

H&W

Huisarts en Wetenschap

1

januari 2024
jaargang 67



Naar een farmavrij H&W

nhg

Maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap

Op naar een farmavrij H&W!

D Plof! De nieuwe H&W valt op mijn deurmat. Meteen sla ik hem open om trots te kijken hoe die gelukt is. Hmm, weer valt die vervelende insert over testosterongel eruit. Alsof ik als huisarts mannen voor hypogonadisme behandel!

De onverholven aanwezigheid van geneesmiddelenreclame in H&W is al vele jaren een doorn in mijn oog. En ik ben niet de enige: 'Beste hoofdredacteur, ik ben bereid meer lidmaatschapsgeld te betalen als de geneesmiddelenreclame mij bespaard kan blijven. Als ik de reclame er zelf elke keer uit moet scheuren, wil ik graag korting op het lidmaatschapsgeld.'

De oneigenlijke beïnvloeding van artsen, onderzoekers, patiënten en beleidsmakers door marketingstrategieën van de farmaceutische industrie zijn alom bekend. Deze maand in H&W aandacht voor het onderzoek van Marloes Dankers et al., dat beschrijft welke overtuigingsstrategieën farmaceutische bedrijven in hun marketingmaterialen voor huisartsen gebruiken. Het vaakst kwamen de strategieën 'sympathie' (aardige mensen of organisaties krijgen meer gedaan) en 'autoriteit' (iemand met verstand van zaken of bekendheid overtuigt meer) voor. Niks nieuws, eigenlijk: de farmacie speelt net zo goed in op de (on)bewuste cognitieve vooroordelen van huisartsen. Ook via de sympathie en autoriteit van H&W.

Nederlandse huisartsen en het NHG zijn zich hier al jaren van bewust. Zo wenst het NHG al vele jaren geen enkele farmaceutische betrokkenheid bij (bijna) al zijn activi-

teiten, zoals de ontwikkeling van richtlijnen, scholingen, website, etc. Behalve H&W. Slechte reclame dus, voor H&W. Ik heb mij daarom afgelopen jaar ingezet voor een farmavrij H&W. Principieel vond ik binnen het NHG met name medestanders. Wel was ik wat teleurgesteld door uw antwoorden in ons gebruikersonderzoek van eind 2022: een magere 37% vindt het (zeer) slecht dat H&W farma-advertenties plaatst. Financieel vond ik meer weerstand. Niet onverwacht, want H&W wordt voor ongeveer 60% gefinancierd uit (farma-)advertentie-inkomsten. Wie gaat die wegvallende tonnen in de toekomst betalen? Slechts 43% van de respondenten uit het gebruikersonderzoek heeft een hogere contributie over voor een farmaceutievrije H&W. Gelukkig vond de Raad van Bestuur een oplossing; zonder verhoging van het lidmaatschapsgeld én zonder krimp van H&W.

In 2024 treft u daarom alvast 50% minder geneesmiddelenadvertenties aan in onze papieren edities. Voor 2025 en daarna heb ik de toezegging dat H&W 100% farmaceutievrij wordt.

Blijft u nog een jaartje de resterende helft aan farmaceutische advertenties eruit scheuren? Dan hebben wij de ballen om te zorgen dat vanaf 2025 alle kanalen van H&W 100% farmavrij zijn. Ook zonder testosterongel.

Gijs Baaten, hoofdredacteur H&W





Wetenschap

- 10 **Rol huisarts bij oncologische nacontroles en nazorg**
De resultaten van het ICARE-onderzoek geven voldoende aanleiding voor een implementatieonderzoek van oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts.
- 13 **De tijd is rijp voor oncologische nacontroles door de huisarts**
Een pleidooi voor oncologische nacontroles door de huisarts naar aanleiding van de beschouwing over het ICare-onderzoek.
- 15 **Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1- of BRCA2-mutatiedraagsters**
In dit opiniestuk stellen Van Bommel et al. dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een (absolute) contra-indicatie voor de anticonceptiepil bij BRCA1/2-mutatiedraagsters te onderbouwen.
- 18 **Huidig anticonceptiebeleid bij dragers van BRCA-genmutaties volstaat**
Enkele auteurs van de NHG-Standaarden Anticonceptie en Borstkanker concluderen in een reactie op het opiniestuk van Van Bommel et al. dat de NHG-Standaard Anticonceptie reeds aansluit bij het beleid van de NVOG-richtlijn bij vrouwen jonger dan 25 jaar.
- 20 **‘De kern van jeugdtrauma is blootstelling aan verwaarlozing of geweld voor het 16e levensjaar’**
Hoogleraar Psychiatrische epidemiologie Brenda Penninx pleit voor bewustwording van de invloed van een jeugdtrauma op psychosociaal functioneren.

Praktijk

- 23 **Trombocytopenie en ITP bij volwassenen**
 Wat te doen bij een patiënt met een laag bloedplaatjesgetal? De lijst van mogelijke oorzaken van een trombocytopenie is lang en niet heel overzichtelijk. Hoe is trombocytopenie te herkennen en wanneer is verwijzing geïndiceerd?
- 28 **Hemoglobinopathieën en dragerschap**
De rol van de huisarts bij het herkennen van dragers uit hoogrisicogroepen voor hemoglobinopathie is cruciaal voor tijdige detectie.
- 31 **Kennistoets ‘Hemoglobinopathie en trombocytopenie’**
- 32 **Vulvaire jeuk, denk ook aan extramammaire Paget**
Faalt lokale behandeling met corticosteroiden of antimycotica bij vulvaire jeuk? Denk dan ook aan extramammaire Paget, een relatief zeldzaam voorstadium van kanker.
- 35 **Uw diagnose ‘Zwelling op de schouder’**
- 36 **Mictieklachten na het plaatsen van een pessarium**
 Door het plaatsen van een pessarium kunnen klachten aan het licht komen die voorheen gemaskeerd waren, zoals stressincontinentie voor urine.



Nieuws

06 Nieuwsberichten



- Farmaceutische marketing beïnvloedt anderen, maar mij niet!
- Effect dosisverlaging DOAC bij atriumfibrilleren
- Is een driedaagse amoxicillinekuur bij kinderen met pneumonie verantwoord?
- Elke stap telt

40 Column 'Steakje minder'

Columnist Tasja de Koning treft een patiënt met hoge bloeddruk, obesitas en een voorliefde voor bier en de barbecue. Tijd voor een leefstijlgesprek, onder andere over het eten van vlees.

41 Webtip Verwijsafspraken.nl

De website verwijsafspraken.nl maakt inzichtelijk welke zorgverlener welke zorg levert. Dit kan bijdragen in de strijd tegen administratieve lasten in de huisartsenpraktijk.

NHG

42 Starten én stoppen met 'levende' aanbevelingen in de NHG-Standaard COVID-19



De belangrijkste wijziging is dat inhalatiecorticosteroiden niet meer worden aanbevolen als behandeling van COVID-19.

44 Gedeeltelijke herziening NHG-Standaard Psoriasis



In de herziene NHG-Standaard Psoriasis heeft behandeling met ontstijfersmiddelen een prominenter plekje gekregen.

45 Volledige herziening NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie



In de herziene standaard zijn de YEARS-criteria opgenomen als nieuwe beslisregel. Ook is het advies over steunkousen veranderd.

48 Een jaar vol ambities

Eric Scheppink, lid Raad van Bestuur, over de ambities, plannen en goede voornemens voor 2024.

49 Raymond Wetzels nieuwe voorzitter Raad van Bestuur

50 NHG-Congres vrijdag 15 maart 2024

De pijlers doelmatigheid, duurzaamheid, doen en doorleren staan centraal. 'Een ode aan de alleskunner, de huisarts.'



www.henw.org

- Wildgroei van cochrane-reviews over behandeling urineverlies
- Navelbreuk
- Ecg-casus 'Dubbele diagnose'



H&W-podcast

- Bij de artikelen met een podcastlogo is een podcast beschikbaar. Beluister deze via uw favoriete podcastkanaal of ga naar henw.org/podcast-overzicht.



Farmaceutische marketing beïnvloedt anderen, maar mij niet!

Mariëlle van Avendonk

Nederlandse onderzoekers vonden in papieren reclame van farmaceutische bedrijven diverse effectieve marketingstrategieën om huisartsen te overtuigen bepaalde geneesmiddelen voor te schrijven. Dit gold eveneens voor advertenties in medische tijdschriften. Zij waarschuwden huisartsen om zich hiervan bewust te zijn, omdat deze strategieën op een subtiele manier het voorschrijfbeleid (oneigenlijk) beïnvloeden.

Al decennialang gebruiken farmaceutische bedrijven allerlei middelen om het voorschrijven van hun geneesmiddelen te stimuleren. Daar is mettertijd verandering in gekomen doordat de inhoud van de marketingactiviteiten aan banden is gelegd door de Stichting Code Geneesmiddelen Reclame. Marketing die als doel heeft iemands houding ten opzichte van een geneesmiddel te beïnvloeden, is echter moeilijker te reguleren. Het staat vast dat de marketingactiviteiten van farmaceutische bedrijven het voorschrijfbeleid van artsen direct beïnvloeden en dat artsen onderschatten hoe vatbaar zij hiervoor zijn. Er wordt in dit kader wel gesproken over het 'derde-persoon-effect'; de illusie dat advertenties andere mensen beïnvloeden, maar niet jezelf.

OVERZICHT VAN MARKETINGMATERIALEN

Recent gingen Nederlandse onderzoekers met farmaceutische en marketingexpertise na welke overtuigingsstrategieën farmaceutische bedrijven in hun marketingmaterialen voor huisartsen gebruiken. Twintig huisartsenpraktijken [infographic], verspreid over het land, verzamelden gedurende juni 2022 alle papieren marketingmaterialen die zij ontvingen van farmaceutische bedrijven. In die maand verzamelden zij eveneens farmaceutische advertenties in en toegevoegd aan medische tijdschriften. Na exclusie van dubbelingen en niet-relevante materialen identificeerden de onder-



Foto: Margot Scheerder

zoekers 68 unieke marketingmaterialen. Dit waren vooral advertenties in medische tijdschriften (n = 38), brochures (n = 13) en uitnodigingen voor een nascholing (n = 5). Van de 37 verschillende geneesmiddelen werden factor Xa-remmers (n = 12), GLP-1-analogen (n = 5) en SGLT2-remmers (n = 4) het meest gepromoot.

STRATEGIEËN

De onderzoekers legden per marketingmateriaal op basis van consensus vast welke overtuigingsstrategieën erbij werden gebruikt. Zij classificeerden deze volgens de 7 strategieën van Cialdini [infographic] en voegden er zelf een strategie aan toe: 'emotionele druk', de strategie waarmee het verantwoordelijkheidsgevoel om het juiste voor de patiënt te doen wordt aangewakkerd. De onderzoekers identificeerden 126 overtuigingsstrategieën en zagen geen grote verschillen tussen advertenties in tijdschriften en papieren mailings. Alle 7 strategieën van Cialdini waren in de materialen aanwezig, waarvan 'leuk vinden' (64,7%) en 'autoriteit' (29,4%) het vaakst werden geïdentificeerd [infographic]. De toegevoegde strategie 'emotionele druk' werd in 30,9% van de materialen gebruikt. Met regelmaat vonden de onderzoekers meerdere strategieën in 1 marketingmateriaal.

BELANGRIJKSTE DOELEN

Farmaceutische bedrijven gebruiken dus een breed scala aan strategieën om de houding van huisartsen bij het voorschrijven van nieuwe geneesmiddelen te beïnvloeden. Omdat 'leuk vinden' en 'autoriteit' de meest gebruikte strategieën zijn, lijkt het dat een 'relatie bouwen' en

'onzekerheid verminderen' de belangrijkste doelen van de marketingacties zijn. De door de onderzoekers toegevoegde strategie 'emotionele druk' wordt veel gebruikt, maar is geen onderdeel van de classificatie van Cialdini. Dat komt waarschijnlijk doordat deze strategie specifiek bij geneesmiddelenmarketing wordt ingezet. Bij geneesmiddelen maakt de voorschrijver immers de keus voor een product in plaats van de consument.

BEPERKINGEN VAN HET ONDERZOEK

Een van de beperkingen van dit onderzoek is dat digitale marketing en indirecte marketing buiten beschouwing zijn gelaten. Daarnaast is onbekend of de onderzochte marketingmaterialen representatief waren voor alle marketingmaterialen die huisartsen ontvangen. Ten slotte is het toekennen van overtuigingsstrategieën aan de marketingmaterialen subjectief.

BEWUSTWORDING

Dit onderzoek toont aan dat de marketingmaterialen die de farmaceutische bedrijven naar de huisartsenpraktijk sturen en de advertenties in medische tijdschriften verschillende, effectieve, overtuigingsstrategieën bevatten. De onderzoekers stellen dat huisartsen zich hiervan bewust moeten zijn om ervoor te zorgen dat zij zo min mogelijk door deze marketing worden beïnvloed. Belangrijk om u dit te realiseren als u wilt afwijken van een wetenschappelijk onderbouwde aanbeveling. ■

Dankers M, et al. Marketing of medicines in primary care. An analysis of direct marketing mailings and advertisements. PLoS One 2023;18:e0290603.

Overtuigingsstrategieën farmaceutische industrie

OVERTUIGINGSSTRATEGIEËN

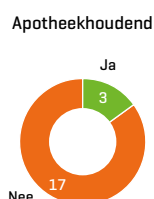
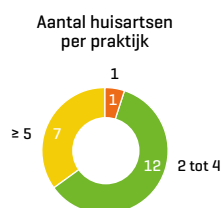
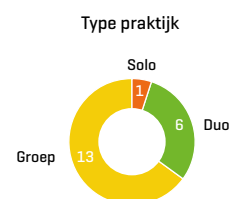
PRINCIPE	BESCHRIJVING	Frequentie van overtuigingsstrategieën verzameld in 68 marketingmaterialen*
Leuk vinden	Het concept dat aardige mensen of organisaties meer gedaan krijgen.	44 [64,7%]
Emotionele druk	Het gebruik van het verantwoordelijkheidsgevoel of zelfs het schuldgevoel van de gezondheidszorg.**	21 [30,9%]
Autoriteit	Het gebruik van personen of instellingen die gezaghebbend, geloofwaardig en deskundig zijn.	20 [29,4%]
Sociaal bewijs	De gewoonte om te beslissen wat te doen door te kijken naar wat anderen doen.	12 [17,6%]
Eenheid	Het concept van gedeelde identiteit dat openstaat voor overredingspogingen.	10 [14,7%]
Schaarste	Het concept dat kansen waardevoller zijn als ze beperkt zijn.	9 [13,2%]
Wederkerigheid	Je voelt je schuldig aan degenen die je hebben geholpen.	8 [11,8%]
Consistentie/beloofte	De drang om zich consequent te gedragen en zich te binden aan eerdere beslissingen of meningen.	2 [2,9%]

* Er kunnen meerdere strategieën per marketingmateriaal zijn gebruikt. ** Nieuw geïdentificeerde categorie, niet beschreven door Cialdini.

VOORBEELDEN

Leuk vinden	Een portret van een vrolijk uitzijende jongen die gitaar speelt, vergezeld van de zin 'Ben wie je wilt zijn' advertentie	
Emotionele druk	'Voor welke T2DM-patiënt wil je meer doen?' brochure	
Autoriteit	'[Geneesmiddel X] is al bijna 50 jaar een betrouwbaar [geneesmiddelgroep X]. en is door 3 miljoen Nederlandse vrouwen gebruikt.' gesponsorde omslag	
Sociaal bewijs	'Meest voorgeschreven [medicijnklasse X] in Nederland.' brochure	
Eenheid	'Samen pakken we overgewicht aan.' uitnodiging voor educatie	
Schaarste	'[Geneesmiddel X] is het eerste en tot nu toe enige selectieve [geneesmiddelgroep X] geregistreerd voor bovengenoemde indicatie.' informatiebrief	
Wederkerigheid	Uitnodiging voor een gesponsorde opleiding met gratis maaltijden en accreditatiepunten. uitnodiging voor educatie	
Consistentie/beloofte	'Geven u en uw patiënten de voorkeur aan gebruiksgemak en receptgemak?' brochure	

Het onderzoek



*** Het verstedelijkingsniveau wordt gedefinieerd als **zeer sterk** (2500 adressen/km²), **sterk** (1500-2500 adressen/km²), **matig** (1000-1500 adressen/km²), **weinig** (500-1000 adressen/km²) of **niet** (< 500 adressen/km²)

Effect dosisverlaging DOAC bij atriumfibrilleren

Juultje Martens, Nynke Koning

Bij kwetsbare ouderen met atriumfibrilleren wordt regelmatig offlabel een verlaagde dosering directe orale anticoagulantia (DOAC) voorgeschreven, met de verwachting het risico op grote bloedingen te verminderen. Een Nederlands cohortonderzoek suggereert dat er geen verschil is in het risico op het optreden van een ischemisch CVA (iCVA) en grote bloedingen tussen de standaarddosering DOAC en een verlaagde dosering bij patiënten met non-valvulair atriumfibrilleren (AF).

Utrechtse onderzoekers gingen dit na door de aanwezigheid van iCVA, bloedingen en mortaliteit te bepalen in eerstelijns routinezorgdata uit het Verenigd Koninkrijk. Het onderzoek betrof patiënten die tussen 2010 en 2018 startten met een DOAC vanwege AF.

De onderzoekers includeerden 20.574 patiënten van wie 12% een verlaagde dosis kreeg en 88% de standaarddosering. Patiënten met een verlaagde dosering waren ouder (mediane leeftijd 80 versus 72 jaar) en hadden meer comorbiditeit. Na correctie voor confounders – zoals leeftijd, comorbiditeit en doorgemaakte bloedingen – werd geen verschil tussen de groepen gezien in risico op iCVA (hazard ratio (HR) 0,95; 95%-BI 0,57 tot 1,60) en ernstige bloedingen (zoals intracranieel en gastro-intestinaal; HR 0,88; 95%-BI 0,57 tot 1,35). In de groep met de verlaagde dosering bleek de kans op kleine bloedingen (zoals epistaxis of hematurie) wel verlaagd (HR 0,81; 95%-BI 0,67 tot 0,98). Ook was bij hen het risico op sterfte verhoogd (HR 1,34; 95%-BI 1,12 tot 1,61). Een beperking van het onderzoek is dat de doodsoorzaak niet bekend was, waardoor sterfte door CVA of andere trombosegerelateerde sterfte mogelijk werd onderschat. Dit zou kunnen betekenen dat er juist meer voorzichtigheid is geboden bij het verlagen van de dosis. Daarnaast kan de verhoogde mortaliteit ook worden verklaard doordat een lagere dosering mogelijk vaker wordt voorgeschreven aan

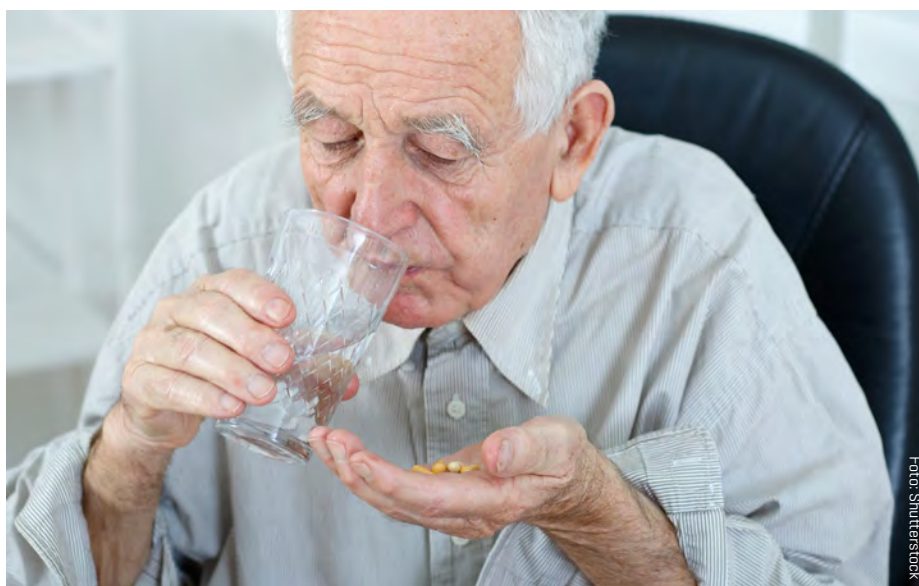


Foto: Shutterstock

patiënten die toch al een slechtere prognose hebben. Ten slotte was de follow-up relatief kort met een mediane lengte van 10,2 maanden.

Op basis van bovenstaande resultaten adviseren de onderzoekers voorzichtig te zijn bij het overwegen van offlabel dosisverlaging van DOACs. Het lijkt niet zinvol om dosisverlaging toe te passen uit angst voor ernstige bloedingen. Indien een pa-

tiënt hinderlijke, niet-ernstige bloedingen heeft en het mogelijk verhoogde risico op mortaliteit accepteert, kunt u een lagere dosering DOAC overwegen. ■

Van den Dries CJ, et al. Safety of off-label dose reduction of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. Br J Clin Pharmacol 2023;89:751-61.

Elke stap telt

Carlijn Vermeer

Een kleine 4000 stappen per dag vermindert de totale sterfte al. Elke toename van 1000 stappen per dag vermindert de totale sterfte verder met 15%. Dat blijkt uit een groot Pools onderzoek. Goed nieuws voor in de spreekkamer!

Lichamelijke activiteit houdt verband met een vermindering van het risico op sterfte. Door de beschikbaarheid van stappentellers is de trend ontstaan om lichamelijke activiteit te monitoren. De aanbevolen 10.000 stappen per dag lijkt voor veel mensen niet haalbaar, maar het is ook de vraag of dit het optimale aantal stappen per dag is.

Poolse onderzoekers voerden een meta-analyse uit van 17 cohortonderzoeken waarin het aantal stappen per dag werd onderzocht in relatie tot sterfte door alle oorzaken en sterfte door cardiovasculaire oorzaken. De mediane follow-upperiode was 7,1 jaar. In totaal werden 226.889 volwassenen geïncludeerd (gemiddelde leeftijd 64 jaar; 49% vrouw). Het betrof zowel gezonde individuen als mensen met cardiovasculaire risicofactoren.

De resultaten lieten zien dat een dagelijkse hoeveelheid van 3876 stappen al kan resulteren in een lager risico op sterfte door alle oorzaken. Elke toename van 1000 stappen per dag ging ge-



Is een driedaagse amoxicillinekuur bij kinderen met pneumonie verantwoord?

Ariëtte Sanders-van Lennep

Bij kinderen van 2 maanden tot 5 jaar oud met een niet-ernstige pneumonie is een driedaagse kuur amoxicilline niet inferieur aan een zevendaagse kuur. Dit toonde Brits onderzoek al eerder aan. Nu blijkt ook dat een kuur van 3 dagen even goed werkt als een kuur van 5 tot 10 dagen. Een recente systematische review bevestigt dit. Het Ge-Bu concludeert dat een amoxicillinekuur bij niet-ernstige pneumonie verkort zou kunnen worden, mits het kind goed wordt gemonitord.

Het *Ge-Bu* bespreekt de recente systematische review gericht op buiten het ziekenhuis opgelopen longontstekingen bij kinderen, die niet lethargisch, bewusteloos of collaberend zijn of parenterale antibiotica nodig hebben. De primaire uitkomstmaat was het falen van de antibioticumbehandeling, gedefinieerd als aanhoudende pneumonie, opnieuw zieker worden, verhoogde temperatuur ($> 38^{\circ}\text{C}$) na de kuur, verandering van antibioticum, ziekenhuisopname of overlijden.



Uit een meta-analyse van 9 onderzoeken bleek dat een korte behandeling (3-5 dagen) in 12,7% faalde en een lange behandeling (5-10 dagen) in 12,5% van de gevallen. Het ging in totaal om 11.143 kinderen, waarvan 98% tussen 2 tot 59 maanden oud waren. Het absoluut risicoverschil was 0,00 (95% BI -0,01 tot 0,01). De kwaliteit van het bewijs was hoog.

