

NHG-Standaard Varices

R.-F.H.J. HULSMANS
R.J.J. KOOPMAN
J.P. KUIPER
H.A.M. NEUMANN

Hulsmans R-FHJ, Koopman RJJ, Kuiper JP, Neumann HAM. NHG-Standaard Varices [Discussie]. Huisarts Wet 1993; 36(11): 384-5.

De besturen van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie en de Commissie voor Flebologie & Proctologie van deze vereniging zijn het niet eens met de NHG-Standaard Varices. Hun bezwaren spitsen zich toe op de richtlijnen die de standaard geeft inzake therapie en nader onderzoek, maar zijn daar zeker niet toe beperkt.

R.-F.H.J. Hulsmans, R.J.J. Koopman en Prof.dr. J.P. Kuiper zijn respectievelijk voorzitter, secretaris en adviseur van de Commissie voor Flebologie & Proctologie van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie. Prof.dr. H.A.M. Neumann was tot voor kort voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie.

Wanneer behandeling?

De stelling in de NHG-Standaard Varices als zouden varices alleen om medische redenen moeten worden behandeld wanneer zij klachten geven, of indien zij vergezeld gaan van chronische veneuze insufficiëntie (CVI),¹ is onzes inziens onjuist. Varices zijn pathologisch veranderde venen waarin de hemodynamiek is verstoord en een reflux optreedt. Alle varices zullen vroeger of later klachten veroorzaken en leiden tot CVI.^{2,3} Bovendien blijkt het merendeel van de patiënten met varices subjectieve klachten of klinische tekenen van CVI te hebben.

Het is derhalve van belang (en niet alleen om cosmetische redenen) varices in een zo vroeg mogelijk stadium te behandelen, teneinde progressie van de veneuze insufficiëntie naar een – kostbare – CVI te voorkomen dan wel af te remmen.

Begrippen

- In de begrippenlijst wordt onder 'chronische veneuze insufficiëntie' niet de stadiumindeling volgens Widmer gehanteerd, waarmee op grond van klinische criteria bij een patiënt met CVI een indruk van de status praesens van de progressie kan worden verkregen.
- In de begrippenlijst wordt onder 'diep veneuze trombose' roodheid als een herkenbaar symptoom van diep veneuze trombose genoemd.

Een acute diep veneuze trombose staat in de literatuur ook bekend onder de naam *phlegmasia alba dolens*. Deze term maakt reeds duidelijk dat een acute diep veneuze trombose niet zozeer door roodheid als wel door bleekheid wordt gekenmerkt.

Ontstaan

De stelling als zou het ontstaan van CVI op basis van primaire varicosis zeldzaam zijn, stoelt onzes inziens niet op feiten. Primaire stamvaricosis en/of insufficiënte perforantes zijn nogal eens oorzaak van het ontstaan van een ernstige CVI en ulcera cruris.^{4,6} Vooral stamvaricosis van de vena saphena magna stadium IV volgens Hach, met reflux vanaf de lies tot aan de enkel, en varicosis van de vena saphena parva neigen hier sterk toe. Tevens is het van belang te weten dat ulcera cruris als ultiem stadium van CVI in circa 45 procent van de gevallen het gevolg zijn van een posttrombotisch syndroom en in de overige gevallen van oppervlakkige varices.⁷

Medicamenteuze therapie

- Wij zijn het niet eens met de stelling dat de werkzaamheid van O-(β -hydroxyethyl)-rutosiden (Venoruton[®]) niet is aangetoond. De stelling dat rutosiden daarom niet gebruikt zouden moeten worden, is wat ongenueanceerd. Uit wetenschappelijke studies en ook op empirische gronden is gebleken dat hydroxyethylrutosiden bij veneuze insufficiëntie wel degelijk een meetbaar gunstig effect kunnen hebben, doch dat de plaats van deze venotrope geneesmiddelen binnen de therapie van CVI en varicosis nog niet goed is afgegrensd.⁸⁻¹⁰ Bij de eerste stadia van lymfoedeem blijken hydroxyethylrutosiden in hoge dosering zelfs een verrassend effect te hebben.¹¹
- Ook de stelling dat het gebruik van diuretica om statische oedemen te bestrijden niet aan te bevelen is, lijkt wat ongenueanceerd. Als adjuvans kunnen de diuretica bij veneus oedeem in het begin van de compressieve behandeling goed worden ingezet ter ontlasting van de circulatie en het hart.
- Overigens worden heparinoiden in de praktijk (weliswaar ten onrechte) nogal eens bij tromboflebitis en orthostatisch eczeem gebruikt, en niet bij varices zoals de standaard suggereert. Van het transcutane effect van lokaal geapliceerde heparinoiden is weinig heil te verwachten; zij geven daarentegen een gereede kans op contact-sensibilisatie.

