

Oppervlakkige tromboflebitis van het been

Hierbij een korte reactie op de kleine kwaal in H&W 7. Bij de conclusie op pagina 379 staat: 'Bij de aanwezigheid van een SVT is de kans op het ontstaan van een diepe veneuze trombose ongeveer tien keer groter dan bij patiënten zonder SVT. De prevalentie in de huisartsenpraktijk van SVT is echter laag, waardoor ook bij een SVT de kans op diepe veneuze trombose zeer gering is.' Deze laatste redenering is onzin.

Een lage prevalentie betekent niet dat het minder waar is dat in de aanwezigheid van het één, de kans op iets anders toeneemt.

A. Göbel

Antwoord

Collega Göbel heeft gelijk: de redenering klopt niet. We bedoelen dat SVT in de huisartsenpraktijk weinig voorkomt en dat als gevolg daarvan ook DVT (als complicatie van SVT) weinig voorkomt.

Just Eekhof

De helft van de astmapatiënten heeft onvoldoende ziektecontrole

In een cross-sectioneel onderzoek bekeken Wijnhoven et al. de mate van ziektecontrole bij 661 astmapatiënten in 25 Nederlandse huisartsenpraktijken.¹ Zij maten astmacontrole af aan 'luchtwegklachten', 'longfunctie' en 'het gebruik van kortwerkende luchtwegverwijders'. Het longfunctie criterium voor astma was: een FEV₁ >80% van de voorspelde waarde vóór dan wel na gebruik van luchtwegverwijders.

Bij 331 patiënten (50,1%) was de ziektecontrole niet optimaal. Van deze 331 gebruikten er 268 nog niet alle 'theoretisch' mogelijke geneesmiddelen. Met sub-optimale ziektecontrole hingen samen: (nachtelijke) luchtwegklachten en gebruik van luchtwegverwijders. Dit onderzoek bevestigt het bestaande beeld van suboptimale controle bij astma en de mogelijke oorzaken daarvan. Er lijkt bij huisartspatiënten met astma een tekort in het toepassen

van werkzame medicatie, miskenning van nachtelijke klachten en onderschatting van de klinische betekenis van de mate van gebruik van luchtwegverwijders.

Hoewel het onderzoek gebaseerd is op gegevens uit het midden van de jaren negentig – en wij intussen enkele versies van de NHG-Standaarden astma/COPD verder zijn – heeft het onderzoek actuele betekenis. De dilemma's voor de huisarts zijn immers nog steeds vragen van het soort: 'Met welk longfunctieonderzoek kan ik volstaan bij astmacontrole in mijn praktijk?' en: 'Kan het effect van intermitterende behandeling met inhalatiesteroïden (ICS) bij intermitterend astma misschien voldoende zijn?' Ik heb nog een drietal vragen naar aanleiding van het onderzoeksverslag.

Bij alle patiënten is het FEV₁ gemeten, vóór en na een luchtwegverwijder: de reversibiliteitsmeting. De resultaten in tabel 4 van het artikel vermelden echter wel het FEV₁ als percentage van de voorspelde waarde, maar niet het resultaat van de reversibiliteitsmeting. Waar is de reversibiliteit gebleven? Had de uitkomst van reversibiliteitsmeting helemaal geen relatie met de mate van astmacontrole? Wat wel blijkt uit tabel 4 is dat matig verminderde ziektecontrole bij 12,3% van de patiënten samenhangt met een verlaagd niveau van het FEV₁. Daarentegen nemen ze excessieve piekstroomvariabiliteit waar bij slechts 0,6% van deze patiënten (ICS-gebruikers). Lijkt het FEV₁ hier niet een veel gevoeliger maat dan de piekstroomvariabiliteit?

Het is opmerkelijk dat 80 van de 328 (een kwart) van de patiënten met matige ziektecontrole hun ICS gebruikten 'indien nodig' (tabel 5). Hoe is het niveau van ziektecontrole bij de patiënten die ICS 'indien nodig' gebruikten? Kortom: hoe komen deze in onze ogen 'therapieontrouwe' astmapatiënten er vanaf?

