

NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier 3

De welwillende belangstelling van *Kreutzer* en van de specialistengroep uit Enschede voor de NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier wordt door ons op hoge prijs gesteld.¹⁻³ Op hun reacties kunnen wij het volgende antwoorden.

Met *Kreutzer* zijn we het eens dat de meeste huisartsen eerder patiënten met hypo- dan met hyperthyreoïdie zelf zullen gaan behandelen. De behandeling van hyperthyreoïdie is echter niet zo moeilijk en kan evengoed door gemotiveerde huisartsen zou kunnen worden gedaan. Wat de opmerking over de 'actiegrenzen' van de TSH betreft, zijn wij van mening dat de standaard het daarachter stekende advies om niet te snel tot handelen over te gaan geheel volgt. Afwijkende TSH waarden worden eerst gevolgd door T4 bepaling, alvorens wordt beslist of de combinatie van deze uitslagen met het klinische beeld tezamen ernstig genoeg zijn om tot 'actie' over te gaan.

De opmerkingen van de Enschedese groep willen wij puntsgewijs behandelen.

- De opvatting uit de Standaard dat een hypothyreoïdie nooit acuut ingrijpen vereist zou onjuist zijn, 'zeker wanneer het TSH-gehalte evident is verhoogd'. De ernst van een hypothyreoïdie wordt echter niet afgemeten aan de hoogte van het TSH-gehalte, maar aan de concentratie van de vrije T4- en T3-waarden. Zeer hoge TSH-waarden zijn beschreven met normale waarden van het vrije T4 en T3, dit laatste als weerspiegeling van (nog) normale concentraties van T4 en T3 in de perifere weefsels.
- De opmerking dat 'een hypothyreoïdie - indien op juiste gronden gediagnostiseerd (klachten en laboratorium afwijkingen zijn met elkaar in overeenstemming) - wel degelijk een adequate en rationele behandeling vereist', kan worden beantwoord met het gegeven dat er geen enkel onderzoek gepubliceerd is waarbij is aangetoond dat er een significante correlatie bestaat tussen het hebben van bepaalde klachten en een hypothyreoïdie. Er zijn geen studies bekend waarbij betekenisvolle relatieve risico's en Odds ratio's zijn berekend van bepaalde klachten in relatie tot een hypothyreoïdie. Overigens kan een afwachter houding, één van de basisprincipes van het huisartsgeneeskundig handelen, zeker bij de juiste behandeling van een (in 95 procent van de gevallen chronische) hypothyreoïdie een juiste en dus adequate en zeer rationele behandeling zijn.

- Ten aanzien van de opmerking 'Het onderscheid tussen subklinische hypo- en hypothyreoïdie is vaag omschreven' kan worden gesteld dat binnen de internationale wereld van schildklierspecialisten de in de standaard gebruikte definitie als de meest zorgvuldige en minst tot verwarring aanleiding gevende wordt beschouwd en als zodanig ook overal wordt gebruikt.

- Uw opmerking dat 'Bij substitutie (van hypothyreoïdie) gestreefd zal moeten worden naar een laag normale TSH waarde (circa 0.1 mU/l bij een normale ondergrens van TSH van 0.2 mU/l)' is in de internationale literatuur aan kritiek onderhevig. De belangrijkste oorzaak van een subklinische hypothyreoïdie is een niet goed ingestelde patiënt die voor hyper- of hypothyreoïdie wordt behandeld. Er bestaan steeds meer aanwijzingen dat een subklinische hypothyreoïdie wel degelijk gepaard kan gaan met orgaanafwijkingen (low bone mineral density en cardiale problemen).