Kousen

- De standaard stelt dat bij de behandeling van varices in het merendeel van de gevallen kan worden volstaan met een onderbeenskous. Eén van de argumenten hiervoor zou zijn dat de therapietrouw van patiënten met bovenbeenskous laag is en dat complicaties vooral ontstaan op de plaats waar de hydrostatische druk het hoogst is, dus in het onderbeen.

Wij zijn van mening dat het niet de medische gewoonte is om een effectieve behandeling vanwege het risico op een slechte therapietrouw aan de patiënt te onthouden. Een bovenbeenskous kan zeer efficiënt zijn voor de behandeling van oedeem dat, behalve op basis van CVI, mede cardiaal, hepatisch of nefrogeen is bepaald. Bovendien zijn patiënten met artrose van de knieën niet gebaat met onderbeenskous. Wij betreuren het dan ook dat de standaard geen richtlijnen geeft voor het voorschrijven van een bovenbeenskous.

- De standaard stelt dat op het voorschrift aan de bandagist de indicatie, en de lengte en de drukklasse van de kous dienen te worden aan-

gegeven. De uitvoering van een sclerocompressie-therapie vereist niet alleen kennis van sclerosering, maar ook van compressie en met name van de mate van vervormbaarheid (*slope*) van elastische kousen. Het aanmeten van alle therapeutisch-elastische kousen is derhalve een zaak van de behandelend arts en op het recept dienen dan ook merk, type, lengtemaat en drukklasse van de kous en de *slope* te zijn vermeld. Een arts stuurt zijn patiënt toch ook niet naar de apotheek met een recept voor een 'pilletje voor het hart', waarbij dan de keuze van het geneesmiddel, de dosering en het aantal af te leveren tabletten aan de apotheker worden overgelaten. De patiënt dient zich dus met een gespecificeerd recept en een door de voorschrijvend arts opgesteld maatschema te melden bij een bandagist/leverancier die in het bezit is van een vakdiploma van de Stichting Vakopleiding Nederlandse Orthopaedisten en Bandagisten.

Doppler-onderzoek

- In tegenstelling tot de bewering in de standaard dat bij het scleroseren van reticulair varices en 'bezemreis'-varices Doppler-onderzoek niet is geïndiceerd, zijn wij van mening dat bij reticulair varices en bezemreis-varices, (bijvoorbeeld varices die kransvormig langs de vena accessoria lateralis verlopen), Doppler-onderzoek wel degelijk gewenst is. Het komt nogal eens voor dat aan deze varices een insufficiënte perforans of een insufficiënt tubulair flebectisch traject zonder variceuze veranderingen (*feeder vein*) ten grondslag ligt.¹² Het is daarom van belang te trachten deze insufficiënties op te sporen en op te heffen.
- In de paragraaf 'Doppler-onderzoek' wordt gesuggereerd dat veneus geruis langzaam en continu is. Veneus geruis is echter niet continu, behalve in zeldzame omstandigheden, wanneer er een verhoogde veneuze druk bestaat, zoals bij een acute diepe veneuze trombose.
- Over Doppler-onderzoek van het diepe veneuze systeem en plethysmografisch onderzoek in het algemeen wordt in de standaard niet

gerept. Dit onderzoek is van belang om primaire van secundaire varices te onderscheiden en te beoordelen of van een chirurgische interventie of sclerocompressie-therapie hemodynamische verbetering mag worden verwacht.¹³ Onderscheid tussen primaire en secundaire varicosis is verder van belang, omdat CVI op basis van primaire varices efficiënt met sclerocompressie-therapie of (micro)chirurgie kan worden behandeld, terwijl voor CVI, ten gevolge van secundaire varices, compressietherapie de belangrijkste pijler vormt.