Ben Ponsioen

1 Wijnhoven HAH, Kriegsman DMW, Hesselink AE, Van der Windt DAWM, De Haan M, Stalman WAB. De helft van de astmapatiënten heeft onvoldoende ziektecontrole. Huisarts Wet 2006;49:398-403.

Antwoord

Onze gehanteerde definitie van astma introduceert een kunstmatige associatie tussen pre-FEV₁ en reversibiliteit. Pre-FEV₁ en reversibiliteit zijn sowieso omgekeerd evenredig aan elkaar gerelateerd. Omdat pre-FEV₁ ook onderdeel is van de definitie van ziektecontrole, vertaalt dit zich in een associatie tussen reversibiliteit en ziektecontrole. Na correctie voor pre-FEV₁ verdwijnt dit verband. Voor de klinische praktijk kan dit betekenen dat reversibiliteit met name van belang is om de diagnose astma te stellen en van minder waarde is – naast pre-FEV₁ – om de ziektecontrole te bepalen.

Hoewel je niet kan stellen dat in tabel 4 ziektecontrole en pre-FEV₁ samenhangen – volgens onze definities bepaalt een lage pre-FEV₁ immers een slechte ziektecontrole – draagt de piekstroomvariabiliteit er inderdaad weinig aan bij om de mate van ziektecontrole vast te stellen, omdat slechts 2,6% van de patiënten een piekstroomvariabiliteit >20% heeft. Het bepalen van de piekstroomvariabiliteit heeft daarom in de Nederlandse huisartsenpopulatie een dubieuze toegevoegde waarde, wanneer informatie beschikbaar is over luchtwegklachten, het gebruik van luchtwegverwijders en de pre-FEV₁. Dit blijkt ook uit buitenlands onderzoek.¹

Twee verklaringen zijn mogelijk: ofwel de meting is niet zinvol, ofwel de piekstroomvariabiliteit komt pas boven de 20% bij patiënten met een zeer slecht ingestelde astma. Analyse van onze gegevens laat zien dat van de 17 patiënten met een piekstroomvariabiliteit >20% slechts 1 patiënt 'goed' scoort volgens de overige criteria voor ziektecontrole. Meer dan de helft scoort 'slecht' op basis van de overige criteria. Dit lijkt – ondanks de

Tabel Niveau van de ziektecontrole bij patiënten uit stap 2 uitgesplitst naar 'normaal' gebruik en 'indien nodig' gebruik van ICS (percentages patiënten)

Ziektecontrole	Stap 2 'normaal' gebruik	Stap 2 'indien nodig' gebruik
Goed	44,4	51,3
Licht verminderd	18,1	12,5
Matig	28,6	28,8
Slecht	8,9	7,5

kleine aantallen – voor de tweede verklaring te pleiten, zodat we een piekstream-variabiliteit >20% waarschijnlijk kunnen beoordelen als een weinig sensitieve, maar wel specifieke maat van slechte ziektecontrole.

In de tabel op pagina 529 is de mate van ziektecontrole bij patiënten uit Stap 2 uitgezet tegen het (al dan niet) 'indien

nodig' gebruik van ICS. De gegevens laten zien dat iets meer patiënten die hun ICS indien nodig gebruiken, een goede ziektecontrole hebben (51 versus 44%). Een waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat patiënten minder vaak ICS gebruiken als zij minder klachten hebben. Echter, wij willen hierbij benadrukken dat 50% van de patiënten die hun ICS alleen indien

nodig gebruiken, zowel een suboptimale ziektecontrole als een suboptimale behandeling heeft!

Hanneke Wijnhoven en Daniëlle van der Windt
namens de auteurs

1 Colice GL, Burt J, Song J, Stampone P, Thompson PJ. Categorizing asthma severity. *Am J Respir Crit Care Med* 1999;160:1962-7.

POEM

Uitsluiten enkelfractuur met behulp van de Ottawa ankle and foot rules

Vraagstelling

Kan de huisarts met vijf criteria (de Ottawa ankle and foot rules) een fractuur na een enkeltrauma uitsluiten?

Betekenis voor huisarts en patiënt

De NHG-Standaard Enkeldistorsie geeft aan bij welke verschijnselen de huisarts een fractuur moet overwegen en een röntgenfoto moet aanvragen. Bij het lichamenlijk onderzoek wordt hiervoor gebruikgemaakt van de Ottawa enkelregels.

