

- Howie, V. M. (1975) *Ann. Otol. (St. Louis)* 84 (suppl. 19) 67.
- Jongkees, L. B. W. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 2080; (1973) *Ibidem* 117, 155.
- Kaiser A. D. (1922) *J. Amer. med. Ass.* 78, 1869. (1931) *Amer. J. Dis. Child* 41, 568.
- Karelitz, S. (1975) *N. Y. St. J. Med.*, 2426.
- Levy, D. M. (1945) *Amer. J. Dis. Child* 69, 7.
- Li, F. P., R. E. Johnson en P. Cole (1975) *New Engl. J. Med.* 292, 22.
- Lipton, S. D. (1962) *Psychoanal. Stud. Child* 17, 363.
- Lisz jaarboek 1973. Landelijk informatie-systeem Ziekenfondsen.
- Mawson, S. R., P. Adlington en M. Evans (1967) *J. Laryng.* 81, 777.
- Mc. Guire (1967) *J. Laryng.* 81, 187.
- Millac, J. (1975) *Practitioner* 215, 220.
- Miller, F. J. W., S. D. M. Court, W. S. Walton en E. G. Knox. *Growing up in Newcastle upon Tyne.* Oxford University Press, London, 1960.
- Mc. Kee, W. J. E. (1963) *Brit. J. prev. soc. Med.* 17, 49; (1963) *Ibidem* 17, 133.
- Morag, A. en P. L. Ogra (1975) *Ann. Otol. (St. Louis) (Suppl. 19)* 84, 41.
- Nouhuys, F. van (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 137.
- Ogra, P. L. (1971) *New Engl. J. Med.* 284, 59.
- Paradise, J. L. (1975) *Ann. Otol. (St. Louis) (Suppl. 19)* 84, 15.
- Paradise, J. L. en anderen (1978) *New Engl. J. Med.* 298, 409.
- Pratt, L. W. (1974) *Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaryng.* 74, 1146.
- Robinson, D. (1971) *Med. Offr.* 125, 37.
- Roydhouse, N. (1970) *Arch. Otolaryng.* 92, 611.
- Venters, G. A., M. J. Bloor (1974) *Brit. J. prev. soc. Med.* 28, 1.
- Vernon, D. T. A. *The psychological responses of children to hospitalization and illness.* Thomas, Springfield, 1965.
- Vianna, W. J., P. Greenwald en J. A. P. Davies (1971) *Lancet* I, 431.
- Wind, I. (1975) *Oto-rhino-laryng. (Basel)* 37, 223.
- Wood, B., Y. K. Wong en C. G. Theodoridis (1972) *Lancet* II, 645.
- Wood, C. B. S. (1973) *Practitioner* 211, 713. *Ibidem* (1973) *Proc. roy. Soc. Med.* 66, 411.
- Wood, W. L. en R. L. Oberhand (1972) *J. med. Soc. N.J.* 69, 1023.
- Workshop on tonsillectomy and adenotomomy (1975) *Ann. Otol. (St. Louis) (suppl. 19)* 84, 8.

UIT DE PRAKTIJK

De schijnzekerheid bij antistolling

*„That's another basic business principle”
(uit: alias Smith and Jones, televisieserie)*

Op geleide van de antwoorden op een enquête, gehouden onder specialisten in de regio Nijmegen, wordt onderzocht in hoeverre voor 57 patiënten die antistolling krijgen de indicatie hiertoe juist is gesteld. Bovendien wordt nagegaan of de door de meerderheid van de specialisten aangegeven maximale behandelingsduur wordt overschreden en hoeveel patiënten die terecht antistolling krijgen, scherp zijn ingesteld. Het grootste deel van de patiënten blijkt ten onrechte orale anticoagulantia te gebruiken.

Naar aanleiding van de publikatie van Westhoff in huisarts en wetenschap over onderzoek naar het gebruik van antistollingsmiddelen in huisartspraktijken, vatten wij het plan op ook in onze praktijk te onderzoeken of patiënten terecht of ten onrechte orale anticoagulantia gebruiken. Het gaat hierbij om 57 patiënten; dit is 1,5 procent van de praktijkpopulatie.