- Bij de zinsnede uit de Standaard 'na 6 weken controle van vrij T4, indien genormaliseerd, wordt levothyroxine (1,6 mg/kg) toegevoegd' stelt u de vraag welke waarde van vrij T4 als normaal wordt beschouwd, met daarbij de toevoeging dat euthyreoïdie meestal pas wordt bereikt bij een T4-waarde rond de ondergrens van de zogenaamde 'normal range'. Deze opmerking achten wij weinig relevant. Er zijn ook behandelingsschema's waarbij zonder meer na 6 weken thiamazol, ongeacht de vrije T4-waarde, levothyroxine wordt toegevoegd. Bovendien is - voor de huisarts niet relevant - in feite de vrije T3 waarde een nog gevoeliger parameter om de euthyreote status te controleren.

- Op uw vraag welke klinische parameters voor een euthyreoïdie worden aangevoerd, luidt het antwoord dat deze voor de praktijk van weinig betekenis zijn. Ondanks het feit dat in alle handboeken staat dat op geleide van het klinisch beeld en biochemische parameters de substitutie wordt aangepast, blijkt in de praktijk in deze fase van de behandeling vooral de biochemie van belang te zijn. Indien men besluit tot behandelen, moet ook worden gezorgd dat de patiënt goed wordt ingesteld, want een niet goed ingestelde patiënt kan hiervan mogelijk op lange termijn toch nadeel ondervinden.

- Als u stelt dat 'de dosis levothyroxine (bij behandelde hyperthyreoïdie) in de praktijk zeer individueel blijkt te zijn' en 'de opgegeven dosis in het algemeen te hoog is', menen wij aan de hand van de literatuur te moeten concluderen dat deze eerder aan de lage kant is.^{4,5}

- Waar de standaard stelt dat bij hyperthyreoïdie bij een blijvend verhoogd vrij T4 opnieuw

6 weken (met uitsluitend een thyreostaticum) moet worden doorbehandeld, merkt u op dat na deze 6 weken vrijwel alle op deze wijze behandelde patiënten diep hypothyreotisch zouden zijn. Dit is op geen enkele wijze klinisch of wetenschappelijk onderbouwd. In principe - als men ervan mag uitgaan dat het thyreostaticum daadwerkelijk wordt geslikt - zal meer dan 95 procent van de hyperthyreoïdiepatiënten met deze aanvangsdosering na de eerste 6 weken euthyreoot zijn en dus verder kunnen met de combinatie van thyreostaticum en thyroxine. Maar vooral patiënten met een groot struma kunnen matig op de therapie reageren. Deze groep zal na 12 weken behandeling met alleen en thyreostaticum zeker niet 'diep hypothyreotisch' zijn, maar eerder enigszins hyperthyreotisch.

- Bij de ziekte van Graves is volgens u geen schildklierscan nodig. Daarachter steekt naar onze mening een cirkelredenering. Hoe weet men immers dat een patiënt met een hyperthyreoïdie een Graves heeft? Ophthalmopathie is volgens de standaard een reden om te verwijzen. Dit komt echter slechts bij 5-10 procent van de patiënten met een hyperthyreoïdie voor, zodat de diagnose Graves op klinische gronden niet met zekerheid is te stellen. De reden om toch de uitgebreide nosologische diagnostiek te bedrijven, zoals wij die bepleiten, is vooral gelegen in de voorlichting aan de patiënt. Indien deze objectieve informatie moet kunnen krijgen over de mogelijkheden van behandeling, moeten voors en tegens van de verschillende opties kunnen worden afgewogen.

Uw opmerking sluit overigens aan bij het gegeven dat bijna 50 procent van de internisten in Nederland een hyperthyreoïdie behandelt zonder een scan te maken.⁶ Dat is een opmerkelijk gegeven, dat mogelijk een extra argument vormt om de behandeling van hyperthyreoïdie in de eerste lijn plaats te laten vinden.