Uit een subgroepanalyse (4 onderzoeken, 9108 kinderen) bleek een driedaagse behandeling niet inferieur aan een vijfdaagse behandeling (therapiefalen 13,3% versus 13,1%; absoluut risicoverschil 0,00 (-0,01 tot 0,02). In alle verder bestudeerde subgroepen werd non-inferioriteit aangetoond, zoals bij de diagnosemethode van de pneumonie, het klinisch beeld, hoog- of laaginkomensland, soort antibioticum (amoxicilline versus cotrimoxazol), maar ook de hoogte van de dosis en doseringsfrequentie.

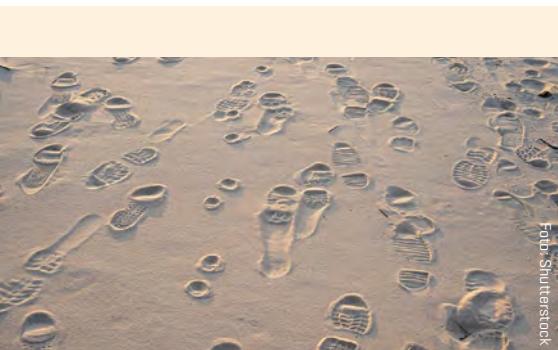
De auteurs concluderen dat de behandeling niet *'one size fits all'* is en voor elk individueel kind moet worden aangepast, afhankelijk van hoe het kind op de behandeling reageert. Ook is het langetermijneffect van de korte behandeling nog niet bekend. Het Ge-Bu neemt deze conclusie over. De vraag is nu of de resultaten van de systematische review iets betekenen voor de nieuwe NHG-Standaard Acute hoesten, die momenteel in herziening is. ■

Update: amoxicilline bij kinderen met pneumonie. Is een korte kuur even effectief als een lange kuur? Schwarz EP. GeBu 2023;57(7):e2023.7.11, gepubliceerd: 17-07-2023.

(bijvoorbeeld een zittende levensstijl of comorbiditeiten) niet worden uitgesloten. Deze analyse benadrukt dat het niet nodig lijkt om 10.000 stappen per dag te zetten om gezondheidswinst te behalen en dat een kleine 4000 stappen al voordelen kan bieden wat betreft totale sterfte. Desondanks blijft gelden: hoe meer stappen per dag, hoe beter. Moedig mensen daarom aan om te wandelen en stel ze gerust dat ze niet per se die 10.000 stappen per dag hoeven te halen. Zelfs met minder stappen zijn ze al goed op weg. ■

Banach M, et al. The association between daily step count and all-cause and cardiovascular mortality: a meta-analysis. Eur J Prev Cardiol 2023 Aug 9;zwad229. DOI:10.1093/eurjpc/zwad229 [epub ahead of print].

paard met een verdere daling van 15% (hazard ratio (HR) 0,85; 95%-BI 0,81 tot 0,91). Tevens bleek dat 2337 stappen per dag al leidde tot een lager risico op cardiovasculaire sterfte, waarbij elke toename van 500 stappen per dag correleerde met een extra afname van 7% (HR 0,93; 95%-BI 0,91 tot 0,95). Door het observationale karakter van de opgenomen onderzoeken kan het effect van andere risicofactoren op sterfte



De rol van de huisarts bij de oncologische nacontroles voor darmkanker

Julien Vos, Laura Duineveld, Thijs Wieldraaijer, Jan Wind, Henk van Weert, Kristel van Asselt, namens de ICARE-onderzoeksgroep

Veel patiënten met kanker vinden het prettig wanneer hun huisarts betrokken is bij de nazorg. Volgens het NHG behoort dergelijke nazorg ook tot de taken van de huisarts. Het is nog de vraag of huisartsen ook oncologische nacontroles zouden kunnen doen. Zijn dergelijke nacontroles door huisartsen effectief? En hoe denken patiënten en huisartsen hierover?

Oncologische nacontroles en nazorg voor patiënten met dikkedarmkanker vinden gewoonlijk plaats in het ziekenhuis. Zulke geplande medische nacontroles moeten achterhalen of de ziekte is teruggekomen, terwijl de oncologische nazorg zich richt op de begeleiding en behandeling van de (late) gevolgen van kanker en het beperken van de ziektelast. Volgens de landelijke follow-uprichtlijn voor dikkedarmkanker heeft de huisarts geen formele rol bij oncologische nacontroles en nazorg.¹ Veel patiënten met kanker hebben echter wel behoefte aan een actief betrokken huisarts.² Huisartsen zijn

vaak ook al betrokken bij de oncologische nazorg.³ Wanneer dit het geval is, heeft dat mogelijk ook positieve effecten op uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven en patiënttevredenheid.^{4,5}

De rol van de huisarts bij oncologische nacontroles en nazorg is daarom al langere tijd onderwerp van discussie. In een rapport uit 2007 stelt de Gezondheidsraad dat substitutie van oncologische nacontroles de druk op de capaciteit in de duurdere tweede lijn kan verminderen.⁶ Tegelijkertijd staat ook de eerste lijn onder toenemende druk. Het Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk van het NHG uit 2014 stelt dat nazorg een onderdeel is van de huisartsenzorg. De oncologische nacontroles kunnen hier onder bepaalde voorwaarden deel van uitmaken, mits hier voldoende wetenschappelijke ondersteuning voor is.⁷

Het leveren van oncologische nacontroles in de huisartsenpraktijk dient dan wel aan verschillende voorwaarden te voldoen:

1. er moet draagvlak zijn onder patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars;
2. huisartsen dienen gebruik te maken van oncologische richtlijnen;
3. er moet voldoende tijd zijn;
4. de eerste en tweede lijn dienen digitaal gegevens uit te wisselen;
5. lokaal en regionaal moet er worden samengewerkt;
6. er dient aandacht te zijn voor onderwijs en onderzoek.

Het NHG stelde voor om substitutie van oncologische nacontroles te verkennen voor enkele van de meestvoorkomende kankersoorten in Nederland, zoals darmkanker.

HET ICARE-ONDERZOEK

In 2015 is het ICARE-onderzoek opgezet, dat moet nagaan of een grotere betrokkenheid van de huisarts na de behandeling voor dikkedarmkanker tot een betere kwaliteit van leven leidt. Het onderzoek bestond uit twee delen, namelijk een cohort-onderzoek en een gerandomiseerde trial. In dit artikel gaan we vooral dieper in op de belangrijkste uitkomsten van de gerandomiseerde trial.



Oncologische nacontroles door de huisarts leiden niet tot betere of slechtere uitkomsten dan die door de specialist, maar wel tot lagere maatschappelijke kosten.

Foto: iStockphoto

Cohortonderzoek

Met het cohortonderzoek brachten we de huidige nazorg voor darmkanker in kaart. We onderzochten de symptomen en zorgbehoeften van 227 patiënten die behandeld waren voor dikkedarmkanker en nazorg kregen via het ziekenhuis.^{8,9} Daarnaast analyseerden we de huidige betrokkenheid van de huisarts bij deze nazorg.³ We includeerden patiënten in de eerste 5 jaar na de operatie. De patiënten werden vervolgens 6 maanden gevolgd. Tijdens deze periode rapporteerden de patiënten veel verschillende symptomen en zorgbehoeften.^{8,9} Voor slechts een klein deel zochten ze hulp van een zorgverlener. Patiënten namen hiervoor net zo vaak contact op met de huisarts als met de specialist, en waren tevreden over beide zorgverleners.

Gerandomiseerde trial

In de gerandomiseerde trial die hierop volgde, hebben patiënten na de behandeling voor darmkanker geloot tussen oncologische nacontroles en nazorg door een chirurg of door een huisarts.¹⁰ Aan het onderzoek deden 303 patiënten mee, van wie er 162 de zorg van een chirurg kregen en 141 van een huisarts. De oncologische nacontroles bestonden uit (half) jaarlijkse controles van het carcino-embryonaal antigeen (CEA), echografie van de buik en coloscopie-surveillance. Inmiddels is de echografie vervangen door een CT-thorax/abdomen na 1 jaar.¹

De patiënten in de gerandomiseerde trial werden 5 jaar gevolgd. Ondanks de inspanningen van de onderzoeksgroep duurde de werving van patiënten en huisartsen voor het ICARE-onderzoek langer dan verwacht en liep het onderzoek vertraging op.¹¹ Van de 1238 patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek namen er 303 deel; een deelnamepercentage van 25%. In vergelijking met andere onderzoeken in de eerste lijn is dit relatief laag.¹² Patiënten noemden voor hun weigering vaak redenen die gerelateerd waren aan het onderzoek (57%). Ze hadden bijvoorbeeld de voorkeur voor een specialist (31%) of vonden het te veel moeite om deel te nemen aan het onderzoek (12%). Sommige patiënten weigerden deelname vanwege hun gezondheid (9%) of wilden niet meer geconfronteerd worden met hun ziekte (5%).

Er deden 250 huisartsen mee aan het onderzoek. In 43 gevallen weigerden huisartsen om deel te nemen. Huisartsen waren het soms niet eens met het doel van het onderzoek (de substitutie van de zorg vanuit het ziekenhuis naar de huisarts) of hadden behoefte aan extra tijd en/of een financiële compensatie.

Gezondheidsuitkomsten

Eerst keken we naar het effect van de oncologische huisartsenzorg op gezondheidsuitkomsten. In het eerste jaar na de darmkankeroperatie vonden we geen relevant voordeel of nadeel wat betreft de kwaliteit van leven (KvL); de primaire uitkomst van het onderzoek; op een schaal van 100 was er een verschil in KvL-score van -2,3 (95%-betrouwbaarheidsinterval

DE KERN

- Huisartsen spelen een belangrijke rol bij de oncologische nazorg voor patiënten.
- Oncologische nacontroles door de huisarts leiden niet tot betere of slechtere uitkomsten dan die door de specialist, maar wel tot lagere maatschappelijke kosten.
- Er zijn belangrijke barrières die de oncologische nacontroles door de huisarts belemmeren, waaronder gebrek aan tijd, aan onderwijs en aan financiële compensatie.
- In plaats van volledige substitutie van oncologische nacontroles door de huisarts zijn ook andere vormen van substitutie mogelijk.
- De (mogelijke) rol van de huisarts is afhankelijk van maatschappelijke argumenten en persoonlijke of disciplinegebonden voorkeuren.

(BI) -5,0 tot 0,4) tussen de huisartsen- en de chirurgengroep.¹³ Ook vonden we geen statistisch significant verschil in de detectie van recidieven (18 in de huisartsengroep versus 28 in de chirurgengroep, hazardratio van 0,75 (95%-BI 0,41 tot 1,36)).¹⁴ Het onderzoek had echter niet voldoende deelnemers om een klein verschil aan te tonen.

Ervaringen van patiënten

Vervolgens keken we naar de verschillen in kwaliteitsaspecten van zorg, zoals de communicatie en informatievoorziening door beide zorgverleners.¹⁵ De patiënten waren zeer tevreden over de zorg door zowel de huisarts als de chirurg (respectievelijk 9,6 en 9,4 op een schaal van 10).

Uit aanvullende diepte-interviews met patiënten bleek dat de zorg in de huisartsenpraktijk op verschillende manieren georganiseerd was. Patiënten namen soms zelf het initiatief om controleafspraken in te plannen, terwijl in andere gevallen de huisarts dit deed. Sommige patiënten vonden de taakverdeling onduidelijk en hadden daarom behoefte aan meer sturing door de huisarts. In de ziekenhuizen werden patiënten vaak automatisch opgeroepen voor controleafspraken, terwijl dat in de huisartsenpraktijk werd overgelaten aan de huisarts en de patiënt.

Ervaringen van zorgverleners

We interviewden ook 17 huisartsen die aan het onderzoek hadden meegedaan.¹⁶ De meeste huisartsen vonden het niet moeilijk om de oncologische zorg te leveren. Ze ervoeren echter ook belangrijke barrières. Zo hadden ze behoefte aan extra tijd, onderwijs en financiële compensatie. Huisartsen vonden, net zoals patiënten, de rol- en taakverdeling soms onduidelijk. Ze hadden bovendien behoefte aan een monitoringssysteem zodat ze patiënten niet uit het oog zouden verliezen. De geïnterviewde huisartsen dachten verschillend over een mogelijke 'vaste' rol van de huisarts in de toekomst.

Zorgkosten

Ten slotte keken we naar het effect op de zorgkosten. We gebruikten gevalideerde vragenlijsten om op verschillende momenten de kosten van het zorggebruik en het productiviteitsverlies te meten.¹⁷ Na 3 jaar waren de totale maatschappelijke kosten significant lager in de huisartsgroep, in vergelijking met de chirurgengroep (gemiddeld verschil van -3.895 euro (95%-BI -6.113 tot -1.712 euro)). Het verschil in kosten werd vooral gedreven door een verschil in productiviteitsverlies: patiënten kunnen minder werken door de ziektelast (-3.305 euro (95%-BI -5.028 tot -1.739 euro)). Mogelijk speelt hier selectieve uitval een rol, waarbij patiënten met een hoge ziektelast vaker bij de specialist onder controle bleven.

Ook de zorgkosten waren lager, maar die verschilden niet significant met die van de chirurgengroep (-678 euro (95%-BI -2.129 tot 803 euro)); hierbij rekenden we met door het Zorginstituut vastgestelde referentietarieven uit 2014 (ongeveer 37 euro voor een huisartsenconsult versus 89 euro voor een chirurgconsult).¹⁸ Door middel van de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) relateerden we de kosten aan het effect op KvL. We concludeerden dat de oncologische zorg door de huisarts waarschijnlijk kosteneffectief is voor ziektespecifieke KvL, maar niet voor algemene KvL.

BEWIJS VOOR EFFECTIVITEIT

Volgens het NHG-Standpunt is een begin van substitutie van oncologische nacontroles naar de huisartsenpraktijk mogelijk indien de effectiviteit wetenschappelijk onderbouwd is en de uitvoering in de eerste lijn haalbaar is.⁷ Het ICARE-onderzoek levert het wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit.

De resultaten van dit onderzoek komen grotendeels overeen met die van twee gerandomiseerde onderzoeken uit Australië en Noorwegen.^{19,20} Op basis van de resultaten van die onderzoeken en dit onderzoek kunnen we concluderen dat de oncologische zorg door de huisarts bij dikkedarmkanker waarschijnlijk leidt tot vergelijkbare uitkomsten als de zorg door de chirurg.

In de regio van Brielle, Rockanje en Oostvoorne is in het verleden een pilotonderzoek verricht waarin 15 huisartsen de oncologische nacontroles en nazorg voor patiënten met darmkanker op zich namen.²¹ Nu, 10 jaar na dato, leveren de huisartsen deze zorg nog steeds. De resultaten van dat onderzoek laten zien dat het leveren van oncologische nacontroles en nazorg in de huisartsenpraktijk mogelijk is.

IMPLEMENTATIE

De resultaten van de genoemde onderzoeken en die van ons onderzoek geven aanleiding om een implementatieonderzoek op lokale of regionale schaal te overwegen. Het ICARE-onderzoek bracht nog wel een aantal belangrijke behoeften en wensen rond implementatie aan het licht. Zo is er behoefte aan extra tijd, onderwijs en financiële compensatie. Ook is er behoefte aan een oproepsysteem om patiënten automatisch op

te roepen voor de (half)jaarlijkse controles. Bij het vermoeden op een recidief is het belangrijk dat een specialist de patiënten op korte termijn kan zien. Hiervoor moeten duidelijke zorgpaden aanwezig zijn. Ook dienen er goede afspraken te komen over andere vormen van communicatie en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn, bijvoorbeeld over de uitwisseling van patiëntgegevens.

Om deze punten te realiseren, is het belangrijk dat er consensus wordt bereikt over de (mogelijke) rol van de huisarts bij oncologische nacontroles. Hierbij zullen maatschappelijke argumenten en persoonlijke (of disciplinegebonden) voorkeuren een rol spelen.

ANDERE VORMEN VAN ZORGSUBSTITUTIE

In plaats van volledige substitutie van oncologische nacontroles door de huisarts, zijn ook andere vormen van substitutie mogelijk. Zo wordt momenteel in Nederland onderzocht of patiënten na de behandeling van darmkanker nacontroles op afstand kunnen krijgen.²² De patiënten kunnen dan door middel van een online applicatie hun eigen onderzoeksresultaten inzien, zodat ze bij afwijkende resultaten contact kunnen opnemen. Hierdoor komt de verantwoordelijkheid voor het natraject meer bij de patiënt te liggen. Ook zijn er ontwikkelingen op het gebied van oncologische praktijkondersteuning in de huisartsenpraktijk.

CONCLUSIE

In het ICARE-onderzoek hebben we gekeken naar verschillende uitkomsten van oncologische nacontroles en nazorg door de huisarts en door de specialist. Oncologische zorg door de huisarts heeft niet geleid tot betere of slechtere uitkomsten, maar wel tot lagere maatschappelijke kosten. De resultaten geven daarom voldoende aanleiding voor een implementatieonderzoek op lokale of regionale schaal. Tegelijkertijd verliep de werving van patiënten en huisartsen binnen het ICARE-onderzoek moeizaam en daarom is het nog de vraag of hier voldoende draagvlak voor is. Om implementatie te realiseren, hebben we enkele randvoorwaarden beschreven, waaronder nieuwe zorgpaden en samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en specialisten. ■

De literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Vos JAM, Duineveld LAM, Wieldraaijer T, Wind J, Van Weert HCPM, Van Asselt KM. De rol van de huisarts bij de oncologische nacontroles voor darmkanker. *Huisarts Wet* 2024;67(1):10-2. DOI: 10.1007/s12445-023-2413-6.

Amsterdam UMC, locatie Universiteit van Amsterdam, Afdeling Huisartsgeneeskunde: J.A.M. Vos, huisarts in opleiding, postdoc onderzoeker, j.a.m.vos@amsterdamumc.nl; L.A.M. Duineveld, huisarts; T. Wieldraaijer, huisarts; J. Wind, huisarts; H.C.P.M. van Weert, hoogleraar Huisartsgeneeskunde; K.M. van Asselt, huisarts, senior onderzoeker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De tijd is rijp voor oncologische nacontroles door de huisarts

Niek de Wit

Nazorg bij kanker is een belangrijk thema, zeker in de huidige tijden van passende zorg en transformaties in het kader van het Integraal Zorg Akkoord. Nazorg door de huisarts, een vertrouwde zorgverlener, is een uitgesproken vraag van patiënten. Wel was er noodzaak voor meer wetenschappelijke onderbouwing van oncologische nacontroles door de huisarts. Op basis van recent onderzoek lijkt de kwaliteit van nazorg door de huisarts voldoende onderbouwd. Een pleidooi voor oncologische nacontroles door de huisarts.

In de afgelopen jaren is in talrijke adviesrapporten, beleidsnotities en wetenschappelijke beschouwingen gepleit voor een grotere rol van de huisarts in de oncologische zorg, met name in de begeleiding en *survivorshipcare*.¹⁻³ Het NHG-Standpunt Oncologische zorg door de huisarts onderschrijft dat ook oncologische nacontroles, onder voorwaarden, heel goed door de huisarts gedaan kunnen worden.⁴

Toch komt dit tot op heden maar moeizaam van de grond, ondanks de toenemende maatschappelijke urgentie en de uitgesproken vraag van patiënten voor meer betrokkenheid van de huisarts bij de zorg voor kanker.⁵ Hierbij speelde de noodzaak voor meer wetenschappelijke onderbouwing een belangrijke rol.⁴ Op basis van recent onderzoek (ICARE-onderzoek) lijkt de kwaliteit van nazorg door de huisarts echter voldoende onderbouwd. Wat rest is de terughoudendheid van de beroepsgroep om deze belangrijke zorg voor een kwetsbare patiëntengroep over te nemen.

KANKER STEEDS MEER CHRONISCH BIJ OUDEREN

Volgens de voorspellingen van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) zal de incidentie van kanker in de komende jaren verder stijgen. Dat komt vooral door de vergrijzing en de gestegen levensverwachting. Sinds 1990 is de kans om kanker te krijgen voor vrouwen toegenomen van 33% naar 47%, en voor mannen van 40% naar 54%.⁶ De overleving bij kanker ligt nu al boven de 60%. Door de betere behandeling zal in de toekomst ook het aantal patiënten dat kanker overleeft steeds verder toenemen. Bovendien gaat de populatie van patiënten met kanker in de voorgeschiedenis steeds meer vergrijzen. Nu al wordt meer dan 80% van de nieuwe kankerdiagnoses gesteld bij patiënten ouder dan 60 jaar. Bij oudere patiënten is kanker een deel van hun multimorbiditeit, naast bijvoorbeeld metabole- en mobiliteitsproblemen

en psychische problemen. Juist voor die groep is het belangrijk dat ze goede en integrale begeleiding krijgen, met oncologische nacontroles en psychosociale begeleiding in een breder persoonlijk perspectief, liefst door een vertrouwde zorgverlener. Door de huisarts dus. Als die tenminste dezelfde kwaliteit van zorg kan leveren.

NOODZAAK VERPLAATSING ZORG STEEDS GROTER

De grote maatschappelijke urgentie van beheersing van de zorgkosten vergt dat we alleen de zorg leveren die nodig is (passende zorg) op die plaats waar die zorg ook het meest doelmatig geleverd kan worden (juiste zorg op de juiste plek). Per definitie is alle zorg in het ziekenhuis duurder, dus alleen om die reden ligt substitutie voor de hand: van oncologische nacontroles in het ziekenhuis naar oncologische nacontroles bij de huisarts.

Maar ook de patiënt vindt een grotere rol van de huisarts in de zorgverlening bij kanker belangrijk, zowel tijdens als na de behandeling. In een enquête onder bijna 5000 patiënten met kanker bleek dat het merendeel graag contact met de huisarts heeft met betrekking tot de diagnose, maar ook tijdens en na de behandeling.⁵ De huisarts is het eerste aanspreekpunt voor een breed spectrum aan zorgvragen, ook bij kanker. In de praktijk blijkt ook dat in het jaar na de diagnose patiënten met kanker meer dan 10 keer contact met de huisarts hebben, ook voor niet direct oncologische vragen.⁷

KWALITEIT ONCOLOGISCHE NAZORG DOOR HUISARTS BLIJKT GOED

Wetenschappelijke evaluaties laten zien dat de kwaliteit van de nazorg bij patiënten met bijvoorbeeld melanoom, borstkanker en longkanker bij uitvoering door huisarts en specialist in grote lijnen vergelijkbaar is.⁸ Vos et al. voegen daar nieuw bewijs aan toe voor nacontroles bij dikke-



Er is voldoende wetenschappelijke onderbouwing dat oncologische nacontrole door de huisarts van tenminste dezelfde kwaliteit is als nacontrole door de specialist.

Foto: Margot Scheerder

darmkanker.⁹ In het ICARE-onderzoek werden 303 patiënten met dikkedarmkanker gerandomiseerd naar nacontrole door de huisarts dan wel door de specialist. Over een periode van 12 maanden bleek er geen significant verschil tussen beide groepen in aantal recidieven of kwaliteit van leven van de patiënten. In het ICARE-onderzoek bleek er ook geen verschil in tevredenheid van patiënten over de geboden zorg door de huisarts of de specialist. De oncologische nacontroles in de ziekenhuiszorg bleken wel beter gestructureerd, dus daar ligt binnen de huisartsenzorg nog een punt ter verbetering. Dat niet alle patiënten meteen open staan voor nacontroles in de eerste lijn verklaarde mede de relatief lage deelnamegraad; 25% van de potentiële deelnemers zag daarvan af omdat ze bij hun behandelend specialist wilden blijven. Maar die initiële weerstand zagen we 30 jaar geleden ook bij de overgang van COPD-zorg en diabeteszorg uit het ziekenhuis naar de huisarts.

Al met al goed nieuws, zou je zeggen. Hiermee is er zo langzamerhand voldoende wetenschappelijke onderbouwing dat nacontrole door de huisarts van tenminste dezelfde kwaliteit is, dat de patiënt er net zo tevreden over is en het vanuit een maatschappelijk perspectief veel doelmatiger is dan de traditionele controles in het ziekenhuis. Dan is er toch geen reden waarom de huisarts die controles niet op zich zou nemen?