Om dit probleem te kunnen oplossen moesten wij primair bekend zijn met het antwoord op de vraag bij welke ziektebeelden het gebruik van antistollingsmiddelen geïndiceerd is en gedurende welke tijdsduur. In praktisch alle gevallen worden patiënten uit onze praktijk op anticoagulantia ingesteld door één van de collega's uit de tweede lijn binnen de regio Nijmegen. Het leek ons daarom verstandig ons te richten naar de gangbare normen van tweeëntwintig specialisten met wie wij het meest frequent samenwerken. Aan ieder van die specialisten boden wij een lijst ziektebeelden aan met de vraag achter elk ziektebeeld (voorzover van toepassing binnen hun vakgebied) aan te geven of zij het gebruik van antistollingsmiddelen noodzakelijk vonden. Bovendien vroegen wij telkens te vermelden welke maximale behandelingsduur wordt gehanteerd of welke leeftijdsgrens wordt aangehouden voor het stopzetten van de antistolling.

In dit onderzoek ging het om ziektebeelden waarmee wij als huisarts te maken hebben (eventueel na ontslag van de patiënt uit het

ziekenhuis) en om het gebruik van orale anticoagulantia. De antwoorden van de verschillende collega's aan wie de vraag werd gesteld, hebben wij ondergebracht in tabel I. In de rubriek „maximale behandelingsduur” geven wij met „spreiding” (spr.) de uitersten aan waarbinnen de individuele antwoorden variëren. Met „maximaal acceptabel” (m.a.) duiden wij de behandelingsduur aan die de meerderheid van de specialisten als maximum aanhoudt.

Uit de getallen van tabel I blijkt dat, ook al is het merendeel van de specialisten het eens over de indicatie, de duur van de behandeling sterk uiteenlopend is aangegeven. De tijdsduur die wij als maximaal acceptabel aanhouden is ondanks de variatie de mening van de meerderheid. In de tabellen II en III zien wij hoe wisselend er wordt gedacht over de daar genoemde indicaties en hoe de behandelingsduur bij deze indicaties nog veel variabel wordt aangegeven.

Op geleide van deze tabellen gaan wij na of de 57 patiënten uit onze praktijk die op antistolling staan, terecht orale anticoagulantia gebruiken (tabel IV).

Hieruit lezen wij af dat van de 57 patiënten, drieëndertig de voor de meerderheid van de

H. A. Nolet en
M. F. A. Prick-Slothouwer,
beiden huisarts te Nijmegen

geraadpleegde en voorschrijvende specialisten maximaal acceptabele tijd overschrijden en waarschijnlijk dus ten onrechte antistolling krijgen. Bovendien hebben nog vier mensen ten onrechte antistolling op een erkend niet-geïndiceerde indicatie. Slechts twintig van de 57 patiënten gebruiken mogelijk terecht antistolling, van wie twaalf op een door de geraadpleegde specialisten onomstreden indicatie en acht op een omstreden indicatie. Mogelijk, want bij nadere beschouwing van deze twintig moeten nog twee patiënten afvallen wegens een absolute contraïndicatie (bloedende longtumor, diabetische retinopathie).

Van deze achttien patiënten hebben zeventien mensen een arterieel vaatlijden. Dit impliceert dat de trombotest moet liggen tussen de vijf en vijftien procent, wil de antistolling effectief zijn en zin hebben. Van deze zeventien patiënten gingen wij de instelling na gedurende het tijdvak september 1976 tot september 1977:

goed ingesteld : 11 patiënten
onvoldoende ingesteld : 6 patiënten

De conclusie is dat achttien van de 57 patiënten zonder meer terecht antistolling krijgen. Van hen zijn zes onvoldoende ingesteld, zodat slechts elf mensen terecht en zinvol antistolling gebruiken, plus één pa-

Tabel I. Antistolling door vrijwel iedereen geïndiceerd geacht (spr. = spreiding; m.a. = maximaal acceptabel). Antwoorden 22 Nijmeegse specialisten.