- 'Alleen bij de diagnostiek van een subacute thyreoïditis is de scan onontbeerlijk'. Dat is maar de vraag. Indien bijvoorbeeld na geboorte van een kind een hyperthyreoïdie ontstaat, is de meest voor de hand liggende diagnose een postpartum-thyreoïditis (70 procent). De tweede meest belangrijke oorzaak is een Graves (15-20 procent), hetzij een eerste manifestatie, hetzij een exacerbatie. Indien men dit wenst te onderscheiden, is een scan noodzakelijk. Doch gezien het benigne, self-limiting karakter van thyreoïditis in deze periode is afwachten, zonder scan, goed te verdedigen.

- 'Tenslotte wordt bij het advies voor de behandeling van een multinodulair struma naar onze stellige mening een kapitale fout gemaakt

door te stellen dat er levenslange behandeling met medicatie noodzakelijk is. Een toxisch multinodulair struma moet bij voorkeur met radioactief jodium (c.q. operatief) behandeld worden. Dit geldt eveneens voor een toxisch adenoom.' Deze opmerking wijst op onzorgvuldig doorlezen van de standaard. Zowel de letterlijke tekst als de lay-out is zodanig opgezet, dat het duidelijk is dat als men kiest voor de medicamenteuze behandeling van een multinodulair struma, deze in principe levenslang zal zijn. Een andere interpretatie, zoals bijvoorbeeld die welke u geeft, is onjuist.

• Uw in uw openingszin vervatte conclusies – 'deze NHG-Standaard bevat teveel simplificaties van het beschreven ziektebeeld' en 'In onervaren handen leidt deze Standaard, naar de letter uitgevoerd, tot een deficiënte behandeling' – menen wij na bovenstaande argumentatie te kunnen ombuigen tot de stelling dat zelfs in onervaren handen deze 'kapitale' standaard, mits naar de letter uitgevoerd, nooit tot een deficiënte behandeling zal leiden.

Dr. V.J.M. Pop,
Dr. S. Thomas, huisartsen

- 1 Kreutzer HJH. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier 1 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1994; 37:265.
- 2 Van Lijf JH, Vermes I, Lekkerkerker JFF, Huisman J. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier 2 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1994; 37: 265-6.
- 3 Pop V, Boer AM, Winants Y, et al. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier. Huisarts Wet 1993; 37: 143-9.
- 4 Wiersinga WM, Krenning EP, red. Schildklierziekten. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1988.
- 5 Hall R, Besser M, eds. Fundamentals of clinical endocrinology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989.
- 6 Haak A, Geelhoed-Duyvestijn P, Hermans J, Van der Heide D. Diagnosis and treatment of Graves disease. Results of a survey of Dutch internists. *Neth J Med* 1989; 34: 64-71.

NOTA BENE

Effecten van een interventie kunnen beter met een ziektespecifiek meetinstrument worden gemeten, dan met een algemeen meetinstrument als de Sickness Impact Profile.

Stelling bij: De Bock GH. Peripheral osteoarthritis in general practice [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1994.

Ongezonde verschillen

Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Mackenbach JP. Assen: Van Gorcum, 1994.

Dit boek bevat een verslag van het werk van de programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen (eerste fase), die in 1989 door de toenmalige staatssecretaris Dees is ingesteld. Daarmee werd de internationale trend voor hernieuwde aandacht van het thema sociaal-economische gezondheidsverschillen gevolgd. Dat Nederland in dit opzicht minder voorop liep, heeft alles te maken met het vigerende idee dat in onze goed georganiseerde verzorgingsstaat de gezondheidsverschillen acceptabel zouden zijn. Het zijn achtereenvolgens de 'Health for All'-strategie van de World Health Organization, het bekende Engelse Black-Report en de Nota 2000 geweest die beleidmakers en onderzoekers hebben wakker geschud. Het boek bevat een eerste inventarisatie van de omvang van de problematiek in Nederland en van de achtergronden die mogelijk een rol spelen; tot slot wordt een aantal suggesties voor oplossingen gedaan.