HET PERSPECTIEF VAN DE HUISARTS

Toch zien veel huisartsen barrières tegen volledige overname van oncologische nacontroles van de specialist.¹⁰ Vermeend gebrek aan kennis over oncologie is er één van. In de praktijk valt dat waarschijnlijk wel mee: de meeste oncologische nacontroles zijn tegenwoordig geprotocolleerd¹¹, en met aanpassing voor gebruik in de huisartsenpraktijk, nascholing en de specialist laagdrempelig bereikbaar voor consultatie hoeft de uitvoering niet zo ingewikkeld te zijn. Dat blijkt ook

uit het ICARE-onderzoek. Veel belangrijker is de oplopende druk op de huisarts om allerlei vormen van tweedelijnszorg over te nemen in de eerste lijn. Niet alleen voor kanker, maar ook voor hart- en vaatziekten, ggz en ouderenzorg. Daardoor dreigt overbelasting. Als er niet daadwerkelijk ruimte wordt gemaakt om al die extra taken uit te voeren, loopt ook een goedwerkend systeem als de Nederlandse huisartsgeneeskunde hierdoor vast. Aanvullende financiering voor meer tijd voor de patiënt; is dat dan de oplossing? Het is twijfelachtig of het implementatievraagstuk opgelost wordt met alleen een adequaat tarief. In de huidige arbeidsmarkt rond de huisartsgeneeskunde is er een grens aan de beschikbare capaciteit om de huisarts overall voor in te zetten. Ook als dat moet plaatsvinden in *shared care*-modellen, waarin huisartsen en specialisten de zorg delen.

Een veel meer voor de hand liggende oplossing lijkt het structureel doorvoeren van taakdelegatie in de huisartsenpraktijk, bijvoorbeeld door de inzet van verpleegkundig specialisten of *physician assistants* in de eerste lijn. Uit de eerste evaluaties blijkt dat die een belangrijk deel van de zorgvragen in de huisartsenpraktijk zelfstandig kunnen oplossen.¹² In geval van nazorg bij kanker zou de huisarts zich dan primair kunnen richten op de meer complexe oncologische patiënten (co-morbiditeit, ouderen) en de laag complexe oncologische controles aan de verpleegkundig specialist kunnen overlaten.

DE HUISARTS ALS VERTROUWDE ZORGVERLENER

Kanker is een ernstige ziekte met grote impact, en het perspectief van de patiënt moet centraal staan. Kanker vraagt optimale behandeling, maar daarna integrale begeleiding en nazorg, liefst door een vertrouwde zorgverlener in de eigen leefomgeving. Wat mij betreft door de huisarts dus. Met de resultaten van het ICARE-onderzoek is het bewijs dat de kwaliteit daarvan in de eerste lijn minstens zo goed is, wel rond. Laten we het daarom in de regio's gaan implementeren. We hoeven niet voor iedere kankervorm opnieuw evaluatie- en implementatieonderzoek te gaan doen. En natuurlijk moet de huisarts daar dan tijd voor kunnen maken. Dat zit deels in adequate financiering, maar net zo goed in prioritering en taakdelegatie in de huisartsenpraktijk. Mijn pleidooi: laten we daar werk van gaan maken. Passende zorg betekent immers ook dat zorgprofessionals vooral datgene doen waar ze het verschil mee maken. Persoonsgerichte zorg in moeilijke levensfasen en bij complexe ziekten, daar is de huisarts tenslotte voor. ■

De literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

De Wit NJ. De tijd is rijp voor oncologische nacontroles door de huisarts. *Huisarts Wet* 2024;67(1):13-4. DOI:10.1007/s12445-023-2424-3. UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: N.J. de Wit, hoogleraar huisartsgeneeskunde, n.j.dewit@umcutrecht.nl. Belangenverstrengeling: NdW kreeg onderzoekssubsidies van KWF en Danone.

Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatiedraagsters

Majke van Bommel, Joanna IntHout, Marleen Kets, Joanne de Hullu, Anne van Altena, Marline Harmsen

Wanneer 2 richtlijnen over dezelfde aandoening verschillende adviezen geven, kan dit tot onduidelijkheid leiden bij patiënten en zorgverleners. Volgens de auteurs van dit opiniestuk speelt dat nu bij de herziene NHG-Standaard Anticonceptie voor BRCA1- of BRCA2-mutatiedraagsters en de richtlijn Familiair en erfelijk ovariumcarcinoom van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. De NHG-Standaard stelt dat er relatieve en absolute contra-indicaties zijn voor de anticonceptiepil bij BRCA1/2-mutatiedraagsters. De auteurs denken dat er onvoldoende gegevens zijn om die stelling te onderbouwen. Een systematische review met meta-analyse over de invloed van anticonceptie op borst- en eierstokkankerrisico bij deze groep vrouwen moet duidelijkheid scheppen.

Elke huisartsenpraktijk telt 5 tot 10 vrouwen met een BRCA1- of BRCA2-mutatie. Volgens de NHG-Standaard Anticonceptie van mei 2020 is er een *relatieve* contra-indicatie voor alle soorten hormonale anticonceptie bij BRCA1/2-mutatiedraagsters tussen de 25 en 35 jaar.¹ Er zou een *absolute* contra-indicatie zijn voor mutatie-draagsters van 35 tot 45 jaar. De richtlijn Familiair en erfelijk ovariumcarcinoom van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) stelt dat er onder de leeftijd van 25 jaar geen bezwaar is tegen de anticonceptiepil voor vrouwen met een BRCA1/2-mutatie. Voor de andere leeftijdsgroepen worden geen adviezen (en dus geen contra-indicaties) geformuleerd.²

De verschillen tussen de adviezen in de 2 richtlijnen zijn een gevolg van het gebrek aan uniforme en voldoende gegevens over kankerrisico's en anticonceptie in de BRCA-populatie. Om inzicht te krijgen in alle gegevens hebben wij een systematische review met meta-analyse uitgevoerd. Hiervoor includeerden we alle onderzoeken tot en met juni 2021 over het risico op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatiedraagsters in relatie tot anticonceptiegebruik.³ We vonden 11 onderzoeken naar het borstkankerrisico bij in totaal 16.631 BRCA1/2-mutatiedraagsters, en 10 onderzoeken naar het eierstokkankerrisico bij in totaal 21.425 BRCA1/2-mutatiedraagsters. De heterogeniteit tussen de onderzoeken was laag tot matig. De onderzoeken richtten zich alleen op de anticonceptiepil en tubaligatie. Er waren geen onderzoeken naar andere vormen van (hormonale) anticonceptie bij BRCA1/2-mutatiedraagsters.

RISICO OP BORSTKANKER

Uit de meta-analyse bleek dat de anticonceptiepil het risico op borstkanker mogelijk verhoogt, wat samenhang

met gebruik van een hazardratio (HR 1,55, 95%-betrouwbaarheidsinterval (BI) 1,36 tot 1,76) of een oddsratio (OR 1,06, 95%-BI 0,90 tot 1,25) [infographic]. Uitgaande van een levenslang borstkankerrisico van ongeveer 70%, komt dit overeen met een absoluut risico tussen de 68 en 75% op basis van de gevonden oddsratio.⁴ Dit absolute risico moeten we voorzichtig interpreteren, want het risico is lager tijdens pilgebruik (omdat vrouwen dan nog jonger zijn). Daarnaast is de 70% waarschijnlijk gebaseerd op een mix van vrouwen met en zonder pilgebruik. Tien jaar na het laatste gebruik van de anticonceptiepil was het borstkankerrisico nog verhoogd vergeleken met vrouwen die de anticonceptiepil nooit hadden gebruikt.

RISICO OP EIERSTOKKANKER

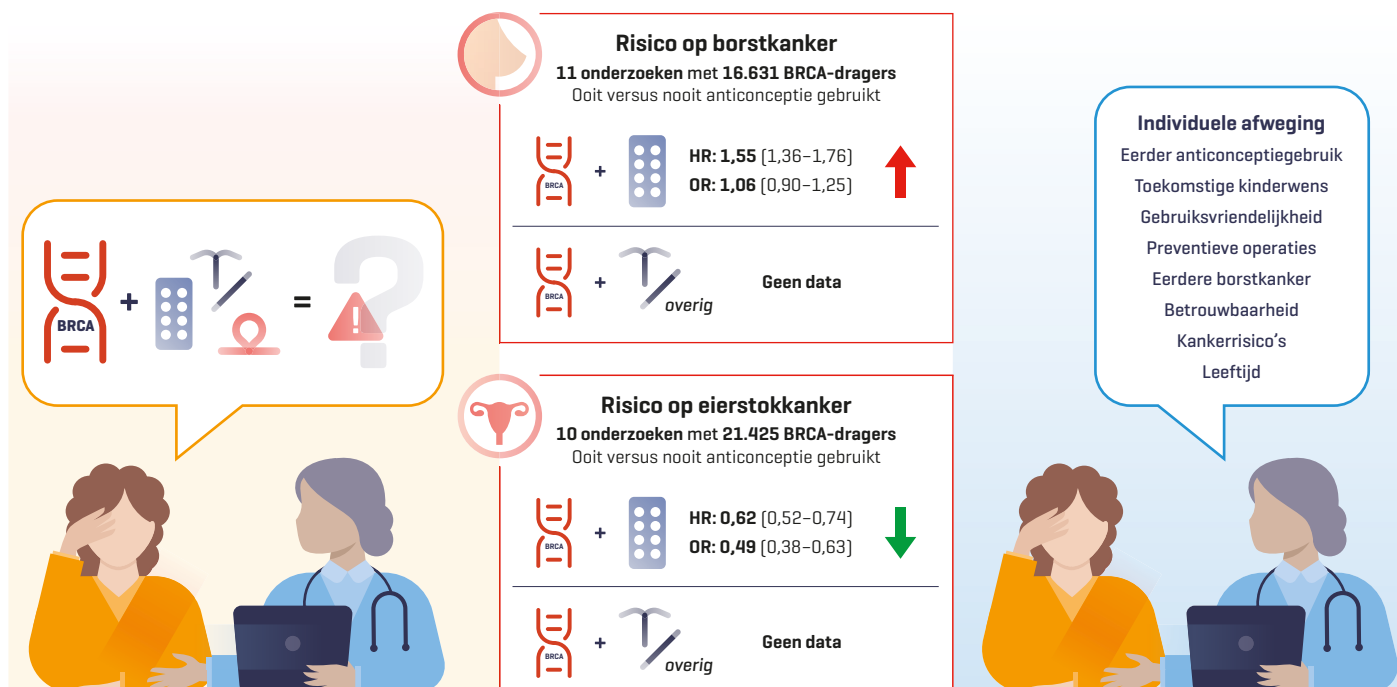
De meta-analyse naar eierstokkankerrisico liet een verlaagd risico zien bij gebruik van de anticonceptiepil (HR 0,62, 95%-BI 0,52 tot 0,74 en OR 0,49, 95%-BI 0,38 tot 0,63) [infographic]. Als we dit vertalen naar een absoluut risico voor BRCA1-mutatiedraagsters – met alle genoemde mitsen en maren – dan betekent dit een eierstokkankerrisico van 23-33% bij anticonceptiepilgebruik, vergeleken met 44% kans op eierstokkanker voor BRCA1-mutatiedraagsters in het algemeen.⁴ Voor BRCA2-mutatiedraagsters is het eierstokkankerrisico ongeveer 17%.⁴ Door de anticonceptiepil wordt het absolute risico dan 7-11% op basis van de OR. Het beschermende effect verdwijnt na het stoppen van de anticonceptiepil.

INTERNATIONALE RICHTLIJNEN

Daarnaast plaatsten we alle internationale relevante richtlijnen betreffende anticonceptie en BRCA in een overzicht. Dertien van de 14 richtlijnen van 6 landen hanteren geen contra-indicatie voor hormonale anticonceptiva bij BR-

Infographic

Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatiedragsters en het hazard- en oddsratio.



CA1/2-mutatiedragsters. Zoals gezegd doet de NHG-Standaard dat wel. De meeste richtlijnen adviseren een geïndividualiseerd counselingsgesprek om de voor- en nadelen te bespreken.

BESCHOUWING

Onze bevindingen komen overeen met eerdere meta-analyses, die telkens een beschermend effect op het eierstokkankerrisico vinden bij gebruik van de anticonceptiepil bij BRCA1/2-mutatiedragsters.⁵⁻¹⁰ Meta-analyses van het borstkankerrisico en de anticonceptiepil zijn minder consistent en variëren van een verhoging van het risico tot geen significant effect, vergelijkbaar met onze meta-analyse.^{5-7,10}

De bevindingen over het effect op het kankerrisico door de anticonceptiepil in de BRCA1/2-populatie komen overeen met die in de algemene populatie.^{11,12} De effecten op kankerrisico's zijn echter wel relevanter voor vrouwen die al een verhoogd

kankerrisico hebben, omdat eenzelfde relatief risico resulteert in een grotere absolute toename van het risico.

Bij de counseling over anticonceptie bij BRCA1/2-mutatiedragsters dienen verschillende factoren die een rol spelen bij het kankerrisico aan de orde te komen: leeftijd, betrouwbaarheid van het anticonceptivum, een mogelijke kinderwens, eerder gebruik van anticonceptiva, gebruiksvriendelijkheid, het effect op vaginaal bloedverlies, eventuele eerdere borstkanker en het hebben of willen ondergaan van preventieve chirurgie van mammae en/of tubae en ovaria. Op jonge leeftijd (tot ongeveer 25 jaar) weegt het belang van adequate anticonceptie zwaarder dan een mogelijk verhoogd kankerrisico. In Nederland ondergaat 98,5% van alle BRCA1/2-mutatiedragsters een preventieve adnexectomie op het moment dat er daadwerkelijk een hoger risico is op eierstokkanker.¹³ De vraag is dus wat het slikken van de anticonceptiepil in de jaren ervoor bijdraagt

aan de verlaging van het eierstokkankerrisico. Voor het borstkankerrisico geldt dat de mogelijke nadelen van de anticonceptiepillen op het borstkankerrisico waarschijnlijk verwaarloosbaar zijn wanneer een vrouw een preventieve mastectomie heeft ondergaan. We konden geen extra analyses doen voor verschillende leeftijdsgroepen omdat gegevens hierover ontbreken.

VERSCHILLENDE SOORTEN ANTICONCEPTIEPILLEN

In de samenstelling van de anticonceptiepil is de laatste decennia veel veranderd (lagere doseringen, andere typen steroïden). Een eerdere meta-analyse onder BRCA1/2-mutatiedraagsters liet zien dat het borstkankerrisico bij gebruik van anticonceptiepillen van ná 1975 lager is dan bij anticonceptiepillen van vóór 1975.⁵ Het eierstokkankerrisico bleek lager bij BRCA1-mutatiedraagsters die de anticonceptiepil van vóór 1975 gebruikten en er was geen significant effect van de pil ná 1975 ten opzichte van geen gebruik.¹⁴ Voor BRCA2-mutatiedraagsters bleken deze bevindingen precies omgekeerd: de anticonceptiepil van vóór 1975 had geen effect op eierstokkankerrisico, terwijl die van ná 1975 het eierstokkankerrisico verlaagde.¹⁴ Wij konden geen analyses doen voor de verschillende soorten anticonceptiepillen omdat gegevens hierover ontbraken. De effecten van de huidige anticonceptiepillen zijn nog onvoldoende onderzocht. Ook zijn er geen gegevens over continu gebruik versus pilgebruik met een stopweek.

ANDERE ANTICONCEPTIVA

In maart 2022 werd het eerste onderzoek gepubliceerd naar het effect van andere anticonceptiva op eierstokkankerrisico bij BRCA1/2-mutatiedraagsters.¹⁵ Dit *matched case-control*-onderzoek met 1733 paren liet zien dat een etonogestrel-implantatiestaafje een beschermend effect heeft op eierstokkankerrisico (OR 0,30, 95%-BI 0,12 tot 0,73). De prikpil, hormoonhoudende spiraal en koperspiraal hadden geen significant effect op het eierstokkankerrisico. Omdat onze bevindingen bij de BRCA1/2-mutatiedraagsters vergelijkbaar zijn met die in de algemene populatie, zouden we kunnen stellen dat vergelijkbare effecten gelden voor de andere anticonceptiemethoden. In de algemene populatie vond onderzoek namelijk eerder een verlaagd eierstokkankerrisico bij gebruik van een spiraal (zowel koper als hormoonhoudend) of implantatiestaafje.¹⁶⁻²⁰ Het borstkankerrisico in de algemene populatie bleek verhoogd bij de *progestogen-only pill* (minipil) en bij de hormoonhoudende spiraal. Er was geen effect te zien op borstkankerrisico bij de prikpil, het implantatiestaafje, de vaginale ring en de anticonceptiepleister.^{12,21} Het effect van deze veelgebruikte anticonceptiemethoden op kankerrisico's bij BRCA1/2-mutatiedraagsters verdient verder onderzoek.



Lees ook 'Huidig anticonceptiebeleid bij dragers van BRCA-genmutaties volstaat' van Damen Z, et al. op pagina 18.

CONCLUSIE

Op basis van ons onderzoek concluderen we dat de anticonceptiepil het borstkankerrisico bij BRCA1/2-mutatiedraagsters mogelijk verhoogt. De anticonceptiepil verlaagt het eierstokkankerrisico. Wij zijn van mening dat er onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een (absolute) contra-indicatie voor de anticonceptiepil bij BRCA1/2-mutatiedraagsters te onderbouwen, terwijl de NHG-Standaard Anticonceptie wel een contra-indicatie hanteert. We bevelen aan om:

- op jonge leeftijd (≤ 25 jaar) betrouwbare anticonceptie aan te bieden;
- vanaf 25 jaar bij de counseling van BRCA1/2-mutatiedraagsters over anticonceptie, naast andere overwegingen, ook kankerrisico's te bespreken. Omdat patiënten vele factoren dienen af te wegen, kunnen huisartsen patiënten hiervoor naar de gynaecoloog of klinisch geneticus verwijzen. Vanaf 25 jaar vindt ook vaak de counseling over het testen op dragerschap plaats;
- de anticonceptiepil alleen te overwegen voor de preventie van eierstokkanker in het uitzonderlijke geval dat iemand *niet* voor een preventieve adnexextirpatie kiest.

Op basis van de zeer beperkte literatuur over andere anticonceptiemethoden (deels geëxtrapoleerd uit de algemene populatie) lijken er geen contra-indicaties te zijn voor de prikpil, het implantatiestaafje, de vaginale ring en de anticonceptiepleister. Op basis van onderzoeken in de algemene populatie kunnen we niet uitsluiten dat de progestogen-only pill en hormoonspiraal een nadelig effect op borstkanker hebben. Wij vinden dat BRCA1- of BRCA2-mutatiedraagsters individuele counseling moeten krijgen zodat ze een weloverwogen keuze kunnen maken, zonder dat de huisarts hierbij relatieve of absolute contra-indicaties hanteert. ■

LITERATUUR

1. NHG-werkgroep Anticonceptie. NHG-Standaard Anticonceptie. Utrecht: NHG, 2020. Richtlijnen.nhg.org. Geraadpleegd op 15 mei 2022.
2. Integraal Kankercentrum Nederland. Richtlijn erfelijk en familiair ovariumcarcinoom. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland, 2015. Geraadpleegd op 6 oktober 2020.
3. Van Bommel MHD, IntHout J, Veldmate G, Kets CM, De Hullu JA, Van Altena AM, et al. Contraceptives and cancer risks in BRCA1/2 pathogenic variant carriers: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2023;29:197-217.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Van Bommel MHD, IntHout J, Kets CM, De Hullu JA, Van Altena AM, Harmsen MG. Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatiedraagsters. *Huisarts Wet* 2024;67(1):15-7. DOI:10.1007/s12445-023-2411-8. Radboud universitair medisch center Nijmegen, afdeling Obstetrie en Gynaecologie, Nijmegen: M.H.D. van Bommel, arts en promovendus, Majke.vanBommel@radboudumc.nl; dr. J.A. de Hullu, gynaecologisch oncoloog; dr. A.M. van Altena: gynaecologisch oncoloog; dr. M.G. Harmsen: gynaecoloog in opleiding. Afdeling Health Evidence: dr. J. IntHout, biostatisticus. Afdeling Genetica: dr. C.M. Kets: klinisch geneticus. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Huidig anticonceptiebeleid bij dragers van BRCA-genmutaties volstaat

Zamire Damen, Miranda Kurver, Carla van der Wijden, Gerda van der Weele

In het opiniestuk 'Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatiedraagsters' zijn de auteurs Van Bommel et al. het op enkele punten oneens met de aanbevelingen uit de NHG-Standaard Anticonceptie. In dit commentaar reageren enkele auteurs van de NHG-Standaarden Anticonceptie en Borstkanker op het opiniestuk van Van Bommel et al. met een toelichting op het beleid in de NHG-Standaard Anticonceptie over anticonceptie bij dragers van BRCA-genmutaties.

Wij bedanken Van Bommel et al. voor hun bijdrage aan de discussie over het beleid ten aanzien van anticonceptie bij dragers van BRCA-genmutaties.¹ Dit is inderdaad een belangrijk onderwerp waarover de werkgroep bij de vorige herziening van de NHG-Standaard Anticonceptie veel discussie heeft gevoerd, gezien de complexiteit van de ma-

terie.² Van Bommel et al. concluderen in hun systematisch literatuuronderzoek dat gebruik van de combinatiepil versus geen gebruik het risico op borstkanker bij dragers van BRCA-genmutaties mogelijk verhoogt (HR 1,55 (95%-BI 1,36 tot 1,76); OR 1,06 (95%-BI 0,90 tot 1,15)).

Van Bommel et al. vinden dat er onvoldoende onderbou-



De NHG-Standaard Anticonceptie sluit aan bij het beleid van de NVOG-richtlijn voor vrouwen jonger dan 25 jaar en doet aanbevelingen voor andere leeftijdsgroepen.

Foto: Shutterstock

wing is voor de contra-indicaties die in de NHG-Standaard Anticonceptie staan voor gebruik van de anticonceptiepil door vrouwen met een BRCA-genmutatie. Zij stellen daarbij vast dat de standaard niet aansluit bij de NVOG-richtlijn Erfelijk en familiair ovariumcarcinoom.³ Zij pleiten ervoor om BRCA-genmutaties niet als contra-indicatie te hanteren, maar vrouwen > 25 jaar te counselen in hun keuze voor een anticonceptiemethode.

SCHIJNTEGENSTELLING

Het beleid in de NHG-Standaard Anticonceptie verschilt niet veel met wat Van Bommel et al. voorstellen. Het ligt mogelijk alleen wel iets genuanceerder. Het uitgangrisico op borstkanker is bij vrouwen jonger dan 25 jaar nog laag en neemt daarna geleidelijk toe. Daarom heeft de werkgroep ervoor gekozen om bij vrouwen jonger dan 25 jaar geen contra-indicatie te adviseren, bij vrouwen van 25-35 jaar een relatieve contra-indicatie en bij vrouwen ouder dan 35 jaar een absolute contra-indicatie. Vanzelfsprekend biedt de standaard ruimte voor een eigen afweging van voor- en nadelen wanneer de vrouw een sterke voorkeur heeft voor de combinatiepil. Het gesprek daarover verloopt via gedeelde besluitvorming; counseling dus. Door de getrapte contra-indicaties hebben wij het met de leeftijd toenemende risico willen aangeven, wat de weging vormt van de voor- en nadelen van de diverse vormen van anticonceptie. Overigens adviseert de standaard voor anticonceptiemethodes met alleen progestageen hetzelfde beleid vanwege het voorzorgsprincipe. Er zijn ook (zwakke) aanwijzingen voor een hoger risico op borstkanker door langdurig gebruik van de hormoonspiraal.²

SAMENWERKING NVOG EN NHG

De NVOG-richtlijn Erfelijk en familiair ovariumcarcinoom vermeldt alleen dat 'er onvoldoende reden is om gezonde vrouwen met een BRCA1/2- mutatie oraal anticonceptiegebruik af te raden voor de leeftijd van 25 jaar. De NHG-Standaard Anticonceptie sluit op deze aanbeveling aan. De NVOG-richtlijn geeft verder geen aanbevelingen over pilgebruik door vrouwen in andere leeftijdscategorieën en



Lees ook 'Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatie-draagsters' van Van Bommel MHD, et al op pagina 15.

besteedt geen aandacht aan counseling. De NHG-Standaard geeft daarover wel aanbevelingen en is daarmee een complete richtlijn.

