

Acne vulgaris in de huisartspraktijk

Een vergelijking met de NHG-standaard

B.J. BRANDENBURG
J.B.F. HUTTEN
J. VAN DER VELDEN
R.P.T.M. GROL

Het materiaal van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk werd gebruikt om een beeld te krijgen van diagnostiek en behandeling van acne vulgaris in de huisartspraktijk vóór de publikatie van de desbetreffende NHG-standaard. In totaal 1419 patiënten hadden samen 1997 contacten, waarvan 45 procent door de praktijkassistente werd afgehandeld. De grote meerderheid van de contacten (85 procent) eindigde met een recept; tijdens 30 procent van de eerste contacten voor acne werd een middel voorgeschreven dat volgens de standaard pas in tweede of derde instantie zou moeten worden voorgeschreven. Bij 29 procent van de contacten werd een concrete controleafspraken gemaakt en er werd 77 keer verwezen naar de specialist (5 procent). Solo werkende huisartsen verwezen vaker dan huisartsen in een samenwerkingsverband; in de stad werden weinig vervolgspraken gemaakt.

Brandenburg BJ, Hutten JBF, Van der Velden J, Grol RPTM. Acne vulgaris in de huisartspraktijk – een vergelijking met de NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1991; 34(12): 535-9.

B.J. Brandenburg, huisarts, Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut; J.B.F. Hutten, medisch socioloog, Rijksuniversiteit Utrecht, Vakgroep ETS/ICS; J. van der Velden, arts-epidemioloog, Stichting Nivel, Utrecht; Prof. dr. R.P.T.M. Grol, coördinator Werkgroep Onderzoek Kwaliteitsbevordering, Katholieke Universiteit Nijmegen/Rijksuniversiteit Limburg.

Correspondentie: H.J. van der Velden, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht.

Inleiding

Acne vulgaris is één van de meest voorkomende huidaandoeningen. Naar schatting maakt 90 procent van de mannen en 80 procent van de vrouwen ooit acne door.¹ Slechts een beperkt aantal patiënten gaat hiervoor naar de huisarts. *Van de Lisdonk et al.* berekenen op basis van de gegevens uit de CMR een jaarlijkse incidentie van 5 per 1000 mannen en 7 per 1000 vrouwen.² De incidentie- en prevalentiecijfers van acne in de huisartspraktijk uit de Nationale Studie zijn respectievelijk 1,7 en 6,0 per 1000 per 3 maanden; voor de groep 15-24-jarigen is de incidentie 5,7 en de prevalentie 22,8 per 1000 per 3 maanden.³ Ondanks deze relatief lage cijfers kan acne worden beschouwd als een belangrijk gezondheidsprobleem. Er bestaat een omvangrijke markt voor drogisterij-artikelen en huidverzorgingsproducten op dit gebied. De leeftijd waarop de meeste klachten zich manifesteren (puberteit) en de directe waarneembaarheid (meestal in het gezicht) maken acne tot een niet alleen fysiek, maar vooral ook psychosociaal probleem. De huisarts zal voornamelijk worden geconfronteerd met 'ernstige' gevallen: vaak komen patiënten als zelfmedicatie niet tot verbetering heeft geleid.

De NHG-standaard Acne Vulgaris benadrukt de rol van de huisarts bij diagnostisering en behandeling. Om te beginnen is nauwkeurige inspectie van de huid noodzakelijk voor het duidelijk vaststellen van de aard en ernst van de acne en, afhankelijk daarvan, voor het bepalen van de juiste medicatie. Ten aanzien van die medicatie is de standaard duidelijk. Van benzoylperoxide en salicylzuur is de werking bewezen. De behandeling kan dan ook het beste met één van deze middelen worden begonnen. Bij onvoldoende resultaat kan de behandeling worden voortgezet met (een combinatie met) andere middelen, zoals een lokaal antibioticum of tretinoïne (tweede stap), een oraal antibioticum (derde stap) of oraal isotretinoïne (vierde stap). Bij vrouwen met acne die tevens anticonceptie wensen, kan de Diane®-pil worden overwogen.

In de standaard wordt uitvoerig aandacht besteed aan de begeleiding van de patiënt door het geven van voorlichting en regel-

matige controles. Voor die controles en de eventuele aanpassing van de medicatie is het van belang dat er duidelijke afspraken worden gemaakt voor de 'follow-up'. Geadviseerd wordt om herhaalreceptuur tijdens een consult uit te schrijven.

