

De zweer bezworen?

R.J.M. VAN KIMMENAEDÉ
A.M.G.M.F. HOEVENAARS
P. HÖPPENER

**Van Kimmenaede R.J.M., Hoevenaars
AMGMF, Höppener P. De zweer bezworen?
Huisarts Wet 1997; 40(11): 520-1.**

Samenvatting Eradicatie van de *Helicobacter Pylori* bij patiënten met een ulcus duodeni betekent een causale therapie; behandeling met zuurremmende medicatie is dan ook niet langer behandeling van eerste keuze. Wij deden onderzoek naar de implementatie van de quadrupeltherapie in een huisartspraktijk. Hiertoe werden in eerste instantie veertien patiënten geselecteerd met een bewezen ulcus duodeni die dagelijks zuurremmende medicatie gebruikten. Zeven van hen werden behandeld met de quadrupeltherapie, bestaande uit denol 120 mg 4 dd 1, tetracycline 250 mg 4 dd 2, metronidazol 500 mg 3 dd 1 en losec 20 mg 2 dd 1 gedurende een week. Na de behandeling werd alle zuurremmende medicatie gestaakt. Alle zeven patiënten volbrachten de kuur volgens protocol. Systematische opsporing van patiënten met een ulcus duodeni is in een geautomatiseerde praktijk goed mogelijk, maar is in belangrijke mate afhankelijk van het consequent bijhouden van probleemlijsten.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde,
Universiteit Maastricht, Postbus 616,
6200 MD Maastricht.

R.J.M. van Kimmenaede, huisarts in
opleiding; A.M.G.M.F. Hoevenaars,
huisartsopleider; dr. P. Höppener, hoofd
huisartsopleiding.

Correspondentie: R.J.M. van Kimmenaede,
Bisschopsmolen 21, 5612 DC Eindhoven.

Inleiding

In de herziene NHG-Standaard Maagklachten worden duidelijke aanbevelingen gedaan voor de behandeling van het ulcus duodeni in de huisartspraktijk.¹ De symptomatische behandeling met zuurremmende medicatie is niet langer de behandeling van eerste keuze: zowel het primaire als het recidiverende ulcus duodeni moet worden behandeld met een combinatie van antibiotica.²

Een kuur met omeprazol, tetracycline, bismuthsubcitraat en metronidazol (quadrupeltherapie) lijkt vooralsnog de beste resultaten te bieden.^{1,3,4} Het complexe behandelingschema, het optreden van bijwerkingen, de relatief grote hoeveelheid medicatie en de daarmee gepaard gaande gebrekkige therapietrouw maken echter toepassing van deze therapie in de huisartspraktijk niet eenvoudig. Wij hebben onderzocht in hoeverre de quadrupeltherapie uitvoerbaar is in een 'gewone' huisartspraktijk. De vraagstelling luidde als volgt:

- Is systematische opsporing van patiënten met een ulcus duodeni in deze huisartspraktijk goed mogelijk?
- Is de quadrupeltherapie in deze huisartspraktijk goed uitvoerbaar?

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd van 1 juli t/m 31 december 1995 in een solopraktijk te Uden. Alle patiënten met de code 532 (maagklachten) werden geselecteerd via het elektronisch medisch dossier. Hierna volgde een handmatige selectie op ulcus duodeni en het gebruik van een H2-blokker/protonpompremmer. Tevens werd aan de apothekers in Uden gevraagd een lijst te maken van de patiënten uit de desbetreffende praktijk die in de voorgaande drie maanden een H2-blokker/protonpompremmer hadden gebruikt. Beide lijsten werden met elkaar vergeleken.

Uitsluitingscriteria waren: chronisch gebruik NSAID's, gastrineproducerende tumoren, zwangerschap, maagoperatie in de voorgeschiedenis en allergie voor de gebruikte antibiotica. Insluitingscriteria waren een gastroscopisch/röntgenolo-

gisch bewezen ulcus duodeni en het laatste recept voor een H2-blokker/protonpompremmer <3 maanden geleden.

De geselecteerde patiënten kregen een uitnodiging. Indien na vier weken geen reactie was gevolgd, werd telefonisch om medewerking verzocht.

In het eerste voorlichtingsgesprek werd aan de hand van een protocol uitleg gegeven over de pathofysiologie van het ulcus duodeni en de plaats van de *H. Pylori* daarbij. Vervolgens werd kort uitleg gegeven over de quadrupeltherapie en werd de patiënt de keuze gelaten wel of niet met de behandeling te beginnen. Alle patiënten kregen een voorlichtingsfolder mee.

In een tweede consult kwamen de bijwerkingen van de behandeling, instructie met betrekking tot de inname, het belang van een goede therapietrouw en vervolgafspraken aan de orde. Indien de patiënt akkoord ging, werd daarna begonnen met de behandeling. De therapie bestond uit:

- losec 20 mg 2 dd 1 (dag 1 t/m dag 9);
- tetracycline 250 mg 4 dd 2 (dag 3 t/m dag 9);
- metronidazol 500 mg 3 dd 1 (dag 3 t/m dag 9);
- denol 120 mg 4 dd 1 (dag 3 t/m dag 9).