Vaak zullen vrouwen met een BRCA-genmutatie in contact staan met een medisch specialist en daarmee hun vragen over anticonceptie bespreken. Ook huisartsen zijn goed in staat de voor- en nadelen van hormonale anticonceptie met vrouwen met een BRCA-genmutatie te bespreken, aan de hand van de informatie in de standaard.

De keuze voor anticonceptie is een individuele keuze die bij vrouwen met een BRCA-genmutatie doorgaans samenwerking en afstemming vergt tussen patiënt en behandelaren. Het is daarom wenselijk dat de richtlijnen voor huisartsen en specialisten op elkaar aansluiten. De NVOG heeft juist daarom meegewerkt aan de NHG-Standaard Anticonceptie, die voor zowel huisartsen als voor gynaecologen geldt.

TOT SLOT

Wij concluderen dat de NHG-Standaard Anticonceptie reeds aansluit bij het beleid van de NVOG-richtlijn bij vrouwen jonger dan 25 jaar. Daarbij biedt de NHG-Standaard Anticonceptie ook aanbevelingen voor andere leeftijdsgroepen en raadt genuanceerde counseling aan, 2 punten waar de NVOG-richtlijn geen aandacht aan besteedt. Momenteel zien wij daarom ook geen inhoudelijke reden om deze aanbevelingen aan te passen. ■

LITERATUUR

1. Van Bommel MHD, IntHout J, Kets CM, De Hullu JA, Van Altena AM, Harmsen MG. Anticonceptie en de kans op borst- en/of eierstokkanker bij BRCA1/2-mutatiedraagsters. *Huisarts Wet* 2024;67(1):15-7. DOI:10.1007/s12445-023-2411-8.
2. NHG-werkgroep Anticonceptie. NHG-Standaard Anticonceptie. Richtlijnen.nhg.org. Utrecht: NHG, 2020.
3. IKNL. Richtlijn Erfelijk en familiair ovariumcarcinoom, Utrecht: IKNL, 2015. Bereikbaar via: richtlijnen-database.nl.

Damen Z, Kurver M, Van der Wijden C, Van der Weele G. Huidig anticonceptiebeleid bij dragers van BRCA-genmutaties volstaat. *Huisarts Wet* 2024;67(1):18-9. DOI:10.1007/s12445-023-2410-9. NHG, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: Z. Damen, huisarts n.p., senior wetenschappelijk medewerker, correspondentie: z.damen@nhg.org; M. Kurver, huisarts, senior wetenschappelijk medewerker; dr. G. van der Weele, huisarts n.p., senior wetenschappelijk medewerker. NVOG, Utrecht: C. van der Wijden, gynaecoloog, voorzitter SIG Anticonceptie en werkgroep lid van de NHG-Standaard Anticonceptie namens de NVOG. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Prof. dr. Brenda Penninx is als hoogleraar Psychiatrische epidemiologie verbonden aan de afdeling psychiatrie van Amsterdam UMC locatie VUmc. Ze leidt diverse Nederlandse en internationale psychiatrische cohort- en interventieonderzoeken. In haar onderzoek integreert ze genetica en neuro-imaging met klinische, psychologische en sociale invalshoeken.

Heb oog voor jeugdtrauma

Frank van Wijck, Susanne Claessen

Hoogleraar Psychiatrische epidemiologie Brenda Penninx onderzoekt hoe het komt dat mensen met een jeugdtrauma later in het leven een verhoogd risico hebben op lichamelijke ziekten en hoe dit het best kan worden voorkomen. Voor de huisarts is het belangrijk om de signalen van een jeugdtrauma te herkennen, stelt ze.

Er wordt steeds meer duidelijk over de relatie tussen een jeugdtrauma en het risico later in het leven op hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht. Maar wat is een jeugdtrauma precies? 'In onderzoeken worden hiervoor redelijk consistente meetinstrumenten gebruikt,' zegt Penninx. 'De kern is blootstelling aan verwaarlozing of geweld voor het 16e levensjaar. Dit kan emotioneel, fysiek of seksueel zijn. Emotionele verwaarlozing en misbruik komen het meest voor, maar er is vaak sprake van een clustering van de genoemde onderdelen.'

'De kern van jeugdtrauma is blootstelling aan verwaarlozing of geweld voor het 16e levensjaar'

Dosis-responsrelatie

Onderzoeken in de algemene bevolking gaan niet allemaal uit van exact dezelfde definitie, maar komen wel globaal tot dezelfde aantallen. Dit in acht nemende, rapporteert ongeveer 15% van de algemene bevolking een jeugdtrauma, en in de psychiatrische populatie zeker 50%. 'We zien dit ook terug in de NESDA, de Nederlandse Studie naar Depressie en Angst,' zegt Penninx. 'Natuurlijk is er variatie in de ernst en frequentie van ervaren jeugdtrauma. Er is een duidelijke dosis-responsrelatie, waarbij het risico op latere lichamelijke en mentale gezondheidsproblemen hoger is als het jeugdtrauma ernstig bleek.'

Het is niet zo dat alle kinderen uit hetzelfde gezin op latere leeftijd dezelfde mate van klachten ervaren als gevolg van jeugdtrauma. 'Een interessant aspect bij dit onderwerp,' zegt Penninx, 'waarnaar we in ons NESDA-onderzoek dan ook gekeken hebben. We constateerden dat het ene kind in het gezin met depressie te kampen had en het andere veerkrachtig bleek, ondanks dat het in dezelfde omgeving is opgegroeid. Wat meespeelt is dat er sprake is van subjectieve interpretatie en beleving. Ook kan de mate van jeugdtrauma objectief per kind binnen een familie verschillen. Daarnaast verschillen personen in hun sociale context – zoals de steun die mensen ervaren in het gezin of het grotere netwerk – en de manier waarmee iemand omgaat met jeugdervaringen. Dit draagt ertoe bij dat de impact van jeugdtrauma op latere mentale maar ook lichamelijke gezondheid verschillend kan zijn tussen gezinsleden.'

Associatie of causaal verband?

Penninx houdt zich al jaren bezig met het onderwerp jeugdtrauma. 'Er is veel consistent bewijs uit meta-analyses voor het verband tussen jeugdtrauma en later mentale en fysieke gevolgen,' vertelt ze. 'In die meta-analyses zijn publicaties uit meer dan 100 onderzoeken samengevat. We zien dat mensen met een jeugdtrauma meer risico lopen op het ontwikkelen van hart- en vaatziekten, diabetes en overgewicht. Dit verhoogde risico is aanwezig ongeacht de aanwezigheid van depressie, maar de grootste risicogroep zijn de mensen die beide hebben, zowel jeugdtrauma als depressie.'

Is dit verband causaal of niet? 'In observationeel onderzoek kom je natuurlijk alleen tot het beschrijven van een associatie,' zegt Penninx. 'Maar die associatie is heel consistent, gebaseerd op vele studies en bovendien met een dosis-responsrelatie. Het is ook een thema waarop je vanzelfsprekend geen trials kunt doen; je kan niet willekeurig mensen wel of niet blootstellen aan een trauma. We moeten het dus van observaties hebben. Ook dierexperimentele onderzoeken laten zien dat stress in het vroege leven een duidelijke invloed heeft op cardiometabole processen in het lichaam. Er zijn dus diverse duidelijke

aanknopingspunten waaruit ik concludeer dat er sprake is van een causaal verband.’

Mechanismen

Hoe kan een jeugdtrauma leiden tot lichamelijke ziekten? Daar zijn 3 redenen voor, stelt Penninx. ‘De eerste is dat mensen met een jeugdtrauma emotioneel en in gedragsniveau verschillen van anderen. Dit kan zich uiten in onzekerheid, een laag zelfbeeld en verminderde coping. Maar ook in ongezond leefgedrag: roken, drinken, minder bewegen, slechter slapen. De tweede reden is dat deze mensen een 2 tot 4 maal verhoogd risico hebben op de ontwikkeling van mentale ongezondheid: bijvoorbeeld angst of depressie, maar ook verslaving. De medicatiebehandeling voor deze mentale ziekten kan invloed hebben op bijvoorbeeld cardiometabole processen, maar ook verhogen deze mentale ziekten zelf de kans op het krijgen van lichamelijke ziekten. De derde reden is fysiologisch: de stresssystemen in het lichaam – de HPA-as, het autonome zenuwstelsel en het immuunsysteem – worden geactiveerd. Een jeugdtrauma is dus te beschouwen als een

‘Plan regelmatige controles in als een jeugdtrauma leidt tot duidelijke mentale ongezondheid’

chronische stressor voor het lichaam. In meerdere observationele en ook experimentele onderzoeken zien we dat deze mensen chronische overactivatie lijken te hebben van hun stresssystemen. Dit geeft een indicatie dat het lichaam echt in een voortdurende stressactiviteitsstand staat. Er is zelfs schade op celniveau: kijkend naar de lengte van telomeren en epigenetische processen op het DNA. We weten uit cohortonderzoek onder 3000 mensen dat mensen met een jeugdtrauma biologisch ouder zijn dan mensen zonder een jeugdtrauma. Kortom, uit de literatuur, maar ook uit ons NESDA-onderzoek, weten we dat mensen met jeugdtrauma neurobiologisch en pathofysiologisch anders zijn dan mensen zonder jeugdtrauma.’

Hoe te handelen

Een jeugdtrauma voorkomen is helaas niet altijd mogelijk. Dus, stelt Penninx, is de vraag relevant hoe moet worden gehandeld als sprake is van een jeugdtrauma. ‘Naar de vraag of mensen na een jeugdtrauma minder goed reageren op behandeling tegen depressie is onderzoek gedaan’, vertelt ze. ‘Dat

blijkt niet het geval; de respons na behandeling met antidepressiva of psychotherapie is vergelijkbaar met de respons bij mensen zonder een jeugdtrauma. Alleen zijn degenen met een jeugdtrauma aan het begin al ernstiger depressief, dus blijven ze relatief meer restsymptomen behouden. Misschien is 1 behandeling daarom niet genoeg en zou ook een specifieke behandeling moeten worden geboden die ingaat op het jeugdtrauma. Ook daarnaar wordt momenteel onderzoek gedaan. Dat is belangrijk, want er is ook angst dat het oprakelen van een jeugdtrauma in de behandeling niet leidt tot een beter behandelresultaat. Er zijn nog veel vragen.’

De andere relevante vraag is: wat is de rol van de huisarts in relatie tot een jeugdtrauma? ‘Gelet op het feit dat een jeugdtrauma veelvuldig voorkomt en enorme impact heeft, is het zeker relevant voor huisartsen om er kennis van te hebben’, zegt Penninx. ‘Zij zien het gezin in zijn context tenslotte. Waarmee ik overigens zeker niet wil suggereren dat huisartsen hun hele populatie erop moeten screenen. Ik wil niet alles op het bord van de huisarts leggen. Maar je bewust zijn van het feit dat een jeugdtrauma invloed heeft op psychosociaal functioneren en leefstijl en dat het mogelijk is om daarop in te grijpen, is een taak voor elke arts. Dus ook voor de huisarts. Oog hebben hiervoor betekent ook dat de huisarts aan een volgende behandelaar kan meegeven dat een jeugdtrauma een rol kan spelen in de mentale of fysieke problemen van de patiënt, en dus wellicht moet worden meegenomen in de behandeling. Verder kunnen huisartsen een signalerende functie hebben. Bij een vermoeden kunnen zij het onderwerp in gezinsverband bespreken, of in het ernstigste geval instanties verwittigen.’

Signaal

Als er inderdaad sprake is van een jeugdtrauma, is het dan zinvol voor de huisarts om een regelmatige controle in te plannen? ‘Wel als het jeugdtrauma leidt tot duidelijke mentale ongezondheid’, reageert Penninx. ‘Het kan een positieve invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling van depressie als het jeugdtrauma expliciet aandacht krijgt. Het kan leiden tot beter herstel van de latere mentale problemen. We hebben op dit moment onderzoeken lopen, zoals het onderzoek naar jeugdtrauma en depressie en de RESET-studies, die precies hierop testen.’

Maar hoe kan de huisarts alert zijn op een mogelijk jeugdtrauma als de patiënt nog geen mentale problemen heeft? ‘Dan is het de vraag of de huisarts altijd iets kan of hoeft te doen’, zegt Penninx. ‘Blijf ook alert op andere signalen, zoals onzekerheid, een laag zelfbeeld of een ongezonde leefstijl, want daarbij kunnen onveilige jeugdervaringen een rol bij spelen. Zie ons onderzoek als een signaal, is mijn boodschap. Heb er oog voor. En als er sprake is van rode vlaggen: bekijk en benoem die dan.’ ■



Trombocytopenie en immuun-trombocytopenie bij volwassenaen

Sufia Amini, Mita Koesoebjono, Robbert Schouten, Martin Schipperus

Wat te doen bij een patiënt met een laag bloedplaatjesgetal? Dit artikel geeft u handvatten. Het biedt een overzicht van de alarmsymptomen en de vele mogelijke oorzaken, doet suggesties voor de diagnostiek en geeft aan wanneer u de patiënt moet doorverwijzen naar de tweede lijn. Tot slot gaan we nader in op de diagnose ‘immuuntrombocytopenie (ITP)’ en de begeleiding van deze patiënten.

CASUS: EEN JONGE VROUW MET VERMOEIDHEIDSKLACHTEN

Mevrouw Breedveld komt op uw spreekuur. Ze is 30 jaar en heeft vermoeidheidsklachten zonder duidelijke alarmsymptomen. U heeft 2 dagen geleden bij haar een algemeen bloedbeeld geprikt. Nu heeft het laboratorium u gebeld met de uitslag: mevrouw heeft een bloedplaatjesgetal van $21 \times 10^9/L$; Hb en leukocyten zijn normaal. U heeft geen eerder laboratoriumonderzoek om mee te vergelijken. Nu heeft u mevrouw met spoed teruggevraagd op het spreekuur. Anamnestic heeft ze geen actief bloedverlies, wel heeft ze kleine, paarsrode, niet-weg-drukbaar vlekjes op de huid.

TROMBOCYTOPENIE EN BLOEDINGEN

Bij een bloedplaatjesgetal $< 150 \times 10^9/L$ is er sprake van trombocytopenie. De eerste stap bij een recent gevonden trombocytopenie is het inschatten van de ernst van de stollingsstoornis:¹

- mild ($100-150 \times 10^9/L$)
- matig ($50-100 \times 10^9/L$)
- ernstig ($< 50 \times 10^9/L$)

Het gaat echter niet alleen om het trombocytengenetal, maar ook om eventuele bloedingen. Daarvoor wordt vaak de WHO-bloedingsschaal gebruikt:

- graad 0: geen bloeding
- graad 1: petechiën
- graad 2: mild bloedverlies, klinisch significant
- graad 3: bloedverlies waarvoor de patiënt een transfusie nodig heeft
- graad 4: fors bloedverlies, retinale of intracranieële bloeding

Bij ernstige trombocytopenie ($< 50 \times 10^9/L$) en bij niet-ernstige trombocytopenie met bloedingneiging is spoedoverleg geïndiceerd met de internist/hematoloog. Daarbij is het belangrijk te beseffen dat patiënten vaak pas klinisch relevante bloedingen krijgen bij een bloedplaatjesgetal $< 30 \times 10^9/L$.²

CASUS (VERVOLG)

Mevrouw Breedveld heeft petechiën bij een ernstige trombocytopenie. Er zijn geen andere tekenen van [uitwendig] bloedverlies. Ook zijn er geen alarmsymptomen zoals neurologische symptomen, acute nierinsufficiëntie, koorts, nachtzweten of lymfadenopathie. Na overleg met de dienstdoende internist stuurt u mevrouw Breedveld in naar het ziekenhuis met de vermelding ‘ernstige trombocytopenie met [milde] bloedingneiging’ (WHO-bloedingsschaal graad 1).

ALARMSYMPTOMEN

Naast de bepaling van het trombocytengenetal en het lichamelijk onderzoek naar bloedingen is het van belang om te vragen naar alarmsymptomen en bijzondere situaties om de urgentie van een eventuele verwijzing te bepalen [figuur].

Indicaties voor spoedverwijzing

- (Bloedingneiging bij) ernstige trombocytopenie
- Tekenen van hemolyse: recent ontstane ernstige anemie (en, indien bekend: kalium, LDH, ASAT en bilirubine verhoogd, haptoglobine verlaagd)
- Verslechterde nierfunctie in combinatie met trombocytopenie: kans op trombotische micro-angiopathie (TMA)
- Neurologische symptomen zoals hoofdpijn, sufheid en focale uitvalsverschijnselen. Denk aan trombocytopenische trombotische purpura (TTP). Dit ziektebeeld is zeer zeldzaam, maar verloopt over het algemeen fulminant en heeft onbehandeld een hoge mortaliteit

Indicaties voor overleg met de internist/hematoloog

- Bloedingneiging bij niet-ernstige trombocytopenie ($> 50 \times 10^9/L$)
- Afwijkingen in de andere bloedcellijnen (anemie en/of leukopenie)
- Noodzaak voor een invasieve ingreep bij (ernstige) trombocytopenie
- Zwangerschap bij ernstige trombocytopenie ($< 50 \times 10^9/L$)
- Trombocytopenie in combinatie met afvallen, nachtzweten, verminderde eetlust en/of lymfadenopathie (overweeg hematologische maligniteit)
- Trombocytopenie in combinatie met koorts na een recent bezoek aan de tropen
- Trombocytopenie in combinatie met trombose of miskramen in de voorgeschiedenis

DE KERN

- Een bloedplaatjesgetal $< 50 \times 10^9/L$ met tekenen van bloeding [petechiën, hematomen, slijmvliesbloedingen] is een indicatie voor spoedoverleg met een internist/hematoloog.
- Bij milde trombocytopenie zonder bloedingen is het raadzaam om binnen enkele weken het bloedonderzoek te herhalen.
- Immuntrombocytopenie [ITP] is een diagnose per exclusionem nadat onderliggende oorzaken zijn uitgesloten.

DIAGNOSTIEK ALS ER GEEN ALARMSYMPTOMEN ZIJN

Het bloedonderzoek

Als er geen sprake is van bloedingen, ernstige trombocytopenie en/of alarmsymptomen, moet bij een recent gevonden trombocytopenie als eerste een pseudotrombocytopenie worden uitgesloten. Een fout-positieve testuitslag kan ontstaan door klontering van trombocyten in de EDTA-bloedbuis. Vaak zullen laboratoria dit constateren en vragen om een nieuwe bloedafname. Om pseudotrombocytopenie uit te sluiten moet de telling óók in een citraatbuis uitgevoerd worden. Als de patiënt een geïsoleerde matige trombocytopenie heeft (bloedplaatjes $50-100 \times 10^9/L$ zonder bloedingen of alarmsymptomen), is het voldoende om het bloedonderzoek binnen 1-2 dagen te herhalen. Bij een geïsoleerde milde trombocytopenie (bloedplaatjes $100-150 \times 10^9/L$) kan dit ook na 1-2 weken.

Anamnese

De meeste patiënten met een trombocytopenie hebben geen klachten. Vraag, om de ernst en de noodzaak tot (spoed)verwijzing in te schatten, naar tekenen van een bloedingsneiging zoals blauwe plekken, paarsrode vlekjes en/of tekenen van uitwendig bloedverlies. Vraag ook naar de ernst en duur van de bloedingen, en naar het type: huid, slijmvliezen (bloedneuzen, bloedblaren in de mond), menstruatie, hematurie, gastro-intestinaal, nabloeden na tandheelkundige ingrepen. Virusinfecties, recente vaccinaties en systeemziekten kunnen een secundaire trombocytopenie veroorzaken. Spontane abortus, intra-uteriene vruchtdood en trombo-embolieën kunnen duiden op een antifosfolipidensyndroom. Vraag verder naar zwangerschapswens, middelengebruik (alcohol), hobby's (contactsporten), maagklachten of een bewezen infectie met *Helicobacter pylori*. Ook is het raadzaam om alle medicatie langs te lopen: is trombocytopenie daarbij als bijwerking beschreven?

Lichamelijk onderzoek

Stel bij het lichamelijk onderzoek type en ernst van de bloedingen vast (huid, slijmvliezen) en gradeer ze met de WHO-bloedingschaal. Onderzoek de grootte van lever en milt, en zoek naar lymfadenopathie en klinische tekenen van

een trombosebeen. Overweeg ook een oriënterend neurologisch onderzoek.

Aanvullend onderzoek

In de huisartsenpraktijk is het belangrijk snel de oorzaken en ziektebeelden te herkennen die direct behandeling vereisen. Als er geen sprake is van spoedeisende klachten, kan aanvullend onderzoek naar chronische trombocytopenie worden ingezet. De [figuur] geeft een (niet-uitputtend) overzicht.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

De lijst van mogelijke oorzaken van een trombocytopenie is lang en niet heel overzichtelijk [tabel]. Ze zijn grofweg te verdelen in:

- verminderde aanmaak (vaak door een beenmergprobleem)
- verhoogde afbraak en verbruik (vaak door medicatie, infecties of een auto-immuunfenomeen)

Aanmaakproblemen

Bloedplaatjes worden aangemaakt in het beenmerg onder invloed van trombopoëetine. Die aanmaak kan aangetast worden door een ziekte, bijvoorbeeld een hematologische of solide maligniteit, of door medicatie (chemotherapie), bestraling of middelengebruik (alcohol). Ook een tekort aan bouwstoffen zoals foliumzuur of vitamine B₁₂ kan leiden tot een gestoorde aanmaak. Tot slot kan een afweerstoornis de aanmaak ontregelen, zoals bij immuntrombocytopenie (ITP).

Afbraak en verbruik

Gezonde bloedplaatjes leven 8-10 dagen. Versnelde afbraak kan optreden bij een afweerstoornis zoals systemische lupus erythematoses en ITP, maar ook bij virusinfecties en bij sepsis. Er zijn ook zeldzamere ziektebeelden, zoals trombocytopenische microangiopathieën. Dit zijn ernstige acute ziektebeelden waarbij in korte tijd eindorganen zoals de nieren of de hersenen beschadigd raken door beschadiging van de vaat-



Stel bij het lichamelijk onderzoek type en ernst van de bloedingen vast [huid, slijmvliezen] en gradeer ze met de WHO-bloedingschaal.

Foto: Shutterstock

Tabel

Differentiaaldiagnose van trombocytopenie

Pseudotrombocytopenie	Plaatjesaggregatie in de EDTA-buis bij een in vivo normaal bloedplaatjesaantal
Verminderde aanmaak	Primaire beenmergaandoeningen (myelodysplastisch syndroom, infiltratie van maligne aandoeningen) Medicamenteus, toxisch, bestraling, alcohol Minder aanmaak van trombopoëetine in de lever Tekort aan foliumzuur- of vitamine B ₁₂ Erfelijke aandoening Hypo- of hyperthyreoïdie
Toegenomen afbraak of verbruik	Auto-immuunziekte (ITP, SLE) Medicatie (heparine, NSAID, penicilline) Infectie (malaria, dengue, hiv, HCV, CMV, EBV, rubella) Diffuse intravasale stolling Von Willebrandziekte type 2B Hypersplenisme Trombotische microangiopathie (TTP, HUS) Antifosfolipidensyndroom

ITP = immuutrombocytopenie; SLE = systemische lupus erythematoses; NSAID = niet-steroidale ontstekingsremmers; HCV = hepatitis C-virus; CMV = cytomegalovirus; EBV = Epstein-Barrvirus; TTP = trombotische trombocytopenie purpura; HUS = hemolytisch-uremisch syndroom.

wand en diffuse vorming van microtrombi. Deze patiënten moeten met spoed onderzocht en behandeld worden.³

CASUS (VERVOLG)

Het aanvullende onderzoek in het ziekenhuis levert geen duidelijke verklaring op voor een secundaire trombocytopenie. Het bloedonderzoek wordt herhaald en de trombocytopenie lijkt te persisteren zonder andere labafwijkingen of aanwijzingen voor secundaire oorzaken. Op de polikliniek stelt de hematoloog de diagnose ITP.