Volgens de standaard is er zelden een indicatie voor verwijzing naar een specialist. Voor orale retinoiden en de behandeling van littekens kan verwijzing eventueel wél noodzakelijk zijn.

Een beschrijving van de bestaande praktijk en de variatie tussen (groepen) huisartsen kan inzicht geven in eventuele lacunes en aandachtspunten waarmee bij de implementatie van en de nascholing rond een standaard rekening zou moeten worden gehouden.⁴ In dit artikel wordt bericht over een onderzoek naar de volgende vragen:

- Hoe zag de diagnostiek en behandeling van patiënten met acne eruit voordat de NHG-standaard was gepubliceerd?
- Welke verschillen in beleid zijn er tussen huisartsen, gemeten naar leeftijd van de huisarts, praktijkvorm en urbanisatiegraad?

Methoden

In het kader van de 'Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk' registreerden 161 huisartsen en 177 praktijkassistentes, werkzaam in 103 huisartspraktijken met 335.000 patiënten gedurende drie maanden alle contacten tussen patiënt en huisarts/praktijkassistente. Dat gebeurde in de periode april 1987 t/m maart 1988 in vier registratieperioden van elk drie maanden.⁵ Voor ons onderzoek hebben wij gebruik gemaakt van de gegevens van deze studie.

In de NHG-standaard worden complexe handelingen beschreven die niet alle als zodanig terug te vinden zijn in de contactregistratie van de Nationale Studie. Met name over de anamnese en het lichamelijk onderzoek zijn slechts globale gegevens geregistreerd. Voor ons onderzoek zijn als meetpunt die richtlijnen geselecteerd waarover voldoende gedetailleerde informatie beschikbaar is. Deze hebben in hoofdzaak betrekking op het beleid: voorlichting, prescriptie, verwijzen en terugbestellen.

In totaal hebben er 1997 contacten met betrekking tot de diagnose 'acne vulgaris' (ICPC-code S96) plaatsgevonden; het ging hierbij om 1419 patiënten. De gegevens zijn voornamelijk op contactniveau geanalyseerd, omdat de registratieperiode van drie maanden voor acne te kort is om adequate uitspraken te kunnen doen over volledige episoden. Een vergelijking van het beleid bij respectievelijk eerste contacten en vervolcontacten kan echter inzicht geven in verschillen in behandeling in de loop van een acne-episode. Daarnaast zijn huisartscontacten en consulten die door de praktijkassistente zijn afgehandeld, apart geanalyseerd.

De praktijkassistenten hebben in de tweede, derde en vierde registratieperiode slechts de helft van de registratieperiode herhaalreceptuur geregistreerd. Daarom is voor de berekening van het aantal assistentecontacten een wegingsprocedure toegepast; hierdoor stijgt het totaal aantal contacten tot 2298.

Resultaten

De gemiddelde leeftijd van de patiënten met acne was 22 jaar; 53 procent bestond uit mannen, 47 procent uit vrouwen. Van de mannen behoorde het overgrote deel tot de leeftijdscategorie 15-25 jaar; bij de vrouwen was de spreiding wat groter.

Gedurende de registratieperiode hadden de patiënten gemiddeld 1,2 contacten voor acne; het maximum aantal contacten was 6. Bijna 80 procent van de contacten bestond uit vervolcontacten (tabel 1).

Assistente-contacten

45 procent van de contacten werd afgehandeld door de praktijkassistente; dit is aanzienlijk hoger dan het gemiddelde percentage assistentecontacten in de Nationale Studie (28 procent). 36 procent van de contacten verliep telefonisch. In 97 procent van de gevallen had het contact te maken met een (herhaal)recept. In bijna de helft van de gevallen werd een benzoylperoxyde bevattend preparaat voorgeschreven, terwijl in een kwart van de gevallen een oraal of lokaal antibioticum werd verstrekt (tabel 2).

Een enkele maal verstrekte de assistente

Tabel 1 Aard van de contacten.