Scleroseringstherapie

- De standaard suggereert dat een elastische kous voor de nabehandeling na scleroseringstherapie op recept bij de apotheek kan worden verkregen. Deze uitspraak staat lijnrecht tegenover de eerdere uitspraak dat kousen die zonder tussenkomst van een gediplomeerde leverancier op recept bij de apotheek kunnen worden verkregen, ongeschikt zijn voor de behandeling van varices.
 - De Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie heeft in het verleden haar leden geadviseerd geen sclerocompressie-therapie te bedrijven bij minder dan 3-5 patiënten/week. Enige ervaring in de diagnostiek van varices en de sclerocompressie-therapie is vereist om valkuilen zoals een abusievelijke intraarteriële injectie met een daaropvolgende dramatische ischemie en necrose tot beenamputatie toe, te vermijden dan wel te behandelen.¹⁴ Het protocol voor het acuut handelen bij een intraarteriële injectie wordt in de NHG-Standaard Varices node gemist. De standaard geeft ook geen richtlijnen over wat acuut te doen bij een paravasale injectie van sclerosans, noch over wat te doen bij recidief-varicosis na sclerocompressie-therapie.
- Ongetwijfeld zal onder de 'geïnteresseerde huisarts' op blz. 23 in de standaard een huisarts met voldoende opleiding, bekwaamheid en ervaring in de flebologie, en met voldoende apparatuur zijn verstaan.

- 1 Van der Veer G, Eekhof JAH, Walma EP, et al. NHG-Standaard Varices. Huisarts Wet 1993; 36(1): 23-30.
- 2 Neumann HAM. Varices. In: Neumann HAM, red. Flebologie in kort bestek. Mijdrecht: Zyma Nederland, 1990: 25-8.
- 3 Neumann HAM. De chronische veneuze insufficiëntie en het post-thrombotisch syndroom. In: Neumann HAM, red. Flebologie in kort bestek. Mijdrecht: Zyma Nederland, 1990: 49-56.
- 4 Wienert V. Die Beinveneninsuffizienz. Stuttgart: Schattauer, 1984.
- 5 Hach W. Chronische periphere Oedeme. Stuttgart: Schattauer, 1978.
- 6 Wuppermann T. Varizen, Ulcus cruris und Thrombose. 5. Ed. Berlin: Springer, 1986.
- 7 Feuerstein W. Die Diagnose des postthrombotischen Syndroms. Phlebologie 1979; 8: 18.
- 8 Wadworth AN, Faulds N. Hydroxyethylrutosides, a review of its pharmacology, and therapeutic efficacy in venous insufficiency and related disorders. Drugs 1992; 44: 1013-32.
- 9 Colgan MP, Moore DJ, Shanik DG. Drug therapy for venous ulcers: new methods of treatment. Phlebology 1992; 7(Suppl 1): 41-3.
- 10 Schultz-Ehrenburg U. Treatment of leg ulcers with O-(β-hydroxyethyl)-rutosides as an adjunct to compression therapy – two clinical trials with two different dosages. J Dermatol Surg Oncol 1993; 19: 55.
- 11 Casley-Smith JR, Casley-Smith JR. High-protein edemas and the benzopyrones. Sidney: Lippincott, 1986: 348-50, 495-7.
- 12 Weiss M, Weiss R. Doppler ultrasound findings in reticular veins of the thighs. In: Advances in sclerotherapy. The fifth Annual Congress of the North American Society of Phlebology. San Francisco, USA: February 23-25, 1992.
- 13 Feuerstein W. LRR und Differentialindikation zur Varizentherapie. LRR-Befunden beim postthrombotischen Syndrom. In: May R, Stemmer R, Red. LRR. Die Licht-Reflexions-Rheografie. Erlangen: Perimed-Fachbuch, 1984: 85-91.
- 14 Wallois P. Incidents et accidents des scléroses. In: Tournay R, red. La sclérose des varices. Paris: Expansion Scientifique Française, 1972: 297-319.

Varices: een kwaal voor de huisarts?

Tj. WIERSMA
G. VAN DER VEER
J.A.H. EEKHOF

Wiersma Tj, Van der Veer G, Eekhof JAH. **Varices: een kwaal voor de huisarts?** [Discussie]. *Huisarts Wet* 1993; 36(11): 386-8.

