

Antistollingsmiddelen in enige huisartspraktijken*

M. P. WESTHOFF, HUISARTS**

Onderzoek in een huisartspraktijk naar de indicatie voor therapie met antistollingsmiddelen leverde als resultaat op dat de helft van de patiënten werd behandeld op grond van omstreden indicaties of zelfs zonder indicatie. Deze bevinding werd bevestigd bij herhaling van dit onderzoek in zes andere huisartspraktijken.

In het kader van het co-assistentenschap huisartsgeneeskunde heb ik samen met mijn gastheer C. H. A. Westhoff, huisarts te Amsterdam, een onderzoek gedaan naar het gebruik van antistollingsmiddelen in zijn praktijk. Het was mij opgevallen dat een enkele maal een patiënt anticoagulantia gebruikte zonder duidelijke indicatie. Vraagstelling van ons onderzoek was: Hoe vaak treft men in de huisartspraktijk patiënten aan die antistollingsmiddelen gebruiken, zonder dat hiervoor (nog) een onomstreden indicatie aanwezig is?

Omtrent de indicaties voor het voorschrijven van antistolling bestaat onvoldoende eenstemmigheid onder deskundigen. Op grond hiervan werd aan enkele consultants van mijn gastheer naar hun mening gevraagd, werd advies gevraagd aan de Amsterdamse Trombosedienst en werd enige literatuur bestudeerd (*Bieger, Boekhout-Mussert en Loeliger; Gan; Den Ottolander; Vreeken 1974 en 1975*). Uit deze informatie werd een aantal indicaties afgeleid voor behandeling met antistollingsmiddelen in de huisartspraktijk, alsmede een behandelingsduur voor elk van deze indicaties. In *tabel 1* – welke geen algemene geldigheid pretendeert – zijn deze indicaties benevens de bijbehorende behandelingsduur gerangschikt.

Toelichting bij tabel 1

Hersenvaatlijden (trombose, embolie of bloedingen) is met opzet als indicatie weggelaten, aangezien de diagnostiek en de indicatiestelling tot behandeling met antistollingsmiddelen van deze afwijking

ons inziens buiten het werkkterrein van de huisarts vallen.

Volgens vele deskundigen vormen afwijkingen, zoals angina pectoris, claudicatio intermittens, „transient ischaemic attacks”, amaurosis fugax, kortom alle langzaam progressieve of intermitterende arteriële afsluitingen geen indicatie voor an-

tistollingstherapie. Anderen menen echter wel degelijk in dergelijke situaties een gunstig effect te zien van langdurige behandeling met antistollingsmiddelen.

De grens van twee jaar voor antistollingstherapie na een (recidief) hartinfarct is mede op voorstel van *Vreeken (1974)* gekozen. In de acute fase, waarin door bedrust en passagère hartritmestoornissen veneuze trombose en embolieën kunnen ontstaan, worden anticoagulantia geïndiceerd geacht ter voorkoming van deze complicaties, maar na de acute fase wordt het meer een kwestie van „geloven”. Nimmer is gebleken dat het nut van antistollingstherapie ook nog geldt na twee tot drie jaar. Voorts blijft onverklaard waarom de resultaten van vele onderzoeken over het gebruik van antistollingsmiddelen gedurende twee of meer jaren bij patiënten na een hartinfarct zo tegenstrijdig met elkaar zijn (*Gan*). Behalve het stollingsproces zijn er wellicht nog andere factoren die invloed uitoefenen op het verloop na een hartinfarct, zoals sigarettengebruik, lichaamsgewicht, arbeidsverrichtingen of nog onbekende factoren (*Vreeken, 1975*).

