



'Wat weten we eigenlijk van het wondermiddel corticosteroiden?'

Eind vorig jaar promoveerde Tineke Brinks op haar proefschrift *Greater Trochanteric Pain Syndrome in General Practice*. In het septembernummer van H&W 2011 trof u al een journaaltje over haar onderzoek aan (Huisarts Wet 2011;54(9):476). Nu vertelt zij in een interview over haar onderzoeksresultaten die van belang zijn voor het dagelijks werk van de huisarts.

Drie banen

Toen Brinks aan haar onderzoek begon, was zij 'geen achttien meer'. Hoe kwam zij ertoe om nog te gaan promoveren? 'Ik ben altijd geïnteresseerd geweest in wetenschap, zeker als het de huisarts-geneeskunde betrof. Toen ik destijds klaar was met mijn opleiding was er een onderzoeksbaan in het AMC en iedereen dacht dat ik dat zou gaan doen. Maar direct na mijn opleiding kon ik mijn eigen huisarts opvolgen en ik wilde op dat moment graag praktiseren. De combinatie van de geboorte van mijn eerste dochter en deze solopraktijk liet weinig tijd over voor onderzoek. Tien jaar later verhuisde ik naar Rotterdam en ben ik het onderwijs ingegaan. Daarnaast had ik wel wat tijd over, dus wilde ik kijken of ik toch nog onderzoek kon gaan doen. Natuurlijk had ik ook wel twijfels. Drie banen op je nemen: de praktijk, het onderwijs en daarbij dan ook nog eens onderzoek. En iedereen wil dat je je voor honderd procent inzet... Maar na gesprekken met een coach, die zei dat ik mijn hart moest volgen, was ik er toch gauw uit.'

Supertrots

Wat betreft de onderwerpkeuze kwam het trochanterpijnsyndroom vervolgens op Brinks' pad. 'Mijn belangstelling lag meer bij levenseindeproblematiek, maar het onderzoek dat ik daarover kon doen vond ik te klinisch. Dus dacht ik na over dit onderzoeksonderwerp. Het voorstel daarvoor lag er al en het

werd gefinancierd uit het toenmalige Programma Alledaagse Ziekten van ZonMw. Ik moest me voor dit onderzoek nader scholen in epidemiologie, maar dat vond ik juist wel leuk. Ik houd ervan iets nieuws te leren, vind dat uitdagend. En van dit onderzoek heb ik echt heel veel geleerd. Hoe je een project moet starten en afmaken, hoe je de hoofd- van de bijzaken moet scheiden. Ook was het leuk om echt in een team te werken, want alleen kun je het niet. En nu ben ik supertrots dat ik het heb afgemaakt.'

Pijn en kwaliteit van leven

De huisarts komt het trochanterpijnsyndroom met enige regelmaat tegen; de incidentie is zo'n 1,8 per 1000 patiënten per jaar. Brinks: 'Het syndroom is erg pijnlijk; mensen hebben er veel last van en worden ook gehinderd in hun slaap omdat ze niet op hun heup kunnen liggen. Het geeft dus flinke beperkingen, al hebben we niet kunnen aantonen dat het veel arbeidsverzuim veroorzaakt. Dit laatste komt misschien doordat vooral veel vrouwen tussen de 40 en 60 jaar worden getroffen, en in onze patiëntengroep waren er veel niet-werkenden en huisvrouwen. Overigens hebben we ook niet kunnen aantonen dat het verlies aan kwaliteit van leven erg groot was. Dat laatste is volgens mij complexer dan we denken; pijn lijkt helemaal niet zo'n groot effect te hebben te hebben op de kwaliteit van leven. Eigenlijk zou er een aparte kwaliteit-van-levenschaal moeten komen voor mensen met klachten van het bewegingsapparaat, want weten we nu wel wat we meten?'

