



NHG-Standaard Constitutioneel Eczeem

INLEIDING

De NHG-Standaard 'Constitutioneel Eczeem' omvat richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met constitutioneel eczeem. Men spreekt ook wel van atopisch eczeem of atopische dermatitis, omdat een atopische constitutie als grondslag wordt verondersteld. In deze standaard wordt steeds de term constitutioneel eczeem gehanteerd.

Constitutioneel eczeem is een frequent voorkomende aandoening in de huisartspraktijk. De prevalentie bedraagt ongeveer 15 per 1000 patiënten per jaar. Het komt op alle leeftijden voor, doch het betreft met name kinderen.

De standaard geeft criteria voor de diagnose constitutioneel eczeem. De factor jeuk staat hierbij centraal. Aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld naar voedselallergie, is vrijwel nooit nodig en heeft pas zin als de therapie onvoldoende aanslaat.

In het beleid nemen voorlichting en begeleiding een belangrijke plaats in. Het succes van de therapie wordt vooral bepaald door de wijze waarop de huid met indifferente, uitwendige middelen in goede conditie wordt gehouden. Orale medicatie is zelden aangewezen.

De huisarts behandelt de meeste gevallen zelf.

Begrippen

Constitutioneel eczeem is een jeukende huidaandoening met erytheem, papels, blaasjes, korstjes, schilfers of lichenificatie en ten minste drie van de volgende kenmerken:

- typische lokalisatie afhankelijk van de leeftijd:
 - bij kinderen jonger dan 2 jaar: gelaat, behaarde hoofd, strekzijden extremiteiten en romp;
 - bij kinderen ouder dan 2 jaar en volwassenen: buigzijden extremiteiten;
- aanvang op kinderleeftijd;
- chronisch recidiverend beloop;
- persoonlijke of familie anamnese met atopisch syndroom (astma, allergische rhinitis of conjunctivitis, constitutioneel eczeem).

Voor de diagnose constitutioneel eczeem is polymorfie van de huidafwijkingen geen obligaat criterium.

Het *atopisch syndroom* is het samengaan van astma, allergische rhinitis of conjunctivitis en constitutioneel eczeem in één persoon of binnen één familie. De aanwezigheid van één van deze aandoeningen is reeds voldoende om van het atopisch syndroom te spreken.

Uit stilistische overwegingen worden de aanduidingen 'hij/zij' en 'hem/haar' in de NHG-standaarden vermeden. Waar dit van toepassing is, worden met 'hij' en 'hem' beide geslachten bedoeld.

Cleveringa JP, Van Embden Andres JH, Meijer JS, Nonneman MMG, Den Otter JJ, Straus CPL, Bunge M, Burgers JS. NHG-Standaard Constitutioneel Eczeem. Huisarts Wet 1994; 37(1): 33-6.

Pathofysiologie

Op grond van het frequent familiair voorkomen van constitutioneel eczeem wordt een erfelijke grondslag vermoed. Uit recent onderzoek blijkt dat er aanwijzingen zijn voor een genetische basis van het atopisch syndroom.

Een IgE gemedieerde allergie (type I) komt vaak voor bij patiënten met constitutioneel eczeem. De rol hiervan is onduidelijk. Soms kunnen de huidklachten, met name de jeuk, door allergische reacties verergeren. Voedsel- en inhalatie-allergenen kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn. Voedselallergie betreft meestal voedingseiwitten, bijvoorbeeld in melk, ei, vis, noten, pinda of soja. Bij kinderen jonger dan twee jaar met ernstig constitutioneel eczeem kan eliminatie van deze stoffen zinvol zijn. Inhalatie-allergie betreft meestal huisstofmijt, pollen en animale huidschilfers. Eliminatie van laatstgenoemde prikkels is evenwel minder effectief dan bij astma.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Anamnese

De huisarts gaat de volgende punten na:

- wanneer is het begonnen en hoe is het beloop?
- is er jeuk en wordt er veel gekrabbd?
- heeft de patiënt ook last van astma, allergische rhinitis of allergische conjunctivitis?
- komen aandoeningen van het atopisch syndroom in de familie voor?
- zijn er aanwijzingen voor prikkels die het eczeem verergeren, bijvoorbeeld bepaalde voedingsmiddelen?

Lichamelijk onderzoek

De huisarts inspecteert de eruptie(s) en let daarbij op de volgende punten:

- lokalisatie: voor het 2e jaar meestal in het gelaat (het 'narcosekapje' blijft vrij), op het behaarde hoofd, eventueel met uitbreiding naar romp en extremiteiten (het luiergebied blijft meestal vrij); na het 2e jaar zijn met name de knie- en elleboogsplooiën, polsen en enkels aangedaan.
- efflorescenties: erytheem, papels, blaasjes, korstjes, schilfering of lichenificatie; krabeffecten wijzen op het bestaan van jeuk; meestal worden meerdere efflorescenties naast elkaar gezien.



– vochtigheidsstoestand van de eruptie: nat of droog.

Overwegingen

De diagnose constitutioneel eczeem wordt op grond van anamnese en inspectie gesteld aan de hand van de genoemde criteria (zie begrippen). Indien deze criteria worden gehanteerd is de afgrenzing van andere huidaandoeningen, bijvoorbeeld seborrhoïsch eczeem, meestal geen probleem.

Bij kinderen boven de twee jaar en volwassenen heeft nader onderzoek naar allergenen geen zin wegens het ontbreken van therapeutische consequenties. Bij constitutioneel eczeem hebben eliminatiemaatregelen immers nauwelijks invloed op het beloop. Alleen bij kinderen onder de twee jaar met ernstig constitutioneel eczeem dat onvoldoende onder controle kan worden gehouden met lokale therapie, is onderzoek naar voedselallergie aangewezen.

Aanvullend onderzoek

Eventueel onderzoek naar voedselallergie geschiedt door middel van een eliminatie-provocatie-test. Bij zuigelingen die alleen flesvoeding gebruiken wordt eliminatie van allergenen bereikt door het aanbieden van flesvoeding op basis van koemelkeiwithydrolysaat dat uitsluitend uit peptiden bestaat. In geval van borstvoeding volgt de moeder een dieet, waarin koemelk-eiwit, vis, ei, noten, pinda en soja worden vermeden. Een diëtist kan hierbij behulpzaam zijn. Bij oudere zuigelingen en kinderen die behalve melk ook andere voedingsmiddelen gebruiken, wordt een eliminatie-dieet samengesteld in overleg met een diëtist. Na vier weken wordt de normale voeding hervat (provocatie). De eliminatie-provocatie-test is positief als het eczeem tijdens de eliminatie duidelijk verbetert en zich door provocatie weer in volle omvang manifesteert.

Bloedonderzoek of huidtesten hebben geen aanvullende waarde.

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting en begeleiding

De huisarts geeft informatie over de vermoedelijk erfelijke grondslag en het grillige beloop van constitutioneel eczeem. Meestal vindt geleidelijk herstel plaats. De meeste patiënten hebben na het 13e jaar geen klachten meer. Na het 30e jaar komt constitutioneel eczeem weinig voor. De prognose wordt negatief beïnvloed indien bij de ouders constitutioneel eczeem voorkomt. Van alle kinderen met constitutioneel eczeem krijgt 30 tot 50% op latere leeftijd astma of allergische rhinitis. Manifestaties

Inbreng van de patiënt

De NHG-standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijnen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

van eczeem en astma kunnen elkaar afwisselen.

Warmte, wol en ontvettende stoffen zoals zeep, badschuim en wasmiddelen, kunnen de huid prikkelen en de klachten verergeren. Eliminatie van huisstof en huisdieren heeft weinig invloed op constitutioneel eczeem. Het aandeel van voedselallergie wordt vaak overschat. Zelfstandig experimenteren met eliminatiediëten dient te worden ontraden in verband met de kleine kans op succes en eventueel ontstaan van deficiënties. De nadelige invloed van andere exogene factoren als zwemmen, klimaat of bossen is niet aangetoond.

Jeuk geeft aanleiding tot krabben, waardoor het eczeem verergert. Zo kan er een vicieuze cirkel ontstaan. Psychologische invloeden, bijvoorbeeld stress, kunnen hierbij een rol spelen. Leg de ouders van kinderen met constitutioneel eczeem uit dat de huid niet vies of besmettelijk is en dat huidcontact belangrijk is voor de ontwikkeling van het kind. Bij oudere kinderen en volwassenen wordt aandacht besteed aan de gevoelens die met het eczeem gepaard kunnen gaan, zoals schaamte, angst en verminderd zelfvertrouwen. Tevens wordt ingegaan op de gevolgen hiervan voor het sociale functioneren.

