

Epidemiologie in de NHG-Standaarden: Incidentie- en prevalentiecijfers¹

In de kennistoets discussiëren twee huisartsen over de incidentie van CVA's en ischemische hartziekten. Meestal wordt in de inleiding van een NHG-Standaard informatie gegeven over de incidentie en prevalentie van de besproken aandoening of risicofactor. Wat betekenen die epidemiologische begrippen eigenlijk, wat is de relevantie van deze gegevens voor de huisarts en hoe worden de cijfers verkregen?

Oud en nieuw

Onder *incidentie* wordt verstaan het aantal nieuwe gevallen of personen met een bepaalde ziekte in een bepaalde periode. Onder *prevalentie* wordt het aantal personen verstaan dat een bepaalde ziekte op een bepaald moment of gedurende een bepaalde periode heeft. Als het gaat om de prevalentie op een bepaald moment, wordt ook wel van *punt-prevalentie* gesproken. Een andere maat is de *life-time prevalentie*: tijdens een dwarsdoorsnedeonderzoek wordt nagegaan of een individu op dat moment ooit de betreffende aandoening had of nog steeds heeft. Tot slot wordt wel gesproken over de *periodeprevalentie*: het deel van de populatie dat de betreffende ziekte heeft gehad in een bepaalde periode (bijvoorbeeld het jaar 2002). Onder de periodeprevalentie vallen dus zowel mensen die de ziekte al hadden als de nieuwe gevallen die gedurende die periode optraden.

Huisartsen gebruiken gegevens over de prevalentie en incidentie vaak (impliciet) tijdens het consult. Ze zijn gewend te werken met een zekere mate van onzekerheid. Bij het formuleren van een aantal diagnostische hypothesen wordt vaak een inschatting gemaakt van de a-priorikans op een bepaalde aandoening. Het blijkt echter dat artsen deze kansen bij dezelfde (theoretische) casus heel verschillend kunnen inschatten. Daarom is het beter gebruik te maken van de 'feitelijke' a-priorikansen: de prevalentiecijfers.

Voorzichtigheid met cijfers

Omdat NHG-Standaarden in de eerste plaats zijn bestemd voor huisartsen, wordt zoveel mogelijk gezocht naar betrouwbare cijfers uit de eerste lijn. Cijfers uit de tweede lijn betreffen vaak een ander type patiënten en overschatten daardoor de kans op ernstige aandoeningen. Zo ligt het percentage ernstige diagnoses bij patiënten met de klacht 'pijn op de borst' veel lager in de huisartsenpraktijk dan op de afdeling Spoedeisende Hulp (zelfverwijzers, verwezen patiënten). Gegevens uit de open populatie kunnen belangrijk zijn bij klachten waarvoor patiënten de huisarts niet altijd raadplegen, zoals griep, maar ook bij ziekten die niet altijd (direct) klachten geven, zoals diabetes. In het laatste geval kan de huisarts besluiten bepaalde patiëntengroepen met een grote kans op diabetes regelmatig te screenen. De gegevens uit bevolkingsonderzoeken moeten voor het bepalen van de a-priorikans in het consult met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd, omdat door zelfverwijzing de kans op

een ernstiger aandoening bij patiënten in de huisartsenpraktijk weer hoger is dan in de open bevolking.

Er bestaan in Nederland maar liefst vijftien verschillende huisartsenregistratiesystemen die incidentie- en/of prevalentiecijfers bijhouden. Het RIVM heeft bij 52 aandoeningen (beschreven in het Nationaal Kompas, www.nationaalkompas.nl) uitgezocht welk registratiesysteem voor welke ziekte het beste is en heeft voor deze aandoeningen uit de verschillende registraties de incidentie- en prevalentiecijfers berekend.

Zoek de verschillen

Een voorbeeld van via het RIVM verkregen incidentie- en prevalentiecijfers is te vinden in de standaard Acuut coronairsyndroom (ACS).² Deze cijfers zijn gebaseerd op vijf registraties: de CMR-Nijmegen (4 praktijken, 12 000 patiënten), de Tweede Nationale Studie (eenmalige meting in 103 praktijken, 400 000 patiënten), het Transitieproject (3 praktijken, 10 000 patiënten), de RNUH-LEO (4 praktijken, 23 000 patiënten), en het RNH-Limburg (15 praktijken, 62 000 patiënten).

De prevalentie- en incidentiecijfers uit de huisartsenregistraties variëren nogal eens door verschillen in de praktijkpopulaties en regionale verschillen (stad versus platteland). Een soa als gonorrhoe wordt vaker gezien in de stad en tuberculose vaker in achterstandswijken (met veel alloctonen of verslaafden) of in praktijken met veel asielzoekers. De cijfers uit de Nationale Studie zijn het meest representatief.

Ook kan er sprake zijn van verschillen in de algemene werkwijze van de registraties (diagnostische criteria) en de wijze waarop prevalentie- en incidentiecijfers worden berekend. Zo kan het AMI alleen de eerste keer in de incidentie worden meegerekend, terwijl een tweede of derde infarct niet als nieuw geval wordt geregistreerd. Voor de huisarts maakt het echter qua belasting en beleid niet uit of er sprake is van een eerste of recidief infarct. In het Nationaal Kompas betreft de incidentie alleen eerste infarcten.

Specifieke kenmerken

De cijfers worden vaak gespecificeerd naar leeftijd, geslacht of etniciteit. De incidentie en prevalentie van veel aandoeningen stijgen met de leeftijd. Coronaire aandoeningen komen grofweg voor het 50^{ste} levensjaar vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. En ook etniciteit heeft soms consequenties voor de diagnostiek of behandeling (diabetes bij Hindoestanen, en hemoglobinopathie bij diverse groepen alloctonen).