Tabel 1. Indicaties voor behandeling met antistollingsmiddelen in de huisartspraktijk benevens behandelingsduur.

| | Indicaties | Maximale behandelingsduur |
|--|---|--|
| Volgens vrijwel iedereen geïndiceerd | Diepe veneuze trombose/tromboflebitis | In de acute fase, benevens 6 tot 12 weken erna |
| | Longembolie | Zolang de (veneuze) bron aanwezig is, benevens 12 weken erna |
| Door zeer velen als juist geïndiceerd geacht | Profylactisch, zoals bij bedrust, postoperatief, bij fractuur, post partum met verhoogd risico | Zolang de predisponerende factoren aanwezig zijn |
| | Lokaal stagnerende bloedstroom, zoals bij aneurysma, boezemfibrilleren, totaal atrioventriculair block | Zolang de toestand aanwezig is |
| | Acute fase hartinfarct (meestal in een ziekenhuis, dus vaak niet te registreren binnen dit onderzoek) | Acute fase (1 tot 3 weken) |
| Indicaties die nog worden omstreden; de meningen hierover zijn wetenschappelijk en gevoelsmatig verdeeld | (Recidief) hartinfarct | Twee jaren |
| | Hart- en vaatoperaties | Levenslang |
| Door vrijwel niemand geïndiceerd geacht. | (Recidief) hartinfarct langer dan twee jaar geleden | Langer dan twee jaren |
| | Langzaam progressieve of intermitterende arteriële afsluitingen: angina pectoris, claudicatio intermittens, „transient ischaemic attacks” (TIA's) en dergelijke | Levenslang |
| | Enkele specifieke afwijkingen zoals M. Bürger en polyglobulie | Levenslang |
| | Overige situaties | |

* Naar een referaat, gehouden tijdens de referatendag van het N.H.G. te Utrecht, 31 mei 1975.

** Uit het instituut voor huisartsgeneeskunde van de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam (hoofd: Prof. B. S. Polak).

Tabel 2. Verdeling van de met anticoagulantia behandelde patiënten uit zeven huisartspraktijken volgens de in tabel 1 vermelde indicaties; tussen haakjes in procenten.

| Indicaties | Aantal |
|--|-----------|
| Volgens vrijwel iedereen geïndiceerd | 22 (11) |
| Door zeer velen als juist geïndiceerd geacht | 61 (30) |
| Omstreden indicaties | 110 (55) |
| Volgens vrijwel niemand geïndiceerd | 8 (4) |
| Niet in onderzoek betrokken (cerebrale trombose) | 1 |
| Totaal | 202 (100) |

Als sterke contraïndicatie van antistollingstherapie, dus te rangschikken onder „Overige situaties”, kan men ook noemen een hoge leeftijd van de patiënt, bijvoorbeeld meer dan zeventig jaar. Om twee redenen is de leeftijdsgrens echter wegge laten. Ten eerste een praktische: Het bleek achteraf niet mogelijk alle leeftijden in het patiëntenbestand te achterhalen en voorts is de leeftijdsgrens zo zeer afhankelijk van de verdere gezondheidstoestand van de patiënt, dat dit slechts individueel kan worden bekeken.

Onderzoek

Met hulp van de computer van de Amsterdamse Trombosedienst werd opgezocht welke patiënten in de praktijk van mijn gastheer antistollingsmiddelen gebruikten. Van de ingeschreven patiënten gedurende het jaar 1974 (einddatum 1 februari 1975) bleken 51 patiënten anticoagulantia te hebben gebruikt of nog te gebruiken. Van hen zijn drie gedurende de onderzoeksperiode overleden (de doodsoorzaak van een hunner was een cerebrovasculair accident; van de twee overigen was de oorzaak niet met zekerheid te zeggen). Eén patiënt was verhuisd. Van de overige 47 patiënten kon bij onderzoek van de patiëntenkaarten en specialistenbrieven bij 22 patiënten niet met zekerheid worden vastgesteld of zij nog antistollingsmiddelen gebruikten. Van acht patiënten was het onduidelijk op welke indicatie dit gebruik plaatsvond en van zeventien patiënten was de klinische situatie duidelijk. Aan in totaal 30 patiënten werd gevraagd – op het spreekuur, telefonisch of door middel van huisbezoek – of zij nog met antistollingsmiddelen werden behandeld, sinds wanneer en waarvoor. Van de oorspronkelijke 51 patiënten bleken per 1 februari 1975 23 patiënten geen antistollingsmiddelen meer te gebruiken, zodat een groep van 24 patiënten overbleef voor toetsing aan de gekozen criteria ten aanzien van indicatie en behandelingsduur.

