

Schildklieraandoeningen in zes huisartspraktijken

P. WESSELS
H.G.L.M. GRUNDMEIJER

Wessels P, Grundmeijer HGLM. Schildklieraandoeningen in zes huisartspraktijken. Huisarts Wet 2000;43(5):203-6.

Doel Inventariseren van diverse aspecten van het voorkomen van schildklieraandoeningen in huisartspraktijken: incidentie en prevalentie, vormafwijkingen van de schildklier, leeftijd waarop de diagnose werd gesteld, welke arts de diagnose destijds stelde, welke arts de patiënt aanvankelijk behandelde en wie dat nu doet.

Methode Retrospectief onderzoek in een Hagro van zes praktijken met circa 16.000 patiënten. Patiënten werden opgespoord in het elektronisch medisch dossier via ICPC-codes en geneesmiddelenprescripties.

Resultaten Vooral de prevalentie van hypothyreoïdie bleek hoog; binnen deze groep bedroeg het aandeel van patiënten met een hypothyreoïdie anders dan morbus Hashimoto ruim 40 procent. Dankzij de nieuwe TSH-bepaling stelden de huisartsen na 1993 de diagnose vaker dan in het verleden (70 versus 40 procent). Als de TSH daarvoor als maat wordt genomen, waren er geen opvallende verschillen in kwaliteit van substitutie van hypothyreoïdie tussen huisartsen en specialisten.

Conclusie De gevonden prevalentie van hypothyreoïdie is hoger dan op grond van de cijfers van CMR en Transitieproject werd verwacht. De huisarts kan bij aandoeningen van de schildklier de diagnose heel goed stellen en vervolgens zelf de behandeling ter hand nemen. Veel 'oude gevallen' worden nog in de tweede lijn gecontroleerd, zonder dat dit nodig is.

P. Wessels, huisarts, Joh. Geradtsweg 86, 1222 PX Hilversum; e-mail p.wessels@chello.nl; dr. H.G.L.M. Grundmeijer, huisarts, afdeling Huisartsgeneeskunde, Divisie Public Health, AMC-UvA.
Correspondentie: P. Wessels.

Inleiding

Het is nauwelijks dertig jaar geleden dat de diagnose schildklierfunctiestoornis slechts geobjectiveerd kon worden door omslachtige en onbetrouwbare methoden als het basaal metabolisme. Aanvankelijk werden schildklieraandoeningen ontdekt op grond van de zogenaamde klassieke symptomen.¹ Rond 1975 werd de hormonale jodiumbepaling (HI) geïntroduceerd, in 1978 volgden de T4, de T3 en de T3-harsuptake. In 1978 werd het ook voor de huisarts mogelijk de 'oude' thyroid stimulating hormone-(TSH)-bepaling aan te vragen.

De meeste cijfers over incidentie en prevalentie van schildklieraandoeningen in Nederlandse huisartspraktijken dateren uit de jaren voor 1992 (tabel 1). Sindsdien kunnen we echter beschikken over meer verfijnde diagnostische mogelijkheden, en bovendien is er nu ook een NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier.⁸ Daarom heeft het zin het voorkomen van schildklieraandoeningen in de huisartspraktijk opnieuw vast te stellen, en na te gaan of er een verschuiving is opgetreden van specialist naar huisarts bij het ontdekken en behandelen van deze ziekten. Dit was aanleiding voor een onderzoek met de volgende vraagstelling:

- Wat is de incidentie en prevalentie van schildklieraandoeningen in de huisartspraktijk?
- Op welke leeftijd worden patiënten met deze aandoeningen ontdekt?

- Door wie wordt de diagnose gesteld?
- Wie begint de behandeling?
- Wie zet de behandeling of controle voort?
- Zijn er verschillen tussen door huisartsen en door specialisten behandelde patiënten met hypothyreoïdie met de TSH-waarde als ijkpunt?

Methode

De benodigde gegevens zijn verzameld door middel van een retrospectief dossieronderzoek in zes huisartspraktijken in Hilversum over de jaren 1993-1995. Patiënten met een schildklieraandoening werden geïdentificeerd via het ruitersysteem in het elektronisch medisch dossier. Daarnaast werden de relevante codes in journaal en probleemlijst gecontroleerd, en werd gezocht op schildkliermedicatie. Bij onduidelijkheden werd bij patiënten telefonisch geïnformeerd naar het begin van de ziekte-episode.