Medicamenteuze therapie

Het doel van lokale therapie is jeuk en krabben tegen te gaan. Bij constitutioneel eczeem is de huid vaak erg droog. Een droge huid is gevoeliger voor allerlei prikkels, waardoor jeuk kan ontstaan. Daarom is het van groot belang een droge huid te voorkomen. Dit wordt bereikt door de huid regelmatig in te smeren met een indifferente zalf, bijvoorbeeld unguentum lanette FNA of unguentum leniens FNA. Een goed alternatief is olie aan het



badwater toevoegen.

De lokale behandeling van de huidafwijkingen bij constitutioneel eczeem vindt stapsgewijs plaats. Bij een eerste manifestatie van constitutioneel eczeem wordt nagegaan of met indifferente middelen kan worden volstaan (stap 1). Bij ernstig, niet-nattend eczeem kan direct worden overgegaan tot behandeling met lokale corticosteroiden of teerpreparaten (stap 2). Bij ernstig, nattend eczeem dient daarentegen altijd te worden begonnen met stap 1. In de praktijk wordt geen verschil in effectiviteit ervaren tussen steroïden klasse 1 of 2 en teer. Corticosteroiden verdienen de voorkeur, omdat de toepassing van teerpreparaten in de praktijk onaangenaam kan zijn gezien de geur en de verkleuring van textiel. Soms stuit de behandeling met corticosteroiden op weerstand. Leg uit dat corticosteroiden noodzakelijk zijn om de vicieuze cirkel die het eczeem in stand houdt, te doorbreken. Sterke preparaten zijn meestal niet nodig. Bijwerkingen treden zelden op, ook niet bij jonge kinderen.

Stap 1. Indifferente therapie

De keuze van de zalfbasis hangt af van de vochtigheids-toestand van de huidafwijking.

- Bij droog eczeem wordt een zalf voorgeschreven, bijvoorbeeld unguentum lanette of unguentum cetomacrogolis.
- Bij droog noch nat eczeem volstaat een crème, bijvoorbeeld cremor lanette FNA I of II (II is iets vetter dan I) of cremor cetomacrogolis FNA, tenminste tweemaal daags aanbrengen.
- Bij licht nattend eczeem is zinkoxide-smeersel FNA aangewezen. Dit wordt een- tot tweemaal daags aangebracht. Resten kunnen worden verwijderd met water gedrenkt in olie. Als het eczeem niet meer nat is wordt een crème toegepast.
- Bij sterk nattend eczeem worden hydrofiele gazen of scheurlinnen gebruikt, bevochtigd met leidingwater of fysiologische zoutoplossing, gedurende een à twee dagen, vier tot vijf maal daags verwisselen. Daarna wordt een crème toegepast.

Indien na twee weken de klachten en het eczeem niet verbeteren: stap 2.

Stap 2. Therapie met klasse 1 of 2 corticosteroiden of teerpreparaten

Bij aanhoudende jeuk en eczeem of bij ernstige klachten zijn corticosteroiden of teer geïndiceerd. Deze onderdrukken de ontstekingsreactie en bestrijden de jeuk.

Bij droog eczeem wordt een zalf voorgeschreven, in andere gevallen een crème, beide tweemaal daags dun aan te brengen. De indifferente therapie wordt zo nodig voortgezet.

- Bij milde klachten wordt gestart met een klasse 1 steroïd, bijvoorbeeld hydrocortisonacetaat 1% crème of zalf; tweede keus is een teerpreparaat, bijvoorbeeld solutio carbonis detergens 10% in crème- of zalfbasis.
- Bij ernstige klachten of bij onvoldoende resultaat met bovengenoemde preparaten is een klasse 2 steroïd geïndiceerd, bijvoorbeeld triamcinolonacetonide 0,1% crème of zalf; tweede keus is een hoger geconcentreerd teerpreparaat, bijvoorbeeld solutio carbonis detergens 20% in crème- of zalfbasis.
- Bij afwijkingen op het behaarde hoofd wordt een lotion gebruikt, bijvoorbeeld flumethasonpivalaat 0,02% of hydrocortisonbutyraat 0,1%, tweemaal daags dun aanbrengen.

Zodra verbetering optreedt, wordt de dosering verlaagd naar eenmaal daags of om de dag aanbrengen totdat de huidafwijkingen verdwenen zijn. Deze therapie zal in de meeste gevallen voldoende zijn. Indien na twee weken de klachten en het eczeem desondanks niet verbeteren: stap 3.

Stap 3. Therapie met klasse 3 corticosteroiden

Bij ernstige klachten is men in een klein aantal gevallen aangewezen op behandeling met een klasse 3 steroïd, bijvoorbeeld betamethason-17-valeraat 0,1% crème of zalf of lotion, tweemaal daags dun aanbrengen. Zodra verbetering optreedt, wordt de dosering verlaagd naar eenmaal daags of om de dag aanbrengen totdat de huidafwijkingen verdwenen zijn. Als deze behandeling langer dan vier weken duurt bestaat er een kans op lokale bijwerkingen, zoals atrofie, teleangiectasieën, hypopigmentatie en striae. De laatstgenoemde bijwerking is niet reversibel. Tijdens en na deze behandeling wordt tevens indifferente therapie toegepast (zie stap 1).

Geïnfecteerd eczeem

Als het geïnfecteerd eczeem (licht of sterk) nattend is wordt eerst behandeld als beschreven onder stap 1. Als het eczeem niet nat (meer) is wordt fusidinezuur 2% crème of zalf voorgeschreven.

Onderhoudstherapie

Bij frequent recidiveren ondanks adequate indifferente therapie kan een onderhoudstherapie met een klasse 1 steroïd worden overwogen. Dit wordt aanvankelijk eenmaal daags aangebracht. Na een week wordt uitgeprobeerd of kan worden volstaan met om de dag eenmaal aanbrengen. Bij eventuele exacerbaties begint men weer met een klasse 2 steroïd of teerpreparaat (zie stap 2). Wanneer eerder gebleken is dat dit onvoldoende helpt, start men met een klasse 3 steroïd (zie stap 3).



Indien dit schema wordt aangehouden en per week niet meer dan 100 gram klasse 1 of 2 steroïden worden gebruikt, zijn bijwerkingen zeldzaam. De maximale weekdosering bij klasse 3 steroïden is voor kinderen onder de twee jaar 30 gram, voor kinderen boven de twee jaar 50 gram en voor volwassenen 100 gram. In de praktijk zullen deze hoeveelheden echter zelden noodzakelijk zijn.

Niet-medicamenteuze therapie

Na een positieve eliminatie-provocatie-test wordt een eliminatie-dieet toegepast (zie aanvullend onderzoek). Bij zuigelingen wordt de hypo-allergene flesvoeding voortgezet tot de zevende maand. Daarna is hypo-allergene bijvoeding gewenst. Deze kan in overleg met een diëtist worden samengesteld. Herintroductie van zuigelingenvoeding op basis van koemelk kan vanaf het eerste levensjaar geprobeerd worden. In andere gevallen kan na een jaar geprobeerd worden het eliminatie-dieet uit te sluiten.

Controles

Bij een eerste manifestatie en bij elke volgende stap wordt na twee weken het effect van de behandeling geëvalueerd. Tevens worden er afspraken gemaakt over het beleid bij exacerbaties.

Verwijzing/consultatie

Patiënten met constitutioneel eczeem, die niet reageren op bovengenoemde maatregelen kunnen naar een ter zake kundige kinderarts of dermatoloog worden verwezen.

TOTSTANDKOMING

In juli 1992 startte een werkgroep van zes leden met het formuleren van deze standaard. In juli 1993 werd commentaar gevraagd aan 50 huisartsen waarvan de adressen at random uit het NHG-ledenbestand waren getrokken. Als referent traden op prof. dr. C.A.F.M. Bruijnzeel-Koomen, dermatoloog, dr. A.C. Douwes, kinderarts, R.M. van Elburg, kinderarts in opleiding, dr. J.H. Sillevius Smitt, dermatoloog en prof.dr. W.A. Van Vloten, dermatoloog. Vermelding als referent betekent overigens niet dat iedere referent de standaard op elk detail onderschrijft. Er werden 30 commentaarformulieren terug ontvangen. Op basis van het ontvangen commentaar werden een aantal wijzigingen in de ontwerpstandaard aangebracht. In oktober 1993 werd de conceptstandaard door de Autorisatiecommissie beoordeeld en geautoriseerd. De begeleiding van de werkgroep berustte bij M. Bunge en de eindredactie bij J.S. Burgers, beiden huisarts-stafid van de Afdeling Standaardenontwikkeling van het NHG.

Op aanvraag is de wetenschappelijke verantwoording van deze standaard (tegen kostprijs) in de vorm van een notenapparaat beschikbaar.

European Respiratory Society

Jaarcongres, Florence, 25-29 september 1993

Dit verslag van het jaarlijkse congres van Europese longspecialisten en -onderzoekers (circa 5000 deelnemers) is voor huisartsen geschreven. Een substantieel deel van het programma was gewijd aan astma, chronische bronchitis en emfyseem.¹ Dit verslag heeft ten doel om de nieuwe inzichten over deze chronische luchtwegaandoeningen, verkregen op dit specialistencongres, onder de aandacht van huisartsen te brengen.