I. Geïndiceerd	Maximale behandelingsduur
1. diepe veneuze trombose	spr. : 6 weken tot 1 jaar m.a. : 3 maanden
2. longembolie	spr. : 4 weken tot levenslang m.a. : 6 maanden
a. recidiverende longembolieën met pulmonale hypertensie	m.a. : levenslang
3. immobilisatie postoperatief of na fractuur bij mensen met verhoogd risico (trombose, pil, grote varices, embolieën in de anamnese)	spr. : 0-6 weken na mobilisatie m.a. : 6 weken na mobilisatie
4. post partum bij vrouwen met verhoogd risico (zware vrouw, varices, trombose)	spr. : 3 tot 6 weken m.a. : 6 weken
5. boezemfibrilleren, mits met	spr. : communis opinio m.a. : levenslang
a. embolieën	
b. vergroot linker atrium	
c. mitraal vitium	
6. reguleren hartritme bij boezemfibrilleren	
a. cardioversie	m.a. : 3 weken voor cardioversie tot na ingreep
b. digitaliseren	m.a. : als langer dan 2 weken bestaand 3 weken voor start digitalis bij verdenking op groot hart
7. coronair insufficiëntie electrocardiografisch bevestigd	spr. : 1 jaar tot levenslang m.a. : 1 jaar, daarna alleen voortzetten als klachten en/of ECG-afwijkingen toenemen
8. hartinfarct	spr. : 3 maanden tot levenslang m.a. : 2 jaar
a. met blijvende klachten	m.a. : langdurig tot maximaal 70-jarige leeftijd
b. ouder dan 70 jaar	m.a. : 1 jaar
9. hartoperatie	
a. kunstklep implantatie	m.a. : levenslang
b. coronary bypass	spr. : 3 maanden tot levenslang m.a. : 3 maanden
10. vaatoperatie	spr. : 6 maanden tot levenslang met tendens van de vaatchirurg tot korte behandeling onafhankelijk van aard operatie m.a. : 1 jaar
11. embolia cerebri	spr. : 3 maanden tot levenslang m.a. : tot 70 jaar, tenzij bron opgeheven

Tabel II. Antistolling door sommigen wèl, door anderen niet geïndiceerd geacht. Antwoorden 22 Nijmeegse specialisten.

II. Omstreden	Maximaal acceptabel
1. aneurysma cordis	evenveel vóór als tegen
2. angina pectoris	indien wèl: levenslang
3. claudicatio intermittens	indicatie variërend van nee – tijdelijk – levenslang
4. TIA (Transient Ischaemic Attack)	indicatie varieert met overwicht naar ja en dan in tijdsduur van half jaar tot levenslang
5. afsluiting arteria centralis retinae	indicatie varieert met overwicht naar ja en dan in tijdsduur van 3 maanden tot levenslang
	indicatie sterk variërend met tendens tot nee van de kant van de oogarts; indien wèl: 3 maanden tot 1 jaar

tiënt die geen arterieel vaatlijden heeft (= 12). Van 45 (57 – 12) van de 57 patiënten zijn de meeste van de geraadpleegde en voorschrijvende specialisten het erover eens dat antistolling ten onrechte wordt gegeven!

Conclusies

- Er is geen eenstemmigheid over de behandelingsduur;
- een aantal indicaties is zeer omstreden.
- de bewaking van de maximaal acceptabele behandelingsduur is onvoldoende;
- er wordt niet voldoende aandacht geschonken aan contra-indicaties;
- vele mensen met een arterieel vaatlijden zijn niet scherp ingesteld;
- de meerderheid van onze patiënten krijgt volgens deze gegeven normen ten onrechte antistolling; dit is in overeenstemming met elders in Nederland gevonden uitkomsten.

Wensen

- Samenspraak van specialisten in de regio over indicatiestelling en maximale behandelingsduur;
- wanneer een patiënt op antistolling wordt gezet moet duidelijk worden gemaakt hoe lang dat gaat duren:
 - aan de behandelend arts
 - aan de patiënt
 - aan de trombosedienst
 - aan de huisarts;
- de bewaking van de behandelingsduur moet liggen bij de trombosedienst en de huisarts;
- na het verstrijken van de maximale termijn moet de indicatiestelling opnieuw worden bekeken aan de hand van het toestandbeeld van de patiënt. Indien tot voortzetting wordt besloten, moet dat met redenen omkleed zijn;
- de huisarts moet de bewaker van de contra-indicaties zijn;
- het onderwerp „antistolling” hoort dringend thuis in Post Academisch Onderwijs.

Slotconclusie

Een huisarts die verantwoordelijkheid wil dragen voor zijn patiënten op antistolling, bevindt zich op drijfzand. De coördinerende functie is de huisarts op het lijf geschreven, maar deze taak blijkt voor hem toch niet haalbaar, omdat voor patiënten met antistollingstherapie onvoldoende richtlijnen beschikbaar zijn voor het vaststellen van het juiste beleid.

Westhoff, (1977) huisarts en wetenschap 20, 175.

Dijk-Wierda, C. A. van en J. Roos (1978) huisarts en wetenschap 27, 69.