Het boek vangt aan met een lezenswaardig internationaal historisch overzicht, met daarin een glansrol voor één van de grondleggers van de moderne geneeskunde, Virchow, en de hygiënisten Villermi, Chadwick en onze eigen Coronel. Zij zagen in hun tijd het belang van sociale factoren bij het ontstaan en de bestrijding van ziekten in. Mede dankzij hun inzichten werden strategieën om ziekten te voorkomen en aan te pakken successen en konden sociaal-economische gezondheidsverschillen worden verkleind. Sinds 1960 zijn deze verschillen echter weer aan het groeien. Het is evenwel niet eenvoudig om de verschillen in de tijd vast te stellen omdat de basisvariabelen voor de sociale stratificatie nogal wisselen. De samenstelling van onze beroepsbevolking is enorm veranderd en heeft bijvoorbeeld geleid tot grote verschillen tussen generaties. De opleidingsgraad van de totale bevolking is tegelijkertijd toegenomen, waardoor een zekere nivellering heeft plaatsgevonden. De inkomensverschillen zijn internationaal gezien in Nederland relatief klein geworden, maar in absolute zin nog groot. Zo staat de gemiddelde alleenstaande in inkomen ver af van het gemiddelde gezin, ook wanneer rekening wordt gehouden met de omvang van het huishouden.

Ook in Nederland

Met deze wetenschap is gekeken naar de gezondheid van de diverse groepen. In de eerste

plaats blijkt dan dat bijzonder weinig relevante gegevens beschikbaar zijn. Sterfte- en ziekenhuisstatistieken zijn niet routinematig gekoppeld aan voornoemde basisvariabelen. Huisarts- en andere ad hoc registraties leveren enkele gegevens, maar de onderzoekers hebben zich vooral moeten laten leiden door CBS-enquêtegegevens, een niet onbesproken bron van informatie.

Wat levert dit nu op? Het subjectieve oordeel van patiënten omtrent hun gezondheidstoestand laat aan duidelijkheid niets te wensen over: mensen in de laagste sociale klasse voelen zich ongezonder, hebben meer klachten en lijden meer aan de meeste chronische ziekten. Meer objectief gemeten hebben mensen in de laagste sociale klasse meer Cara, meer hart-vaatziekten (met daarin een omslag van hoogste naar laagste sociale klasse in de jaren zeventig), meer problemen met hun gebit, meer psychische problemen en meer lichamelijke beperkingen. Opvallend genoeg laat kanker geen duidelijke sociale gradiënt zien, al lijkt bij mensen in de laagste sociale klasse het probleem wel later te worden vastgesteld.

Dit patroon wordt ook nog eens versterkt door geografische verschillen (het Amsterdam Buurt Onderzoek illustreert dit bijzonder overtuigend), geslachtsverschillen (mannen in de laagste sociale klasse hebben meer problemen dan vrouwen in de laagste sociale klasse), leeftijdverschillen (bij jongeren zijn de sociale gezondheidsverschillen groter dan bij ouderen), werkenden versus niet-werkenden (bij de laatste meer problemen), buitenlanders (meer problemen) versus Nederlanders.

Al met al zijn er dus ook in Nederland grote sociaal-economische gezondheidsverschillen. Niets nieuws misschien, maar het is nu wel goed gedocumenteerd. Internationale vergelijking van gegevens laat zien dat globaal genomen Nederland dicht tegen de situatie in de meeste Scandinavische landen zit. Alleen mannen scoren iets ongunstiger dan in Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

Verklaringen en mogelijkheden

In het tweede deel van het boek wordt gezocht naar verklaringen voor de gevonden verschillen. In algemene zin zijn de hoogte van het bruto nationaal produkt, de inkomensverdeling en culturele verschillen van belang. Specifieke factoren worden vervolgens aan een onderzoek onderworpen.

De eerste vraag is uiteraard of de verschillen gebaseerd zijn op artefacten, hetgeen niet ondenkbaar wordt geacht vanwege het enquête-materiaal waarop de huidige kennis is getra-