Op de eerste dag van het congres werden bij de voordrachten over het optimaal gebruik van inhalatiesteroïden twee Nederlandse studies gepresenteerd. Longarts Overbeeke (Rotterdam/Groningen) liet zien dat patiënten met ernstige hyperreactiviteit en geringe reversibiliteit van de luchtwegen na het stoppen van inhalatiesteroïden meer luchtwegproblemen krijgen dan patiënten met geringe hyperreactiviteit of grote reversibiliteit. Een aantal toehoorders bleek zich te verbazen over het feit dat zowel patiënten met astma als patiënten met (deels) irreversibele longfunctiestoornissen in deze studie waren opgenomen. De opvatting dat astma op den duur leidt tot het ontstaan van chronische bronchitis of emfyseem, blijkt in het buitenland minder gemeengoed dan bij ons.

Kinderlongarts Van Essen-Zandvliet (Rotterdam/Groningen) liet zien dat veel kinderen met astma hun inhalatiesteroïden niet kunnen stoppen zonder opnieuw klachten te krijgen. Zij bestudeerde kinderen met matig ernstig tot ernstig (dus steroïd-afhankelijk) astma. De conclusie luidde: inhalatiesteroïden onderdrukken weliswaar het mechanisme dat aan astma ten grondslag ligt, maar echt genezen doen ze deze groep astmapatiënten niet.

De vraag of Cara-patiënten met inhalatiesteroïden kunnen stoppen, werd op de tweede dag door Van Schayck (Nijmegen) nogmaals belicht. Op de door hem geopperde mogelijkheid om de behandeling met inhalatiesteroïden tijdelijk te staken, werd door het gehoor afwachting gereageerd. De recent vernieuwde richtlijnen van de British Thoracic Society, die ruimte laten voor een meer intermitterende behandeling met inhalatiesteroïden, worden kennelijk nog niet door iedereen beschouwd als een voldoende onderbouwing van een dergelijk beleid.²

Van de honderden gepresenteerde posters worden er hier slechts drie vermeld.

Smelee et al. (Nijmegen) toonden aan dat de Nederlandse huisarts de NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Behandeling goed volgt voor wat betreft het voorschrijven van inhalatieste-

roïden aan mensen die tweemaal per dag of vaker een bètamimeticum gebruiken. Bij een exacerbatie van astma daarentegen bleek het beleid van de huisarts meer af te wijken van de standaard. Vaak worden bij een exacerbatie antibiotica of extra bronchusverwijders voorgeschreven. Slechts een minderheid van de huisartsen schrijft bij een exacerbatie prednis(ol)on per os voor; slechts zelden maakt de huisarts gebruik van de mogelijkheid om de dosering van inhalatiesteroïden (tijdelijk) te verhogen. Deze bevinding roept de vraag op of de richtlijnen over de onderhoudsbehandeling met (relatief) stabiele luchtwegklachten wel leiden tot een juiste interpretatie van de richtlijnen over de behandeling van exacerbaties.

Uijen et al. (Rotterdam) lieten zien dat kleine kinderen met matig ernstig en ernstig astma voor deelname aan een trial het best opgespoord kunnen worden via het dossier van de huisarts. Het aantal kinderen waaraan de huisarts specifieke astmamedicatie voorschrijft, bleek vaak veel groter te zijn dan het aantal kinderen waarbij de diagnose astma of Cara op de kaart vermeld stond. Dit laatste is niet verbazingwekkend, want een gunstige reactie op specifieke astmamedicatie draagt juist bij deze leeftijdsgroep bij aan de diagnose astma of Cara.³

De Britse longarts Rees toonde aan dat de elektronische pocket-spirometer bij de oudere Cara-patiënt in de thuissituatie een juist inzicht geeft in de mate van reversibiliteit van de luchtwegen. De aldus gemeten FEV1 komt veel beter dan de piekstroom overeen met de waarden die worden gevonden in het longfunctielaboratorium. In de wetenschappelijke verantwoording van de NHG-standaard werd eerder stilgestaan bij de mogelijke waarde van 'microspirometrie' (FEV1 en FVC) door de huisarts bij de oudere Cara-patiënt. Voor nadere specificatie van de diagnose Cara is de uitkomst van de piekstroommeting bij oudere patiënten te weinig betrouwbaar.

De sessies waarin gesproken werd over het pathofysiologisch mechanisme dat de wereldwijde toename van astma en allergie zou kunnen verklaren, waren interessant en helder. Luchtverontreiniging door ozon, SO₂, NO₂ en deeltjes in de uitlaatgassen van auto's, zou kunnen leiden tot een zodanige verandering van het immuunapparaat van de luchtwegen, dat een allergie, met luchtwegsymptomen als gevolg, zich vaker dan vroeger ontwikkelt. Voorts wordt het vrijwel zeker geacht dat blootstelling aan sigarettenrook tijdens de zwangerschap leidt tot een veranderd functioneren van het

immuunapparaat van de foetus, waardoor het kind na de geboorte meer kans heeft om allergie en astma te ontwikkelen. De vicieuze cirkel is rond wanneer dit prenataal belaste kind na de geboorte ook nog eens binnenshuis rokende ouders te verduren krijgt.

Woolcock (Australië) liet zien dat het aantal ouders, dat 'piepen' bij hun kinderen rapporteert, de laatste decennia aanzienlijk is toegenomen. Het aantal door een arts gediagnosticeerde gevallen van astma is in deze periode nog sneller toegenomen. Gelukkig wordt de waargenomen stijging in de prevalentie van astma vooral verklaard uit een toename van het aantal lichte gevallen. Duidelijk blijkt ook hier weer het belang van een juiste interpretatie van luchtwegklachten door de huisarts.

Voor huisartsen zou een mogelijke les naar aanleiding van dit specialistencongres – waar trouwens ook de industrie zich liet zien – deze kunnen zijn, dat onderzoek naar het juiste beleid bij chronische klachten van de luchtwegen niet uitsluitend aan anderen moet worden overgelaten. Het voorschrijven van medicatie bij klachten van de luchtwegen behoort daarvoor te zeer tot de dagelijkse routine van de huisarts.

B.P.Ponsioen, huisarts
J.H.J.M. Uijen, arts

- 1 Abstracts ERS annual congress. Eur Resp J 1993; 6(Suppl 17): 115s-637s.
- 2 Anonymous. Guidelines for the management of asthma: a summary. Br Med J 1993; 306: 776-82.
- 3 Warner et al. Asthma: a follow up statement from an international paediatric asthma consensus group. Arch Dis Child 1992; 67: 240-8. ■

NOTA BENE

Het bepalen van de piekstroomvariatie gedurende twee weken geeft meer informatie over de ernst van CARA dan de uitslag van een eenmalig verrichte histamine provocatietest.

Het nut van piekstroommetingen thuis is groter indien de metingen worden uitgedrukt als ochtendwaarde dan als piekstroomvariatie.

Stellingen bij: Brand PLP, Kerstjens HAM. Risk factors and long-term treatment in obstructive airways disease [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993.

Beroepsleiding

Waarom geen vierjarige opleiding?

Met groeiende belangstelling zien wij de discussie rond de invoering van een driejarige beroepsopleiding tot huisarts opflakkeren. Niet alleen is de huidige tweejarige opleiding de kinderziekten nog maar nauwelijks te boven, de financiering kost de huisartseninstituten nu al veel hoofdbrekens. Zo heeft een aantal instituten verplichte vakantieperiodes voor huisartsen-in-opleiding (HAIO's) ingesteld om met de zo uitgespaarde vergoedingen voor stage-instellingen onderdelen van de opleiding (zoals de consultatiebureau-cursus) te bekostigen. Vóór aanvang van zijn opleiding betaalt de HAIO een bedrag van rond de vierhonderd gulden, waarvan de bestemming per instituut varieert van kopieerkosten (Utrecht) tot koffiegeld (Groningen). De vraag dringt zich op hoe instituten die zo moeten sjoemelen met hun middelen een verlenging van de opleiding gaan financieren.

De Stichting Beroepsopleiding Huisartsen heeft inmiddels, op zoek naar betalende stage-adressen, praktisch alle gezondheidsinstellingen in Nederland een brief doen toekomen. Hierin worden de HAIO's van de driejarige opleiding aangeprezen als door voorgaande klinische ervaring reeds gelouterde aanstaande huisartsen, die de produktie kunnen draaien waar ziekenhuizen en specialisten zo om verlegen zitten. Een klein onderzoek in onze dertien personen tellende HAIO-groep (gemiddelde leeftijd boven de dertig) leverde inderdaad een totale klinische ervaring op van bijna zestig jaar. Navraag leerde dat wij zeker niet extreem ervaren zijn in vergelijking met andere groepen.