Deze specificaties zijn nuttig bij twijfel aan een diagnose. Als iemand vage klachten heeft maar een grote kans op een ernstige aandoening op grond van risicofactoren en familiegeschiedenis, dan zal men eerder nadere diagnostiek laten verrichten. Ook kan het goed zijn om

na te gaan of nadere diagnostiek zinvol is. Immers, bij iemand met een geringe kans op een ernstige aandoening, zoals een jonge patiënt met lage-rugpijn, wordt men van nadere diagnostiek, zoals een röntgenfoto van de lumbale wervelkolom, meestal niet veel wijzer.

De invloed van veranderingen

Diagnostische criteria kunnen in de loop der tijd veranderen. Bij het ACS bestaat sinds enige jaren de mogelijkheid het troponinegehalte te bepalen en zijn de criteria op grond waarvan de diagnose wordt gesteld in 2000 bijgesteld. Aangezien de troponinebepaling zeer gevoelig is (al bij versterf van een geringe hoeveelheid hartweefsel is de test positief), zal vaker bij klachten passend bij myocardischemie een infarct worden vastgesteld, terwijl deze voor de introductie van de test wellicht als instabiele angina pectoris was gediagnosticeerd. Deze nieuwe, sensitieve test zal dus een stijging van de incidentie van ACS laten zien die niet berust op een toename van het werkelijke

aantal gevallen. Bovendien zal de incidentie van een aandoening bij het begin van een screeningsprogramma (mammacarcinoom, diabetes) stijgen vanwege het ontdekken van asymptomatische nieuwe gevallen.

Ook zijn veranderingen in behandelingsmogelijkheden van invloed. Zo stijgt de prevalentie van coronaire hartziekte nu de behandelingsmogelijkheden toenemen en dit dus een chronische aandoening wordt. Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld aids in de Westerse landen.

Margriet Bouma, huisarts,
wetenschappelijk medewerker NHG

- 1 Offringa M, Assendelft WJ, Scholten RJPM. Inleiding in de evidence-based medicine. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2^e druk 2003.
- 2 Rutten FH, Grundmeijer HGLM, Grijseels EWM, Van Bentum STB, Hendrick JMA, Van Pinxteren B, et al. NHG-Standaard Acut coronair syndroom. Huisarts Wet 2003;46:831-43.

Praktijkgeval

Atriumfibrilleren in de huisartsenpraktijk: Als het hart van slag is

Hartkloppingen worden door patiënten meestal als onrustbarend ervaren. Gelukkig kan de huisarts hen na eenvoudig onderzoek meestal wel geruststellen. Anderzijds merken sommige patiënten juist niets van een onregelmatige hartslag, terwijl deze wél consequenties heeft. Bij zowel de diagnostiek als de behandeling is er een aantal beslismomenten voor de huisarts van belang. Aan de hand van een casus wordt hierop ingegaan.

Een onregelmatige pols

De heer Van Bommel, 72 jaar oud, komt bij de assistente voor zijn driemaandelijke tensiecontrole. Hij gebruikt sinds tien jaar hydrochloorthiazide 25 mg per dag. Hij heeft geen gezondheidsklachten, wandelt dagelijks en rookt niet.

De assistente meet een tensie van 152/84 mmHg. Het valt haar op dat de Korotkoff-tonen die ze hoort tijdens de meting onregelmatig zijn. Ze voelt daarom de pols en ook hierbij bemerkt ze onregelmatigheid. De polsfrequentie is ongeveer 94 slagen per minuut.

De assistente overlegt met de huisarts. Deze voelt de pols en luistert aan het hart. De hartslag is onregelmatig, maar er is geen soufflé. Hij stelt vast dat niet elke hartslag die hij hoort ook te voelen is aan de pols. Er is dus sprake van een polsdeficit.

De huisarts geeft een verwijzing voor een ECG, met de vraag of er sprake is van atriumfibrilleren. Hij spreekt af dat de heer Van Bommel nog dezelfde dag bij hem terugkomt met de uitslag. Deze luidt: atriumfibrilleren, ventrikelfrequentie 102/minuut,

QRS-complexen en repolarisatie normaal.

Hiermee is de diagnose gesteld. Toch is het belangrijk dat de huisarts een verdere anamnese afneemt en lichamelijk onderzoek verricht. Zo kan de aard van het atriumfibrilleren worden vastgesteld, evenals een mogelijke oorzaak.

De heer Van Bommel heeft nooit hartkloppingen. Hij heeft tijdens zijn dagelijkse wandelingen nooit pijn of druk op de borst. Het is hem de afgelopen weken wel opgevallen dat zijn hart af en toe oversloeg, maar dat hinderde hem niet. Ook is hij sinds ongeveer een maand of twee een beetje kortademig als hij zich wat meer inspant. Hij heeft geen nachtelijke benauwdheid, kan goed plat liggen, heeft geen oedeem. 's Nachts moet hij altijd eenmaal het bed uit om te plassen. Hij gebruikt sporadisch alcohol en heeft de laatste week niets gedronken. Zijn gewicht is constant rond de 80 kg. Verder lichamelijk onderzoek levert geen nieuwe gezichtspunten op; met name geen tekenen van hartfalen.

Diagnose atriumfibrilleren en dan...

Een regelmatige polsslagen is zeer specifiek voor de afwezigheid van atriumfibrilleren. Wanneer een patiënt bij lichamelijk onderzoek een onregelmatige pols heeft, kan het zijn dat de patiënt atriumfibrilleren heeft. Ook een polsdeficit kan passen bij atriumfibrilleren, maar is zeker niet bewijzend. Een polsdeficit geeft alleen aan dat niet elke hartslag ook aan de pols gevoeld kan worden. Dit kan ook bij extrasystolie het geval zijn.