Het bleek dat twaalf van de 24 patiënten in deze praktijk werden behandeld met anticoagulantia op grond van discutabele indicaties of zelfs zonder dat (nog) een indicatie aanwezig was.

De opmerkelijke uitslag van dit kleine onderzoek werd door mijn gastheer in de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap vermeld. Zes leden van deze commissie besloten hun patiënten, voorzover zij met antistollingsmiddelen werden behandeld, aan dezelfde criteria te toetsen. Door hen en door mijn gastheer werden, in verschillende delen van Nederland (de praktijken waren gevestigd in Amsterdam, Uithoorn, Rotterdam, Biddinghuizen, Uden, Dedemsvaart en Zelhem) de gegevens van in totaal 202 onder behandeling staande patiënten onderzocht. Het resultaat van dit onderzoek is weergegeven in tabel 2. Een nadere verdeling van deze patiënten wordt weergegeven in tabel 3.

Bespreking

Het feit dat in vele gevallen mondeling contact met de patiënten nodig was om te achterhalen of iemand antistollingsmiddelen gebruikte, is veelbetekenend. De administratie van huisartsen bleek niet optimaal, vooral wat betreft het afgeven van herhalingsrecepten. Een patiënte werd vier jaar na de laatste klachten wegens een trombosebeen nog met anticoagulantia behandeld. Zij bleek de laatste jaren ettelijke malen van huisarts te zijn veranderd, waardoor de indicatie, waarop zij antistollingsmiddelen gebruikte, administratief werd „verdoezeld”.

Niet alleen de huisarts schiet in zijn administratie tekort. Bij het nazoeken van specialistenbrieven bleek in een aantal daarvan geen duidelijke uitspraak te staan onder wiens verantwoordelijkheid het gebruik van antistollingsmiddelen en de controle daarop zou vallen. Het bleek dat specialisten soms poliklinisch controleerden en anticoagulantia een patiënten voorschreven, terwijl de trombosedienst de gegevens omtrent de trombotest aan de huisarts toestuurde. De gang van zaken, waarbij huisarts en specialist beiden verantwoordelijk waren voor de behandeling met en de controle over het gebruik van antistollingsmiddelen, hield het gevaar in dat de patiënt in een niemandsland verdaagde omdat beide behandelende artsen van elkaar verwachtten „de antistolling verder wel te zullen regelen”. *Balint* noemde dit „collusion of anonymity”, het verschuilen achter anonimiteit, als niet duidelijk wordt vastgesteld wie verantwoordelijk is voor behandeling en controle.

Doch ook indien de verantwoordelijkheid

geheel aan de huisarts werd overgedragen, was het ontbreken van een advies over de duur van de antistolling regel.

Het bleek voorts dat soms een betrokken trombosedienst de trombotest bleef uitvoeren indien de behandelend arts niet anders ordonneerde. De behandelend arts werd niet systematisch (periodiek) geattendeerd op de indicatie waarop de anticoagulantia werden voorgeschreven. evenzo onthield deze dienst zich van advies inzake de gewenste duur van antistolling.

De rol van de patiënt in het gebruik van anticoagulantia bleek eveneens van duidelijke betekenis. Bij de huisbezoeken die hun werden gebracht, bleek dat het merendeel der patiënten het wekelijks tot maandelijks contact, dat zij met de verpleegster c.q. „prikster” van de trombosedienst had, als prettig beleefde.

Dit contact voorzag in een sociale behoefte. Bovendien schreven patiënten het feit, dat zij na een hartinfarct nog leefden, toe aan de behandeling. Zij zullen daarom niet graag met de anticoagulantia willen stoppen (*Vreken, 1974*).