	Eerste contact	Vervolgcontact	Totaal
<i>Huisarts</i>			
– persoonlijk	472	739	1211
– telefonisch		42	42
– onbekend		4	4
– totaal	472	785	1257
<i>Praktijkassistente*</i>			
– persoonlijk		629	629
– telefonisch		368	368
– onbekend		43	43
– totaal		1041	1041
Totaal	472	1826	2298

* De cijfers zijn gecorrigeerd voor het feit dat praktijkassistenten in de tweede, derde en vierde registratieperiode maar zes weken herhaalreceptuur hebben geregistreerd.

Tabel 2 Overzicht medicijnen via assistente. Afgeronde percentages (n=1010).

Benzoylperoxydepreparaten	48
Orale antibiotica	2
Lokale antibiotica	14
Overige lokale preparaten	9
Orale anticonceptie	1
Tretinoïnepreparaten	1
Magistrale receptuur + overige	15

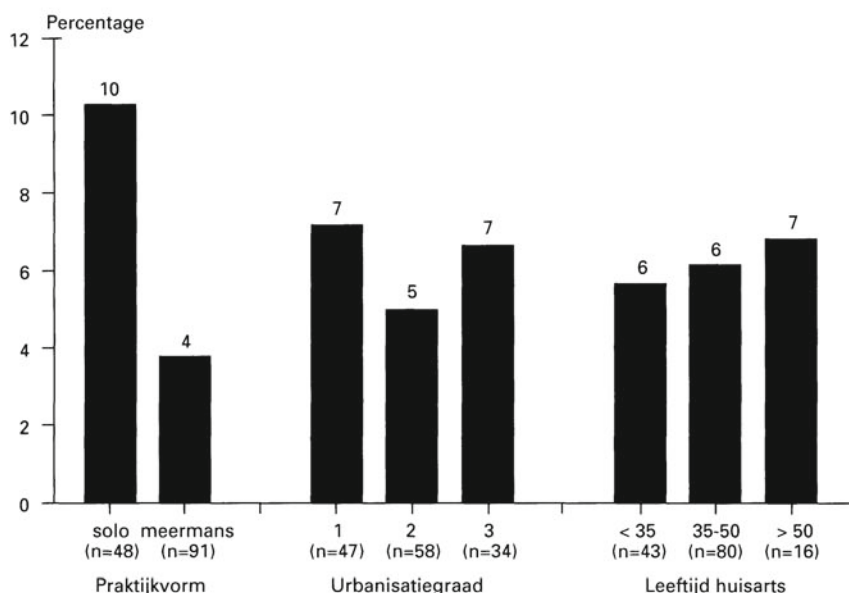
Tabel 3 Voorlichting en advies, uitgesplitst naar soort huisartscontact. Afgeronde percentages.

	Eerste contact n=473	Vervolgcontact n=785	Totaal n=1257
Voorlichting	59	59	53
Medicatie zonder recept	1	1	1
Dieet	1	0,5	0,7

Tabel 4 Huisartsreceptuur bij acne, uitgesplitst naar soort contact. Afgeronde percentages.

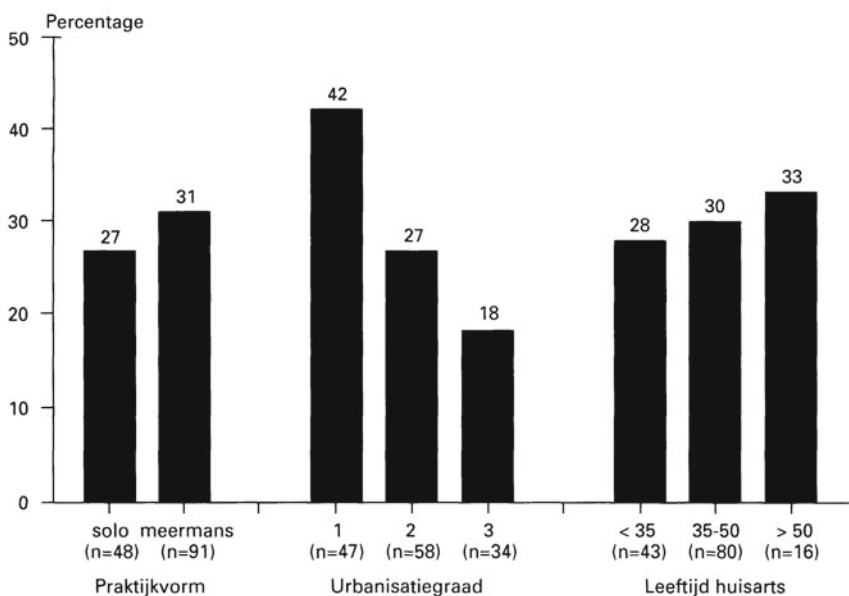
Soort contact	Eerste contact n=473	Vervolgcontact n=785	Totaal n=1257
Benzoylperoxydepreparaten	39	30	33
Orale antibiotica	15	23	20
Lokale antibiotica	13	17	15
Overige lokale preparaten	16	10	13
Orale anticonceptie	3	6	5
Tretinoïnepreparaten	3	4	3
Magistrale receptuur + overige	12	11	12