Alle diagnoses werden benoemd aan de hand van de definities in de NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier. In verband met de lage incidenties werd binnen de diagnose thyreoïditis geen onderscheid gemaakt tussen stille, pijnloze thyreoïditis en de subacute thyreoïditis van Quervain. Verder werden niet-toxisch struma inclusief schildkliercyste en schildkliercarcinoom genoteerd als diagnoses.

Daarnaast werden geregistreerd: leeftijd bij het begin van de episode, geslacht, wie de diagnose had gesteld (huisarts of internist), wie de eerste behandelaar was geweest en wie de huidige behandelaar was. In verband met het feit dat de gevoelige TSH-bepaling pas vanaf 1992 beschikbaar was voor de huisarts, is bij de presentatie van deze laatste gegevens onderscheid gemaakt tussen de periode vóór 1 januari 1993 en daarna.

Incidentie is gedefinieerd als het aantal nieuwe patiënten met een bekende schildklieraandoening per 1000 ingeschreven patiënten per jaar. De incidenties van 1993, 1994 en 1995 zijn daartoe gemiddeld. Prevalentie is gedefinieerd als het

Tabel 1 Incidentie en prevalentie hyper- en hypothyreoïdie in Nederlandse huisartsregistratiesystemen. Aantallen per 1000 patiënten.

	Hyperthyreoïdie	Hypothyreoïdie
<i>Incidentie</i>		
voor 1992*	0,5-1,1	0,3-0,5
na 1992†	0,5-0,6	0,3-0,5
<i>Prevalentie</i>		
voor 1992*	1,4-1,8	0,6-1,6
na 1992†	2,3-3,7	3,0

* Cijfers ontleend aan de referenties 2-5;

† Cijfers ontleend aan de referenties 6 en 7.

aantal bekende patiënten per 1000 ingeschreven patiënten in 1995.

Resultaten

De zes – ongeveer even grote – praktijken telden in september 1996 in totaal 15.689 patiënten. Gezien het geringe verloop (minder dan 5%) zijn wij ervan uitgegaan dat de samenstelling van de praktijken gedurende de onderzoeksperiode niet noemenswaardig is veranderd.

De overall-incidentie van schildklier-aandoeningen bedroeg 1,82 per 1000 patiënten per jaar; voor hyperthyreoïdie was dat 0,55, en voor hypothyreoïdie 0,53 per 1000 patiënten (tabel 2).

Er waren in totaal 434 patiënten die aan een schildklier-aandoening leden of hadden geleden; dat komt overeen met een prevalentie van 28 per 1000 patiënten (tabel 3). De prevalentie van hypothyreoïdie nam toe met de leeftijd, van 0,4 procent bij 21-30-jarige vrouwen tot 5,8 procent bij vrouwen van 80 jaar en ouder. De gemiddelde leeftijd waarop de verschillende schildklier-aandoeningen zich openbaarden was 52 jaar, met een grote spreiding. Van de patiënten met morbus Graves was tweederde jonger dan 50 jaar, voor het (multi)nodulair toxisch struma was juist tweederde ouder dan 50 jaar.

De populatie telde 103 patiënten (10-15 per standaardpraktijk) die de kans lopen een hypo- of hyperthyreoïdie te ontwikkelen.⁹ Het grootste deel van deze groep bestond uit patiënten met een status na chirurgie of na behandeling met ¹³¹I in verband met een hypothyreoïdie.

Vóór 1993 werd de diagnose in 43 procent van alle gevallen gesteld door de huisarts en in circa 42 procent van de gevallen door de internist. De resterende 15 procent werd gevonden door geriater, cardioloog, reumatoloog of neuroloog. Na 1993 steeg het percentage door de huisarts gestelde diagnosen naar 70 procent en begon de huisarts zelf met de behandeling in 62 procent van de gevallen, tegen 48 procent vóór 1993 (tabel 4).

Qua leeftijdsopbouw, verzekeringsvorm of comorbiditeit bleek er geen ver-

Tabel 2 Incidentie schildklier-aandoeningen in zes huisartspraktijken (n=15.689). Gemiddelden over de jaren 1993-1995.

