-9.
9. Fakhry F, Fokkenrood HJ, Spronk S, Tejjink JA, Rouwet EV, Hunink MG. Endovascular revascularisation versus conservative management for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD010512.

Bartelink ME, Rubens M, Tejjink JA. Claudicatio intermittens, goede zorg bij de huisarts. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI:10.1007/s12445-020-0846-8.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: dr. M.E.L. Bartelink, huisarts-epidemioloog: m.e.l.bartelink@umcutrecht.nl. Huisartsenpraktijk Rubens, van Cromvoirt & Mooren, Schijndel: M. Rubens, huisarts, kaderarts HVZ. Universiteit Maastricht, Research school CAPHRI, Maastricht: prof. dr. J.A.W. Tejjink, vaatchirurg [tevens Catharina Ziekenhuis Eindhoven]. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.