In de NHG-Standaard Varices wordt gesteld dat varices die noch klachten geven, noch gepaard gaan met tekenen van chronische veneuze insufficiëntie, om medische redenen geen behandeling behoeven. Tevens is aangegeven hoe de huisarts in veel gevallen zonder de hulp van apparatuur zelfstandig kan adviseren over het beleid en hoe hij – althans voor een deel – de therapie zelfstandig kan afhandelen. Wellicht beïnvloed door een geselecteerde patiëntenpopulatie, schatten de dermatologen de aandoening veel ernstiger en de mogelijkheden van de huisarts veel geringer in dan in de standaard gebeurt. De literatuur levert geen onderbouwing voor deze sombere invalshoek.

Tj. Wiersma, G. van der Veer en J.A.H. Eekhof, allen huisarts, maken deel uit van de werkgroep Varices.

Voorafgaand aan het schrijven van de NHG-Standaard Varices is een Medline-search verricht. Opvallend was dat er nauwelijks onderzoek is gedaan naar het natuurlijk beloop van varices en dat trials om de effectiviteit vast te stellen van de verschillende vormen van therapie, nagenoeg ontbreken, zeker als gelet wordt op hun eventuele bijdrage aan de preventie van een *ulcus cruris*. De literatuur inzake varices bestaat vooral uit beschouwingen die weinig zicht geven op de herkomst van de te berde gebrachte beweringen, en die nogal eens gepubliceerd zijn in Duits- of Franstalige tijdschriften van het tweede garnituur of in gesponsorde boeken of supplementen van tijdschriften waarvan de kwaliteit meestal niet door peer-review is gewaarborgd.

Bij het opstellen van de standaard hebben we geprobeerd het kaf van het koren te scheiden en het geselecteerde materiaal aan te vullen met ervaring vanuit de huisartsgeneeskunde. Een belangrijk deel van de kritiek van de dermatologen was te voorkomen geweest als zij de moeite hadden genomen kennis te nemen van de bij de standaard behorende wetenschappelijke verantwoording. Deze is voor iedereen opvraagbaar, zoals ook steeds bij de tekst van de standaarden wordt vermeld.

Wanneer behandeling?

Over de vraag of en in hoeverre varices vroeg of laat klachten veroorzaken en leiden tot CVI, verschaft de literatuur geen duidelijkheid. Er zijn weliswaar verschillende auteurs, onder wie *Neumann*, die dat beweren, doch onderzoek om dat te staven wordt door geen van allen aangedragen. In de huisartspraktijk bestaat de indruk dat het bij een aanzienlijk deel van de mensen nooit zo ver komt. Dat het bij klachten of bij tekenen van CVI van belang is varices vroegtijdig te behandelen, wordt door ons onderschreven; voor de bewering dat behandeling van varices die nog geen klachten veroorzaken, tot betere resultaten leidt dan behandeling van varices met beginnende klachten, is geen onderbouwing. Afwachten tot er klachten komen, wordt pas bezwaarlijk als dat bewezen is.

Begrippen

- Bij het begrip 'chronische veneuze insufficiëntie' is vermeld dat 'pitting'-oedeem een vroeg teken is, terwijl een *ulcus cruris* de ernstigste complicatie is. De meerwaarde van de driedeling van Widmer ontgaat ons.
- Klassiek worden roodheid en temperatuursverhoging van het been tot de symptomen van

diepe veneuze trombose gerekend, doch deze symptomen ontbreken nogal eens. Sommigen menen daarentegen dat koudheid en bleekheid van het been tot de symptomen behoren.¹ Er is wel verondersteld dat deze variant vooral optreedt bij ernstige trombose, waarbij door secundair optredende vaatspasmen de arteriële circulatie belemmerd raakt. Hoe vaak welke variant voorkomt, is ons onbekend.