IMMUUNTROMBOCYTOPENIE (ITP)

Hét kenmerk van ITP is een geïsoleerde trombocytopenie (bloedplaatjesgetal < 100 × 10⁹/L).⁴ ITP is een verworven auto-immuunziekte waarvan de pathofysiologie voor een belangrijk deel nog niet is opgehelderd.⁵ Grofweg onderscheidt men primaire en secundaire ITP. Bij patiënten met secundaire ITP (18-38%) kan een oorzaak worden aangewezen zoals een infectie, vaccinatie of auto-immuunziekte. De 62-82% bij wie de oorzaak onbekend blijft, heeft primaire ITP.⁶ Nederland telt ongeveer 1700 volwassenen met de diagnose ITP. De incidentie is 1-4 per 100.000 patiëntjaren en stijgt met de leeftijd. In de leeftijdsgroep < 60 jaar lijken ITP-patiënten overwegend vrouwen te zijn; in leeftijdsgroepen > 60 jaar zijn ze even vaak man als vrouw. Bij ruim de helft van de patiënten met de diagnose ITP is de trombocytopenie zelflimiterend.⁷ ITP komt relatief vaak voor op de kinderleeftijd, maar bij ongeveer 4 van de 5 kinderen verdwijnen de klachten binnen enkele weken tot een jaar. Bij kinderen met ITP is de bloedingneiging bepalend voor de behandeling.

Diagnostiek

De diagnose ITP wordt gesteld per exclusionem. In de tweede lijn wordt uitgebreide diagnostiek ingezet om mogelijke onderliggende oorzaken uit te sluiten. Een vermoeden van ITP

is ongeacht de leeftijd van de patiënt geen indicatie voor een beenmergpunctie.⁸ Alleen een vermoeden van een onderliggende ziekte (myelodysplastisch syndroom, maligniteit) kan aanleiding zijn voor een beenmergpunctie.

Beleid

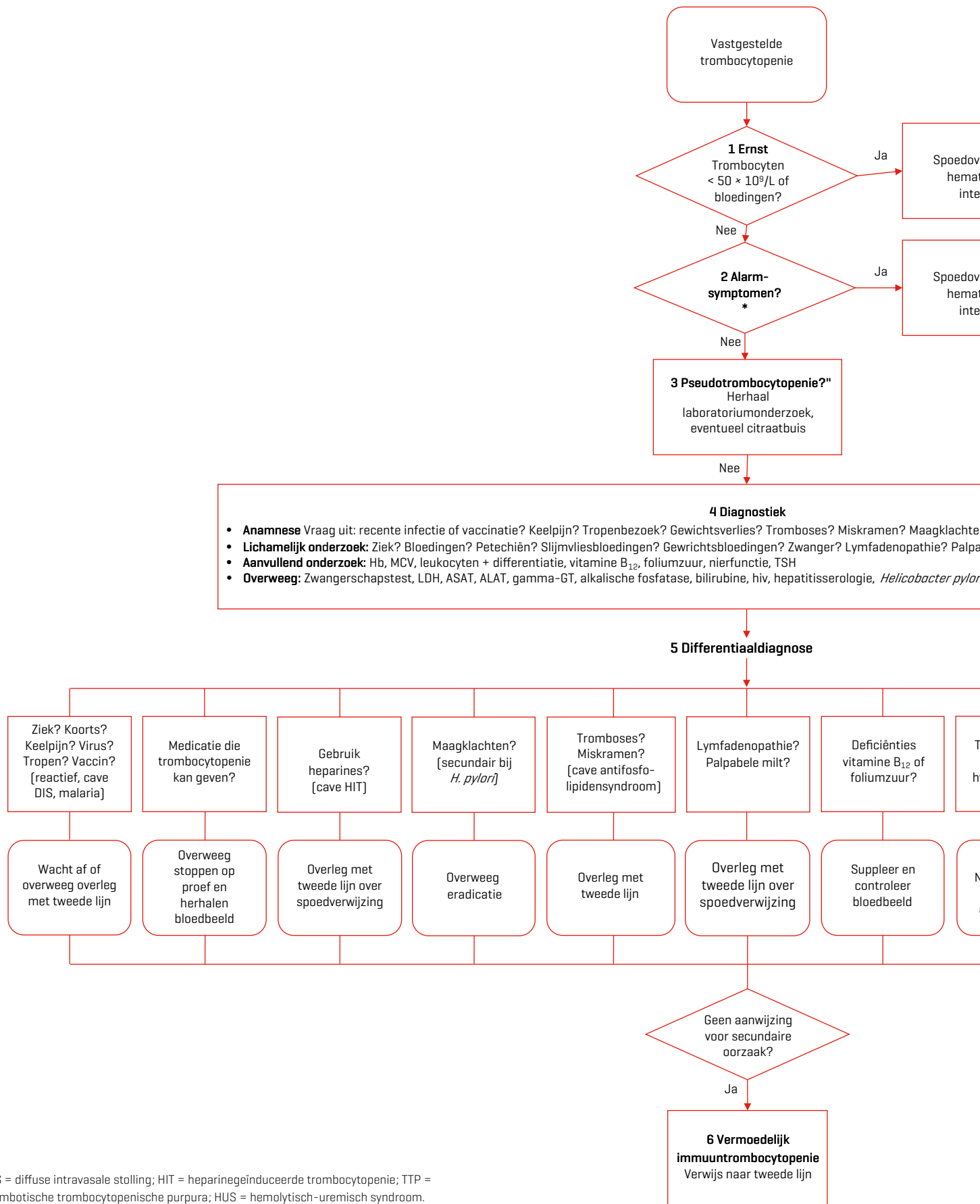
Een internist/hematoloog start de behandeling. De patiënt krijgt eerst hoge doses intraveneus dexamethason en bij ernstige bloedingneiging ook intraveneus immunoglobuline (IVIG).^{2,9} Indien de ziekte niet op de behandeling reageert of terugkeert, zal men beginnen met intraveneus rituximab om B-cellen te onderdrukken en zo de afbraak van de bloedplaatjes te remmen, of met een trombopoëtinereceptoragonist om meer bloedplaatjes aan te maken. Vervolgens kijkt men naar combinatietherapieën en als laatste kan een miltextirpatie worden overwogen.²

Patiënten die langdurig (langer dan 6 maanden) stabiel zijn, komen weer onder behandeling bij de huisarts. Er is geen standaardadvies voor de frequentie van bloedplaatjesbepalingen; dat gebeurt op geleide van klachten, zoals bloedingen of petechiën. Het is dus belangrijk dat deze patiënten contact opnemen met hun huisarts als ze bloedingen hebben.

We spreken van chronische ITP als de trombocytopenie langer dan 12 maanden aanhoudt. Dit betekent vaak meerdere behandelingen met immunosuppressiva, zoals IVIG, rituximab en dexamethason, of mogelijk levenslange behandelingen met trombopoëtinereceptoragonisten en mycofenolaatmofetil of azathioprine. Veel patiënten met chronische ITP (22-58%) hebben invaliderende moeheidsklachten. Waardoor de moeheid ontstaat is niet duidelijk. Uit onderzoek blijkt dat bij een aanzienlijk deel de kwaliteit van leven ernstig is aangetast, ondanks een normaal bloedplaatjesgetal. Tijdige herkenning, begeleiding en behandeling van vermoeidheidsklachten is daarom van groot belang voor deze patiënten.¹⁰⁻¹²

Figuur

Diagnostiek en beleid bij trombocytopenie



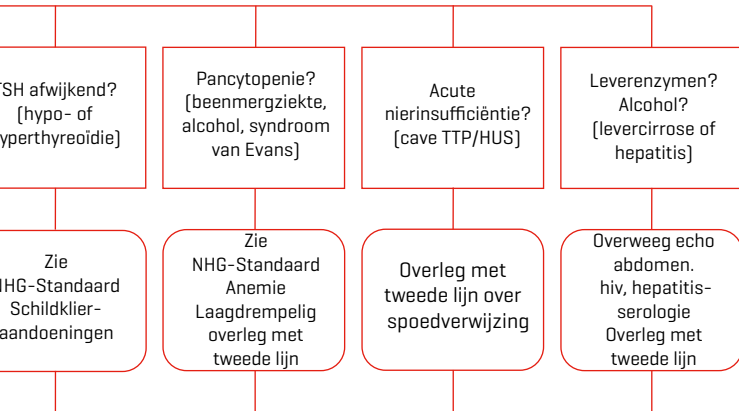
DIS = diffuse intravasale stolling; HIT = heparinegeïnduceerde trombocytopenie; TTP = trombotische trombocytopenische purpura; HUS = hemolytisch-uremisch syndroom.

Overleg met
hematoloog/
internist

Overleg met
hematoloog/
internist

* Alarmsymptomen waarbij patiënt
direct moet worden ingestuurd
naar de tweede lijn:
hemolyse, acute nierinsufficiëntie,
neurologische symptomen

...n? Loop medicatielijst langs.
...bele milt? Trombosebeen? Dyspneu?



Indicaties voor trombocytentransfusie

Spontane bloedingen lijken in de meeste onderzoeken pas op te treden bij een bloedplaatjesgetal $\leq 10 \times 10^9/L$. Dit is de grens voor een profylactische trombocytentransfusie, maar bij een geplande invasieve ingreep kan het goed zijn om een hoger bloedplaatjesgetal na te streven. In de anesthesiologie en transfusiegeneskunde houdt men de volgende waarden aan:¹³

- bij grote ingrepen (neurochirurgische of oogheekkundige ingrepen, behalve cataract): $> 100 \times 10^9/L$
- bij kleine chirurgische ingrepen, zoals het plaatsen van drains of lijnen, biopsieën, pacemakerimplantatie en tand- en kiesextracties: $> 50 \times 10^9/L$
- bij ingrepen met een laag risico, zoals een EMG, endoscopie zonder biopt, blaaskatheter of maagsonde inbrengen: $> 20 \times 10^9/L$

Instructies en adviezen voor de patiënt

ITP-patiënten met een bloedplaatjesgetal $< 30 \times 10^9/L$ kunnen beter geen contactsporten beoefenen (voetbal, rugby, vechtsporten) of sporten waarbij je kunt vallen (wielrennen, skiën, snowboarden). Ook het gebruik van NSAID's moet worden afgeraden.

Voor alle ITP-patiënten gelden de volgende adviezen:

- als uw tandarts een ingreep of operatie plant, geef dan tijdig aan dat u ITP heeft;
- meld een zwangerschapswens aan uw huisarts vanwege mogelijke bijwerkingen van de medicatie op de foetus en het bloedingsrisico tijdens de bevalling;
- zoek begeleiding en behandeling bij vermoeidheid en stress.

Wijs de patiënt verder op het bestaan van de ITP Patiëntenvereniging Nederland en de Keuzehulp behandelingen voor ITP. ■

LITERATUUR

1. Arnold DM, Cuker A. Immune thrombocytopenia (ITP) in adults: Clinical manifestations and diagnosis. Waltham (MA): UpToDate, 2023.
2. Schipperus MR, Nelson VS, Amini SM. Immuntrombocytopenie (ITP): hoofdpunten uit de richtlijn van 2020 met aanbevelingen voor diagnostiek en behandeling. Nederlands Tijdschrift voor Hematologie 2021;18:20-8.
3. George JN. How I treat patients with thrombotic thrombocytopenic purpura: 2010. Blood 2010;116:4060-9.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Amini SN, Koesoebjono PI, Schouten RW, Schipperus MR. Trombocytopenie en immuntrombocytopenie bij volwassenen. Huisarts Wet 2024;67[1]:23-7. DOI:10.1007/s12445-023-2370-0.
Gerion, Amsterdam: dr. S.N. Amini, aios ouderengeneeskunde: s.n.amini@amsterdamumc.nl. Amsterdam: P.I. Koesoebjono, huisarts. Amsterdam UMC, Amsterdam: dr. R.W. Schouten, aios interne geneeskunde. Sanquin, Amsterdam: dr. M.R. Schipperus, internist-hematoloog. Mogelijke belangenverstremgeling: niets aangegeven.

Hemoglobinopathieën: het identificeren van dragers

Kees Hartevelde, Isa Houwink

Als huisarts speelt u een belangrijke rol bij het herkennen van dragers van hemoglobinopathie. Door deze dragers te informeren over het genetisch risico van dragerschap kunt u bij een kinderwens een partneranalyse adviseren en risicoparen verwijzen voor genetische counseling. Zo kunnen dragerparen autonome en goed geïnformeerde keuzen maken in het belang van hun eventuele toekomstige kinderen.

Jaarlijks worden er 35 tot 40 baby's met een ernstige vorm van hemoglobinopathie geboren, zo blijkt uit cijfers van de hielprikscreening (RIVM-draaiboek hielprikscreening).¹ Dat lijkt misschien niet veel, maar dit evenaart het aantal baby's met cystische fibrose.² Toch is hemoglobinopathie minder bekend dan cystische fibrose.³

In deze bijdrage geven we een overzicht van de verschillende vormen van hemoglobinopathie en dragerschap, het bijbehorende klinische beeld en het voorkomen in Nederland. Daarnaast doen we handreikingen om diagnostiek aan te vragen, waar ook de prenatale diagnostiek voor deze aandoeningen wordt verricht.⁴ Ook laten we zien wat u een risicopaar adviseert en wanneer u naar een klinisch genetisch centrum verwijst. Zo willen we tijdige detectie in de eerstelijnszorg bevorderen.

HEMOGLOBINOPATHIE

Hemoglobine is een tetrameer eiwit dat bestaat uit 2 alfa- en 2 non-alfa-globineketens (beta of delta). Bij volwassenen bevatten de erythrocyten 97,5% hemoglobine A (alfa2beta2) en 2,5% hemoglobine A2 (alfa2delta2). Hemoglobinopathieën zijn erfelijke structurele of synthesesdefecten van het hemoglobine-eiwit, veroorzaakt door DNA-veranderingen op de alfa- en bètaglobinegenen (zie voor meer informatie: <https://hbpinfo.com/>).⁵ Dat er specifieke genetische defecten in de verschillende populaties voorkomen, is vaak het gevolg van positieve selectie doordat dragers beter in staat zijn om een infectie met malaria tropica te overleven.⁶ Hemoglobinopathieën zijn autosomaal recessief overervende hemolytische anemieën. Mannen en vrouwen hebben dus evenveel kans. De ziekte openbaart zich als de eigenschap van beide ouders is overgeërfd. De meestvoorkomende hemoglobinopathieën zijn thalassemie en sikkelcelziekte. Daarnaast zijn er meer dan 1200 (zoals HbC, HbD, soms zeer zeldzame) hemoglobinevarianten bekend, veroorzaakt door andere DNA-mutaties in de alfa- of bètaglobinegenen.⁷⁻⁹



Het verstrekken van informatie over de genetische risico's van hemoglobinopathie-dragerschap en de mogelijkheid tot partneranalyse is bij een kinderwens essentieel voor een autonome beslissing over het krijgen van kinderen.

Foto: Shutterstock

DRAGERSCHAPSFREQUENTIE

Hemoglobinopathieën behoren tot de meestvoorkomende monogene autosomaal recessieve aandoeningen bij de mens.^{11,12} Door migratie uit hoogrisicogebieden voor malaria (zoals Centraal- en Noord Afrika, het Nabije en Verre Oosten zoals Indonesië, het Middellandse Zeegebied, Zuid-Amerika en het Caribisch gebied) is het aantal dragers in Noord-Europese landen de afgelopen halve eeuw toegenomen [figuur]. In Nederland wonen ongeveer 2 miljoen mensen afkomstig uit malariagebieden, van wie er naar schatting meer dan 200.000 drager zijn. Door partnerkeuze binnen de familie of etnische groep is het risico op een kind dat is aangedaan met sikkelcelziekte, HbH-ziekte of bètathalassemie major verhoogd.^{13,14} De populatie patiënten met sikkelcelziekte en thalassemie major is de laatste 16 jaar met ruim 600 gevallen toegenomen. Daarnaast zijn er minstens 12.800 dragers van HbS (sikkelcel-trait) bijgekomen.¹⁵ De werkelijke aantallen patiënten en dragers in de Nederlandse bevolking liggen aanzienlijk

hoger.¹⁶ Dat er een brede kloof bestaat tussen het aantal geschatte en het aantal geregistreerde dragers bleek uit een recent onderzoek.^{3,17} Op basis van dragerschapsfrequentie in de bevolking uit hoogrisicogebieden voor hemoglobinoopathie ligt het aantal dragers in de regio Den Haag-Leiden-Delft volgens schattingen op 13.704, terwijl de ELAN-database slechts 1542 dragers met ICPC-code sikkelcelziekte of thalassemie bevat.

BESCHOUWING

Sikkelcelziekte of bèthalassemie major kunnen worden voorkomen door dragers tijdig te diagnosticeren en eventuele familieleden door te verwijzen voor verder onderzoek en behandeling. Draggers van alfa- en/of bèthalassemie zijn in het algemeen niet ziek, maar kunnen wel een iets afwijkend bloedbeeld hebben, met name een milde microcytair hypochrome anemie. Draggers van HbS hebben een normaal bloedbeeld, tenzij er ook sprake is van alfathalassemie.^{5,10}

De afgelopen jaren is de diagnostiek in Nederland voor hemoglobinoopathieën sterk verbeterd en bieden de meeste perifere klinisch chemische laboratoria en huisartsenlabs deze breed aan.¹⁸ Toch wordt dragerschapsdiagnostiek maar sporadisch aangevraagd en krijgt de patiënt bij een incidentele vaststelling van dragerschap onvoldoende of geen genetische informatie, waardoor partneranalyse of familieonderzoek achterwege blijft.^{3,14}

Het verstrekken van informatie over de genetische risico's van dragerschap en de mogelijkheid tot partneranalyse is bij een kindervens echter essentieel voor een autonome beslissing over het krijgen van kinderen. Geïnformeerde risicoparen kunnen een verwijzing krijgen naar een klinisch genetisch centrum voor counseling. Daar krijgen ze informatie over prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking, embryo-selectie, het afzien van kinderen of adoptie, of over de manier waarop ze zich kunnen voorbereiden op een ernstige ziekte

DE KERN

- Wanneer 1 of beide ouders van een patiënt afkomstig zijn uit een malariagebied kan de patiënt drager zijn van hemoglobinoopathie.
- Dragerschap van hemoglobinoopathie is geen ziekte, maar een eigenschap die ooit tot doel had malaria te overleven in subtropische gebieden in de wereld.
- Indien ijzergebrek het microcytair hypochrome bloedbeeld niet verklaart, kan er sprake zijn van thalassemie.
- Voor onderzoek naar dragerschap van hemoglobinoopathie kunt u terecht bij een lokaal klinisch chemisch- of huisartsenlaboratorium of hemoglobinoopathie-expertisecentrum.
- Bespreek partneranalyse indien er een kindervens is. Wanneer de partner ook drager is, verwijst u naar een klinisch genetisch centrum.

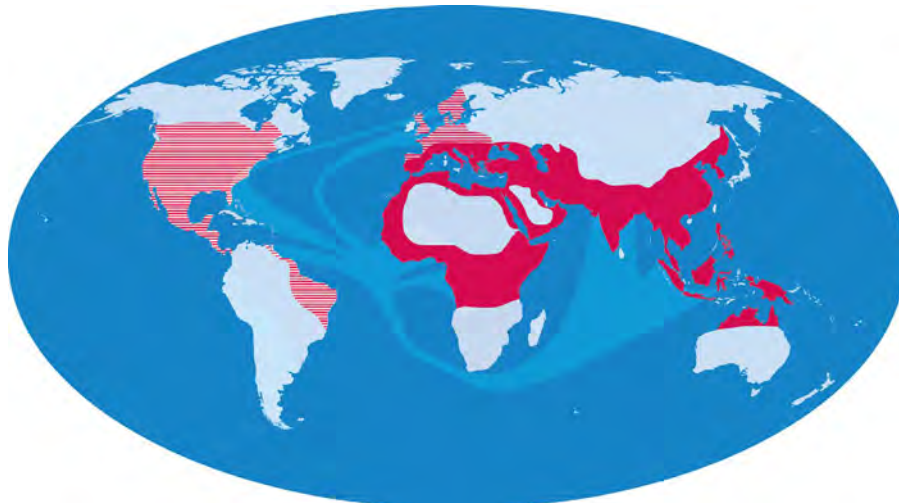
van het kind. Risicoparen krijgen begeleiding bij het nemen van een weloverwogen beslissing over het nageslacht. Deze werkwijze is ook beschreven in de onlangs verschenen richtlijn van de Vereniging Klinische Genetica Nederland.¹⁹ In Nederland is geen dragerschapsonderzoek naar hemoglobinoopathie in het kader van preconceptie- of antenatale screening. Antenatale screening zoals wordt toegepast in het Verenigd Koninkrijk zou als voordeel hebben dat de schaal in Nederland zich beperkt tot de 180.000 zwangerschappen per jaar, waarvan ongeveer 40.000 zwangerschappen binnen de hoogrisicogroep voor hemoglobinoopathie vallen.^{13,21}

DRAGERSCHAPSDIAGNOSTIEK DOOR DE HUISARTS

Vanwege gebrek aan een screeningsprogramma is drager-

Figuur

Het geografisch voorkomen van malaria tropica in de wereld en de overlap met hemoglobinoopathieën is in rood aangegeven. Door migratie door de eeuwen heen is hemoglobinoopathie verspreid naar voorheen niet-endemische gebieden, die gestreept zijn weergegeven.



THALASSEMIEËN

De meestvoorkomende thalassemieën zijn alfa- en bètathalassemie. Het volwassen hemoglobine A (HbA) bestaat uit twee alfa- en twee bètaglobineketens. Iedereen heeft vier alfagenen (twee op elk chromosoom 16) en twee bètagenen (1 op elk chromosoom 11) die verantwoordelijk zijn voor de synthese van de gelijknamige globineketens. Het tekort aan globinesynthese door een genetisch defect van de alfa- of bètagenen wordt respectievelijk alfathalassemie en bètathalassemie genoemd.

Bij alfathalassemie zijn er hetero-, homo- en samengesteld heterozygoten te onderscheiden die naarmate er minder functionele alfagenen zijn een toenemende klinische ernst vertonen. Wanneer de functie van een van beide alfagenen op 1 allel ontbreekt door een deletie wordt dit weergegeven als $-\alpha$. Als de deletie beide alfagenen wegneemt als $--$. De minst klinisch relevante vormen zijn $[-\alpha/\alpha\alpha]$, $[-\alpha/-\alpha]$ en $[- -/\alpha\alpha]$, die worden aangeduid als dragers. De klinisch relevante vorm $[-\alpha/- -]$ wordt gekenmerkt door matig tot ernstige hemolytische anemie (HbH-ziekte) en de meest ernstige vorm van alfathalassemie is het letale Hb Bart's hydrops foetalis syndroom. Dit wordt veroorzaakt door de totale afwezigheid van alfagenen $[- - / - -]$. In verouderde

literatuur wordt nog wel gesproken van type 1 alfathalassemie bij het ontbreken van 2 van de 4 alfagenen en van type 2 wanneer 1 alfagen ontbreekt. Ook bij bètathalassemie bestaan verschillen in ernst. Wanneer de expressie van één van beide bètagenen is verminderd (bèta+) of geheel ontbreekt (bèta0) spreekt men van een drager (bètathalassemie-trait). Bij combinaties van twee bètagen-defecten kan matige tot ernstige bloedarmoede ontstaan (bètathalassemie intermedia) tot zeer ernstige bloedtransfusieafhankelijke vorm van bloedarmoede (bètathalassemie major genaamd).