Dit gevoel geldt ook voor de behandelende artsen. Bij het rangschikken van patiëntengegevens in de groepen: wel of niet geïndiceerd zijn van de behandeling, bleken alle zeven medewerkende huisartsen op enkele gevallen te stuiten die volgens het schema als niet geïndiceerd zouden moeten worden geregistreerd. Gevoelsmatig zouden zij – ondanks hun conformatie aan het schema – bij die speciale patiënten toch liever willen doorgaan met het voorschrijven van antistollingsmiddelen. Deze gevallen werden in de groep omstreden indicaties ondergebracht (*tabel 3*).

Het te lange gebruik van anticoagulantia kan mede worden verklaard door allerlei menselijke en organisatorische oorzaken, waarbij huisarts, specialist, trombosedienst en patiënten zelf allen een rol spelen.

Conclusie

Ondanks veel onderzoek in het verleden bestaat onvoldoende eenstemmigheid over de indicaties en de duur van de behandeling met antistollingsmiddelen. Zolang het gunstige effect van jarenlange behandeling met anticoagulantia niet is aangetoond, dienen de risico's – vooral bij boven de 70-jarigen – ernstig te worden genomen. Uit het onderzoek blijkt dat vele patiënten zijn doorbehandeld op indicaties, die door vele artsen niet of op dat moment niet meer zouden worden onderzocht.

Niettegenstaande het feit dat deze bevindingen bij een niet-representatieve steek-

Tabel 3. Specificering van de in tabel 2 genoemde patiënten naar de in tabel 1 vermelde indicaties. De getallen tussen haakjes zijn gemiddelden.

| | Aantal Leef- pa- tijden tiënten | Indicaties | Behandelings- duur tot datum van onderzoek | | |
|-------------------------|---|----------------|--|---------------------------|-------------------|
| Wel geïndiceerd | 2 | 40 en 55 | Diepe veneuze trombose/tromboflebitis | minder dan 3 maanden | |
| | 1 | 65 | Longembolie + tromboflebitis | 2 maanden | |
| | 1 | 37 | Recidiverende longembolieën + trombosebeeen | 9 jaar | |
| | 1 | 66 | Permanent bedlegerig plus tromboflebitis migrans | 8 jaar | |
| | 2 | 38 en 83 | Profylactisch (post-operatief respectievelijk bedrust) | minder dan 5 weken | |
| | 2 | 66 en 52 | Aneurysma cordis | 4-10 jaar | |
| | 13 | 42-85 (65) | Ritmestoornissen (boezemfibrilleren, totaal atrioventriculair block, enzovoort) | 1/2-10 jaar (4 1/2) | |
| | 22 | | | | |
| | Volgens zeer velen wel geïndiceerd | 32 | 19-74 (54) | Hart-, vaatoperatie | 1/2-15 jaar (5) |
| | | 29 | 37-78 | (Recidief) hartinfarct | minder dan 2 jaar |
| 61 | | | | | |
| Omstreden indicaties | 8 | 45-82 (61) | (Recidief) hartinfarct langer dan twee jaren geleden met complicaties, zoals cerebraal accident, trombose vena centralis retinae, hyperlipaemie, diabetes, TIA's | 3-12 jaar (8) | |
| | 47 | 36-79 (63) | (Recidief) hartinfarct, laatste maal langer dan 2 jaar geleden | 20-20 jaar (8) | |
| | 6 | 52-70 (60) | Dreigend hartinfarct | 2-9 jaar (5 1/2) | |
| | 23 | 54-79 (69) | Angina pectoris (zonder voorafgaand infarct) | 1/2-8 jaar (4) | |
| | 4 | 47-84 (66) | „Transient ischaemic attacks” | 2 maanden tot 16 jaar (3) | |
| | 17 | 53-86 (67 1/2) | Claudicatio intermittens | 4 maanden tot 16 jaar (5) | |
| | 1 | 42 | M. Bürger | 3 jaar | |
| | 1 | 67 | M. Raynaud | 10 jaar | |
| | 3 | 60 | Gevoelsmatige indicatie: longembolie en paroxysmaal boezemfibrilleren. Regulaire hartactie sinds 1 jaar | 1 1/2 jaar | |
| | | 58 | Vena ophthalmica trombose | 3 jaar | |
| | | 66 | Recidiverend trombosebeeen | 1 1/2 jaar | |
| | 110 | | | | |
| | Niet geïndiceerd | 4 | 47-75 | Trombosebeeen | 1 1/2-4 jaar |
| 3 | | 46-54 | Flebotrombose plus embolie | 3-10 jaar | |
| 1 | | 71 | Cor pulmonale | 1 1/2 jaar | |
| 8 | | | | | |

proef onder huisartsen zijn verzameld, mag worden gesteld dat:

- 1 er behoefte bestaat aan hanteerbare richtlijnen voor behandeling van patiënten met anticoagulantia;
- 2 duidelijke overdracht van de verantwoordelijkheid voor de behandeling van specialist aan huisarts dan wel aan een trombosedienst noodzakelijk is, waarbij een welomschreven advies omtrent de duur van de behandeling nodig is;
- 3 de patiënten dienen te worden voorgelicht over de voor- en nadelen, de noodza-

kelijke duur en de risico's van het gebruik van antistollingsmiddelen; dit ter beteugeling van hun hang naar het geneesmiddel en als tegenwicht tegen hun behoefte aan het sociale contact bij controle;

4 trombosediensten periodiek schriftelijk machtiging dienen te vragen voor voortzetting van de behandeling aan de daarvoor verantwoordelijke arts, waarbij steeds opnieuw toetsing dient plaats te vinden aan overeen te komen criteria;

5 systeemkaarten en ziektegeschiedenissen dienen te worden „gelabeld”;

kleurcodering, zoals door de Commissie Praktijkvoering van het N.H.G. wordt aanbevolen, is wenselijk opdat allen, die betrokken worden bij het afgeven van (herhalings)recepten (praktijkassistente, verpleegkundige op polikliniek, huisarts en specialist) eraan worden herinnerd dat zij een gevaarlijk geneesmiddel verstrekken, waarvoor strenge indicaties gelden, terwijl bij het voorschrijven van andere medicamenten moet worden gelet op mogelijke interactie, waarbij een apotheker mogelijk een coördinerende rol zou kunnen vervullen.

Hartelijke dank voor hun medewerking aan de totstandkoming van dit oriënterend onderzoek gaat uit naar Dr. K. G. Brühl, Dr. A. J. M. Daniëls, G. Dorrenboom, J. Ekker, T. B. Gan, J. Geerling, H. Hoevenaars, W. A. Meyboom, Dr. J. van Noort, W. W. Oosterhuis, J. Vreeken en C. H. A. Westhoff.

Bieger, R., M. J. Boekhout-Mussert en E. A. Loeliger (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 3.

Balint, M., De dokter, de patiënt, de ziekte. Aula-boeken, 535, 2e druk 1975.

Commissie Wetenschappelijk Onderzoek en Commissie Praktijkvoering (1966) huisarts en wetenschap 9, 313.

Gan Tjong Bing. Voordracht ter gelegenheid van de opening van het nieuwe gebouw van de Amsterdamse Trombosedienst, Over de langdurige antistolling bij hartinfarcten. (Niet in de handel). 1972.

Ottolander, G. J. H. den. Indicaties en toepassing van anticoagulantia. In Het Medisch Jaar 1975 (redactie: P. G. Gerlings, W. K. Birkenhäger en J. C. van Es), Oosthoek, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1975.

Vreeken, J. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 1966

Vreeken, J. (1975) Ned. T. Geneesk. 119, 323.

Summary. A study of the use of anticoagulants in some general practices. A study of indications for anticoagulant medication in one general practice revealed that some 50 per cent of the patients received these agents on the basis of disputable indications or even without (as yet) any indication. This finding was confirmed in a repeat study comprising six other general practices. Partial explanations of these findings were found in each of the following factors: disagreement about the indication for and particularly about the duration of anticoagulant medication; uncertainty concerning the persons or agencies responsible for the medication (family doctor, specialist or thrombosis service); insufficient records kept by general practitioners and specialists; the craving for medication and for social contact.