Het is ons volstrekt onduidelijk waarom aanstaande huisartsen – die gezien de huidige samenstelling van de opleidingsgroepen kennelijk al geselecteerd worden op klinische ervaring – een jaar extra gekweld moeten worden met poortarts of zaalarts werk tegen (uiterst schrale) HAIO-beloning. Het is ons eveneens onduidelijk waarom de bestaande situatie niet geformaliseerd wordt: stel een klinische ervaring van twee jaar verplicht voor de sollicitatie tot huisarts en je hebt plotseling het equivalent van een vierjarige opleiding zonder iets aan de huidige situatie te veranderen. De voordelen van deze constructie zijn duidelijk:

- op simpele wijze wordt een aanzienlijke kostenbesparing ten opzichte van het huidige concept voor een driejarige opleiding teweeggebracht;

- junior-coschappen-stof als het meten van de bloeddruk, het inbrengen van infusen en de techniek van ausculteren, nu nog ergerniswekkend onderdeel van de huisartsenopleiding, kunnen veilig vervangen worden door zinniger tijdsbesteding.

Namens de huisartsen in opleiding van groep 93-I te Utrecht,
G.J. van Holten

VERVOLG

Samenwerking tussen huisarts en specialist bij Cara

Vervolg van pag. 29

- 32 Strijbos JH, Koëter GH, Meinesz AF. Home care rehabilitation and perception of dyspnea in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Patients. *Chest* 1990; 97(3 suppl): 109S-110S.
- 33 Ketelaars C, Schröder M, Van Houts A. Kwaliteitseisen voor de wijkverpleegkundige CARA-nazorg. *MGZ* 1993; 21: 32-5.
- 34 Rutten van Mólken MPMH, Van Doorslaer EKA, Rutten FFH. Economic appraisal of asthma and COPD care. A literature review 1980-1991. *Soc Sci Med* 1992; 35: 161-75.
- 35 Meulenberg F, Zandvliet J. Samenwerking tussen eerste en tweede lijn rond NHG-standaarden. *Med Contact* 1992; 47: 1260-2.
- 36 Dinant GJ, Crebolder HFJM, Op 't Root J, De SGO-kaderopleiding huisartsen – een eerste verslag. *Med Contact* 1992; 47: 913-4. ■

Tolerance to the nonbronchodilator effects of inhaled β_2 -agonists in asthma

O'Connor BJ, Aikman SL, Barnes PJ. *N Engl J Med* 1992; 327: 1204-8

Een enkele dosis van een β -agonist beschermt astmapatiënten tegen bronchoconstrictieve stimuli. Deze studie was erop gericht om na te gaan of bij regelmatig gebruik gewenning optreedt. Men onderzocht het effect van een enkele dosis terbutaline op de bronchoconstrictie na toediening van AMP (een indirecte bronchoconstrictor die via de mestcellen werkt), en van metacholine (een directe bronchoconstrictor), voor en na zeven dagen regelmatig gebruik van terbutaline of placebo. Twaalf atopici deden mee aan deze dubbelblinde, cross-over studie. Voordat ze een week lang dagelijks 4 maal 500 μ g terbutaline kregen, bleek het beschermend effect van een éénmalige dosis terbutaline tegen de werking van AMP groter dan tegen de werking van metacholine. Het beschermend effect was na één week dagelijks terbutalinegebruik voor beiden verminderd. Hierdoor was er na deze week geen verschil meer in de beschermende werking van terbutaline tegen de werking van AMP en metacholine.

De vermindering in korte-termijnbescherming tegen metacholine was wel statistisch significant, maar klinisch gezien niet van groot belang. Na langer gebruik van langer werkende inhalatie- β -agonisten kan dit mogelijk wel klinisch van belang worden. De vermindering in korte-termijnbescherming tegen AMP was wel al behoorlijk groot. Dit suggereert dat gewenning aan de mestcel-stabiliserende effecten van β -agonisten kan ontstaan. Deze gewenning zou een verklaring kunnen zijn voor het feit dat regelmatige behandeling met β -agonisten kan leiden tot een ontregeling van de controle van astma.

Germa Joppe

Long-term effects of a long-acting β_2 -adrenoceptor agonist, salmeterol, on airway hyperresponsiveness in patients with mild asthma

Cheung D, Timmers MC, Zwinderman AH, et al. *N Engl J Med* 1992; 327: 1198-203

In deze Nederlandse studie is gekeken naar de effecten van langdurige therapie met een langwerkend β_2 -sympaticomimeticum op de bronchodilatatie en op de hyperreactiviteit van de luchtwegen bij astmapatiënten. Vierentwintig volwassene met een lichte vorm van astma

kregen dubbelblind 8 weken lang 2 keer per dag 50 µg salmeterol of placebo. Gedurende deze 8 weken bleef de reactie van hen die salmeterol kregen wat betreft de bronchodilatatie steeds constant, namelijk een verhoging van de FEV₁ (forced expiratory volume in 1 seconde) met ongeveer 9 procent. De patiënten uit de placebo-groep vertoonden geen verhoogde FEV₁.

In het begin van de studie zorgde toediening van salmeterol voor een significante verhoging van de dosis metacholine (een bronchoconstrictor) die gegeven moest worden om 20 procent verlaging van de FEV₁ te krijgen. Na 4 weken bleek toediening van salmeterol geen gunstig effect meer te hebben op de hyperreactiviteit van de bronchi. Na 8 weken was er wel weer een significante, maar kleine verhoging te zien van de hoeveelheid metacholine die gegeven moest worden om de FEV₁ met 20 procent te doen dalen. Toediening van placebo had geen effect op de hyperreactiviteit. Na het stoppen van de studiemedicatie bleken de twee groepen weer gelijk te reageren, zoals voor de studie. Er was dus geen rebound-fenomeen na het stoppen met salmeterol.

Langdurige behandeling met salmeterol bij patiënten met een lichte vorm van astma leidt dus tot tolerantie voor de beschermende werking tegen een bronchoconstrictor, terwijl de bronchusverwijdende eigenschappen blijven bestaan. Dit suggereert dat astma niet optimaal gereguleerd kan worden door een monotherapie met een langwerkend β_2 -sympaticomimetikum.

Germa Joppe

A comparison of Salmeterol with Albuterol in the treatment of mild to moderate asthma

Pearlam DS, Chervinsky P, LaForge C, et al. N Engl J Med 1992; 327: 1420-5

In dit onderzoek werd het resultaat van de behandeling met de inhalatie van een langwerkende β_2 -adrenoreceptor (Salmeterol) vergeleken met de kortwerkende β_2 -agonist (Albuterol). Aan het dubbelblinde, placebo-gecontroleerde onderzoek namen 243 patiënten met licht tot matig ernstig astma deel. De helft van hen waren vrouwen; de gemiddelde leeftijd was 27 jaar. Zij werden in drie vergelijkbare

groepen ingedeeld, waarbij één groep viermaal per dag een placebo inhaleerde, de tweede groep viermaal per dag het kortwerkende Albuterol en de derde groep tweemaal per dag het langwerkende Salmeterol en tweemaal een placebo. Het onderzoek duurde 12 weken. De patiënten mochten geen theophyllinepreparaten gebruiken; wel konden corticosteroïdengebruikers aan dit onderzoek deelnemen. Het was toegestaan om bij ernstige benauwdheid een extra dosis van het kortwerkende Albuterol te gebruiken.

Het bleek dat de placebo-groep driemaal zoveel extra Albuterolinhalaties nodig had als de twee andere groepen. Bij de wekelijkse controle van de één-secondewaarde bleek dat deze bij de Salmeterolgroep onmiddellijk na de eerste inhalatie van 70 naar 90 steeg en gedurende 12 uur hoog bleef. Ook de Albuterolgroep vertoonde een onmiddellijke stijging van de één-secondewaarde van 70 – voorafgaand aan het onderzoek – naar 90 en bleef gedurende zes uur hoog. Zoals te verwachten was, bleef de één-secondewaarde in de placebo-groep laag, hoewel in de twaalfde controleweek alle drie de groepen hogere één-secondewaarden scoorden dan in het begin, waarschijnlijk doordat zij geleerd hadden beter te expireren. Gedurende de onderzoeksperiode werden 32 exacerbaties van het astma vastgesteld, waarbij geen verschil tussen de drie groepen opgemerkt kon worden. Bij de peakflowmeting bleek zowel 's ochtends als 's avonds een significante verbetering bij de Salmeterolgroep te bestaan vergeleken met Albuterol en de placebo-groep.

De conclusie is dat een langwerkende β_2 -adrenoreceptor superieur is aan een kortwerkende β_2 -agonist.

H.G. Frenkel-Tietz

Randomized placebo-controlled trials of antibiotics for acute bronchitis: a critical review of the literature

Orr PH, Scherer K, MacDonald A, Moffatt MEK. J Fam Pract 1993; 36: 507-12.