Diagnose	Aantallen per 1000 p/j	Aantal vrouwen	Aantal mannen
Hyperthyreoïdie (incl. morbus Graves n=20)	0,55	24	2
Subklinische hyperthyreoïdie	0,04	1	1
Hypothyreoïdie (incl. morbus Hashimoto n=21)	0,53	23	2
Subklinische hypothyreoïdie	0,36	15	2
Thyreoïditis	0,02	0	1
Niet-toxisch struma (3 cysten, 1 koude nodus)	0,32	15	0
Totaal	1,82	78	8

Tabel 3 Prevalentie schildklier-aandoeningen in zes huisartspraktijken (n=15.689) in 1995

Huidige diagnose	Aantallen per 1000 p/j	N	V/M-ratio	Gem. leeftijd*	SD
Hyperthyreoïdie, nog behandeld	2	31	6,6	60	19
– subklinische hyperthyreoïdie	0,4	6	5,9	56	21
Hypothyreoïdie		217		51	18
– morbus Hashimoto	7	117	7,7	58	16
– andere hypothyreoïdie	6,4	100	4	43	16
Subklinische hypothyreoïdie	1,7	26	5,6	56	13
Euthyreoïdie na behandeling	6,6	103	10	47	15
Niet-toxisch struma	2,7	42	7,1	54	16
Schildklierkarcinoom	0,5	8	1,6	49	19
Hypofyse-aandoening		1	0	47	
Totaal	28	434	6,3	52	17

* Bij begin episode.

Tabel 4 Rol huisarts bij diagnostiek en behandeling, vóór 1993 en daarna. Percentages

	Diagnose door HA		Behandeling begonnen door HA		Nu in behandeling bij HA	
	<1993	≥1993	<1993	≥1993	<1993	≥1993
Alle patiënten	43	70	5	48	50	62
Hyperthyreoïdie	42	72	0	28	48	47
Hypothyreoïdie	45	59	3	49	37	59
Niet-toxisch struma	56	73	8	53	62	88

Tabel 5 Verschillen tussen patiënten die voor hun hypothyreoïdie behandeld worden door huisarts of specialist met TSH als criterium voor juiste substitutie met thyroxine

	Huisarts n=82	Specialist n=124
Leeftijd en spreiding	64 (±16)	63 (±16)
Percentage particulierverzekerden	40	33
Procentuele verdeling TSH-waarden		
– laag (beneden detectie grens)	8	9
– laag normaal	65	67
– hoog normaal	12	13
– hoog (boven hoogste normaal waarde)	12	7

Tabel 6 Incidentie en prevalentie/1000 patiënten per jaar in vier registraties

	Dit onderzoek	Transitie-project ²	CMR ^{1a}	Nationale Studie ³
<i>Incidentie</i>				
Hyperthyreoïdie	0,6	1,1	0,5	0,8
Hypothyreoïdie	0,5	0,3	0,5	0,4
Niet toxisch struma	0,3	0,4	0,5	0,4
<i>Prevalentie</i>				
Hyperthyreoïdie	2,0	1,8	3,7	
Hypothyreoïdie	14,0	1,6	3,0	
Niet-toxisch struma	2,7	0,9	4,1	

4x de driemaandsincidentie.

schil te bestaan tussen de door de huisarts en door de specialist gecontroleerde patiënten. Als de TSH een criterium voor de juiste suppletie van een hypothyreoïdie is, bestaat er ook nauwelijks verschil in kwaliteit van suppletie door huisarts of door specialist (tabel 5).

Beschouwing

In tegenstelling tot de verwachting was de incidentie van schildklieraandoeningen niet hoger dan in het Transitieproject, de CMR en de Nationale Studie (tabel 6). Wel is er een groot verschil tussen de gevonden prevalenties voor hypothyreoïdie en de oudere cijfers. De prevalentie bedroeg 14 per 1000, maar was voor vrouwen beduidend hoger. Ruim 50 procent van deze patiënten leed aan de morbus Hashimoto, ruim 40 procent leed aan een andere vorm van hypothyreoïdie. Het ging daarbij om patiënten met status na schildklierchirurgie (in verband met een al of niet toxisch struma) en na ¹³¹I-behandeling, die nadien – soms pas na jaren – een hypothyreoïdie hadden ontwikkeld.

Er zijn verschillende (deel)verklaringen denkbaar voor de gevonden hoge prevalentie.