Corticosteroiden of usual care

Brinks onderzocht het effect van corticosteroideninjecties bij bursitis trochanterica, afgezet tegen *usual care* ofwel pijnstilling naar behoefte. Waarom geen placebogecontroleerd onderzoek? 'Voor de praktijk was dit een nuttige onderzoeksopzet; je hebt immers alleen dokters die wel of niet injecteren.' De honderdtwintig geïnccludeerde patiënten werden via loting verdeeld en vervolgens na zes weken,

drie maanden, zes maanden en een jaar gevolgd. 'De corticosteroideninjecties hebben onmiddellijk effect, wellicht ook door de combinatie met lidocaïne. Na zes weken en drie maanden was het verschil met de *usual-care*-groep significant, maar na zes maanden en een jaar was dit verschil weggeëbd. In beide groepen waren de klachten bij praktisch evenveel patiënten verdwenen of sterk verminderd. Maar bij veel mensen is het een chronisch probleem; een groot deel van beide groepen hield de klachten. Sommige artsen herhalen de injecties wel, maar de vraag is hoe vaak je dat kunt doen. Hoeveel corticosteroiden mag je eigenlijk binnenkrijgen?'

Waar komt dat spul terecht?

Ondanks het succes van de behandelingen met corticosteroiden, bekijkt Brinks het middel met enige scepsis. 'Het effect van corticosteroiden op bursitis trochanterica is eigenlijk heel bijzonder, want we weten helemaal niet waar dat spul terecht komt. Nu geven we de injectie extra-articulair in de hoop dat het in de bursa komt, maar het is nog maar de vraag of dat ook zo is. Je kunt je afvragen of je niet net zo goed 40 mg intramusculair zou kunnen toedienen. Corticosteroiden zijn echt een wondermiddel; het werkt bij zo veel aandoeningen. Maar is het wel echt zo onschadelijk als we denken? Je legt toch even de hele ACTH-as stil; dat zou best een nadelig effect kunnen hebben, bijvoorbeeld als je na zo'n injectie een flinke griep krijgt. En al zijn de bijwerkingen over het algemeen onschuldig, we weten niet precies hoe dat zit. In mijn onderzoek zagen we een forse onderrapportage van de bijwerkingen. Ik ken een huisarts bij wie een patiënt zelfs is overleden na een corticosteroideninjectie en dat zou best door de veranderde immuunrespons kunnen komen. Naar dat alles zou eens een goed prospectief onderzoek gedaan moeten worden.'

Zelf kiezen

Brinks onderzocht onder meer de kosteneffectiviteit van beide behandelingsvormen. 'In eerste instantie was

de behandeling in de corticosteroïden-groep duurder, maar dat betrof zuiver de kosten van de injectie en het artsenbezoek. Na een paar maanden waren de kosten in beide groepen gelijk. Je koopt dus zonder extra kosten te maken een paar maanden minder pijn voor de patiënt en dat is niet niks. Vóór de behandeling kenden de patiënten gemiddeld een 6,6 toe aan de pijn; 3 maanden later was dat in de injectiegroep een 3,6 en in de *usual-care* groep een 4,8.'

Zou Brinks dus, ondanks haar scepsis, aanraden om altijd corticosteroïdeninjecties te geven aan patiënten met het trochanterpijnsyndroom? 'Nee, ik geef altijd de patiënt de keuze. Als je die goed uitlegt wat de voor- en nadelen zijn, zie je dat ze toch vaak geen corticosteroïden willen. Dat kan zijn uit angst voor de injectie zelf, maar ook voor de bijwerkingen. Want ook daar vertel ik over: dat er soms lokale pijn is, plaatselijke atrofie of depigmentatie. Maar ook dat er over het algemeen geen ernstige bijwerkingen zijn en dat de effecten op de pijn op korte termijn goed zijn. Op basis van die informatie kan de patiënt in overleg met mij heel goed zelf een keuze maken.'