Een systematische zoekactie in de literatuur tussen 1980 en 1992 leverde zes publikaties op over gerandomiseerd placebo-gecontroleerd onderzoek van antibioticatherapie bij acute bronchitis. De onderzoeken werden door vier

beoordelaars onafhankelijk van elkaar op kwaliteit gescoord aan de hand van 35 criteria. Alle onderzoeken waren in de huisartspraktijk uitgevoerd. In vier onderzoeken werd geen significant verschil gevonden tussen antibioticum en placebo; in twee wel, ten gunste van het antibioticum. In de twee onderzoeken die kwalitatief het hoogst scoorden, werd geen significant verschil aangetoond. De waarde van antibiotica bij acute bronchitis in een algemene patiëntenpopulatie is dus dubieus.

De auteurs gaan uitgebreid in op de problemen die verbonden zijn aan dergelijk onderzoek, zoals het ontbreken van een objectieve diagnostische test voor het vaststellen van acute bronchitis en voor het onderscheid tussen infecties van virale of bacteriële origine.

François Schellevis

Targeting heavy smokers in general practice: randomised controlled trial of transdermal nicotine patches

Russell MAH, Stapleton JA, Feyerabend C, et al. Br Med J 1993; 306: 1308-12.

Bij 600 zware rokers (≥ 15 sigaretten per dag) die gemotiveerd waren om te stoppen, werd de effectiviteit van nicotinepleisters in vergelijking met placebo-pleisters onderzocht. Ook werd nagegaan of bij een hogere nicotinedosering het aantal stoppers toenam. De interventie duurde 18 weken; follow-up-metingen vonden plaats tot 52 weken na de start van het onderzoek. Het stoppen met roken werd gecontroleerd door ademanalyse. Tussen de tweede en de twaalfde week konden de rokers op verzoek een extra pleister krijgen.

Na de derde week waren tweemaal zoveel rokers gestopt in de interventiegroep vergeleken met de controlegroep (36 procent en 17 procent). Van de interventiegroep rookte 9 procent een heel jaar niet, in de placebo-groep gold dit voor 5 procent. Verhoging van de dosering in de tweede week gaf een toename van het aantal stoppers in de derde week.

De auteurs concluderen dat nicotinepleisters op de lange termijn effectief zijn als ondersteuning bij het stoppen met roken.

François Schellevis

Risk factors and long-term treatment in obstructive airways disease

Dissertatie. Brand PLP, Kerstjens HAM. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1993; 239 bladzijden. ISBN 90-9006399-4.

Dit gezamenlijk proefschrift bespreekt de resultaten van de grote SGO-Cara-studie die in zes academische centra is uitgevoerd. Het is onmogelijk een volledige samenvatting te geven van alle resultaten van dit mega-project. Daarom beperk ik mij tot de hoofdlijnen.

Centraal in de SGO-Cara-studie staat de vraag welke lange-termijnbehandeling het beste is voor Cara-patiënten. Bij de pathogenese van Cara spelen bronchusobstructie en bronchiale hyperreactiviteit een hoofdrol. Een behandeling die zowel op de bronchusobstructie als de bronchiale hyperreactiviteit is gericht, zou dan superieur moeten zijn aan een behandeling die op een van deze factoren gericht is. Daarom werden drie therapieën met elkaar vergeleken: inhalatiecorticosteroid + bèta-2-mimeticum, anticholinergicum + bèta-2-mimeticum, placebo + bèta-2-mimeticum.

Er werden 274 patiënten van 18-60 jaar met geobjectiverde bronchusobstructie (FEV₁) en bronchiale hyperreactiviteit (histamineprovocatietest) ingesloten. Op basis van hun anamnese werden zij ingedeeld in vier groepen astma (37 procent), COPD (20 procent), astmatische bronchitis (31 procent) en overige (12 procent); hierbij werden de criteria van de American Thoracic Society (ATS) zo dicht mogelijk benaderd. Deze patiënten werden *at random* toegewezen aan de drie methoden.

Verbetering ten aanzien van de FEV₁ en histaminedrempel was significant beter bij de behandeling met inhalatiecorticosteroid. Deze verbetering was het meest uitgesproken in de eerste zes maanden van de studie. De uitval van patiënten (wegens klinische verslechtering) was veel lager bij de behandeling met inhalatiecorticosteroid. De studie die gepland was voor 3 jaar kon al na 2,5 jaar worden afgebroken, omdat de vooraf bepaalde grenzen voor relevante verschillen reeds bereikt waren. Niet-rokers, allergische patiënten en patiënten <40 jaar hadden meer voordeel van inhalatiecorticosteroid dan rokers, patiënten zonder allergie en ouderen. De conclusie is dat onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroid de hoeksteen van de behandeling van Cara is.

De belangrijkste nevenbevindingen zijn:

- een huidtest voor huisstofmijtallergie voorspelt allergische symptomen beter dan een RAST-test;

- er is wel een verband tussen de verbetering van de piekstroomvariatie en de verbetering van de histaminedrempel onder behandeling met inhalatiecorticosteroid, maar dit is zeker geen één-op-één relatie; dit relativeert de nadruk die de piekstroomvariatie in diverse Cara-standaarden krijgt;
- de reversibiliteit aan het begin van de studie is een slechte voorspeller van de mate van verbetering van de FEV₁ van inhalatiecorticosteroid; dit relativeert het belang van de routine om de reversibiliteit te bepalen bij Cara-patiënten;
- verbetering van de FEV₁ in de eerste drie maanden van de studie was sterker naarmate de patiënt ernstiger hyperreactief was, ernstiger allergisch was en minder rookte.

De SGO-Cara-studie oogst bewondering voor de voorbeeldige opzet, grondige voorbereiding en consequente uitvoering in een goede samenwerking tussen de zes deelnemende centra. De studie levert een schat aan relevante gegevens op die van prominent belang zijn voor het Cara-beleid. Niemand kan nu meer om de waarde van inhalatiecorticosteroid heen. Dat de auteurs een apart hoofdstuk wijden aan de principes en praktische uitvoering van lange-termijn-trials, is dan ook volkomen terecht. Daar kunnen latere onderzoekers zeker hun voordeel mee doen.

Op drie punten is kritiek mogelijk.

Allereerst hebben de onderzoekers niet precies de ATS-criteria voor astma en COPD gevolgd; hiervoor is uitsluitend de anamnese niet voldoende, maar is ook longfunctie-onderzoek nodig. In dat geval was het mogelijk geweest exact uit te zoeken waar de verschillen en overlap zitten; dit zou een vergelijking van deze studie met de internationale literatuur (waarin astma van COPD wordt onderscheiden) gemakkelijker hebben gemaakt.

Ten tweede zijn de auteurs wel erg summier over alternatieven voor inhalatiecorticosteroid als onderhoudsmedicatie, zoals cromoglicinezuur en nedocromil. Het blijft een interessante vraag welke Cara-patiënten beter af zijn met bijvoorbeeld nedocromil dan met inhalatiecorticosteroid; hopelijk geeft het SGO ook voor een onderzoek met deze vraagstelling subsidie.

Ten derde is het de vraag welke betekenis moet worden toegekend aan de bevinding dat een huidtest allergische symptomen beter voorspelt dan een RAST. Als de anamnese de gouden standaard is, zou testen helemaal niet nodig zijn. Het is echter goed denkbaar dat een patiënt allergisch is voor de huisstofmijt, zonder dat dit uit de anamnese goed duidelijk wordt. Dit pro-

bleem kan alleen goed worden opgelost als consensus tussen deskundigen zou bestaan over de vraag bij welke 'signs and symptoms' van huisstofmijt-allergie kan worden gesproken en wanneer niet.

Deze punten van kritiek nemen de lof en bewondering voor dit proefschrift echter geenszins weg. Derhalve is dit boek van harte ter lezing aanbevolen aan allen die de Cara-zorg een warm hart toedragen

W. van Hensbergen

Asthma and COPD in general practice. Studies on the quality of care

[Dissertatie]. Dekker FW. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1993; 239 pagina's.

In dit proefschrift is de kwaliteit van de Cara-zorg door de huisarts in de volle breedte aan de orde. Na twee inleidende hoofdstukken worden 98 studies besproken, voor het merendeel Brits en handelend over de behandeling van Cara. Bijna altijd (op vier gevallen na) is de conclusie dat er ruimte voor verbetering is, ten aanzien van de behandeling, de diagnostiek en de zelfzorg van patiënten.