SIKKELCELZIEKTE

Sikkelcelziekte wordt veroorzaakt door de meestvoorkomende hemoglobinevariant HbS, waarbij op de bètaglobineaminozuurketen een glutaminezuur is vervangen door een valine. Sikkelcelziekte is een multi-orgaanziekte die wordt gekenmerkt door pijnlijke crises, veroorzaakt door occlusie van de haarvaten, zuurstoftekort en schade aan weefsels en organen. De aandoening kan meer of minder ernstig zijn, al naar gelang de gecontinueerde expressie van de foetale gammaglobinogenen in de postnatale periode.

schapsonderzoek aangewezen in de huisartsenpraktijk. Indicaties voor dragerschapsonderzoek hiervoor zijn:

- patiënten in de reproductieve leeftijd met een kinderwens of zwangeren
- wanneer 1 of beide ouders afkomstig is uit een gebied met een hoge dragerschapfrequentie van hemoglobinopathie
- bij een hemoglobinopathie bij eerste- of tweedegraads familieleden
- ouders en familie van een kind bij wie met de hielprik (dragerschap van) een hemoglobinopathie is vastgesteld
- patiënten met een aanhoudende anemie ondanks ijzersuppletie

De huisarts kan hemoglobinopathie-dragerschapsonderzoek bij de meeste lokale (huisartsen)laboratoria aanvragen. Bespreek met de patiënt in het geval van dragerschap de mogelijkheid tot partneranalyse, zeker indien er een kinderwens is. Wanneer de partner ook drager is, verwijs de patiënt naar klinisch genetisch centrum voor verdere begeleiding.

CONCLUSIE

De rol van de huisarts bij het herkennen van dragers uit hoogrisicogroepen voor hemoglobinopathie is cruciaal voor tijdige detectie. Dragerschapdiagnostiek is van belang voor het bepalen van het genetisch risico op ernstige sikkelcelziekte en thalassemie major, zodat risicoparen tijdig (bij voorkeur vóór

de zwangerschap) een verwijzing krijgen naar een klinisch geneticus voor counseling. ■

LITERATUUR

1. Daniel Y, Elion J, Allaf B, Badens C, Bouva MJ, Brincat I, et al. Newborn screening for sickle cell disease in Europe. *Int J Neonatal Screen* 2019;5:15.
2. Vernooij-van Langen AM, Loeber JG, Elvers B, Triepels RH, Gille JJ, Van der Ploeg CP, et al. Novel strategies in newborn screening for cystic fibrosis: a prospective controlled study. *Thorax* 2012;67:289-95.
3. Van Vliet ME, Kerkhoffs JH, Harteveld CL, Houwink EJE. Hemoglobinopathy prevention in primary care: a reflection of underdetection and difficulties with accessibility of medical care, a quantitative study. *Eur J Hum Genet* 2022;30:790-4.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Harteveld CL, Houwink EJE. Hemoglobinopathieën: het identificeren van dragers. *Huisarts Wet* 2024;67(1):28-30. DOI: 10.1007/s12445-023-2418-1.
Hemoglobinopathie referentie lab, afd. Klinische Genetica/Sectie Genoom Diagnostiek, Leids Universitair Medisch Centrum: dr. C.L. Harteveld, Laboratoriumspecialist klinische genetica, Associate Professor, c.l.harteveld@lumc.nl; dr. E.J.F. Houwink, Huisarts en Associate Professor Genetics and Pharmacogenetics in Primary Care Practice, Department of Family Medicine, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota, USA; Global Genomic Medicine Consortium [G2MC].
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Hemoglobinopathie en trombocytopenie

1. Draggers van genetische defecten in de opbouw van hemoglobine, zogenaemde hemoglobinopathieën, hebben een voordeel om te overleven onder bepaalde leefomstandigheden. Welke omstandigheden zijn dit?¹
 - a. Gebieden met zeer lage temperaturen
 - b. Gebieden op grote hoogte
 - c. Gebieden waar veel malaria voorkomt
2. Welk bloedbeeld past het beste bij een drager van een alfa- of bètathalassemie?¹
 - a. Milde anemie, laag MCV
 - b. Milde anemie, hoog MCV
 - c. Ernstige anemie, laag MCV
 - d. Ernstige anemie, hoog MCV
3. Dragerschapsonderzoek kan zowel preconceptioneel als antenataal plaatsvinden. Welk voordeel van antenataal screenen ten opzichte van preconceptioneel screenen op hemoglobinopathie wordt door de auteurs genoemd?¹
 - a. De screening is dan betrouwbaarder
 - b. Een beperktere schaal waarop gescreend hoeft te worden
 - c. Hogere screeningsbereidheid bij de risicoparen
4. De aios heeft bij de heer en mevrouw Abdali, allebei 28 jaar, vastgesteld dat ze beiden drager zijn van sikkelcelziekte. Ze bespreekt met haar opleider de consequenties voor het eventuele nageslacht van het echtpaar Abdali. De opleider vraagt hoe groot de kans is dat zij een kind krijgen met sikkelcelziekte. Welk antwoord is juist?²
 - a. 25%
 - b. 50%
 - c. 100%
5. De opleider vraagt wat deze kans zou zijn op een ernstige vorm van bloedarmoede als de heer Abdali drager is van sikkelziekte en mevrouw Abdali drager is van bètathalassemie. Welke antwoord is juist?²
 - a. 0%
 - b. 12,5%
 - c. 25%
 - d. 50%
6. De huisarts heeft bij Wendy, 5 jaar, bloed laten prikken, omdat ze sinds een week petechiën en hematomen heeft, zonder koorts of ziek zijn. Ze heeft ook 2 keer een bloedneus gehad gedurende 15 minuten. Bij lichamelijk onderzoek zijn er geen afwijkingen. Er blijkt sprake van een geïsoleerde trombocytopenie van $65 \times 10^9 \text{ L} (N > 150)$. Wat is in dit geval de ernst van de trombocytopenie, en van welke graad op de WHO-bloedingschaal is hier sprake?^{3,4}
 - a. Milde trombocytopenie, bloedingsneiging graad 1
 - b. Matige trombocytopenie, bloedingsneiging graad 1
 - c. Milde trombocytopenie, bloedingsneiging graad 2
 - d. Matige trombocytopenie, bloedingsneiging graad 2
7. De huisarts van Wendy heeft bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen aanwijzingen voor een onderliggende aandoening gevonden, en denkt aan immuuntrombocytopenie (ITP). Welk beleid is in dit geval aangewezen?³
 - a. Herhalen van het bloedonderzoek na 1-2 weken
 - b. Herhalen van het bloedbeeld na 1-2 dagen
 - c. Spoedverwijzing naar kinderarts
8. Aios en opleider bespreken het bloedbeeld van mevrouw Janis, 24 jaar, die op het spreekuur kwam in verband met vermoeidheid en petechiën. Zij heeft een hormoonspiraal en menstrueert niet, en heeft geen ander zichtbaar bloedverlies gehad. De aios denkt aan ITP. Zij blijkt een matige trombocytopenie en een milde leukopenie te hebben bij een normaal Hb. De opleider zegt dat hier geen sprake is van ITP. Waarom is dat?³
 - a. Deze diagnose wordt alleen <18 jaar gesteld
 - b. Er is ook een leukopenie
 - c. Er is geen sprake van bloedverlies

De kennistoets is gemaakt door Anne Klijnsma, toetsredacteur. De toets is gebaseerd op onderstaande artikelen en websites. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

LITERATUUR

1. Hartevelde CJ, Houwink EFJ, Hemoglobinopathieën: het identificeren van dragers. Huisarts Wet 2024;67(1):28-30. DOI:10.1007/s12445-023-2418-1.
2. Vereniging Klinische Genetica Nederland [VKGN]. Huisartsengenetica. Beschikbaar via: <https://artsengenetica.nl/>. Geraadpleegd op 28 november 2023.
3. Amini S, Koesoebjono M, Schouten R, Schipperus M. Trombocytopenie en immuuntrombocytopenie bij volwassenen. Huisarts Wet 2024;67(1):23-7. DOI:10.1007/s12445-023-2370-0.
4. Hematologiewijzer. WHO bloedingsgraad. Beschikbaar via: <https://www.hematologie-wijzer.nl/home/behandelprotocollen/transfusieprotocol/transfusieprotocol-hemato-oncologie/classificaties-links/who-bloedingsgraad>. Geraadpleegd op 28 november 2023.

ANTWOORDEN

1c / 2a / 3b / 4a / 5c / 6b / 7b / 8b

Denk bij vulvaire jeuk ook aan extramammaire Paget

Annemiek Vincken, Toine Lagro-Janssen

Als een patiënte met vulvaire jeuk bij de huisarts komt, denkt deze meestal niet aan extramammaire ziekte van Paget (EMPD), een relatief zeldzaam voorstadium van kanker. Doordat ook de patiënt zelf meestal lang wacht met de gang naar de huisarts, duurt het gemiddeld 2 jaar voordat de diagnose wordt gesteld. Dat is jammer, want de afwijkingen aan de vulva zijn vanaf het begin duidelijk te zien. Tijdige diagnostiek en goede begeleiding zijn belangrijk; vulvaire aandoeningen hebben grote gevolgen voor de kwaliteit van leven.

CASUS: EEN OUDERE VROUW MET VAGINALE JEUK

Mevrouw Aarts is 70 jaar en weduwe. Ze komt op het spreekuur in verband met recidiverende jeukklachten van onderen zonder fluor vaginalis. Met vaginaal miconazol en wat indifferente crème gaat dat meestal over. Mictie en defecatie gaan zonder problemen. Er is al jaren geen seksueel contact meer. Zij heeft ook een jeukend plekje aan de rechterkant van de schaamlip gevoeld. Dat is wel vaker zo, alleen zit het plekje er nu langer en is het gevoelig bij zitten.

Een huisarts ziet gemiddeld 1-3 patiënten per maand met vulvaire symptomen. De meest voorkomende recidiverende vulvaire klachten zijn jeuk (55%), pijn (26%), branderigheid (14%) en dyspareunie (5%).¹ Vulvaire jeuk is een hinderlijke klacht, maar de meeste vrouwen generen zich om er hulp voor te vragen. Vaak proberen ze eerst zelf de jeuk te behandelen om een bezoek aan de huisarts te vermijden. Daarom bestaat de jeuk meestal al enige tijd als de vrouw op het spreekuur komt. Bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd is de oorzaak meestal een candida-infectie, bij postmenopauzale vrouwen is candidavulvitis zeldzaam, tenzij ze diabetes of een verminderde afweer hebben, en staan eczeem, psoriasis, lichen sclerosus of lichen planus hoger in de differentiaaldiagnose.

ANAMNESE EN LICHAAMELIJK ONDERZOEK

In de anamnese van vulvaire jeuk zijn 2 aspecten van belang. Ten eerste: wat kan de oorzaak zijn? Is de vrouw bekend met huidziekten zoals eczeem of psoriasis, of met andere ziekten zoals auto-immuunziekten (lichen sclerosus)? Zijn er ook elders op het lichaam afwijkingen aan huid of nagels (eczeem, psoriasis)? Soms speelt medicatie een rol: bètablokkers, ACE-remmers en lithium kunnen (genitale) psoriasis uitlokken. Ten tweede: wat zijn de gevolgen? Vulvaire jeuk kan een

grote invloed hebben op de psychische, seksuele en relationele kwaliteit van leven. Jeuk leidt tot krabben, waardoor een vicieuze krab-jeukcyclus kan ontstaan met als gevolg slaapstoornissen of seksuele problemen zoals dyspareunie. Bij een nattende huid voelt de vrouw zich vaak vies, wat tot uiting kan komen in frequent wassen en gebruik van inlegkruisjes. Het is belangrijk om dit in de anamnese goed uit te vragen.

Als de vulvaire jeuk al langer bestaat, worden bij het lichamenlijk onderzoek de vulva en het gehele anogenitale gebied geïnspiceerd. Bij een vermoeden van een maligniteit worden ook de liezen gepalpeerd. Om andere aandoeningen uit te sluiten kunnen ook de vaginawanden en de portio met een speculum à vue worden gebracht [tabel].

CASUS (VERVOLG)

Mevrouw Aarts lijdt niet aan een chronische ziekte, gebruikt geen medicatie en heeft nooit last gehad van eczeem. Wel is er mogelijk ooit, zoals bij haar zus, sprake geweest van psoriasis. Mevrouw wast zich van onderen alleen met water en gebruikt koude kompressen tegen de jeuk. Bij lichamenlijk onderzoek ziet u een bleke vulva met een matig scherp begrensde erythemateuze schilferende plaque met een wit beslag op het rechter labium majus [zoals in de **figuur**].

Op basis van de klinische bevindingen staan de volgende aandoeningen in de differentiaaldiagnose van vaginale jeuk [tabel]: candidiasis, eczeem, genitale psoriasis, lichen sclerosus, lichen planus, lichen simplex chronicus, squameuze intraepitheliale laesies (SIL), gedifferentieerde vulvaire intra-epitheliale neoplasie (dVIN) of vulvacarcinoom.

CASUS (VERVOLG)

Gezien haar leeftijd zijn candidiasis en SIL bij mevrouw Aarts onwaarschijnlijk, en zonder voorgeschiedenis geldt dat ook voor eczeem. Omdat de diagnose onduidelijk is en u twijfelt over een maligniteit, verwijst u mevrouw Aarts naar de gynaecoloog. Deze neemt een stansbiopsie. In de epidermis en in het epitheel van de huidadnexen zijn pagetcellen te zien: solitaire of in groepjes liggende cellen met hyperchromatische polymorfe kernen en een bleek cytoplasma.

ZIEKTE VAN PAGET

De ziekte van Paget (morbus Paget) is een zeldzame aandoening. Het is een intraepitheliale neoplasie, uitgaand van een

Tabel

Differentiaaldiagnose bij vulvaire jeuk

Ziektebeeld

Genitale psoriasis: chronische niet-infectieuze erythematosquameuze dermatose

Symptomen

Irritatie en pijn bij maceratie en ragaden

Lokalisatie

Symmetrisch op labia majora
Elders [liezen, mons pubis, bilnaad, periaanaal, knieën, ellebogen, hoofdhuid, nagels, arthritis psoriatica]

Klinisch beeld

Fel vuurood erytheem met scherpe begrenzing, gemacereerd aspect, vaak zonder schilfering



Ziektebeeld

Vulvaire squameuze intraepitheliale laesies (SIL): premaligne afwijkingen mogelijk geassocieerd met humaan papillomavirus

Symptomen

Jaren bestaande pruritis vulvae, soms symptoomloos met alleen een zichtbare afwijking

Lokalisatie

Vulva, zowel unifocaal als multifocaal

Klinisch beeld

Meerdere laesies rood, wit, grijs en bruin, maculeus of papuleus met een glad, granulaire of condylomateus oppervlak



Ziektebeeld

Lichen sclerosus: chronische niet-infectieuze inflammatoire dermatose

Symptomen

Pijn, branderigheid, dyspareunie, klachten bij mictie en defecatie

Lokalisatie

Vulva
Elders [perineum, anus, liezen]

Klinisch beeld

Solitair, symmetrische, scherp begrensde, parelmoerleurige maculae, papels en plaques met atrofische laesies, wondjes



Ziektebeeld

Gedifferentieerde vulvaire intra-epitheliale neoplasie (dVIN): premaligne afwijkingen in de basale of parabasale huidlaag, niet gerelateerd aan humaan papillomavirus

Symptomen

Jaren bestaande pruritis vulvae, soms symptoomloos met alleen een zichtbare afwijking
Ontstaat vaak in pre-existente lichen sclerosus

Lokalisatie

Vulva, meestal unifocaal

Klinisch beeld

Rode, maar soms ook witgrijze laesies



Ziektebeeld

Lichen planus mucosalis: inflammatoire niet-infectieuze dermatose van mucosa en huid

Symptomen

Dyspareunie, branderige pijn bij mictie

Lokalisatie

Introitus vaginae
Elders [mondslimvlies, buigzijde polsen, onderarmen, handruggen, onderbenen]

Klinisch beeld

Vaak annulair, een tot enkele laesies, milieir tot scherp begrensde paarse of paarsrode papels en plaques met aan het oppervlak witte streepjes [wickhamstriae]



Ziektebeeld

Vulvacarcinoom: niet-genezende ulcera of erosies, zwellingen [verruceuze of hyperkeratotische papels of plaques, erythemateuze noduli]

Symptomen

Persisterende pijn of jeuk, niet-genezende wonden

Lokalisatie

Vulva, unilaterale afwijkingen en/of vergrote liesklieren

Klinisch beeld

Unifocale erythemateuze glanzende, soms wat verheven laesie in een achtergrond van witte lichenoïde plaque



Ziektebeeld

Lichen simplex chronicus: chronische niet-infectieuze dermatose

Symptomen

Gelokaliseerde vorm van prurigo met als gevolg chronisch krabgedrag dat de jeuk in stand houdt

Lokalisatie

Vulva
Elders [hele lichaam, voorkeurslokalisatie nek, strekzijde onderarmen, onderbenen, enkels, dijen, anogenitale regio]

Klinisch beeld

Lichenificatie van de labia, littekenvorming, postinflammatoire hyper- of hypopigmentatie



Bronnen: **Genitale psoriasis:** Van der Meijden WI, Ter Harmseel WA. Vulvopathologie. Assen: Van Gorcum, 2007, p. 137. **Lichen sclerosus:** Lagro-Janssen T, Teunissen, D. Praktische huisartsgeneeskunde – Urogynaecologie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2020, p. 427. **Lichen planus mucosalis:** MousHV, Helmerhorst TJ, Van der Meijden WI. Vulvovaginale klachten, dyspareunie en orale mucosa-afwijkingen: erosieve lichen planus. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:881-5. **Lichen simplex chronicus:** Van der Meijden WI, Ter Harmseel WA. Vulvopathologie. Assen: Van Gorcum, 2007, p. 74. **SIL & dVIN:** Lebreton M, Carton I, Brousse S, Lavoué V, Body G, Levêque J, et al. Vulvar intraepithelial neoplasia: Classification, epidemiology, diagnosis, and management. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2020;49:101801. **Vulvacarcinoom:** De Hullu JA, Van der Zee AG. Chirurgische behandeling van vulvacarcinoom in een vroeg stadium en de complicaties van de ingreep. Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:336-42. De redactie heeft haar uiterste best gedaan om bronnen en rechthebbenden van het beeldmateriaal te achterhalen. Wanneer desondanks beeldmateriaal wordt getoond waarvan u (mede)rechthebbende bent en voor het gebruik waarvan u geen toestemming hebt verleend, kunt u zich in verbinding stellen met beeldredactie@nhg.org.

dieper liggend adenocarcinoom, waardoor erythematosquamuze, papillomateuze huidafwijkingen ontstaan.²⁻⁴ Deze ziekte kan zich ook buiten de borst voordoen; men spreekt dan van EMPD (Extramammary Paget's Disease). Van alle patiënten met morbus Paget heeft 10% EMPD en bij 65-83% van deze patiënten is de vulva aangedaan.²⁻⁴ Jaarlijks krijgen in Nederland 10-15 vrouwen de diagnose 'vulvaire EMPD'; de meeste zijn ouder dan 50 jaar.⁵ Over de pathogenese lopen de meningen uiteen. Sommigen nemen aan dat de pagetcellen vanuit een onderliggend adenocarcinoom de huid bereiken via de epitheelbekleding van zweetklierkanalen, urethra of rectum. Anderen veronderstellen dat ongedifferentieerde cellen in de epidermis reageren op een onbekende carcinogene prikkel en zich zo tot pagetcellen ontwikkelen.⁶

Volgens de indeling van Wilkinson zijn er 3 typen EMPD: type 1 is het primaire cutane type, type 2 is secundair aan een intestinaal adenocarcinoom en type 3 is secundair aan een urogenitaal carcinoom.

Type 1, primaire cutane EMPD, is bij 74% van de patiënten niet-invasief. Een Nederlands retrospectief cohortonderzoek bij patiënten met vulvaire EMPD vond een vijfjaarsoverleving van 98,9% voor de niet-invasieve vorm en 50% voor de invasieve

Figuur

Een patiënte met aanhoudende vulvaire jeuk



Bron: Van der Linden 2016.⁷

DE KERN

- Verricht bij vulvaire jeuk altijd een lichamelijk onderzoek en inspecteer het anogenitale gebied.
- Denk bij recidiverende vulvaire jeukklachten die niet reageren op lokale behandeling met corticosteroïden of antimycotica altijd aan een maligniteit, inclusief extramammaire ziekte van Paget [EMPD].
- Belangrijke signalen zijn persisterende jeuk en een niet-genezend plekje of wondje; neem bij twijfel een stansbipt af voor histologisch onderzoek of verwijst naar een vulvapati.
- Probeer *patient's* en *doctor's delay* te voorkomen door de patiënt accuraat te volgen en heb ook na de behandeling aandacht voor de psychische impact.

vorm, die vergelijkbaar is met het squameus vulvacarcinoom. Bij 8% ontwikkelde niet-invasieve EMPD zich na mediaan 5 jaar (31-165 maanden) tot een vulvaire adenocarcinoom.⁸ De types 2 en 3, cutane EMPD secundair aan een andere maligniteit, zijn zeldzamer. Van alle patiënten met vulvaire EMPD heeft 0,8% type 2 (intestinale maligniteit) en 1,3% type 3 (urogenitale maligniteit). Gezien de lage incidentie zou standaard screenen op deze maligniteiten in geval van cutane EMPD leiden tot overdiagnostiek.⁹

Diagnostiek

Het is belangrijk om bij vrouwen met vulvaire klachten altijd de vulva te inspecteren op een mogelijke maligniteit. De meeste patiënten met vulvaire EMPD komen bij de huisarts met klachten van branderigheid, irritatie, jeuk, pijn en bloed- of vochtverlies van de vulva. Bij 5-15% verloopt de ziekte asymptomatisch. Belangrijke signalen zijn persisterende jeuk en een niet-genezend plekje of wondje, zoals bij mevrouw Aarts. Bij het lichamelijk onderzoek ziet men matig scherp begrensde erythemateuze, soms schilferende, soms nattende erosieve plaques met een kenmerkend wit craquelé glazuurbeslag (*cake-icing scaling*) [figuur].

De diagnose 'vulvaire EMPD' zal uiteindelijk gesteld worden wanneer de patholoog in een stansbipt de kenmerkende pagetcellen aantreft, cellen die zich door hun grote hoeveelheid helder cytoplasma onderscheiden van de omgevende keratinocyten. Een ervaren huisarts kan het stansbipt zelf afnemen, maar men kan ook verwijzen naar een dermatoloog, gynaecoloog of vulvapati.

Behandeling

Bij vulvaire EMPD is levenslange follow-up door de gynaecoloog noodzakelijk. Bij cutane, niet-invasieve vulvaire EMPD volstaat afwachtend beleid. Alternatieven zijn topische behandeling met 5% imiquimodcrème (off-label) of chirurgische excisie. Imiquimod is een agonist van de *toll-like receptor* die het immuunsysteem stimuleert tot de aanmaak van cytokines. Gezien de lage incidentiecijfers van EMPD zijn onderzoeksdata

bepikt. Dagelijks of 2-3 × per week aanbrengen van 5% imiquimodcrème gedurende minimaal 8-16 weken zou bij 87,5% van de behandelde vrouwen effectief zijn.¹⁰⁻¹⁴ Meer groot-schalig onderzoek is nodig om de effectiviteit van de topicale behandeling vast te stellen. Chirurgische excisie wordt in de richtlijnen geadviseerd bij (micro-)invasieve vulvaire EMPD, op dezelfde wijze als bij vulvacarcinoom.¹⁵ Daarbij streeft men naar tumorvrije snijranden, maar de recidiefcijfers na chirurgie zijn hoog (34-56%).⁹ Uitgebreide chirurgie kan leiden tot veel complicaties op lange termijn zoals dyspareunie, mictieproblemen en chronische pijn, en tot psychische problemen zoals een laag zelfbeeld, gevoel van vermindering, onzekerheid en schaamte. Het is belangrijk om daar als huisarts aandacht voor te hebben en patiënten erin te begeleiden. Andere behandelopties zoals fotodynamische therapie, radiotherapie, laserablatie en systemische therapie zijn onvoldoende onderzocht om gedegen uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit.

CASUS (VERVOLG)

De diagnose bij mevrouw Aarts is 'niet-invasieve vulvaire EMPD'. Nadat ze uitleg heeft gekregen over de topicale behandelopties en de hoge kans op recidief en complicaties na chirurgie, kiest ze voor een afwachtend beleid. Ze smeert een indifferente koelzalf om de jeuk te verminderen.