Figuur 1 Verwijscijfers bij acne vulgaris naar praktijkvorm, urbanisatiegraad en leeftijd van de huisarts.



Het verwijscijfer is het aantal verwijzingen per huisarts, gedeeld door het aantal patiënten met acne dat gedurende de registratieperiode contact met de huisarts heeft gehad.
Urbanisatiegraad: 1 Platteland; 2 Sub-urbaan; 3 Stad.

Figuur 2 Gemiddeld percentage contacten voor acne vulgaris met een concrete vervolgspraak naar praktijkvorm, urbanisatiegraad en leeftijd van de huisarts.



Urbanisatiegraad: 1 Platteland; 2 Sub-urbaan; 3 Stad.

een verwijskaart; dit waren vooral verleningen.

Huisarts-contacten

Over de anamnese zijn geen gegevens geregistreerd.

Tijdens de meeste consulten werd de huid onderzocht. Bij eerste contacten gebeurde dit relatief wat vaker dan bij vervolgscontacten (87 procent versus 72 procent). In één geval vond extern bloedonderzoek plaats.

In ruim de helft van de gevallen werd voorlichting gegeven (tabel 3) en in slechts enkele gevallen werd zelfmedicatie geadviseerd. Een restrictief dieet werd vrijwel nooit geadviseerd.

In 85 procent van de gevallen werd medicatie voorgeschreven. Uit tabel 4 blijkt dat bij de eerste contacten in bijna 40 procent van de gevallen een benzoylperoxyde-preparaat werd voorgeschreven. Salicylzuur bevattende preparaten werden relatief weinig voorgeschreven (ongeveer 5 procent, meestal in de vorm van magistrale receptuur). In ongeveer 30 procent van de gevallen zag de huisarts bij het eerste contact al aanleiding om antibiotica of tretinoïne voor te schrijven. Als oraal antibioticum werd meestal een tetracycline-preparaat voorgeschreven. In de groep lokale antibiotica kwamen vooral clindamycine en erythromycine bevattende lotions voor. De groep overige lokale preparaten omvatte middelen als benzoylperoxyde met miconazol (Acnidazol®) en preparaten als lotio Kummerfeldi en resorcinol, zwavel of corticosteroid bevattende middelen. Deze laatste ingrediënten vonden we ook terug in een groot deel van de preparaten uit de groep magistrale receptuur. Wanneer orale anti-conceptie onder de diagnose acne werd voorgeschreven, ging het vrijwel uitsluitend om de Diane® pil. Overigens bleek slechts 17 procent van de Diane® gerelateerd aan de diagnose acne vulgaris; meestal werd deze pil voorgeschreven onder de diagnose 'anticonceptiepil'.

Bij de vervolgscontacten trad een verschuiving op van middelen van eerste keus naar middelen van tweede en derde keus. Orale retinoiden (Roaccutane®) werden door de huisartsen niet voorgeschreven; wél kwam het middel een enkele maal voor

in de herhaalreceptuur van de praktijkassistenten.

Bij 28 procent van de eerste contacten met betrekking tot acne werd een concrete afspraak voor controle gemaakt; de gemiddelde termijn bedroeg een maand. In 38 procent van de gevallen werd het initiatief aan de patiënt overgelaten ('terug bij geen verbetering'). Ook na een vervolcontact werd in ongeveer 30 procent van de gevallen een concrete afspraak gemaakt.