Dit onderzoek geeft aan dat met behulp van deze simpele beslisregels een enkelfractuur met 98% zekerheid kan worden uitgesloten. Voor de NHG-Standaard Enkeldistorsie levert het onderzoek verdere onderbouwing van het in de standaard geformuleerde gebruik van de Ottawa enkelregels als belangrijk diagnosticum.

Korte beschrijving

Inleiding In dit onderzoek is gekeken in welke mate na training en gebruik van een protocol met behulp van de 'Ottawa ankle rules (OAR) en de Ottawa foot rules' (OFR) een röntgenfoto van enkel en/of voet noodzakelijk is.¹ Volgens de OAR en OFR volstaan vijf klinische bevindingen om vast te stellen of er een röntgenfoto van de enkel of middenvoet moet worden aangevraagd:

- ▶ onvermogen van de patiënt om direct na het trauma én in de onderzoek-

kamer de enkel te belasten door het maken van 4 stappen zonder hulp;

- ▶ óf pijn bij palpatie van de achterzijde van de onderste 6 cm van de laterale malleolus;
- ▶ óf pijn bij palpatie van de achterzijde van de onderste 6 cm van de mediale malleolus;
- ▶ óf pijn bij palpatie van de basis van het os metatarsale V;
- ▶ óf pijn bij palpatie van het os naviculare.

In een prospectief blind gerandomiseerd valideringsonderzoek werden alle enkeldistorsies op de eerste hulp gedurende een periode van 4 maanden beoordeeld door zowel een (in één dag) opgeleide eerstehulpverpleegkundige als een poortarts (agnio). Voor het onderzoek zijn alle verpleegkundigen getraind in het toepassen van de OAR en OFR. Als gouden standaard werd bij elke patiënt een röntgenfoto gemaakt. Patiënten tussen de 18 en 65 jaar die met een enkeltrauma binnen 48 uur na ontstaan naar de eerste hulp kwamen, werden geïncludeerd.

Primaire uitkomstmaten Sensitiviteit, specificiteit, positief voorspellende waarde en negatief voorspellende waarde van de indicatie voor een röntgenfoto voor beide groepen (verpleegkundigen en poortartsen).

Resultaten Er werden totaal 106 letsels geïncludeerd; bij 14 (13%) was er volgens de radioloog sprake van een acute fractuur. Zowel de verpleegkundigen als de artsen ontdekten alle fracturen met de OAR en OFR, op een klein avulsiefrac-

tuurtje per groep na. De verpleegkundigengroep vroeg bij 60 (57%) van de 106 letsels een foto aan, de poortartsengroep 69 (65%).

De sensitiviteit voor het opsporen van een fractuur met de OAR en OFR was 0,93 (95%-BI 0,64-1,00) voor de verpleegkundigengroep vergeleken met 0,93 (95%-BI 0,64-1,00) voor de poortartsengroep. De specificiteit was respectievelijk 0,49 (95%-BI 0,38-0,60) en 0,39 (95%-BI 0,29-0,50). De positief voorspellende waarde (bij deze incidentie van fracturen) was respectievelijk 0,22 (95%-BI 0,13-0,35) en 0,19 (95%-BI 0,11-0,31) en de negatief voorspellende waarde respectievelijk 0,98 (95%-BI 0,87-1,00) en 0,97 (95%-BI 0,84-1,00). Alle verschillen tussen beide groepen waren statistisch niet-significant.

Conclusie van de onderzoekers Na een training kan na een enkeltrauma met de OAR en OFR met 98% zekerheid (negatief voorspellende waarde) een enkelfractuur worden uitgesloten.

Bewijskracht Gerandomiseerd blind onderzoek (1b).²

Wybren Feenstra en Just Eekhof

1 Derksen RJ, Bakker FC, Geervliet PC, De Lange-de Klerk ES, Heilbron EA, Veenings B, et al. Diagnostic accuracy and reproducibility in the interpretation of Ottawa ankle and foot rules by specialized emergency nurses. *Am J Emerg Med* 2005;23:725-9.

2 www.info poems.com/levels.html.