CONCLUSIE

Denk bij vulvaire jeuk ook aan EMPD, vooral als lokale behan-

deling met corticosteroiden of antimycotica faalt. Onderzoek altijd de vulva bij persisterende vulvaire jeuk of een niet-genezend plekje of wondje. Neem bij twijfel een biopt af of verwijst hiervoor naar een vulvapati, dermatoloog of gynaecoloog (bekijk hoe deze zorg in uw regio georganiseerd is). Probeer *patient's* en *doctor's delay* te voorkomen door de patiënt accuraat te volgen. Heb als huisarts aandacht voor de lichamelijke, psychische, seksuele en relationele impact van deze ziekte. Er is meer grootschalig onderzoek nodig om de behandelopties en hiermee de kwaliteit van leven te verbeteren. ■

LITERATUUR

1. Nunns D, Mandal D. The chronically symptomatic vulva: prevalence in primary health care. *Genitourin Med* 1996;72:343-4.
2. Nabavizadeh R, Vashi KB, Nabavizadeh B, Narayan VM, Master VA. Extramammary Paget's disease: Updates in the workup and management. *Asian J Urol* 2022;9:451-9.
3. Van der Zwan JM, Siesling S, Blokx WA, Pierie JP, Capocaccia R. Invasive extramammary Paget's disease and the risk for secondary tumours in Europe. *Eur J Surg Oncol* 2012;38:214-21.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Vincken AM, Lagro-Janssen AL. Denk bij vulvaire jeuk ook aan extramammary Paget. *Huisarts Wet* 2024;67(01):32-5. DOI:10.1007/s12445-023-2374-9.
Margaraten: A.M.G. Vincken, huisarts: huisartsvincken@gmail.com.
Radboudumc, Afdeling Eerstelijngeneeskunde, Nijmegen: prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, emeritus hoogleraar Vrouwenstudies Medische wetenschappen.
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Uw diagnose

Zwelling op de schouder

Door: Roeland Boesaard

Een 96-jarige vrouw komt op het spreekuur met een zwelling op de rechterschouder, die nu enkele maanden oud is [figuur]. De zwelling is niet pijnlijk, maar de rechterschouder zelf wel. De medische voorgeschiedenis vermeldt onder andere een malunion na een proximale humerusfractuur met secundaire omartrose rechts. Daarvoor heeft ze via de orthopeed en anesthesist van de pijnpoli meerdere intra-articulaire injecties gekregen; zonder resultaat. Bij lichamenlijk onderzoek valt een forse, week aanvoelende zwelling ter hoogte van het rechter AC-gewricht op, die bij palpatie niet warm of pijnlijk is en niet mobiel. Bij punteren van de zwelling komt er 5 ml geelkleurig, gelei-achtig vocht uit. Deze patiënte heeft ondanks haar leeftijd geen relevante voorgeschiedenis en gebruikt, behalve paracetamol en colecalciferol, geen medicatie.

Wat is uw diagnose?

1. Lipoom

Figuur

Een forse zwelling op schouder.



2. Epidermale cyste
3. Bursitis subacromialis
4. AC-gewrichtcyste

➤ Het antwoord leest u op www.henw.org bij 'Uw diagnose' en de titel 'Zwelling op de schouder'.



Mictieklachten na het plaatsen van een pessarium

Judith Donners, Toine Lagro-Janssen

Behandeling van een prolaps kan bestaan uit bekkenbodempieroefeningen of een pessarium, afhankelijk van de ernst. Door het plaatsen van een pessarium kunnen echter klachten aan het licht komen die voorheen gemaaskeerd waren. Stressincontinentie voor urine is een van deze klachten. Maar ook bemoeilijkte mictie of zelfs blaasretentie kan optreden. Het is belangrijk om patiënten die met pessariumtherapie willen starten hier vooraf op te attenderen, zodat ze niet meteen de handdoek in de ring gooien wanneer ze last krijgen van een van deze goed behandelbare complicaties.

CASUS: EEN VROUW MET URINEVERLIES NA PLAATSIING VAN EEN PESSARIUM

Een 72-jarige vrouw komt voor controle. Vier weken geleden is bij haar een ringpessarium met ondersteuningsvlak geplaatst vanwege een forse cystocele en descensus uteri. Vóór plaatsing van het pessarium was een prolaps van de vaginavorwand zichtbaar tot 3 cm en een descensus uteri tot 1 cm voorbij de hymenaalring. Het pessarium heeft goed geholpen tegen haar klachten van een balgevoel en *urgency*. Ze klaagt nu echter over hinderlijk urineverlies bij hoesten en sporten, en wil stoppen met het pessarium. Haar huisarts concludeert dat er sprake is van stressincontinentie.

BESCHOUWING

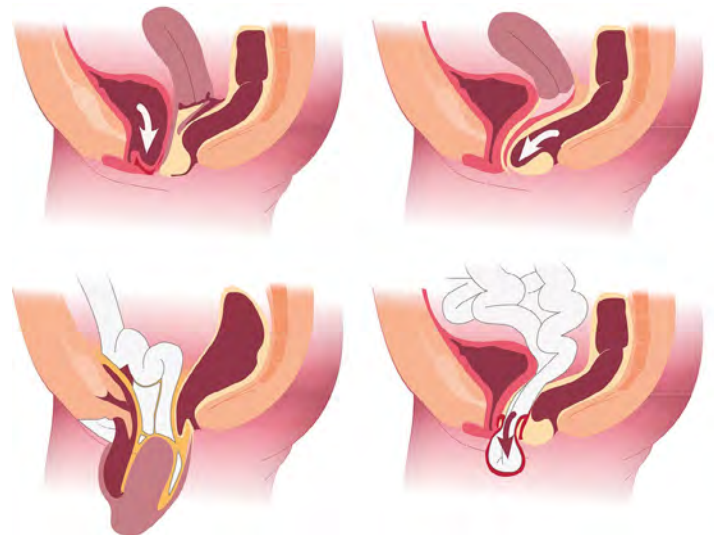
Tijdens lichamelijk onderzoek stellen huisartsen niet alleen het type, maar ook de ernst van een prolaps vast [figuur 1]. Voor het bepalen van de ernst van de prolaps gebruiken ze de gesimplificeerde methode van de *Pelvic Organ Prolapse-Quantification-score (POP-Q)*. Deze onderscheidt stadia in de mate van prolaps. Bij stadium 0 is er geen sprake van een prolaps. Bij stadium 1 is er een prolaps, maar komt het meest distale punt niet verder dan 1 cm vóór het hymen. Bij stadium 2 ligt het meest distale deel van de prolaps binnen 1 cm afstand van het hymen (erbuiten of erbinnen). Bij stadium 3 ligt het meest distale deel van de prolaps meer dan 1 cm voorbij het hymen en bij stadium 4 is er sprake van een complete prolaps en is er geen inwendige vagina meer over.¹

Voorkomen en klachten

Ongeveer 40% van de vrouwen heeft een verzakking die tot op of voorbij het hymen reikt. De kans dat een prolaps ernstige hinder veroorzaakt is veel kleiner. Slechts 11% van de vrou-

Figuur 1

Typen prolaps van links naar rechts, van boven naar beneden: prolaps voorwand; prolaps achterwand; prolaps uterus; prolaps vaginatop na uterusextirpatie¹



wen met een verzakking heeft er ook flink last van.² Klachten die vrouwen door een prolaps kunnen ervaren, betreffen voornamelijk een hinderlijk 'balgevoel', waarbij de vrouw een zwelling of uitstulping in de vagina ziet of voelt. Ook zien we geregeld klachten van incontinentie voor ontlasting of juist obstipatie, en pijn bij de coïtus. Ook moeten vrouwen de prolaps soms terugdrukken om goed te kunnen plassen of ontlasting te kunnen produceren.

Daarnaast krijgen patiënten ook mictieklachten. Stressincontinentie komt veel voor bij vrouwen met een milde prolaps, terwijl vrouwen met een meer gevorderde prolaps vaak *urge*-incontinentie hebben. Van alle vrouwen die een prolaps van een stadium 2 of meer hebben, rapporteert ongeveer 40% stressincontinentie.³

BEHANDELOPTIES BIJ PROLAPS

Eerste keuze voor behandeling van een patiënt met een symptomatische prolaps is bekkenfysiotherapie en/of een pessa-

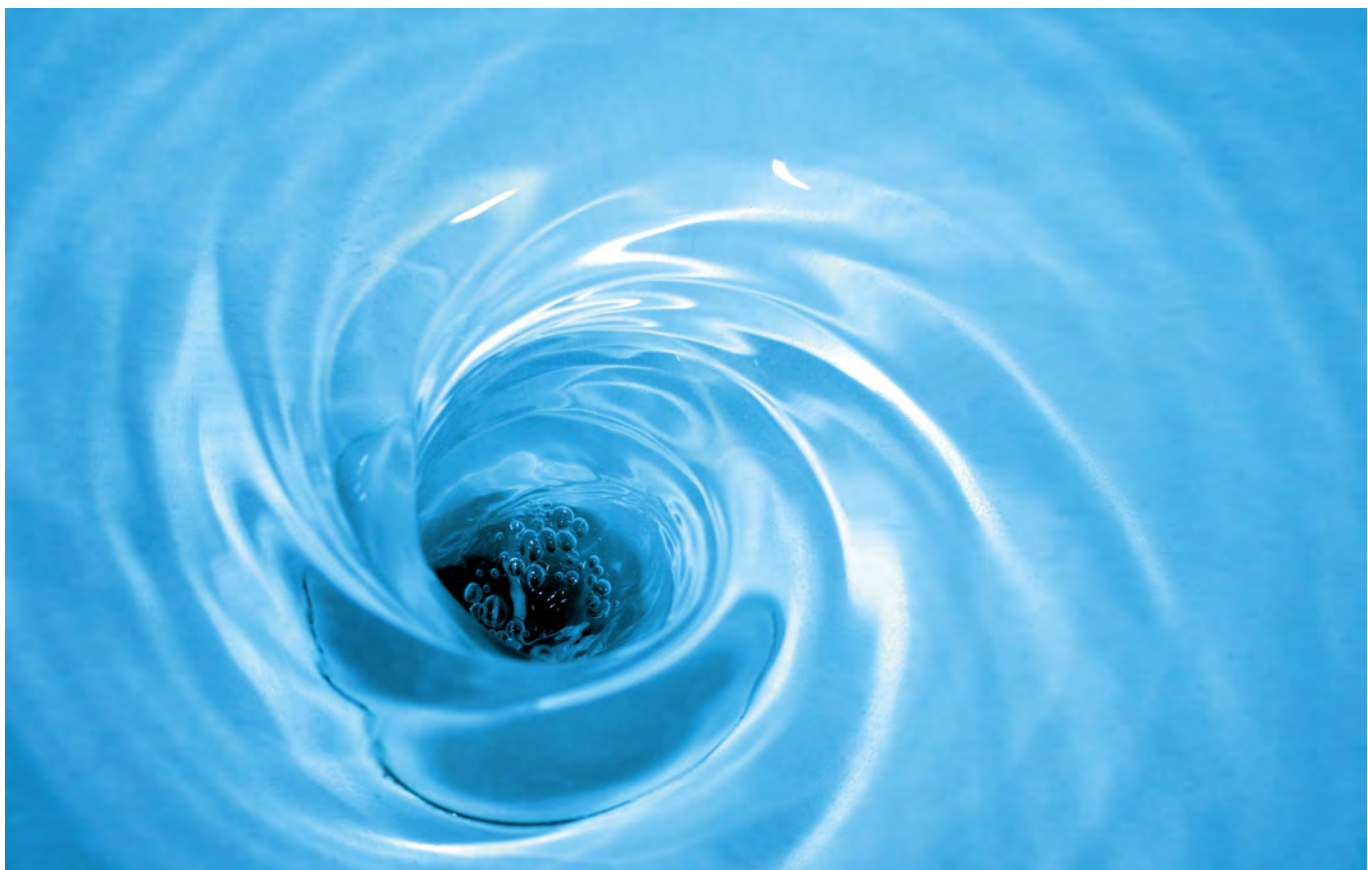
rium. Een chirurgische behandeling is de tweede optie.³ Een gerandomiseerd onderzoek in Nederlandse huisartsenpraktijken vergeleek bekkenfysiotherapie en een expectatief beleid bij vrouwen met een milde prolaps (tot aan het hymen). Drie maanden na het starten van bekkenfysiotherapie ervoer 57% van de vrouwen met een symptomatische prolaps verbetering ten opzichte van 13% in de groep vrouwen zonder behandeling. Na 2 jaar was dit verschil nog respectievelijk 43% en 14%. Dit onderzoek vergeleek ook het effect van bekkenfysiotherapie bij vrouwen met een gevorderde prolaps (voorbij het hymen) met pessariumtherapie. Het effect van bekkenfysiotherapie bleek bij deze vrouwen geringer dan bij vrouwen met een milde prolaps, waarbij na 2 jaar 15% van de vrouwen effect had van de therapie.⁴⁻⁶ Bekkenfysiotherapie als eerste optie lijkt dus vooral zinvol bij vrouwen met een milde prolaps (tot maximaal stadium 2). Uit hetzelfde gerandomiseerde onderzoek blijkt dat bij 57% van de vrouwen met een verzakking een passend pessarium gevonden kan worden.⁴

Bij pessariumtherapie kan de vrouw bij alle typen prolaps beginnen met een ringpessarium [figuur 2]. Wanneer ook de uterus betrokken is, gaat de voorkeur uit naar een ringpessarium met ondersteuningsvlak, omdat dit de cervix extra ondersteunt. Ook bij een prolaps van de voor- en achterwand gaat de voorkeur uit naar een ringpessarium met ondersteuningsvlak. Dit 'zuigt zich een beetje vast' aan de vaginawanden, waardoor het beter blijft zitten. Wanneer een ringpessa-

DE KERN

- Bij de behandeling van een symptomatische prolaps zijn pessariumtherapie en/of bekkenbodemspieroefeningen de behandeling van eerste keuze.
- Het is belangrijk dat huisartsen vrouwen voorafgaand aan plaatsing van een pessarium vertellen dat ze last kunnen krijgen van stressincontinentie, bemoeilijkte mictie of [zelden] blaasretentie.
- Wanneer na het starten met pessariumtherapie gemaskeerde stressincontinentie optreedt, kan deze behandeld worden volgens de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen en kan gestart worden met bekkenfysiotherapie met het pessarium in situ.
- Wanneer bemoeilijkte mictie of blaasretentie optreedt, moet het pessarium verwijderd worden of vervangen worden door een pessarium met een kleinere maat.

rium niet blijft zitten, is ook het Shaatz- of zeefpessarium een optie [figuur 3]. Dit heeft een ruimte-innemende werking en enig zuigeffect, waardoor het beter op zijn plaats blijft zitten. Vooral bij ernstige verzakkingen of een sterk verzwakte bekkenbodem, waarbij de andere pessaria falen en een operatie ongewenst is, vormt een kubuspessarium een mogelijkheid.¹

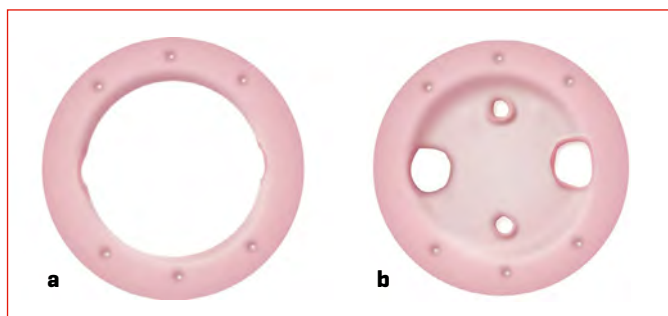


Het is belangrijk dat huisartsen vrouwen voorafgaand aan plaatsing van een pessarium vertellen dat ze last kunnen krijgen van stressincontinentie of blaasretentie.

Foto: Shutterstock

Figuur 2

a) open ringpessarium; **b)** ringpessarium met ondersteuningsvlak¹



Dit pessarium dient echter voor de nacht verwijderd te worden, omdat het vastzuigen de kans op ulceraties verhoogt.⁷

BEHANDELOPTIES BIJ COMPLICATIES

Een pessarium brengt de blaas weer boven het niveau van de urethra, waardoor het sluitmechanisme van de urethra meer onder druk komt te staan. Dit mechanisme heft een mogelijk gemaskeerde stressincontinentie op. Het maskeren van stressincontinentie zou verklaard kunnen worden door kinking of dichtdrukken van de urethra door de prolaps (bij een cystocele) of door uitwendige druk op de urethra (bij een rectocele). Ook kan een pessarium de urethra gedeeltelijk dichtduwen, waardoor de patiënt na plaatsing juist moeite krijgt met uitplassen en er een klein risico bestaat op blaasretentie.¹

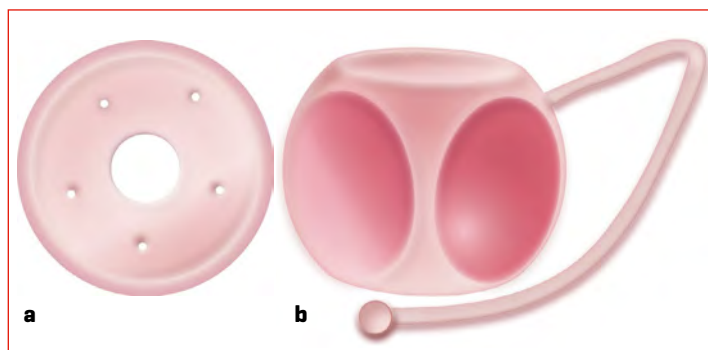
Gemaskeerde stressincontinentie die tijdens pessariumtherapie aan het licht komt, kunnen we als normale stressincontinentie behandelen. De NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen beveelt als eerste stap voor de behandeling van stressincontinentie aan om bekkenbodemspieroefeningen te doen.⁸ Voor die oefeningen hoeft het pessarium niet verwijderd te worden. Als de patiënt juist moeite heeft met uitplassen of wanneer er een blaasretentie optreedt, moet het pessarium verwijderd worden en eventueel vervangen worden door een pessarium met een kleinere maat.

CASUS (VERVOLG)

Aangezien er bij mevrouw sprake was van een cystocele stadium 3 in combinatie met een descensus uteri krijgt ze in eerste instantie een behandeling met een ringpessarium met ondersteuningsvlak aangeboden. De forse cystocele maskeerde vóór het inbrengen van het pessarium de stressincontinentie. Haar huisarts adviseert haar bekkenbodemspieroefeningen te gaan doen en verwijst haar naar Thuisarts.nl. Daar is de pagina *Ik ga bekkenbodemoefeningen doen* te vinden, waardoor ze geen kosten aan de oefeningen heeft.⁹ Mevrouw kan er ook voor kiezen om de oefeningen onder begeleiding van een bekkenfysiotherapeut te doen.

Figuur 3

a) Schaatz-pessarium; **b)** kubuspessarium¹



CONCLUSIE

Het huidige advies luidt om iedere patiënt met een symptomatische graad 2 prolaps of meer in eerste instantie pessariumtherapie aan te bieden. Gemaskeerde stressincontinentie is een fenomeen dat aan het licht kan komen nadat de patiënt met pessariumtherapie is gestart. Ook zou moeite met uitplassen of zelfs blaasretentie kunnen optreden. Het is belangrijk dat huisartsen hun patiënten hierover voorafgaand aan het starten met pessariumtherapie informeren, om te voorkomen dat ze bij het optreden van een van deze goed behandelbare complicaties meteen opgeven. Patiënten bij wie stressincontinentie optreedt kunnen immers starten met bekkenfysiotherapie met het pessarium in situ. Bij vrouwen die moeite hebben met uitplassen of bij wie in zeldzame gevallen blaasretentie optreedt, dient het huidige pessarium verwijderd te worden. Dan kan een kleiner of eventueel ander type pessarium geprobeerd worden. ■

LITERATUUR

1. Everts-Panman CMCR, Wiegersma M. Vaginale prolaps. In: Lagro-Janssen ALS, Teunissen D, redactie. Praktische huisartsgeneeskunde urogynaecologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2020:379-94.
2. Sliker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RPM, Burger CW, Vierhout ME. Face validity and reliability of the first digital assessment scheme of pelvic floor muscle function conform the new standardized terminology of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn* 2009;28:295-300.
3. Nederlands Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG). Richtlijn Prolaps. 2014. Beschikbaar via: https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/prolaps/prolaps_-_startpagina.html. Geraadpleegd op 11 juli 2023.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.

Donners JJA, Lagro-Janssen ALM. Mictieklachten na het plaatsen van een pessarium. *Huisarts Wet* 2024;67(1):36-8. DOI: 10.1007/s12445-023-2422-5.

Huisartsenpraktijk Heugem, Maastricht: J.J.A.E. Donners, huisarts, kaderhuisarts urogynaecologie in opleiding, judith_donners@hotmail.com. Radboudumc, afdeling Eerstelijngeneeskunde, Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: em. prof. dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts n.p. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Oplossing ‘Zwelling op de schouder’

Het goede antwoord is: AC-gewrichtcyste. Dergelijke cystes zijn op te delen in 2 soorten. Een daarvan ontstaat door degeneratie van het AC-gewricht zelf en is beperkt tot het AC-gewricht. De andere soort ontstaat secundair aan scheuren van de pezen van de rotatorcuff. Door lang bestaande cuffscheuren kan de humeruskop proximaal verplaatsen in het glenohumerale gewricht. Hierbij produceert het glenohumerale gewricht vaak synoviaal vocht, dat door de drukverhoging naar en door het AC-gewricht kan worden ‘gepompt’. Dit wordt het ‘geiserfenomeen’ genoemd.^{1,2}

BEHANDELOPTIES

De behandelopties zijn conservatief: expectatief of intra-articulare infiltratie met een corticosteroïd in het glenohumerale gewricht, of operatief: middels laterale clavicularesectie of behandeling van onderliggende cuffpathologie. Vaak betekent dit een omgekeerde schouderprothese, waarbij de humeruskop wordt vervangen door een metalen kunstkom en de kom van het schoudergewricht wordt vervangen door een metalen kop. Bij deze patiënte kiest de huisarts voor een conservatieve behandeling vanwege haar hoge leeftijd, maar ook omdat ze er weinig last van heeft. Na overleg van de huisarts met een orthopedisch chirurg en de patiënt wordt de cyste op proef leeg gepuncteerd [figuur] en 1 ml triamcinolonacetonide 40 mg/ml achtergelaten. Helaas ontstaat vlak hierna een recidief, waarna besloten wordt de cyste ongemoeid te laten.

DIFFERENTIAALDIAGNOSE

Een lipoom is een subcutane lokale ophoping van vet in een cluster van vetcellen.³ Het is een benigne nieuwvorming, die meerdere centimeters groot kan worden en traag groeit. Klinisch voelt het aan als een week-elastische subcutane nodus. Voorkeursplaatsen zijn de nek, schouders, bovenarmen, rug en bovenbenen. Bij een lipoom verwacht je een wat meer solide aanvoelende zwelling en niet het weke aspect dat de huisarts in deze casus voelt.

Een epidermale cyste is per definitie een cyste waarvan de cystewand uit epidermis bestaat.⁴ Het is meestal een subcutane zwelling. Soms is in het midden van de zwelling nog als een puntje de verstopte, nauwelijks zichtbare afvoergang van de oorspronkelijke haarfollikel te zien. Het is een benigne aandoening. De cysten kunnen heel groot zijn en bestaan uit meerdere holten. Soms is de cyste al eerder naar de dermis geruptureerd en ontstoken. De cysten kunnen op het hele lichaam voorkomen, maar komen meestal in het gezicht, op het behaarde hoofd, de nek of de romp voor. De inhoud ervan is brijig, kaasachtig en heeft een onaangename geur. Een epider-

Figuur

Punctaat uit de cyste



male cyste zou meer solide aanvoelen en er zou na punteren geen vloeistof zichtbaar zijn, zoals in onze casus.

Een bursitis subacromialis is een ontsteking van de bursa die zich onder het acromion bevindt.⁵ Deze kenmerkt zich door pijn, vooral bij bewegingen boven het niveau van de schouder. Deze aandoening ontstaat meestal door repeterende bewegingen boven schouder niveau.