Gedurende de registratieperiode werd 77 keer verwezen naar een specialist (vrijwel altijd een dermatoloog). Dit komt neer op 4,6 procent van het aantal ziekte-episodes en 3,9 procent van het aantal contacten. Berekend over alleen de huisarts-contacten gaat het om 5,7 procent van het aantal episodes en 4,9 procent van het aantal contacten. Bij eerste contacten werd in 2,5 procent van de gevallen verwezen, bij vervolcontacten in 5,8 procent. In 47 procent van de gevallen vroeg de patiënt zelf om een verwijzing; dit is aanmerkelijk vaker dan het gemiddelde in de Nationale Studie (16 procent). Bij 34 procent van de verwijzingen lag het initiatief geheel bij de huisarts.

Inter-doktervariatie

Het aantal contacten met betrekking tot acne dat werd geregistreerd, varieerde van 0 tot 28 per huisarts; het gemiddelde was 7.

In 39 praktijken werd meer dan de helft van de contacten door de assistente afgevoerd. Er waren in deze geen verschillen tussen solo- en meermanspraktijken. Wel was er een verschil naar urbanisatiegraad: in plattelandspraktijken verliep gemiddeld meer dan de helft van de contacten via de assistente (53 procent), terwijl dat in suburbane en stadspraktijken respectievelijk 41 en 27 procent was ($p < 0,01$). Dit verschil hangt voor een deel samen met het groter aantal apotheekhoudende praktijken op het platteland: in apotheekhoudende praktijken hebben veel contacten betrekking op (herhaal)receptuur en deze verlopen veelal via de assistente (58 procent versus 36 procent; $p < 0,01$). Maar ook als hiervoor gecontroleerd wordt, blijven er verschillen naar urbanisatiegraad.

Voor een nadere analyse van de inter-doktervariatie hebben wij ons beperkt tot

de 139 huisartsen die minimaal drie acnegevallen hadden geregistreerd. Het percentage contacten waarbij was geregistreerd dat voorlichting werd gegeven, varieerde aanzienlijk: 17 procent van de huisartsen deed dit in alle gevallen, 14 procent geen enkele keer. Slechts 4 procent adviseerde een restrictief dieet; enkelen deden dit echter in meer dan de helft van de contacten.

Er was weinig inter-doktervariatie in het percentage consulten dat eindigde met een recept.

65 procent verwees geen enkele acnepatiënt; sommigen verwezen echter de helft. Dit bleken allen huisartsen die in de registratieperiode meer dan 5 patiënten met acne zagen. Er is een duidelijk verschil tussen de gemiddelde verwijscijfers van solo- en samenwerkende artsen. De verschillen tussen de onderscheiden urbanisatie- c.q. leeftijdsgroepen zijn daarentegen betrekkelijk klein en statistisch niet significant (figuur 1).

Eén op de vijf huisartsen maakte geen enkele maal een concrete vervolafpraak. Alleen het onderscheid naar urbanisatiegraad leverde significante verschillen op (figuur 2, $p < 0,01$).

Beschouwing

Acne vulgaris is een aandoening waarbij frequent medicatie wordt voorgeschreven. Hierbij blijkt de praktijkassistente een belangrijke rol te spelen, met name bij de herhaalreceptuur. Het is dan ook de vraag of het advies uit de standaard om herhaalreceptuur tijdens een consult uit te schrijven haalbaar is. Het is wellicht zinvoller als de assistente bij antibiotica en orale retinoïden nagaat of de patiënt onder controle is bij een specialist, en anders zorgt voor een controle-afpraak met de huisarts.

In de standaard wordt een stapsgewijze opbouw van de medicatie geadviseerd. In de praktijk blijkt die fasering al vaak te worden toegepast, zij het dat in ongeveer 30 procent van de eerste contacten een middel werd voorgeschreven dat tot de tweede of derde stap behoort. Daarvoor kunnen echter goede redenen bestaan, zoals ernst en duur van de klacht, maar deze aspecten zijn niet geregistreerd.

Daarnaast werd in ongeveer 20 procent van de gevallen een preparaat voorgeschreven dat niet werkzaam of zelfs comedogeen zou zijn.⁶ Huisartsen blijken verder (nog) geen ervaring te hebben met de behandeling met orale retinoïden.

Het percentage verwijzingen ligt met 4,6 procent (per episode) hoger dan in de Continue Morbiditeits Registratie (2 procent). De verwijscijfers 'per 3 maanden' van de Nationale Studie zijn echter niet zonder meer vergelijkbaar met CMR-cijfers op jaarbasis. De bevinding dat er geen verschillen zijn in het percentage verwijzingen tussen stad en platteland, komt overeen met de resultaten van Post *et al.*⁷ De eerdere bevinding dat huisartsen in samenwerkingsverbanden minder verwijzen, wordt in deze studie nog eens bevestigd.⁸ Opvallend is het feit dat één op de twee verwijzingen op initiatief van de patiënt plaatsvond; dit zal menig praktizerend huisarts echter bekend voorkomen.