Pessimisme over behandelingen

In het proefschrift van Brinks is ook sprake van twee alternatieve behandelingen: de *shock wave*-therapie en begeleiding door de fysiotherapeut. Wat is haar mening over deze alternatieven? 'Over *shock wave* is nog niet veel bekend en in Nederland wordt het niet vaak toegepast. Als het werkt zou dat natuurlijk fantastisch zijn, maar dat is nog niet in goed onderzoek aangetoond. Wat betreft de fysiotherapeut kan ik evenmin zeggen of begeleiding al dan niet helpt, maar bursitis trochanterica komt erg vaak voor in combinatie met artrose en daarbij is fysiotherapie in elk geval wel effectief. Zeker als je ziet dat de patiënt erg stijf is, en het dus goed is om in beweging te blijven, kun je verwijzing overwegen. Maar ik ben pessimistisch over het effect van welke behandeling dan ook bij heupklachten. Je ziet toch vooral vaak dat die zich op langere termijn tot een chronische

aandoening ontwikkelen, wat je ook doet, en zelfs als je zou denken dat de oorzaak is weggenomen. Het enige wat je hoe dan ook moet doen is de patiënt actief en in beweging houden. Dat gebeurt niet altijd de klachten, maar dan kun je er beter mee leven.'

Geen expert

De scepsis van Brinks uit zich ook op andere gebieden. 'Ik heb dat onderzoek met plezier gedaan en ik heb er heel veel van geleerd. Toch voel ik me bepaald geen expert op het gebied van het bewegingsapparaat. Hoe meer je onderzoekt, hoe meer vragen je krijgt. Nu vraag ik me bijvoorbeeld af wat het trochanterpijnsyndroom eigenlijk is. Waar komt dat nou vandaan? Is het een defect in het bewegingsapparaat? Moet je het wel behandelen als je de oorzaak niet weet? Diezelfde vragen spelen bij de schouder ook wel een rol, maar daarvan zijn de klachten na een jaar vaak over. Bij de heupen zie je dat niet; is het dan dus een chronisch pijnsyndroom?'

Vindt Brinks nader onderzoek naar dergelijke vragen nodig? 'Ja, maar ik zou daar niet direct een onderzoeksvorstel bij hebben. In elk geval zou het onderzoek moeten zijn dat zich niet alleen richt op het trochanterpijnsyndroom; het zou moeten worden gecombineerd met andere aandoeningen van het bewegingsapparaat die leiden tot chronische pijnklachten.'

Na de promotie

De promotie is alweer een klein jaartje geleden. Hoe heeft het leven van Brinks zich daarna ontwikkeld? 'Naast de praktijk geeft ik nog altijd onderwijs en inmiddels ben ik hoofd Studentenonderwijs bij de afdeling Huisartsgeneeskunde van het Erasmus MC. Zonder promotie zou dat niet zijn gebeurd, dus het heeft me wel wat opgeleverd. Op dit moment doe ik geen onderzoek, maar het is wel de bedoeling dat ik daar weer bij wordt betrokken. Het zal nog moeilijk zijn om daar tijd voor vrij te maken.'

Overweegt Brinks om terug te keren naar haar 'vroegere liefde' ofwel de problematiek rond het levenseinde? 'Tja, dat onderwerp blijf ik leuk en interes-

sant vinden, maar het is een moeilijk onderzoeksgebied. Ik ben al SCEN-arts en het is voor het onderwijs belangrijk dat ik daarmee doorga, want ik heb veel kennis over dit onderwerp en die moet fris blijven. We hebben zelf ook geen onderzoekslijn over levenseindeproblematiek, maar er is daarover wel een goede onderzoeksgroep in het Erasmus en die heeft gevraagd om meer betrokkenheid vanuit de huisartsgeneeskunde. Daar zou een praktische huisartsenblik ook goed zijn, want soms gaan ze op de loop met dingen die voor huisartsen helemaal niet haalbaar zijn. Dus wie weet raak ik daar nog eens bij betrokken.' ■

Ans Stalenhoef