In de eerste plaats is de onderzochte populatie gemiddeld ouder dan de Nederlandse bevolking (24 versus 18 procent 60-plussers). Weliswaar is onze populatie juist jonger dan de populatie van het Transitieproject (13 versus 19 procent 65-plussers), maar de gegevens uit deze registratie zijn verzameld tijdens normale spreekuurcontacten in de loop van slechts één jaar. Uit onderzoek van *Veltman* is bekend dat voor een min of meer volledig beeld van de prevalentie van chronische ziekten over het algemeen een aanzienlijk langere registratieperiode nodig is.¹⁰

Ook is denkbaar dat een aanzienlijk deel van de patiënten elders wordt gecontroleerd en zich zo aan het oog van de registrerende huisarts onttrekt. Zo bleek in een onderzoek in de regio Den Haag dat van 26 als nieuw geregistreerde gevallen van hypothyreoïdie, 8 gevallen al veel langer bestonden, maar in de voorafgaande

jaren kennelijk uit het zicht waren verdwenen.¹¹

Ten slotte kan de extra aandacht voor schildklieraandoeningen van de bij dit onderzoek betrokken huisartsen een rol van betekenis hebben gespeeld.

Wij registreerden ook het vóórkomen van subklinische vormen van hyper- en hypothyreoïdie. De nieuwe, gevoelige TSH-bepaling heeft een lagere detectiegrens dan de oude. Hierdoor wordt niet alleen de diagnostiek van hypo- en hyperthyreoïdie vergemakkelijkt, maar worden ook stoornissen met een minder duidelijke klinische betekenis aan het licht gebracht. Het 'bewaken' van deze groep patiënten is nuttig, omdat zij de kans lopen een 'echte' hyperthyreoïdie, boezemfibrilleren of hypothyreoïdie te krijgen.¹²⁻¹⁴

Schildklieraandoeningen worden beschouwd als de typische vrouwenziekten. In 'Sekseverschillen in ziekte en gezondheid' hebben hyper- en hypothyreoïdie beide een vrouw/man-ratio van ruim 4; daarmee staan zij op de plaatsen 3 en 4 van de 'top-20' van diagnoses met een hoge vrouw/man-ratio, na osteoporose en urineweginfecties.¹⁵ In ons onderzoek was de vrouw/man-ratio 6 à 7 voor alle schildklieraandoeningen samen.

De incidentie van stille pijnloze thyreoïditis bleek lager dan verwacht. In eerder longitudinaal onderzoek naar het vóórkomen van schildklierfunctiestoornissen bij bijna 300 vrouwen, die gedurende 8 maanden post partum werden vervolgd, werd een incidentie van 7,2 procent gevonden.¹⁶ In onze populatie houdt de stille pijnloze thyreoïditis zich 'stil'. Ook in de CMR wordt kennelijk slechts één patiënte per praktijk per vijf jaar geregistreerd.¹⁷ Mogelijk is het klinisch beeld dusdanig onopvallend, dat deze diagnose daardoor wordt 'gemist'.

De incidentie van schildkliercarcinoom was laag. Bij slechts twee van de acht patiënten werd de diagnose direct gesteld. Vaak wordt de diagnose pas postoperatief gesteld door de patholoog-anatoom; er volgt dan later aanvullende chirurgie en behandeling met ¹³¹I.

Na 1992 werden – *post aut propter* de NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier en de beschikbaarheid van de gevoelige TSH-bepaling – aanzienlijk minder nieuwe patiënten verwezen naar de specialist. Van de patiënten die destijds door de specialist waren ontdekt, was een groot deel in de tweede lijn onder controle gebleven. De door de tweede lijn gecontroleerde groep onderscheidt zich echter nauwelijks van de patiënten die door de huisarts worden gecontroleerd voor hun hypothyreoïdie. Een actieve opstelling van de huisarts kan er wellicht toe bijdragen dat deze patiënten weer terugkeren in de eerste lijn.

Volgens de standaard moeten verschillende categorieën patiënten bij het begin van een episode worden verwezen naar de specialist: kinderen, patiënten die beginnen met hormoonsubstitutie na een lang bestaande hypothyreoïdie, patiënten met een cardiaal belaste voorgeschiedenis, patiënten met diabetes, en vrouwen die zwanger zijn of willen worden. Nadat zij zijn ingesteld, kunnen ze echter even goed worden gecontroleerd door de huisarts. Het verdient dan ook aanbeveling dat huisartsen en specialisten gedetailleerde afspraken gaan maken over de behandeling en controle van schildklieraandoeningen.

Dankbetuiging

Met dank aan de mede-Hagro-leden E. Doorenspleet, J. Kroon, F. Kroon- van der Feer, I. Moggré, P.A. Pelgrim, R.P. van der Wel en D.E. de Jong, en hun assistentes voor hun hulp bij de gegevensverzameling. De stimulerende adviezen van dr. J.R.E. Haalboom (Universiteit Utrecht) en dr. F.M.H.M. Dupuits (Universiteit Maastricht) heb ik zeer gewaardeerd.