Acne vulgaris is een aandoening die uitstekend door huisartsen kan worden behandeld en een verwijzing naar de tweede lijn zal in het algemeen niet nodig zijn. Om dit te kunnen bewerkstelligen, dient de huisarts een duidelijk omschreven beleid te voeren. De standaard biedt hierbij een goed houvast. Teneinde de patiënt meer bij het beleid te betrekken en de therapietrouw te bevorderen, zou meer aandacht kunnen worden besteed aan voorlichting en een rationele, stapsgewijze prescriptie. Ook verdient het aanbeveling duidelijke controle-afspraken te maken.

Tenslotte een financieel-economische opmerking: uit de registratie blijkt dat een eenvoudig middel als benzoylperoxyde in ongeveer tweederde van de gevallen in specialité-vorm wordt voorgeschreven; het prijsverschil met het FNA-preparaat bedraagt gemiddeld een factor 7.⁹ Deskundigheidsbevordering die ook hieraan aandacht besteedt verdient zichzelf terug.

Dankbetuiging

Met dank aan de leden van de Adviesraad: M. Hofstra, M. den Hollander, W. Meyboom, A. Groeneveld, F. König en D. de Bakker voor hun kritische begeleiding en deskundig advies bij het tot stand komen van dit artikel.

Literatuur

- ¹ Blom JJ, Brouwer A, Bruinsma M, et al. NHG-standaard Acne Vulgaris. Huisarts Wet 1991; 34(4): 183-8.
- ² Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.
- ³ Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport Morbiditeit. Utrecht: Nivel, ter perse.
- ⁴ Zwaard A, Zijlstra S, Grol R. Kwaliteits- en deskundigheidsbevordering rond NHG-standaarden. Huisarts Wet 1989; 32: 501-4.
- ⁵ Bensing JM, Foets M, Van der Velden J, Van der Zee J. De Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Achtergronden en methoden. Huisarts Wet 1991; 34(2): 51-61.
- ⁶ Blom JJ, Brouwer A, Bruinsma M, et al. Wetenschappelijke verantwoording Standaard Acne Vulgaris. Utrecht: NHG, 1990.
- ⁷ Post D, Mokkink HGA, Van der Ree CM, Gubbels JW. Verschillen in verwijzen en voorschrijven tussen stad en platteland. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1988; 66: 44.
- ⁸ Wijkel D. Samenwerken en verwijzen. Utrecht: Nivel, 1986.
- ⁹ Anoniem. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988. ■

Antibiotica in de eerste lijn bij infecties van huid en subcutis

Vervolg van pag. 534

- ¹⁴ Sturm AW. Mobiluncus species and other anaerobic bacteria in non-puerperal breast abscesses. Eur J Clin Microb Inf Dis 1989; 8: 789-92.
- ¹⁵ Van der Meer JWM, Van den Broek PJ. Antibioticagebruik in de huisartspraktijk. Algemene aspecten. Bijblijven 1986; 2: 6-14.
- ¹⁶ Nelemans FA, red. Farmacotherapeutisch kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1989.
- ¹⁷ Bitnum S. Prophylactic antibiotics in recurrent erysipelas. Lancet 1985; i: 345.
- ¹⁸ Thind P. Prophylactic antibiotics in recurrent erysipelas. Lancet 1985; i: 986.
- ¹⁹ Duvanel T, Mérot Y, Harms M, et al. Prophylactic antibiotics in recurrent erysipelas. Lancet 1985; i: 1401.
- ²⁰ Smith W. Thermosensitive antibiotic resistance in enterobacteria. J Gen Microbiol 1978; 109: 37-47.
- ²¹ Sampers GHMA, Sturm AW. Antimicrobiële middelen in de eerste lijn bij luchtweginfecties. Huisarts Wet 1990; 33: 220-2.
- ²² Sampers GHMA, Sturm AW. Antimicrobiële middelen in de eerste lijn bij urineweginfecties. Huisarts Wet 1990; 33: 462-4. ■