Ontstaan

Mogelijk hebben we ons met de bewering dat CVI zelden ontstaat op basis van primaire varices wat onzorgvuldig uitgedrukt. Er zijn aanwijzingen dat complicaties als stuwings- en *ulcus cruris* vooral optreden bij mensen bij wie het diepe veneuze systeem niet goed functioneert.² Daarbij zal het in ieder geval gaan om de mensen met secundaire varices. De varices en de chronische veneuze insufficiëntie zijn dan beide het gevolg van de diepe veneuze trombose. Ook elders is men van mening dat oedeem op basis van alleen primaire varices zeldzaam is, en dat huidveranderingen en ulceratie wijzen op insufficiënte, perforerende venen, die op hun beurt ook vrijwel steeds insufficiënt raken door dysfunctioneren van het diepe systeem.³ Wel kunnen primaire varices door reflux en rondpompen van bloed het diepe systeem extra belasten. Toename van de capaciteit van de spierpomp lijkt deze volumebelasting enigszins te kunnen compenseren.⁴ Vermoedelijk treedt chronische veneuze insufficiëntie ten gevolge van primaire varices pas op als ook dit compensatiemechanisme te kort schiet. Met name forse primaire varices van de vena saphena magna kunnen de normale bloedafvoer zodanig ontregelen, dat daardoor secundair tevens insufficiëntie van het diepe systeem optreedt, hetgeen leidt tot chronische veneuze insufficiëntie.^{5,6} Bij tijdige behandeling van de variceuze vena saphena magna is een geringe chronische veneuze insufficiëntie nog reversibel en kan therapie met steunkousen vermoedelijk worden voorkomen. Daarover zijn we het dus met onze opponenten eens.

Sommige auteurs stellen dat de helft van de open benen het gevolg is van (primaire) varices.^{7,8} Onduidelijk is echter op welke wijze dit is vastgesteld. Differentiatie tussen primaire en secundaire varices is in dat stadium niet eenvoudig, daar in beide gevallen het diepe systeem inmiddels niet meer goed functioneert.⁹ Welk percentage van onbehandelde varices op de lange termijn leidt tot een open been, is onbekend.

Medicamenteuze therapie

- O-(β -hydroxyethyl)-rutoside (Venoruton[®]) zou een gunstige invloed kunnen hebben op klachten en verschijnselen die (mogelijk) samenhangen met belemmering van de veneuze afvloed. Directe invloed van het middel op de varices wordt niet geclaimd. De trials die met het middel zijn gedaan, vertonen methodologische tekortkomingen en melden vrijwel zonder uitzondering weinig indrukwekkende resultaten waarvan de klinische relevantie niet erg duidelijk is.¹⁰⁻¹⁶ In een overzichtartikel komt dezelfde conclusie naar voren.¹⁷ Er is onvoldoende reden om het gebruik van O-(β -hydroxyethyl)-rutoside aan te bevelen. De literatuur die de dermatologen aanvoeren, geeft geen aanleiding tot bijstelling van dit beeld.
- Het gebruik van diuretica bij de bestrijding van statische oedemen is niet aan te bevelen, omdat ze vooral het vocht uit de circulatie – dus het verkeerde vocht – uit het lichaam verwijderen.^{18,19} De stelling dat diuretica van nut kunnen zijn aan het begin van een compressieve behandeling ter ontlasting van de circulatie en het hart, lijkt vooral gebaseerd op theoretische overwegingen, waarvan de klinische relevantie nog moet worden aangetoond. De theoretische overweging kan echter ook worden omgedraaid: als diuretica aan het begin van een compressieve behandeling nodig zijn, was het oedeem niet zuiver statisch.
- Heparinoïden worden inderdaad vooral bij tromboflebitis en orthostatisch eczeem gebruikt. Wellicht hadden we in de standaard beter de formulering uit de verantwoording kunnen gebruiken: van heparinoïden, nogal eens gebruikt bij de behandeling van tromboflebitis, is geen enkel klinisch effect aangetoond.

Kousen

- Het is bekend dat voorgeschreven kousen vaak in de kast blijven liggen. Veel mensen vinden ze oncomfortabel of hebben moeite met het aantrekken, met name bij bovenbeenskousen. Het wordt dan kiezen tussen twee kwaden. Dat er bij het alleen dragen van onderbeenskousen soms enig oedeem in het bovenbeen blijft zitten, achten we minder bezwaarlijk dan de gevolgen van in het geheel geen kousen dragen. Kousen zijn in de eerste plaats gericht op de bestrijding van oedemen of het onderbeen en op de preventie van ulcera. Of bovenbeenskousen zinvol kunnen zijn bij de behandeling van oedemen op cardiale, hepatische of nefrogene basis, valt buiten het bestek van de standaard.