Het vierde hoofdstuk gaat over de waarde van de Phadiatop bij de diagnostiek van bronchiale allergie. Bij 248 patiënten werd de allergische status in kaart gebracht met een gestructureerde anamnese, bepaling van het IgE-gehalte, Phadiatop en RAST's. De huisarts kreeg steeds een stukje meer van deze informatie en werd bij elke stap gevraagd of de patiënt al dan niet allergisch was. Zo ontstonden per patiënt vijf huisartsendiagnosen (de eerste vóór de anamnese, de laatste na de RAST's). Deze werden vergeleken met de gouden standaard: de diagnose van een ervaren longarts gebaseerd op alle beschikbare informatie. De diagnose na de Phadiatop kwam het best met de gouden standaard overeen (overigens nog beter dan die na de RAST's). Conclusie: de Phadiatop is van grote waarde voor de diagnostiek van bronchiale allergie door de huisarts.

Hoofdstuk 5 behandelt de waarde van piekstroommeting voor de bepaling van de reversibiliteit. De verandering van de piekstroom na 400 microgram salbutamol werd vergeleken met de verandering van de FEV₁. Een absolute verandering >60 l/min bleek het best te discrimineren tussen reversibel en niet-reversibel, als bepaald aan de hand van de mate van verandering van de FEV₁, ongeacht de wijze van berekening die was gehanteerd. Conclusie: door vergelijking van de piekstroom vóór en na sal-

butamol krijgt de huisarts een goede indruk van de reversibiliteit.

Hoofdstuk 6 behandelt de onderbehandeling van astma door de Nederlandse huisarts. Bij 150 patiënten werd nagegaan of het astma onder controle was. Parameters hiervoor waren: het aantal dagen dat normaal functioneren niet mogelijk was, het aantal doorwaakte nachten, het aantal aanvallen en het aantal episoden van piepen op de borst gedurende de maand vóór het interview. Voorts werd de medicamenteuze behandeling die de patiënt kreeg, ingedeeld op een schaal die varieerde van 'geen medicatie' tot 'afhankelijk van orale steroïden'. Als patiënten orale steroïden kregen voorgeschreven, waren de normen voor onderbehandeling twee keer zo soepel als bij patiënten die minder 'zware' medicatie kregen voorgeschreven. Ten aanzien van alle parameters bleek een hoog percentage onderbehandeling (variërend van 11 procent ten aanzien van dagen dysfunctioneren tot 35 procent ten aanzien van perioden piepen). Conclusie: ook in de Nederlandse huisartspraktijk is sprake van onderbehandeling van astma.

Hoofdstuk 7 behandelt de therapietrouw van Cara-patiënten bij pulmonaire medicatie. Bij 156 patiënten op een 'vast' medicatievoorschrift werd de therapietrouw op twee wijzen beoordeeld. Ten eerste kon de patiënt zichzelf 'inschalen' op een tienpuntschaal, ten tweede werd het feitelijk (door de patiënt opgegeven) gebruik vergeleken met het voorschrift. De grenswaarde voor al dan niet compliant was een feitelijk gebruik van meer of minder dan 50 procent van het voorgeschreven gebruik. Twee van de drie patiënten bleken niet compliant. Dit kan een goede alternatieve verklaring zijn voor de bevindingen uit hoofdstuk 6.

Hoofdstuk 8 behandelt de zelfzorg van astmapatiënten. Aan (de ouders van) 114 patiënten van 1-55 jaar oud werd gevraagd wat zij zouden doen als een astma-aanval zou opkomen. De toediening van een luchtwegverwijder werd als adequate maatregel beschouwd (bij kinderen in drankvorm). Bij patiënten die dit per inhalatie deden, werd de inhalatietechniek beoordeeld. Slechts 44 procent van de patiënten had de bedoelde medicatie in huis. Slechts 23 procent van degenen die een inhaler in huis hadden, gebruikte deze op alle punten adequaat. Conclusie: er is nogal wat aan te merken op de zelfzorg van astmapatiënten. Ook dit is een goede alternatieve verklaring voor de bevindingen uit hoofdstuk 6.

Friedo Dekker geeft er met dit proefschrift blijk van dat bestudering van de Cara-zorg in al zijn

facetten niet ten koste van de diepgang hoeft te gaan. Steeds wordt een vraagstelling op originele wijze uitgewerkt en wordt het onderzoek helder beschreven, zodat de lezer goed kan nagaan waarom de auteur deze conclusies uit dit materiaal trekt. Dit geeft de beschouwingen een aangenaam rustig karakter: ook bij beoordeling vanuit een ander gezichtspunt dan dat van de auteur behouden de gepresenteerde gegevens hun betekenis.

Mijn enige punt van kritiek betreft hoofdstuk 6. Mijns inziens is het zuiverder uit te gaan van de noemer 'astma onder controle' dan van de noemer 'onderbehandeling'. Nu wordt een te rechtstreekse relatie gelegd tussen deze twee grootheden. Gelukkig nuanceert de auteur dit beeld in de volgende twee hoofdstukken. Ook is de indeling van het type medicatie wat ouderwets; tegenwoordig is het advies met een luchtwegverwijder te beginnen en bij onvoldoende controle op onderhoudsmedicatie (bijvoorbeeld cromoglicinezuur) over te gaan. Ik ben erg benieuwd naar een heranalyse van de oude gegevens – en naar een nieuw onderzoek naar de huidige stand van zaken – waarin met deze punten rekening wordt gehouden.

Lezing van dit proefschrift wordt warm aanbevolen. Aan de Cara-zorg valt nog veel te verbeteren. Alle punten die Dekker aandraagt, hebben hierbij hun plaats, niet het minst als bouwstenen van een beleid van waarborging en beoordeling van de kwaliteit van de Cara-zorg.

W. van Hensbergen

Infants with asthma. Towards a multidisciplinary education protocol for primary care

Mesters EPE. Dissertatie Rijksuniversiteit Limburg. Maastricht: Universitaire Pers Maastricht, 1993.

In dit proefschrift beschrijft Masters hoe zij een voorlichtingsprotocol heeft ontwikkeld voor de eerste lijn ten behoeve van ouders van kinderen van 0-4 jaar met astma. Via een literatuurstudie werd geconstateerd dat er geen protocol voor deze leeftijdsgroep bestond. Er is een behoefteplanning gedaan en er is nagegaan welke taken huisartsen, wijkverpleegkundigen, consultatiebureau-artsen en -verpleegkundigen voor zichzelf zagen weggelegd en welke voor de andere disciplines. Opvallend was dat hieruit een vrij consistent beeld naar voren kwam: geen competitie, maar complementariteit.

Na een pilot-studie werd een onderzoek gedaan in zestig huisartspraktijken. De oogst was

opvallend laag: 108 patiënten. Het protocol bleek goed gevolgd te kunnen worden en in de experimentele groep bleken ouders meer kennis op te doen over astma en er ook beter mee om te kunnen gaan. Bij een na-onderzoek een jaar later bleek zelfs dat het aantal consulten voor astma lager was dan in de controlegroep. De conclusie van de onderzoekster is dat er nu een voorlichtingsprotocol beschikbaar is dat goed bruikbaar is in de eerste lijn.

Het onderzoek lijkt degelijk opgezet en uitgevoerd te zijn. De pretentie dat hiermee een nieuw sjabloon voor de ontwikkeling van voorlichtingsprotocollen geboden wordt, lijkt wat hoog gegrepen. Het onderzoek levert een bevestiging van de bestaande praktijk, dat de huisarts, gesteund door de wijkverpleegkundige, doorgaans goed in staat is de zorg voor Cara-patiëntjes te bieden. Het belangrijkste voor de huisartsgeneeskunde is natuurlijk het bewuste protocol zelf. Dat is in het boek niet te vinden, maar op te vragen bij het Astmafonds.

Met alle respect voor dit degelijke onderzoek: de medicus practicus kan mijns inziens de conclusie van deze dissertatie in goed vertrouwen geloven, het boek zelf ongelezen laten, en het voorlichtingsmateriaal aanschaffen bij het Astmafonds. Aan huisarts-onderzoekers en mensen met specifieke belangstelling voor kinderen met astma kan ik het boek aanbevelen.

M. de Haan

NOTA BENE

Psychologische kenmerken, zoals depressie of somatisatie, hebben geen diagnostische waarde ten aanzien van het al of niet organisch verklaarbaar zijn van niet-acute buikklachten in de huisartspraktijk.

Het Nederlands Leerboek Huisartsgeneeskunde, gebaseerd op empirisch onderzoek in de huisartspraktijk, dient nodig herschreven te worden.

Continuïteit van huisartsgeneeskundige zorg, gedefinieerd als zorg door dezelfde huisarts gedurende lange tijd en meer ziekteperiodes, is vooral voor de huisarts zelf gemakkelijk.

Stellingen bij: Muris JWM, Starmans RJJETH. Non-acute abdominal complaints. Diagnostic studies in general practice and outpatient clinic [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1993.

Oproepen

Voor de volgende werkgroepen vragen wij ter zake deskundige huisartsen, danwel geïnteresseerde collegae, die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een NHG-Standaard bij te dragen.

- Urolithiasis;
- Chronische-recidiverende knieklachten;
- Acute knieklachten;
- Angst- en paniekstoornissen.