Voor dag 10 werd een controle-afpraak gemaakt. Tijdens dit consult werd gevraagd naar de tevredenheid over de therapie. Soort en ernst van de bijwerkingen werden genoteerd in het dossier. Tevens werd gecontroleerd of alle medicatie correct was ingenomen. De zuurremmende medicatie werd gestaakt. Tijdens een consult zes weken later werd gevraagd of het oude klachtenpatroon was teruggekeerd en of de eventuele bijwerkingen van de behandeling waren verdwenen.

Een jaar later werd in het dossier nagegaan of de behandelde patiënten opnieuw zuurremmende medicatie waren gaan gebruiken.

Resultaten

Uit het totale praktijkbestand van 2850 personen werden 36 patiënten geselecteerd met een ulcus duodeni in de voorgeschiedenis. Veertien van hen – negen mannen, vijf vrouwen – hadden de laatste drie

maanden nog zuurremmende medicatie in de vorm van een H2-blokker of een protonpompremmer gebruikt. De gemiddelde leeftijd was 58 jaar.

De apothekerslijst bevatte 75 patiënten die de laatste drie maanden zuurremmende medicatie voorgeschreven hadden gekregen. In totaal 37 patiënten kwamen niet voor op de lijst van de huisarts. Geen van deze patiënten had een ulcus duodeni; bij 18 bleek de diagnose op de probleemlijst niet of verkeerd gecodeerd; de overige 19 gebruikten zuurremmers op tijdelijke basis (maximaal twee weken).

Van de geselecteerde veertien patiënten deden er zeven om verschillende redenen niet mee aan het onderzoek: één was verhuisd, twee waren inmiddels op eigen initiatief gestopt met de zuurremmende medicatie en hadden op dat moment geen klachten meer, en vier waren op 1 januari 1996 nog niet met de behandeling begonnen.

Zeven patiënten begonnen aan de kuur en volbrachten deze ook. Alle behandelde patiënten bleken de medicatie correct te hebben ingenomen. De bijwerkingen die werden genoemd, waren: metaalsmaak, lusteloosheid, misselijkheid, zwarte ontlasting, hoofdpijn en obstipatie (tabel). Bij controle na zes weken waren alle bijwerkingen verdwenen en waren zes patiënten gestopt met hun zuurremmende medicatie. Eén van hen had opnieuw klachten gekregen. Bij gastroscopie bleek hij nog steeds *Helicobacter*-positief. Daarnaast had hij een HHD met een oesofagitis graad I en gebruikte hij zonder medeweten van de huisarts regelmatig Indomethacine. In overleg met de patiënt werd besloten tot hervatting van de oude medicatie. Een jaar

Tabel Bijwerkingen gedurende quadrupeltherapie

Aard	Aantal patiënten	Ernst
Geen	2	nvt
Metaalsmaak	2	mild
Lusteloos	2	mild
Misselijk	1	mild
Zwarte ontlasting	4	mild
Hoofdpijn	1	mild
Obstipatie	1	vervelend

na afsluiting van het onderzoek gebruikte geen van de zes succesvol behandelde patiënten zuurremmende medicatie.

De totale tijdsinvestering per patiënt was 30-40 minuten, verdeeld over vier consulten.

Beschouwing

Dit onderzoek laat geen harde conclusies toe. Toch valt er wel het een en ander over te zeggen. De behandelde patiënten waren uitermate tevreden met het bereikte resultaat: geen zuurremmende medicatie meer en bovendien genezen van een chronische kwaal. Bijwerkingen traden nauwelijks op, waren mild van karakter en vormden voor geen enkele patiënt een reden om de behandeling te staken. De hoeveelheid medicatie bleek geen belemmering voor de therapietrouw. Door de patiënt de keuze te geven tussen levenslange onderhoudstherapie met een zuurremmer of een kuur van zeven dagen met diverse antibiotica en een genezingskans van meer dan 95 procent, werd de motivatie sterk verbeterd.⁵ Een tijdsinvestering van 30-40 minuten, verdeeld over vier consulten, lijkt ons redelijk, mede gezien het feit dat het waarschijnlijk een eenmalige investering zal blijken te zijn. De respons viel wat tegen. Patiënten zien soms om zeer uiteenlopende redenen op tegen behandeling.

Onze conclusie dat quadrupeltherapie goed uitvoerbaar is in de huisartspraktijk bij een gestructureerde aanpak, wordt ondersteund door een artikel in het *Gebu*.⁶ Door de hoge effectiviteit van de therapie kan controle op eradicatie achterwege blijven. Goede uitleg aan de patiënt over het belang van therapietrouw en de te verwachten bijwerkingen blijft echter noodzakelijk.

Patiënten met een ulcus duodeni zijn het eenvoudigst te onderscheppen wanneer zij voor een herhalingsrecept voor hun zuurremmer komen. De huisarts is dan in de gelegenheid de patiënt via het elektronisch medisch dossier te screenen op een voorgeschiedenis met ulcera. De opbrengst hiervan is echter in hoge mate afhankelijk van het consequent bijhouden van de pro-

bleemlijsten. In ons onderzoek bleek 24 procent van de door de apotheker geselecteerde patiënten met zuurremmende medicatie niet voor te komen op de lijst van de huisarts.