- Het aanmeten van elastische kousen dient te geschieden door een leverancier die in het bezit is van een van de genoemde vakdiploma's. Dat is een eis uit de vergoedingsregeling. De regeling is beschreven in artikel 20 van de Regeling Hulpmiddelen AWBZ. Uiteraard kan ook een (huis)arts een dergelijk diploma verwerven. De vergelijking met iemand naar de apotheek sturen met een recept voor 'een pilletje voor het hart' gaat mank: aanmeten is een mechanische aangelegenheid, waarvoor gedetailleerde voorschriften bestaan. Wij zien niet in waarom dit door een arts moet geschieden en niet gedelegeerd kan worden.

Doppler-onderzoek

- Aanvullend onderzoek is pas geïndiceerd als men er therapeutische consequenties aan kan verbinden. Hoewel reticulair varices op een dysfunctionerende vena perforans kunnen berusten, heeft dat nauwelijks gevolgen voor de plaats waar gescleroseerd wordt.
- De omschrijving 'langzaam en continu' als kwalificatie van veneus geruis is gekozen om het verschil aan te geven met arterieel geruis, dat een pulserend karakter heeft. Uiteraard moduleert de frequentie en intensiteit van veneus geruis met de bloedstroom.
- Dat met Doppler-onderzoek of plethysmografie primaire varices zijn te onderscheiden van secundaire varices, lijkt onwaarschijnlijk, omdat primaire varices secundair kunnen leiden tot dysfunctioneren van het diepe systeem, terwijl het bij dergelijk onderzoek slechts om een momentopname gaat. *Feuerstein* komt tot de conclusie dat de diagnose posttrombotisch syndroom niet op functionele, maar alleen op morfologische gronden gesteld kan worden.⁹ Daartoe is flebografie noodzakelijk.

Het belang van het onderscheid is echter evenmin duidelijk. Enerzijds wordt in de literatuur de mening verkondigd dat varices de afvloed van het veneuze bloed uit de benen (door reflux) kunnen ontregelen, waardoor verschijnselen van chronische veneuze insufficiëntie ontstaan. Anderzijds valt in de literatuur de mening aan te treffen dat er situaties zijn waarin voorzichtigheid met het scleroseren van oppervlakkige varices geboden is, omdat deze in gevallen waarin ook het diepe systeem slecht functioneert, een niet te missen bijdrage leveren aan de afvloed van het veneuze bloed. Geen van beide standpunten is door onderzoek onderbouwd. Gegeven deze onduidelijkheden, leek het ons verstandig de keus van de behandeling in de eerste plaats afhankelijk te maken van de mate waarin er, naast de varices, tekenen

van chronische veneuze insufficiëntie zijn. Literatuur over de meerwaarde van plethysmografie boven klinische parameters van CVI is ons niet bekend.

Scleroseringstherapie

- Een kous heeft bij de nabehandeling van sclerosering een andere functie dan bij de behandeling van varices en de behandeling van oedemen ten gevolge van varices. In het eerste geval is de kous bedoeld om de wanden van de behandelde vaten enige tijd tegen elkaar aan te houden om een adequate verbindweefseling te realiseren. In het tweede geval is de kous met name gericht op de bevordering van de veneuze bloedafvoer door ondersteuning van de spierpompwerking, waartoe het aanleggen van een drukgradiënt noodzakelijk is. Voor het tweede type kousen gelden hogere eisen dan voor het eerste. Vandaar het verschil.
- De discussie over een minimum aantal verichtingen per week om voldoende vaardigheid in het scleroseren te verkrijgen en te behouden, is, evenals de discussie over het aantal partus dat een huisarts per jaar zou moeten begeleiden, betrekkelijk zinloos. In het algemeen heeft een hoge frequentie van handelen een positief effect op de kwaliteit, maar kwaliteit is belangrijker dan kwantiteit.
- Een standaard beperkt zich tot het omschrijven van de standaard-procedure en het noemen van de complicaties die daarbij op kunnen treden. Uiteraard behoort de huisarts die sclerosetherapie bedrijft, op de hoogte te zijn van de behandeling van complicaties.

Tot slot

Het verbaast ons bij de ondertekenaars de naam van de collega Neumann aan te treffen. Deze is vorig jaar meer dan vier maanden in de gelegenheid gesteld de ontwerp tekst van de standaard van commentaar te voorzien, maar heeft zijn beurt toen voorbij laten gaan. En dat terwijl hij versterking van de eerstelijns geneeskunde zo belangrijk vindt.²⁰

1 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990.