Aanmeldingen op korte termijn bij het NHG-bureau, t.a.v. Frans Meulenberg, coördinator van de afdeling Standaardenontwikkeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881700.

CWO-weekend 'Schatten en toetsen'

Op vrijdag 17 maart en zaterdag 18 maart 1994 organiseert het NHG opnieuw het jaarlijkse scholingsweekend. Het onderwerp voor dit weekend is 'Schatten en toetsen'. Aan de hand van opdrachten, waarbij gebruik gemaakt zal worden van onderzoeksgegevens, zal getracht worden inzicht te verschaffen in begrippen als SD (standaarddeviatie), SE (standaardfout), betrouwbaarheidsinterval (CI) en steekproefomvang. Verder wordt het onderwerp toetsen behandeld. De keuze van de toets alsmede de betekenis van de begrippen als 'statistisch significant' en de 'p-waarde' zal ruime aandacht krijgen. Door zelf te werken met onderzoeksgegevens, waarbij ook de PC gebruikt zal worden, wordt men vertrouwd gemaakt met de beschikbare mogelijkheden.

De cursus is bestemd voor alle in onderzoek geïnteresseerde huisartsen. Zowel voor het zelf opzetten van onderzoek als voor het beoordelen van onderzoeksartikelen biedt deze cursus uitstekende uitgangspunten.

Het weekend zal worden gehouden in Mierlo (NB) van vrijdag 13.30 uur tot zaterdag 14.00 uur. Kosten f 240,- all in. De cursus is geaccrediteerd door de LHV, zodat praktiserende huisartsen 61 procent van de kosten kunnen declareren. Documentatie wordt tevoren toegezonden.

Opgave bij Elly Weijman, secretaresse NHG-CWO, telefoon 030-881700.

Informatie: Commissie Wetenschappelijk Onderzoek: Wim van Geldrop, telefoon 04920-22302; Marijke van Daalen, telefoon 072-611644 of 020-5664821; Leo Veehof, telefoon 050-638008; Arie Knuistingh Neven, telefoon 01807-12222 of 071-275309.

Standaarden

Gepubliceerd in 1993

- Varices M30 (januari);
- Randvoorwaarden Verloskunde P02 (maart);
- Functiestoornissen van de Schildklier M31 (april);
- Zwangerschap en Kraambed M32 (mei);
- Sinusitis M33 (juli);
- Acute Diarree M34 (augustus);
- Influenza en Influenzavaccinatie M35 (september);
- Maagklachten M36 (oktober).

Gepubliceerd in 1994

- Constitutioneel Eczeem M37 (januari).

Becomentarieerd

- Atriumfibrilleren;
- Psoriasis;
- Fluor vaginalis;
- Bloedonderzoek bij Klachten van algemene Aard;
- Angina Pectoris;
- Reumatoïde Arthritis.

In ontwikkeling

- Bemoeilijkt Mictie bij oudere Mannen;
- Het rode Oog;
- Amenorrhoe;
- TIA;
- Incontinentie;
- Lage-Rugklachten;
- Depressie;
- Otitis Externa;
- Urethritis bij Mannen;
- Cervicitis en PID;
- Enuresis bij Kinderen;
- Decompensatio Cordis;
- Herpes Genitalis en Condylomata Acuminata;
- Allergische en Hyperreactieve Rhinopathie;
- Voedselallergie bij Zuigelingen;
- Epicondylitis;
- Slechthorendheid.

In voorbereiding

- Urolithiasis;
- Chronische-recidiverende Knieklachten;
- Acute knieklachten;
- Angst- en paniekstoornissen.

DKB-pakketten

Het volgens een standaard gaan werken vereist vaak bijstelling van het eigen handelen. Het ontbreken van bepaalde kennis of vaardigheid dan wel een ingeslepen attitude kan hierbij een knelpunt zijn. Soms zal aanpassing van de praktijkorganisatie nodig zijn.

NHG-Standaarden nascholing

Nascholingsactiviteiten die de invoering van een standaard in de praktijk moeten bevorderen, kunnen zich het best op deze knelpunten richten. De deskundigheidsbevorderingspakketten bij de standaarden bevatten hiervoor uitgewerkt onderwijsmateriaal. Ze zijn bedoeld voor onderwijsgevers, als hulpmiddel bij het samenstellen van een nascholingscursus over de betreffende standaard. Al naar gelang de doelgroep en de plaatselijke situatie kan een keuze gemaakt worden uit het onderwijsmateriaal. Bij elke werkvorm uit de DKB-pakketten komt achtereenvolgens aan de orde:

- naam;
- doelstelling;
- tijdsduur;
- groeps grootte;
- toelichting;
- uitvoering;
- organisatie;
- werkbladen;
- docentmateriaal;
- bijlagen.

De opbouw van de deskundigheidsbevorderingspakketten is gebaseerd op theorieën over gedragsverandering en het hiertoe ontwikkelde 5 stappen model:

Onderwijsmodel 5 stappen voor deskundigheids- en kwaliteitsbevordering

- 1 Oriëntatie
 - op de hoogte raken van nieuwe informatie
 - geïnteresseerd raken
- 2 Inzicht
 - de informatie begrijpen
- 3 Toetsing
 - inzicht hebben in het eigen handelen, dit toetsen aan het voorgestelde handelen
- 4 Acceptatie
 - een positieve houding aannemen
 - bereid zijn eigen handelen aan te passen
- 5 Verandering
 - invoering in de praktijk realiseren
 - verandering consolideren

De stappen uit de theorie over gedragsverandering komen in de deskundigheidsbevorderingspakketten terug als onderwijsmodulen.

Nascholing: 5 modulen voor deskundigheids- en kwaliteitsbevordering

Per module zijn werkvormen beschikbaar. Een werkvorm is de 'onderwijseenheid' van het DKB-pakket. Alle werkvormen kunnen afzonderlijk gebruikt worden. Per werkvorm is een concrete doelstelling aangegeven. De module waartoe de werkvorm hoort, zegt iets over de stap in het veranderingsproces die ermee bevorderd wordt. De module zegt ook iets over de manier waarop het bij die module horende onderwijs uitgewerkt moet worden.

De praktijk van het samenstellen van een programma voor nascholing

Wanneer in het programma een werkvorm uit de module *oriëntatie* wordt opgenomen, zal in dit programma-onderdeel geen ruimte gegeven worden voor uitgebreide discussie. Wanneer *begrip* nagestreefd wordt, gaat het vooral om de vraag: hoe zien de richtlijnen eruit en waarop zijn ze gebaseerd? Discussie over de haalbaarheid van de richtlijnen zal hier niet aan bod komen. Hiervoor is weer wel plaats bij de module *acceptatie*. Bij de module *verandering* is ervan uitgegaan dat de richtlijnen bekend zijn en geaccepteerd worden.

Voor nadere informatie kunt u contact opnemen met het NHG, afdeling Deskundigheidsbevordering, Mw. E. Bakker-Timmer, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881700.

Heert Dokterprijs 1993

De Heert Dokterprijs voor het beste artikel in Huisarts en Wetenschap is gericht op onderzoeksartikelen geschreven door huisartsen. Daarmee is het een inperking van alle goede artikelen die in H&W verschijnen. Belangrijke essays bijvoorbeeld kunnen binnen het huidige reglement niet in aanmerking komen voor de prijs.

Elk jaar is het beoordelen van artikelen ingewikkeld. De jury hanteert een betrekkelijk eenvoudig scoringssysteem op punten als: relevantie, originaliteit, methoden van onderzoek en presentatie. Voor een eerste groslijst nomineren de leden van de jury een aantal artikelen die vervolgens nog eens door een elk beoordeeld worden.

Tijdens de NHG-HVG/EMGO-Referatendag, die op 26 november jl. heeft plaatsgevonden in Amsterdam, is de Heert Dokterprijs toegekend en uitgereikt aan J.B. Muskens uit Nijmegen voor de artikelenreeks over dementie. In 1991 beschreef Muskens al dat dementie

Juryrapport Heert Dokter Prijs 1993

Jury:

Prof. dr. R. de Melker, voorzitter
F. König, voorzitter NHG
Dr. J.O.M. Zaat, voorzitter CWO

De Heert Dokter Prijs voor het beste artikel in H&W is gericht op onderzoeksartikelen geschreven door huisartsen. Daarmee is het een inperking van alle goede artikelen die in Huisarts en Wetenschap verschijnen. Belangrijke essays kunnen binnen het huidige reglement niet in aanmerking komen voor de prijs.

Elk jaar is het beoordelen van artikelen ingewikkeld. We hanteren een betrekkelijk eenvoudig scoringssysteem op punten als: relevantie, originaliteit, methoden van onderzoek en presentatie. Voor een eerste groslijst nomineren de juryleden een aantal artikelen die vervolgens nog eens door een elk beoordeeld worden. Dit jaar leek het extra moeilijk. Er waren een aantal kandidaten tot het laatst in de race. Afgelopen weekend hebben we uitvoerig overlegd over wie nu één, twee of drie zou worden.