Dankbetuiging

Met dank aan de patiënten van de onderzoekspraktijk te Uden, de praktijkassistente Lisette van de Lokant en P.J.M. Plouvier, apotheker te Uden.

Literatuur

- 1 Numans ME, De Wit NJ, Geerdes RHM, et al. NHG-standaard Maagklachten (eerste herziening). Huisarts Wet 1996; 39: 565-77.
- 2 NHI Consensus Conference. Helicobacter Pylori in peptic ulcer disease. JAMA 1994; 272: 65-9.
- 3 Van der Hulst RWM, Keller JJ, Rauws EAJ, Tytgat GNJ. De behandeling van Helicobacter Pylori-infectie. Ned Tijdschr Geneesk 1996; 140: 967-70.
- 4 De Boer WA, Driessen W, Jansz A, Tytgat G. Effect of acid suppression on efficacy of treatment for Helicobacter Pylori infection. Lancet 1995; 345: 817-9.
- 5 De Boer WA. Helicobacter Pylori [dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1996.
- 6 Van der Does E. Het peptisch ulcus, een curabele infectieziekte(?). *Gebu* 1997; 31: 39-46. ■

Abstract on page 527.

- 6 Lohr KL. Guidelines for clinical practice. Applications for primary care. *Int J Qual Health Care* 1994; 6: 17-25.
- 7 Partridge MR. Delivering optimal care to the person with asthma: what are the key components and what do we mean by patient education? *Eur Respir J* 1995; 8: 298-305.
- 8 Clark NM, Evans D, Zimmerman BJ, et al. Patient and family management of asthma. Theory-based techniques for the clinician. *J Asthma* 1994; 31: 427-35.
- 9 Jansen CCM, Grol R, Van der Horst F, et al. Voorlichting aan Carapatiënten in de huisartspraktijk: de bruikbaarheid van consensusrichtlijnen. Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, Katholieke Universiteit Nijmegen, Universiteit Maastricht, 1995.
- 10 Ley PH. Giving information to patients. In: Eiser J, editor. *Social psychology and behavioral medicine*. Chichester: Wiley, 1982.
- 11 Ley P. Towards better doctor-patient communications. In: Bennet A, editor. *Communication between doctors and patients*.

Oxford: Oxford University Press, 1983.

12 Visser APH. Storende factoren in vragenlijstonderzoek onder patiënten. In: Visser APH, redactie. *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten, doel, methode en beleid*. Lochem: De Tijdstroom, 1988. ■

Abstract

Jansen CCM, Grol R, Jacobs A, Zegger R, Van der Horst F, Van den Boogaart M. Patient education for COPD patients. Development and evaluation of guidelines for general practitioners. *Huisarts Wet* 1997; 40(11): 522-7.

Based on the national guidelines for Astma and COPD, a protocol was developed for patient education given by the GP. The protocol has been used and evaluated in Dutch general practices by means of a self-recording instrument with key features from the guidelines and by

means of personal interviews with the GP's. Most of the guidelines proved to be acceptable in daily practice. Bottlenecks were mostly due to the structure and system of the patient education, the large number of important aspects in education with patients with lung problems and to a continuous lack of time experienced by the GP's. Also the length and the structure of the protocol caused problems in application in daily practice. Based on the interviews and the analyses of the data, both a new set of patient education guidelines and a self report instrument were developed which now can be used in addition to the Dutch national guideline on management of asthma and COPD. It can also be used as a checklist in quality improvement, peer review programs and postgraduate training.

Key words COPD; Guidelines; Patient education.

Correspondence Ms C.C.M. Jansen MA, Department of General Practice, Maastricht University, PO Box 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

Abstract

Van Kimmenaede RJM, Hoevenaars AMGMF, Höppener P. A duodenal ulcer. Eradication therapy in general practice. *Huisarts Wet* 1997; 40(11): 520-1.

Eradication of *Helicobacter Pylori* in patients with a duodenal ulcer means a causal treatment of this chronic disease. Treatment with acid inhibitors should no longer be considered as treatment of first choice. We researched the possibilities for implementation of quadrupel-therapy in family practice. For this purpose we

selected patients with a proven duodenal ulcer who were taking daily acid inhibitors. The selected patients were treated with the quadrupel-therapy; De-Nol 120 mg 4 dd 1, Tetracycline 250 mg 4 dd 2, Metronidazol 500 mg 3 dd 1, Losec 20 mg 2 dd 1 one week. After treatment all acid inhibitors were stopped. Out of 2850 patients 14 patients satisfied the chosen criteria. Seven patients completed the regimen according to protocol. Systematic search of patients with a duodenal ulcer can easily be carried out

in a computerised practice, but depends in great deal of keeping up consequent patients medical history. The quadrupeltherapy seems to be an effective treatment which can easily be carried out in family practice.

Key words Duodenal ulcer; Family practice; *Helicobacter pylori*.

Correspondence R.J.M. van Kimmenaede, Bisschopsmolen 21, 5612 DC Eindhoven, The Netherlands.