2 Van Bemmelen PS, Bedford G, Beach K, Strandness Jr DE. Status of the valves in the superficial and deep venous system in chronic venous disease. *Surgery* 1990; 109: 730-4.

3 Ameli FM. Current concepts in the management of varicose veins. *Can J Surg* 1986; 29: 21-3.

4 Hirai M, Naiki K, Nakayama R. Chronic venous

insufficiency in primary varicose veins evaluated by plethysmographic technique. *Angiology* 1991; 42: 468-72.

- 5 Hach W. Phlebographie der Bein- und Bechenvenen. Schutzzun, 1985.
- 6 Stranzenbach W, Hach W. Diagnostik der sekundären Popliteal- und Femoralveneninsuffizienz bei Stammvarikose. *Vasa* 1990; 19: 30-4.
- 7 Wienert V. Die Beinveneninsuffizienz. Stuttgart, New York: Schattauer, 1984.
- 8 Nelzén O, Bergqvist D, Lindhagen A. Leg ulcer etiology – a cross sectional population study. *J Vasc Surg* 1991; 14: 557-64.
- 9 Feuerstein W. Die Diagnose des postthrombotischen Syndroms. *Phlebol Proktol* 1979; 8: 18-46.
- 10 Nocker W, Diebschlag W. An investigation of dosage effects with drinking solutions of O-(beta-hydroxyethyl)-rutosides. *Vasa* 1987; 16: 365-9.
- 11 Van Cauwenberge H. Double blind study of the efficacy of O-(β-hydroxyethyl)-rutosides in the treatment of venous conditions. *Med Hyg* 1978; 36: 4175-7.
- 12 Forconi S, Guerrini M, Di Perri T. Study of the activity of a flavonoid, O-(beta-hydroxyethyl)-rutoside, at high dose levels on venous tone measured by 'strain gauge' plethysmography. *Vasa* 1977; 6: 279-84.
- 13 Pulvertaft TB. Paroven in the treatment of chronic venous insufficiency. *Practitioner* 1979; 223: 838-41.
- 14 Balmer A, Limoni C. Klinische, plazebokontrollierte Doppelblindprüfung von Venoruton® bei der Behandlung der chronisch-venösen Insuffizienz. Die Bedeutung der Patientenauswahl. *Vasa* 1980; 9: 76-82.
- 15 Bergqvist D, Hallböök T, Lindblad B, Lindhagen A. A double-blind trial of O-(β-Hydroxyethyl)-rutosides in patients with chronic venous insufficiency. *Vasa* 1981; 10: 253-60.
- 16 Neumann HAM, Van den Broek MJTB. Evaluation of O-(β-hydroxyethyl)-rutosides in chronic venous insufficiency by means of non-invasive techniques. *Phlebology* 1990; 5(Suppl 1): 13-20.
- 17 Anonymous. Paroven: not much effect in trials. *Drug Ther Bull* 1992; 30: 7-8.
- 18 Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie. Farmacotherapeutisch Kompas. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1992.
- 19 De Jonge JW, Van Zutphen WM, De Bruyne GA, Knottnerus JA. De behandeling van enkeloedeem bij ouderen in de huisartspraktijk; wanneer en hoe vaak worden diuretica gebruikt? *Ned Tijdschr Geneesk* 1990; 134: 1702-5.
- 20 Neumann HAM. Voor een constructieve discussie tussen eerste en tweede lijn. *Med Contact* 1992, 47: 1133-5.

Chronische luchtwegaandoeningen

De prevalentie van een aantal belangrijke chronische luchtwegaandoeningen tezamen (chronische bronchitis/bronchiëctasie, emfyseem/COPD, astma en hooikoorts/allergische rhinitis) wordt door *Thoonen et al.* op grond van het Limburgse Registratienet Huisartspraktijken (RNH) geschat op 8,2 procent.¹ Op grond van de Nederlandse morbiditeitsstudies in de huisartspraktijk schatte *Mulder* de prevalentie van Cara in ons land op 3 procent.²

Op het Limburgse cijfer kan iets worden afgedongen: laten we op grond van het onderzoeksverslag aannemen dat hooikoorts/allergische rhinitis hieraan ongeveer 1 procent bijdraagt, en de expositie in de Limburgse mijnen nog eens circa 1 procent. De prevalentie van Cara zou dan dus 6 procent bedragen, tweemaal zoveel als wij tot nu dachten.