Het artikel van Jaap Querido over continuïteit in de grote stad oogstte bij ons grote bewondering. Het is knap geschreven en behandelt een relevant probleem. Omdat het geen onderzoek is, valt het buiten de boot.

Het artikel van Arie Faas beschrijft een origineel onderzoek over oefenthera-

pie bij lage rugpijn. Hij heeft echter net de VOLVO-award gekregen voor het beste artikel in Spine.

De artikelen reeks van Eloy van de Lisdonk over de otitis externa is een voorbeeld van betrekkelijk kleinschalig onderzoek naar alledaagse klachten. Meer huisartsen zouden zich met dergelijk onderzoek kunnen en moeten bezig houden. Maar de trial met oordruppels heeft een aantal methodologische bezwaren.

Unaniem waren we over de artikelenreeks van collega Muskens uit Nijmegen over dementie. Hij krijgt dan ook de Heert Dokter Prijs 1993. In 1991 beschreef hij al dat dementie getalsmatig in de huisartspraktijk wellicht een minder groot probleem is dan wel eens vermoed wordt. In de bekroonde twee artikelen 'Progressie van dementie en opname' en 'Comorbiditeit, sterfte en doodsoorzaken van dementerende patiënten' beschrijft hij onder 141 patiënten het verloop van de dementie. Hoe verloopt het klinisch beeld en wat gebeurt er uiteindelijk met deze groep. Dit geheel is het een mooi voorbeeld van onderzoek naar het beloop van chronische aandoeningen. Het levert relevante gegevens op over de ernst van en vooral ook over de bijkomende chronische aandoeningen bij een ernstig en belangrijk ziektebeeld.

getalsmatig in de huisartspraktijk wellicht een minder groot probleem is dan wel eens wordt vermoed. In de bekroonde twee artikelen 'Progressie van dementie en opname' en 'Comorbiditeit, sterfte en doodsoorzaken van dementerende patiënten' beschrijft hij onder 141 patiënten het verloop van de dementie. Hoe verloopt het klinisch beeld en wat gebeurt er uiteindelijk met deze groep. Dit geheel is een mooi voorbeeld van onderzoek naar het beloop van chronische aandoeningen. Het levert relevante gegevens op over de ernst van en vooral ook over de bijkomende chronische aandoenin-

gen bij een ernstig een belangrijk ziektebeeld, aldus de jury.

Prof.dr. R. de Melker,
voorzitter jury

'Jan van Es prijs 1993'

Tijdens de NHG-HVG/EMGO-Referatendag, die dit jaar op 26 november 1993 heeft plaatsgevonden in Amsterdam is de 'Jan van Es prijs' uitgereikt voor de twee beste scripties geschre-

ven door huisartsen in opleiding. Het schrijven van een scriptie draagt bij tot de wetenschappelijke vorming van de huisarts en het is een eerste aanzet tot het doen van onderzoek door die huisarts in zijn latere praktijk. Het belang van het doen van onderzoek is door F.J. Meijman onlangs in zijn onderzoek aangetoond. Hij concludeerde dat kleinschalig wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk, verricht door 'gewone' huisartsen leidt tot conclusies die relevant zijn voor de huisartsgeneeskunde.

De selectiecommissie, die dit jaar bestond uit R. Verhey, J.O. Zaat en A.S.M van Aarnhem, was unaniem van mening dat twee scripties duidelijk uitstegen boven de anderen. De selectiecriteria waren naast huisartsgeneeskundige relevantie, originaliteit, methodiek en presentatie. Als algemene opmerking geldt dat de leden van de commissie de auteur adviseerden om de scriptie in de vorm van een wetenschappelijk artikel aan H&W aan te bieden.

Gegevens verwerken uit een onderzoek tot een publikatie zou zinvol en leerzaam zijn.

De tweede prijs, een bedrag van f 500,- is toegekend aan mevrouw W.J. van Dijk en de heer J.A. Lamers van de Rijksuniversiteit Groningen. Zij onderzochten waarom ongeveer 50 procent van de vrouwen met een leeftijdsindicatie geen gebruik maken van prenatale diagnostiek. Het bleek dat er sprake was van een zeer bewuste keus. De mogelijkheid van prenatale diagnostiek was ruimschoots bekend. Veel religieuze principes bleken een leidraad bij de beslissing. Tevens werd duidelijk dat de vrouwen, welke beslissing ze ook namen, uiteindelijk weinig moeite hadden met het nemen van de beslissing. De commissie vond het helder beschreven, met een uitstekende statistische bewerking en vanuit een originele benadering.

De eerste prijs, een legpenning ontworpen door Jos Reniers en een bedrag van f 1.000,-, is toegekend aan de heer C.A. de Kock, van de Rijksuniversiteit Maastricht voor zijn scriptie 'De zin van het kaliloogpreparaat'. In dit onderzoek is nagegaan wat het nut is van het KOH-preparaat bij de diagnostiek van schimmelinfecties van huid en nagels in de huisartspraktijk. Een goed uitgevoerd onderzoek, waarbij met name zinvolle opmerkingen over methodologische problemen naar voren werden gemaakt. Het blijkt dat KOH met name nuttig is voor het bevestigen van de diagnose: het kan dan tevens dienen als ruggesteun voor een vaak langdurige en moeizame behandeling van deze aandoening.

De commissie verwacht dat er volgend jaar in plaats van 10 scripties er 16 scripties (vanuit ieder instituut de twee beste) worden toegezonden aan het NHG om mee te dingen naar de 'Jan van Es prijs 1994' en eventueel in een artikelvorm.

A.S.M. van Aarnhem, voorzitter
selectiecommissie 'Jan van Es-prijs' 1993

METOH adviezen

De Stichting Medisch-Ethische Toetsing Onderzoek Huisartspraktijken heeft tot doel het laten verrichten van beoordelingen – waaronder medisch-ethische toetsing – van derde en vierde fase patiëntgebonden onderzoek in huisartspraktijken. In deze stichting participeren het NHG, de LHV en de KNMP.

In oktober 1993 is in opdracht van de Stichting METOH het volgende onderzoeksprotocol door de Medisch-Ethische Toetsingscommissie van het NZi getoetst op de wetenschappelijke deugdelijkheid en de ethische aanvaardbaarheid. Dit protocol ontving het predikaat 'geen bezwaar'.

Het protocol RG 83933D-Menorest, herziene versie d.d. 21 oktober 1993 met patiëntinformatie, versie PIF/IC:12.11.93, getiteld: 'A phase II/III randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter study of continuous twice weekly menorest® (25 µg/day, 50 µg/day and 75µ/day) combined with cyclic progestin for the prevention of bone loss in early postmenopausal women', auteur A. Gimona, verbonden aan Rhône-Poulenc Rorer te Frankrijk.

Dr. H.J.J.M. Berden, NHG
M.A.J.M. Bos, LHV
Dr. P. de Smet, KNMP

Mededelingen voor de Agenda in nummer 3 (maart 1994) moeten op uiterlijk 10 februari in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

April

26th Ascona Meeting (*Ascona, 22-23 april*). Informatie: Foundation of Psychosomatic and Social Medicine, CH-6612 Ascona, Zwitserland.

Predoctoral Education Conference (*Atlanta, 30 april t/m 4 mei*). 27th Annual Spring Conference Society of Teachers of Family Medicine. Inlichtingen: STFM, PO Box 8729, 8880 Ward Parkway, Kansas City, MO 64114, USA. Fax 09.1.816.8220580.

Mei

The use of clinical standards and guidelines in general practice (*Kopenhagen, 5-8 mei*). Bijeenkomst European General Practice Research Workshop. Inlichtingen: mw. H. Priek, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht; telefoon 043-882319.

WONCA/SIMG-congres (*Estoril, Portugal, 25-28 mei*). Inlichtingen: NHG-bureau, telefoon 030-881.700.

Medicine and philosophy: sciences, technologies and values (*Paris, 30 mei-4 juni*). World Congress European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Inlichtingen: Prof. Henk ten Have, postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; fax: 080-540.254.

Augustus

Health Care Issues in Pluralistic Societies (*Nijmegen, 8-12 augustus*). European Bioethics Seminar. Informatie: Drs. I.G. van der Heide, Vakgroep Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde, KU Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen; telefoon: 080-615.320, fax: 080-540.254.

November

■ **'De huisarts en zinvol handelen': veel weten om weinig te doen** (*Amsterdam, 25 november*). NHG-congres. Inlichtingen: NHG-bureau, telefoon 030-881.700.

■ **Medische Informatica Congres (MIC 94)** (*Veldhoven, 25-26 november*). Inlichtingen: VVA Congressservice, telefoon 030-474.450; fax 030-474.519.

■ betekent: eerste vermelding.