

Diagnose van vitamine-B12-tekort

Er is in de huisartsenpraktijk een groeiende belangstelling voor vitamine-B12-tekort. Dit is te zien aan de jaarlijkse stijging van het aantal vitamine-B12-aanvragen binnen de eerste lijn. Bijvoorbeeld in de regio Nijmegen steeg dit van bijna 2000 aanvragen in 2004 tot ruim 11.500 in 2014. Het lijkt erop dat deze toename niet voortkomt uit een verhoogde incidentie van pernicieuze anemie, maar eerder uit de vermoede relatie tussen aspecifieke klachten (zoals vermoeidheid en duizeligheid) en vitamine-B12-deficiëntie. Onduidelijkheden over de interpretatie van vitamine-B12-uitslagen leidden in 2014 tot een NHG-Standpunt met aanbevelingen voor het diagnosticeren van een vitamine-B12-tekort.¹

Dit NHG-Standpunt stelt dat klinische verschijnselen in combinatie met een vitamine-B12-uitslag onder 148 pmol/L voorwaarden zijn voor een bewezen vitamine-B12-tekort. In een commentaar op dit standpunt stellen Muskiet et al. terecht dat de potentiële ernst van een *subklinische* vitamine-B12-deficiëntie niet onderkend mag worden.² De meerderheid van de eerste-lijnspatiënten heeft namelijk geen pernicieuze anemie, maar aspecifieke klachten. Deze patiënten zijn gebaat bij het vroegtijdig vaststellen of uitsluiten van een vitamine-B12-tekort. De behandeling van of de zoektocht naar de werkelijke oorzaak van de klachten kan dan zonder vertraging worden voortgezet.

METHYLMALONZUURBEPALING

Het huisartsenlaboratorium van Rivierenland Gelre (Nijmegen) voegt al sinds 2012 de methylmalonzuurbepaling (MMA-bepaling) automatisch toe bij een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/L. Dit naar aanleiding van een eerder advies in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*.³ Een recente publicatie in *Huisarts & Wetenschap* stelde een grijs gebied vast van vitamine-B12-concentraties (100-200 pmol/L) waarbinnen adequate vitamine-B12-functionaliteit niet gegarandeerd is.⁴ Alleen een normale MMA-uitslag (< 350 nmol/L) sluit in dat geval een vitamine-B12-deficiëntie uit. Het onderzoek uit Nijmegen laat zien dat de MMA-bepaling bij 69% van de patiënten met een vitamine-B12-concentratie tussen 100-200 pmol/L een vitamine-B12-tekort als oorzaak van (aspecifieke) klachten direct kan uitsluiten. Hierbij is echter niet duidelijk hoe de huisarts met deze uitslagen omgaat en wat het effect is van deze combinatiebepalingen op het suppletiegedrag.

ONDERZOEK

Om meer inzicht te krijgen in het al dan niet suppleren op basis van de vitamine-B12- en MMA-uitslagen, hebben we

een steekproef getrokken van 111 patiënten, verdeeld over vier huisartsenpraktijken, met een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/L en een meegeerapporteerde MMA-uitslag. Met toestemming van deze patiënten hebben we in de status de laboratoriumuitslagen teruggezocht en het al dan niet suppleren vastgesteld. Zowel suppletie in de vorm van intramusculaire injecties als het advies van de huisarts om zelf oraal in te nemen werd gezien als vitamine-B12-suppletie.

We hebben zowel de door het laboratorium meegeerapporteerde vitamine-B12-ondergrens (< 150 pmol/L) als de invloed van de MMA-uitslag op het suppletiegedrag inzichtelijk gemaakt. Hiertoe hebben we de patiënten in twee subgroepen opgedeeld: vitamine-B12-uitslag 100-150 pmol/L (n = 34) en 150-200 pmol/L (n = 77). Voor de interpretatie stelden we de volgende aannames. Indien de vitamine-B12-ondergrens invloed heeft op de beslissing om te suppleren, zal het merendeel van de vitamine-B12-suppletie plaatsvinden bij patiënten met een concentratie < 150 pmol/L. Indien de MMA-uitslag het suppletiegedrag bepaalt, zal het merendeel van de patiënten met MMA < 350 nmol/L geen suppletie krijgen.

RESULTATEN

Van de 111 patiënten met een vitamine-B12-uitslag tussen 100-200 pmol/L waren er 43 gesuppleerd [tabel]. Van deze 43 patiënten hadden 21 (49%) een normale MMA-uitslag. Zoals gezegd, hebben we deze groep nader gespecificeerd door de patiënten onder te verdelen in twee vitamine-B12-subgroepen. In de subgroep met een vitamine-B12-uitslag tussen 100-150 pmol/L waren 23 van de 34 patiënten gesuppleerd, van wie 13 patiënten met een normaal MMA. Deze 13 patiënten (57%) hadden geen functionele vitamine-B12-deficiëntie en werden onterecht met vitamine B12 gesuppleerd. In de subgroep met een vitamine-B12-uitslag tussen 150-200 pmol/L waren 20 van de 77 patiënten gesuppleerd, van wie 8 patiënten met een normaal MMA. Ook bij deze 8 patiënten (40%) was een vitamine-B12-tekort onwaarschijnlijk als oorzaak voor de klachten, maar zij kregen toch vitamine B12.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat een uitslag lager dan de vitamine-B12-ondergrens (< 150 pmol/L) voor de huisarts een sterke trigger is om te suppleren, ongeacht de