Voorts met dank aan Nourypharma BV te Oss voor het vergoeden van de kosten die nodig waren bij het verzamelen en achterhalen van alle gegevens.

Literatuur

- 1 Haak A, Kootte AMM. Herken uw klassieken; de primaire hypothyreoïdie Ned Tijdschr Geneesk 1985;129:1809-11.

- 2 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter & episode- & process-oriented standard output from the Transition project. Amsterdam: University of Amsterdam, 1991.
- 3 Van der Velden J, de Bakker DH, Claessens AACM, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 4 Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Data from four general practices 1978-1982. Nijmegen: Nijmeegs Huisartsen Instituut; 1985.
- 5 Lagro-Janssen T. Schildklierfunctiestoornissen in de huisartspraktijk. Een studie naar risicofactoren, doctor's delay en beloop. Huisarts Wet 1994;37:387-91.
- 6 Dupuits FMHM. Diagnostic decision support for general practitioners [Dissertatie]. Maastricht: Universiteit Maastricht, 1997.
- 7 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong. Spiegel op de huisarts. Over registratie van ziekte, medicatie en verwijzen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen: Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde, 1998.
- 8 Pop V, Boer AM, Winants Y, et al. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier. Huisarts Wet 1993;36:143-9.
- 9 Tunbridge M. The epidemiology of thyroid diseases. Thyroid Int 1997;4:26-30.
- 10 Veltman M. Huisartsgeneeskundige zorgepisodes. Analyse van een zevenjaarsbestand [Dissertatie]. Lelystad: MediTekst, 1995.
- 11 Balder FA, Schudel WJ, Meyboom RHB. Epidemiologische notities. Huisarts Wet 1994;37:387-91.
- 12 Vanderpump MPJ, Tunbridge WMG, French JM, et al. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Whickham survey. Clin Endocrinol (Oxf) 1995; 43:55-68.
- 13 Wiersinga WM. Subclinical hypothyroidism and hyperthyroidism. I. prevalence and clinical relevance. Neth J Med 1995;46:197-204.
- 14 Sawin CT, Geller A, Wolf PA, et al. Low serum thyrotropin concentrations as a risk factor for atrial fibrillation in older person. N Engl J Med 1994;331:1249-52.
- 15 Lagro-Janssen T, Noordenbos G. Sekseverschillen in ziekte en gezondheid. Nijmegen: Sun, 1997.
- 16 Pop VJM, De Rooy HAM, Vader HL, et al. Vóórkomen van postpartale schildklierfunctiestoornissen in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1992;37:387-91.
- 17 Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Jansen ALM, redactie. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990. ■

Abstract

Wessels P, Grundmeijer HGLM. Thyroid disorders in six general practices. Huisarts Wet 2000;43(5):203-6.

Background In 1993 the Dutch College of General Practitioners (NHG) published the 'NHG Guideline Function Disorders of the Thyroid Gland', giving directions for the diagnosis and treatment of thyroid disorders.

Aim In the present paper the incidence and prevalence of thyroid disorders are studied together with epidemiological and logistical items.

Method The study had a retrospective design. In six general practices, comprising over 16,000 patients, patients with thyroid disorders were identified by computer search after marking ICPC codes and drugs prescribed. Missing data were obtained from hospital consultants, laboratory administrations and telephone interviews.

Results The present study contrasted with earlier studies in showing a 4 to 8 times higher prevalence of hypothyroidism. The incidence and prevalence of hyperthyroidism, however, was no different. The ages of the patients with thyroid diseases were not different from 1995 data from the United Kingdom. Hospital consultants currently still monitor a large number of patients with these disorders. As compared with pre-1993 findings (40%), the general practitioner now diagnoses thyroid disorders in approximately 70% of all cases. There is no significant difference in the efficacy of treatment, monitored by means of biochemical parameters, between hospital consultants and general practitioners. At present the general practitioner initiates treatment more often him/herself than previously.

Conclusion The 'NHG Guideline Function Disorders of the Thyroid Gland' and the more sensitive TSH determinations enable general practitioners to diagnose and treat thyroid disorders more often than some years ago.

Correspondence P. Wessels, MD, Joh. Geradtsweg 86, 1222 PX Hilversum, The Netherlands; e-mail p.wessels@chello.nl.