De verklaring voor dit grote verschil wordt door de auteurs zelf gegeven. In 1988 hebben 42 huisartsen (in 13 praktijken) een registratiesysteem opgestart. Alle informatie over de patiënten die bij de huisarts bekend was, werd gebruikt om een probleemlijst te maken. Voor het onderzoek van *Thoonen et al.* is op basis daarvan de puntprevalentie van luchtwegproblemen bepaald, waarbij puntprevalentie dus niet betekent 'het bestaan van klachten op een bepaald tijdstip', maar 'het op de probleemlijst vermeld staan van een of meer van de vier genoemde luchtwegdiagnosen als een actief probleem'.

Ik neem aan dat de meeste deelnemende huisartsen bij het maken van de probleemlijst konden beschikken over gegevens over een periode van vele jaren, wellicht zelfs over het hele leven van de patiënt. Dat zou betekenen dat de berekende puntprevalentie meer het karakter heeft van een periodeprevalentie of zelfs van een levensprevalentie. Mogelijk is er ook sprake geweest van een *honeymoon-effect* bij de samenstelling van de probleemlijst.

Wanneer het aantal door de huisartsen 'actueel relevant' geachte luchtwegproblemen de komende jaren gaat dalen, zal zich dat kunnen weerspiegelen in een dalende prevalentie van Cara in Limburg. Wanneer de diagnostiek van de huisartsen echter zodanig zal worden verrijkt dat ook mensen die 'misschien in lichte mate Cara hebben', worden meegerekend, dan zal ook in Limburg in de toekomst een prevalentie van Cara van meer dan 20 procent in de jongere leeftijdsgroep gevonden worden.³

Het onderzoek van *Thoonen et al.* geeft alle aanleiding om van gedachten te wisselen over

de wijze waarop wij Cara willen definiëren. Mogelijk had in het verslag dan ook meer aandacht besteed kunnen worden aan vragen als: welke criteria hanteerden de 42 huisartsen bij het bestuderen van hun gegevensbestand voor opname van één van de vier diagnosen in de probleemlijst? Hanteerden de huisartsen de criteria voor de 'actuele relevantie' van één van de luchtwegdiagnosen op de probleemlijst op gelijke wijze? Welke veranderingen in het hantieren van deze criteria kunnen in de loop van de tijd worden verwacht?

Ben Ponsioen
huisarts te Brielle

- 1 Thoonen BPA, Knottnerus JA, Höppener P. Chronic airway disease in general practice. Prevalence and future development of the number of patients. *Huisarts Wet* 1993; 36(Suppl): 36-41.
- 2 Mulder JD. Afscheidsrede. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1991.
- 3 Anoniem. Prevalentie Cara in Nederland. Rotterdam: Glaxo/Instituut voor psychologisch markt-onderzoek, 1990.

Naschrift

Zoals in ons artikel duidelijk is vermeld, maakt het Registratienet Huisartspraktijken (RNH), in tegenstelling tot diverse andere systemen, al jarenlang gebruik van onafhankelijke diagnostische criteria, ontleend aan de International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-defined). De huisartsen passen deze zo goed mogelijk toe, en onderlinge kwaliteitsbewaking dienaangaande vindt systematisch plaats. Deze gang van zaken is beschreven in diverse rapportages en publicaties vanuit het RNH.

Ponsioen tracht af te dingen op de door ons gerapporteerde prevalentiecijfers. Daarbij lijkt het erop dat de RNH-benadering niet is overgekomen, evenals een door ons aangedragen mogelijke verklaring van het verschil met enkele andere Nederlandse registratiesystemen. Het gaat in ons systeem om de puntprevalentie van actieve chronische luchtwegaandoeningen, zoals door de huisarts vastgesteld aan de hand van genoemde criteria. *Updating* van deze probleemlijstgegevens vindt enkele malen per jaar plaats door veranderingen in het actuele praktijkbestand van de huisarts te verwerken in het centrale RNH-bestand. Uiteraard blijven daarbij, evenals dat het geval is bij een groene-kaartregistratie, de historische gegevens netjes aanwezig, met alle bijbehorende entry-, actief- en inactief-data. Daardoor is longitudinale analyse mogelijk. Er is echter geen