Tabel Invloed van de vitamine-B12- en MMA-uitslag op het besluit om vitamine B12 te suppleren

Behandeling	Vitamine B12 100-150 pmol/L (n = 34)		Vitamine B12 150-200 pmol/L (n = 77)	
	MMA < 350 nmol/L	MMA ≥ 350 nmol/L	MMA < 350 nmol/L	MMA ≥ 350 nmol/L
Vitamine-B12-suppletie	13	10	8	12
Geen behandeling	9	2	46	11

Deventer Ziekenhuis, afdeling Geriatrie, Nico Bolkesteinlaan 75, 7416 SE Deventer: P. Franken, aios klinische geriatrie; M. Zeeman; internist ouderengeneeskunde. Klinisch Chemisch Laboratorium, Deventer: dr.ir. J.B. de Kok, klinisch chemicus. Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Klinisch Chemisch Laboratorium, Nijmegen: dr. P.J. Geutjes, assistent klinisch chemicus; dr. J.M.W. van den Ouweland, klinisch chemicus • Correspondentie: p.franken@dz.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

normale MMA-uitslag. Een normaal MMA betekent dat er geen vitamine-B12-deficiëntie op weefselniveau is en dat vitamine-B12-suppletie derhalve niet zinvol is.

AANBEVELING

In tegenstelling tot het NHG-Standpunt stellen wij dat de MMA-bepaling van grote waarde is bij het uitsluiten van een vitamine-B12-tekort, met name bij patiënten met specifieke klachten. De MMA-bepaling kan eenvoudig door het laboratorium worden toegevoegd, al dan niet in een stroomschema, maar behoeft wel toelichting voor de aanvrager. Onze aanbeveling voor de laboratoria is om naast de MMA-uitslag een suppletie-advies te rapporteren. Dit zal inhouden dat een nor-

male MMA-uitslag een vitamine-B12-tekort onwaarschijnlijk maakt en vitamine-B12-suppletie derhalve niet zinvol is. De huisarts kan dan meer duidelijkheid verschaffen aan de patiënt en verdergaan met vervolgonderzoek. ■

LITERATUUR

- 1 Wiersma T, Woutersen-Koch H. NHG-Standpunt Diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2014;57:472-5.
- 2 Muskiet FAJ, Mathus-Vliegen E.M.H. NHG-Standpunt miskent subklinische vitamine-B12-deficiëntie. Huisarts Wet 2015;58:196-7.
- 3 Wiersinga WJ, De Rooij SE, Huijmans JG, Fischer C, Hoekstra JB. De diagnostiek van vitamine-B12-deficiëntie herzien. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:2789-94.
- 4 Geutjes PJ, Van den Ouweland JMW. Combinatiescreening op vitamine-B12-tekort. Huisarts Wet 2015;58:234-7.

Ferdinand Schreuder

3200

De krachtige ontwikkeling die de huisartsgeneeskunde de afgelopen 25 jaar heeft doorgemaakt, heeft als gevolg dat huisartsenpraktijken nogal ingewikkelde organisaties zijn geworden. Ik begon als tweemansbedrijfje met al gauw één assistente. We hadden één standaardcontract met het regionale ziekenfonds en dat was het zo'n beetje wat betreft de organisatie. Nu heeft mijn duopraktijk drie assistenten, een HIDHA, een aios, drie POH's en een welzijnswerker rondlopen. We hebben contracten met vele verzekeraars, waarin diverse opties moeten worden gekozen of afgewezen, en we sluiten contracten met zorggroepen, huisartsenpost en ondersteuningsorganisaties. Kennis van au-

tomatisering is een vereiste en de snelle veranderingen in de financieringsstructuur van de zorg maken meerjarenplanning tegelijkertijd noodzakelijk en onzeker.

De overgang van de huisartsopleiding, waarin de aios steeds meer aan het handje worden gehouden, naar een situatie waarin een middelgroot bedrijf moet worden gerund, is groot.

Ik vind het dan ook geen wonder dat veel jonge collega's deze overgang niet makkelijk maken: er zijn nu 3200 niet-gevestigde huisartsen in Nederland! Dat zijn er nog nooit zoveel geweest, maar ik hoor hierover op beleidsniveau in de beroepsgroep weinig zorgen. Andere beleidsmakers spelen hier wél op in: Artsenzorg, Zorgpunt, Vitea en dergelijke op winstgerichte organisaties kopen

praktijken op en denken ze efficiënter en dus winstgevender te kunnen organiseren. De jonge huisartsen kunnen het geregeld aan anderen overlaten, de vertrekkende huisarts kan nog een aardige overnamesom binnenhalen: dit systeem heeft de toekomst...

Waarom ben ik dan toch niet blij met deze ontwikkeling? Is het conservatisme, weerstand tegen verandering? Is het teleurstelling dat mijn jarenlange werkwijze verouderd blijkt te zijn en aan de kant wordt geschoven? Is mijn streven naar autonomie niet meer van deze tijd? Waar komt mijn vrees vandaan dat dit nieuwe systeem ten koste kan gaan van inzet en betrokkenheid van de huisartsen? ■