Met dank aan: A.J.H. Vochteloo, orthopedisch chirurg in het OCON te Hengelo (OV). ■

LITERATUUR

1. Negi RS, Gogoi B, Randhawa AS. MR Geyser sign in chronic rotator cuff tears. *Med J Armed Forces India* 2018;74:304-6.
2. Sayed AA, Alariefy M, Aldawsari M, Nosair Aljedani A, Alharbi HH. A case report of Geyser Sign on magnetic resonance imaging (MRI) in a 65-year-old female patient. *Cureus* 2022;14:e23751.
3. Huidziekten.nl. Lipoma cutis en lipomatosis. 2023. Beschikbaar via: <https://www.huidziekten.nl/zakboek/dermatosen/ltxt/Lipoma.htm>. Geraadpleegd op 17 januari 2023.

De volledige literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.



Steakje minder?



‘Ik beseft dat de ruimte tussen ons veel groter is dan de breedte van het bureau’

Onderuitgezakt zit hij voor mijn bureau. Hij is een jaartje of 45 en zijn ronde buik, waarover een dun laagje stof, staat op knappen. Ik speel mijn guilty pleasure gokspel: BMI van 32?

Hij komt op het spreekuur omdat hij wil weten wat zijn bloeddruk is. Ik meet zijn bloeddruk, die veel te hoog is, en daarna lengte en gewicht. Ik kan trots zijn op mezelf. Ik zat er maar een puntje naast en besluit mijn spreekuur uit te laten lopen. Zo'n kans kan ik niet laten liggen. Tijd voor het beste medicijn dat ik te bieden heb: het leefstijl-gesprek. Bewegen doet hij volgens eigen zeggen voldoende tijdens zijn werk in het magazijn. Verder houdt hij van een biertje en de barbecue. Biefstuk en spareribs blijken zijn guilty pleasure.

Mijn brein jeukt om hem te vertellen dat mede door zijn vleesgebruik de biodiversiteit om zeep wordt geholpen en de aarde verder opwarmt. Wat zou ik hem graag uitleggen hoe de ontbossing in het Amazone-woud doorgaat om ruimte te maken voor veeveelt. Hoe zeldzame soorten zoals de jaguar en de miereneter in de Cerrado in Brazilië worden bedreigd, omdat dit gebied al bijna voor de helft is verwoest door de opkomst van monotone sojavelen vol gif. Dat het vlees dat op zijn barbecue suddert, waarschijnlijk is gevoed met de foute soja uit de Cerrado. Ik zou hem willen meedelen dat volgens de voedsel- en landbouworganisatie van de Verenigde Naties 14,5% van de wereldwijde CO₂-voetafdruk afkomstig is van de vleesproductie en veehouderij. Ik zou deze man dolgraag uitleggen hoe deze CO₂-uitstoot de aarde verder opwarmt en hoe dit een groot gevaar vormt voor zijn gezondheid.

In het kader van passende zorg en een beperkte spreekuurtijd, pak ik het anders aan. Ik leg hem uit dat hij obesitas heeft en wat de risico's daarvan zijn. Vervolgens stel ik hem de vraag: ‘Wist u dat u meer kans heeft op darmkanker en suikerziekte door het eten van veel rood vlees?’ Hij antwoordt dankbaar: ‘Dat wist ik niet, dokter, fijn dat u dit me vertelt. Ik zal mijn vlees voortaan beter doorbakken.’

Ik onderdruk een lach en beseft dat de ruimte tussen ons veel groter is dan de breedte van het bureau. Ik moet een heel ander verhaal verzinnen, een verhaal dat verleidt en verlost. Misschien kan ik nog wat leren van alle glimmende vleesreclames. ■

Tasja de Koning, huisarts en docent huisartsopleiding

Webtip Verwijsafspraken.nl

Vincent van Vugt

Iedereen weet de huisarts te vinden bij problemen. Laagdrempelige huisartsenzorg is een groot goed, maar hierdoor worden er ook veel vragen gesteld die niet bij de huisarts thuishoren. Heldere afspraken over welke zorgverlener welke zorg levert zijn voor iedereen belangrijk. Om dit inzichtelijk te maken heeft de beweging 'Help de huisarts verzuipt' een nuttige website gemaakt in samenwerking met het programma [Ont]regel de zorg.

De startpagina van verwijsafspraken.nl heeft rustige kleuren en bevat heldere tekst. De centrale vraag is meteen duidelijk: 'Heb ik de hulp van de huisarts nodig?'. Je kunt kiezen uit 5 categorieën: verwijzingen, verklaringen, uitvoeringsverzoeken, formulieren & machtigingen en hulpmiddelen. Er is een handige zoekfunctie waardoor je met een term als 'incontinentiemateriaal' direct bij de juiste pagina komt. Op elke pagina staat kort aangegeven of de hulp van de huisarts geïndiceerd is, ondersteund met bronverwijzingen naar landelijk gezaghebbende organen zoals het Zorginstituut Nederland of de Rijksoverheid.

DRUK VERMINDEREN

Deze website kan bijdragen in de strijd tegen administratieve lasten in de huisartsenpraktijk. Veel regelgeving is namelijk al gewijzigd om de druk voor huisartsen te verminderen. Doordat zorgmedewerkers in de thuiszorg, ggz en het ziekenhuis

hier niet van op de hoogte zijn, blijven oneigenlijke verzoeken bij de huisarts terechtkomen. Denk bijvoorbeeld aan een uitvoeringsverzoek om een blaaskatheter in te laten brengen door de thuiszorg. Uitvoeringsverzoeken zijn al jaren 'vormvrij', wat inhoudt dat de opdracht hiervoor zowel mondeling als schriftelijk mag worden gegeven. Toch vragen sommige thuiszorgmedewerkers nog steeds om een schriftelijk uitvoeringsverzoek omdat hun manager dit eist. Het verwijzen naar de website kan discussies snel oplossen.

KRACHTIG INSTRUMENT

Verwijsafspraken.nl is een nuttig hulpmiddel voor de huisarts om tijd en frustratie te besparen. Zolang de informatie actueel blijft is de website een krachtig instrument om meer tijd te creëren voor de kerntaken van het huisartsenvak.

Naam	Verwijsafspraken.nl
Makers	Beweging 'Help de huisarts verzuipt'
Doel	Zorgverleners en patiënten duidelijk maken wanneer betrokkenheid van de huisarts wel of niet nodig is
Platform	Online
Prijs	Gratis
Oordeel	●●●●●



Foto: Shutterstock



Starten én stoppen met 'levende' aanbevelingen in de NHG-Standaard COVID-19

Miesje Nijs, Jacoba Greving, Margriet Bouma

De NHG-Standaard COVID-19 is opnieuw herzien. De belangrijkste wijzigingen betreffen de risicogroepen voor een ernstig beloop, de aanbevelingen over aanvullend onderzoek en de aanbeveling over inhalatiecorticosteroiden. De herziene versie is nu een reguliere standaard in plaats van een 'levende richtlijn' geworden.

Vanaf 2020 ontwikkelde het NHG adviezen over de diagnostiek en het beleid bij patiënten met (een vermoeden van) COVID-19. In het begin stonden deze adviezen in het NHG-dossier Corona en vanaf juli 2021 in de NHG-Standaard COVID-19.

LEVENDE RICHTLIJN

Het NHG vond het belangrijk om de ontwikkelingen over COVID-19 te blijven monitoren en bij een relevante nieuwe ontwikkeling de standaard meteen te herzien. Zo'n 'levende richtlijn' sluit aan bij de wens van huisartsen om bij snelle ontwikkelingen een actuele richtlijn te hebben. Een levende richtlijn is alleen zinvol als het een veelvoorkomende ziekte met een gemiddelde tot hoge ziektelast betreft met een grote maatschappelijke impact. Daarnaast moet er regelmatig nieuw wetenschappelijk bewijs beschikbaar komen dat tot een nieuwe aanbeveling of aanpassing (in richting of sterkte) van een bestaande aanbeveling leidt.

HERZIENING 'REGULIERE' NHG-RICHTLIJNEN

Het streven is om eens per 5 jaar een richtlijn compleet te herzien. Dit is echter niet voor alle individuele aanbevelingen noodzakelijk; voor een groot deel van de aanbevelingen blijkt geen nieuw bewijs of enkel bewijs dat in dezelfde richting en sterkte wijst [online figuur 1]. Voor sommige onderwerpen gaan de ontwikkelingen snel en betreffen de wijzigingen een grote groep patiënten, waardoor de impact van wijzigingen groot is. Bij die onderwerpen zijn vaker herzieningen nodig; bijvoorbeeld voor de onderwerpen CVRM, diabetes mellitus type 2 en hartfalen. Daarom kiest het NHG steeds vaker voor een gedeeltelijke herziening.

ONTWIKKELINGEN IN DE NHG-STANDAARD COVID-19

De NHG-Standaard COVID-19 was de eerste levende richtlijn van het NHG. Deze richtlijn kon gerealiseerd worden door maandelijks alerts over medicamenteuze behandelingen, een driemaandelijks oriënterende literatuurzoekactie, regelmatige updates van de systematische literatuurzoekacties bij de herziening van een aanbeveling, een werkgroep beschikbaar



De NHG-Standaard COVID-19 is gedeeltelijk herzien, waarbij de belangrijkste wijziging is dat inhalatiecorticosteroiden voor de behandeling van COVID-19 niet meer worden aanbevolen.

op afroep, flexibiliteit en voldoende NHG-medewerkers (en dus budget).

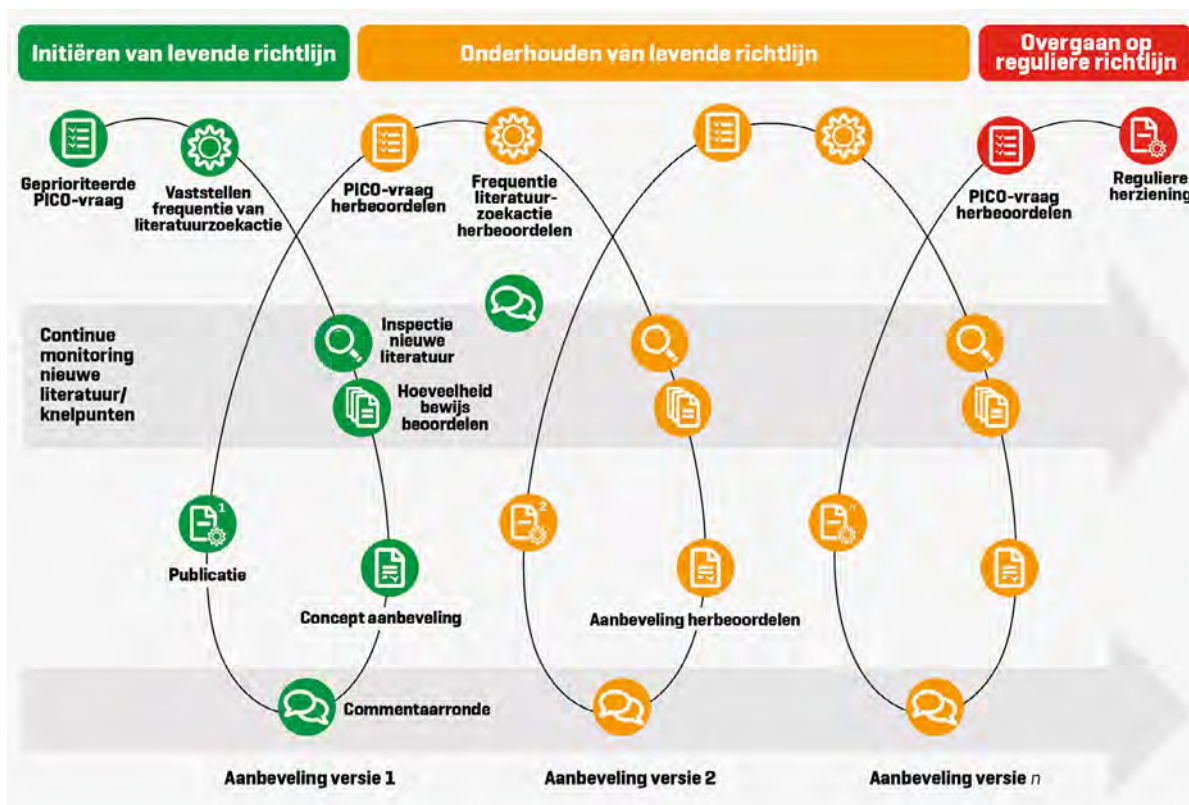
Inmiddels is een groot deel van de bevolking gevaccineerd en/of heeft COVID-19 doorgemaakt, waardoor het risico op een ernstig beloop gedaald is. De maatschappelijke impact van COVID-19 nam af; COVID-19 werd endemisch. Nieuwe ontwikkelingen, voortkomend uit wetenschappelijke publicaties, namen af. Nieuwe onderzoeken veranderden de richting of sterkte van de aanbeveling voor de meeste aanbevelingen niet. Na het actief starten met een levende richtlijn, besloot het NHG hier ook weer actief mee te stoppen [Figuur 2]. De herziene standaard is nu een reguliere richtlijn geworden.

RISICOGROEPEN

Het onderdeel 'Risicogroepen' beschrijft patiëntengroepen met een verhoogde kans op een ernstig beloop. Dit deel is op basis van nieuwe onderzoeksresultaten over risicofactoren voor een ernstig beloop volledig herzien. Na vaccinatie blijken vergelijkbare groepen, hoewel in mindere mate, nog steeds een hoger risico te hebben op een ernstig beloop. Patiënten die een verhoogd risico hebben op een ernstig beloop zijn onder te verdelen in patiënten die op basis van leeftijd en/of comorbiditeit een hoger risico hebben, en patiënten met een ernstig verminderde afweer die geen of onvoldoende respons laten zien op vaccinatie. De laatstgenoemde groep is bovendien relevant, omdat bij deze patiënten het antivirale middel nirmatrelvir/ritonavir overwogen kan worden.

Figuur 2

Werkproces. Figuur overgenomen uit Akl et al., 2022 en aangepast naar de richtlijnontwikkeling van het NHG.¹



INDICATIE AANVULLEND ONDERZOEK

In de aanbeveling over diagnostiek naar een acute infectie van COVID-19 is toegevoegd dat diagnostiek alleen geïndiceerd is als het consequenties heeft voor het beleid. Bijvoorbeeld bij een mogelijke indicatie voor nirmatrelvir/ritonavir bij een patiënt met een ernstig verminderde afweer. Het onderdeel over serologisch onderzoek is herzien, omdat de aanbeveling niet meer aansluit bij de huidige situatie waarin de overgrote meerderheid van de bevolking antistoffen tegen COVID-19 heeft. Serologisch onderzoek is dan niet zinvol meer en wordt daarom niet aanbevolen.

HERHALING LITERATUURZOEKACTIE MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

We hebben de literatuurzoekacties herhaald voor de meerwaarde van tromboseprofylaxe, inhalatiecorticosteroiden, systemische corticosteroiden (dexamethason) en nirmatrelvir/ritonavir. Nieuw onderzoek leidde alleen voor inhalatiecorticosteroiden tot een aanpassing van de aanbeveling: inhalatiecorticosteroiden worden niet meer aanbevolen.

OVERIGE ACTUALISATIES

De standaard is aangepast aan de huidige situatie. Zo is het onderdeel over de meldingsplicht verwijderd, omdat deze

sinds 1 juli 2023 is komen te vervallen. Daarnaast zijn er andere onderdelen van de standaard verwijderd die in deze fase niet meer passend of van toegevoegde waarde zijn.

LITERATUUR

1. El Mikati IK, Khabisa J, Harb T, Khamis M, Agarwal A, Parado-Hernandez H, et al; A Framework for the Development of Living Practice Guidelines in Health Care. *Ann Intern Med* 2022;175:1154-60. DOI:10.7326/M22-0514.

Raadpleeg de volledige versie van deze NHG-Standaard op richtlijnen.nhg.org.

Nijs MM, Greving JP, Bouma M. Starten én stoppen met 'levende' aanbevelingen in de NHG-Standaard COVID-19. *Huisarts Wet* 2024;67(1):42-3. DOI:10.1007/s12445-023-2304-x. Nederlands Huisartsen Genootschap, cluster Richtlijnontwikkeling, Utrecht: MM Nijs, wetenschappelijk medewerker, contactcentrum@nhg.org; JP Greving, senior wetenschappelijk medewerker; MC Bouma, senior wetenschappelijk medewerker. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep bestond uit [alfabetische volgorde]: El Bouazzaou, L, Bouma M, Cals J, Geerlings S, Geersing G, Greving JP, Kuijpers T, Loogman M, Nijs M, Otto-Paling F, Platteel T, Verheij T.



Gedeeltelijke herziening NHG-Standaard Psoriasis

Michelle Bruggeling, namens de werkgroep

In de herziene NHG-Standaard Psoriasis heeft behandeling met ontschilferingsmiddelen een prominentere plek gekregen. Verder heeft de werkgroep wijzigingen aangebracht in de verwijscriteria bij artritis en in de aandachtspunten bij tweedelijsmedicatie.

De NHG-Standaard Psoriasis is op 3 punten herzien: ontschilferingsmiddelen, verwijscriteria en tweedelijsmedicatie.

ONTSCHILFERINGSMIDDELEN

In augustus 2022 publiceerde de Nederlandse Zorgautoriteit het rapport 'Zinnige zorg voor mensen met psoriasis en eczeem'. Een van de verbeterpunten uit dit rapport was de onduidelijke positie van ontschilferingsmiddelen bij de behandeling van psoriasis. Deze middelen werden in de eerste lijn weinig voorgeschreven, terwijl de verwachting was dat ze een toegevoegde waarde konden hebben. Uit literatuuronderzoek blijkt dat verschillende ontschilferingsmiddelen iets effectiever zijn dan een placebo bij psoriasis, maar de kwaliteit van het bewijs is zeer laag. Desondanks acht de werkgroep het aannemelijk dat het dunner worden van een dikke schilferlaag bij psoriasis zorgt voor minder klachten en een betere werkzaamheid van andere topicale middelen. De tekst over ontschilferingsmiddelen is daarom uitgebreid en toegevoegd aan het stappenplan, waardoor de informatie beter vindbaar is voor de huisarts.

De werkgroep adviseert om patiënten met een dikke schilferlaag eerst te behandelen met een ontschilferingsmiddel (zoals salicylzuur of een vette zalf). Daarna kan het medicamenteuze stappenplan in gang worden gezet. De behandeling met een ontschilferingsmiddel hoeft maar kort te duren: gemiddeld wordt de schilferlaag in 3 dagen dunner. Dit effect kan de huisarts of patiënt zelf monitoren.

VERWIJSCRITERIA BIJ VERMOEDEN ARTRITIS

Het is belangrijk om alert te zijn op gewrichtsklachten bij patiënten met psoriasis vanwege het voorkomen van spondyloartritis, zoals artritis psoriatica. De werkgroep heeft spondyloartritis daarom toegevoegd aan de verwijscriteria.

Verwijs patiënten (of consulteer een reumatoloog) als zij een artritis hebben die langer duurt dan 3 weken, of eerder als er een sterk vermoeden is van artritis psoriatica. Deze termijn is bekort en komt nu overeen met het advies in de NHG-Standaard Artritis. Verwijs ook naar de reumatoloog bij een vermoeden van spondyloartritis, zoals bij minstens 3 maanden bestaande dagelijkse rugklachten bij een patiënt met psoriasis. Zie voor meer informatie over spondyloartritis de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn.



Behandel patiënten met een dikke schilferlaag eerst met een ontschilferingsmiddel.

Foto: Shutterstock

AANDACHTSPUNTEN BIJ TWEDELIJSMEDICATIE

In de standaard werd al aandacht besteed aan aandachtspunten bij tweedelijsmedicatie, bijvoorbeeld retinoïden, fumaraten en DMARD's zoals methotrexaat. Dat blijft zo, zij het in aangepaste vorm. Huisartsen schrijven deze middelen weliswaar niet zelf voor, maar waarderen de globale informatie over deze middelen. Daarom heeft de werkgroep deze tekst behouden, maar wel ingekort.

Het advies aan huisartsen is geen systemische medicatie voor psoriasis voor te schrijven of te herhalen. Het is belangrijk te weten dat deze middelen niet samengaan met zwangerschap en rondom operaties vaak worden gestaakt. Door de immunosuppressieve werking is er een (beperkt) vergroot risico op infecties, soms met atypische verwekkers. Patiënten komen in aanmerking voor de griepvaccinatie. De precieze bijwerkingen en risico's verschillen per middel. Raadpleeg bij vragen daarover de bijsluiter of consulteer de voorschrijvend specialist. ■

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Psoriasis op richtlijnen.nhg.org.

Bruggeling M. Gedeeltelijke herziening NHG-Standaard Psoriasis. Huisarts Wet 2024;67:44. DOI:10.1007/s12445-023-2417-2.

NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: M. Bruggeling, wetenschappelijk medewerker en huisarts, m.bruggeling@nhg.org. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-werkgroep bestond uit [alfabetische volgorde]: Borgdorff H, Bosch AATM, Bouma M, Bruggeling NM, Otto-Paling FP, Schep A, Seggers J, Tameeris E, Van Haastert-Jap Tjoen San LDS, Wiersma Tj.



Volledige herziening NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie

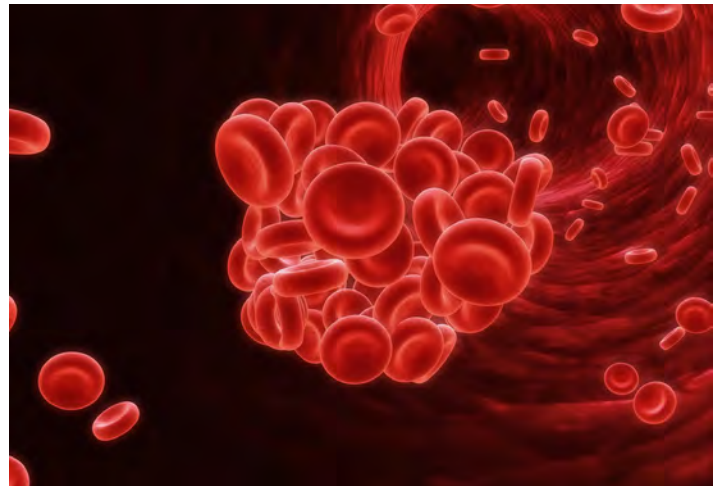
Judith Poldervaart, Iris Wichers, namens de werkgroep

De belangrijkste wijziging in de NHG-Standaard betreft de aanbeveling om bij een vermoeden van longembolie de YEARS-criteria en D-dimeerbepaling te gebruiken in plaats van de Wells-regel. Deze aanbeveling sluit aan bij de tweede lijn, waar het YEARS-algoritme al langer wordt gebruikt. Dit algoritme blijkt ook veilig en efficiënt in de eerste lijn. Een andere wijziging is de voorkeur voor een DOAC bij de behandeling van een DVT. Verder luidt het advies om steunkousen voor te schrijven bij veel zwelling, maar niet om het posttrombotisch syndroom te voorkomen.

In de vorige versie van de standaard werd de Wells-beslisregel geadviseerd bij het vermoeden van een longembolie. De risico-inschatting met deze beslisregel was echter niet optimaal: er werden scoringsfouten gemaakt tot wel 28% van de gevallen.¹ Zo werd de verkeerde score gebruikt, werd er onjuist gehandeld op basis van de score of op de daaropvolgende D-dimeeruitslag.

NIEUWE BESLISREGEL LONGEMBOLIE

Bij het YEARS-algoritme wordt met 3 items de afkapwaarde van de D-dimeer (500 of 1000 ng/ml) bepaald. Nieuw onderzoek laat zien dat het gebruik van het YEARS-algoritme in de eerste lijn voldoende veilig is. Ook is het YEARS-algoritme erg efficiënt: ruim de helft van de patiënten bij wie men een longembolie vermoedt, hoeft niet voor nadere diagnostiek te worden verwezen. Het feit dat steeds meer ziekenhuizen gebruikmaken van het YEARS-algoritme speelde mee in de overwegingen om de aanbeveling aan te passen. Een ander voordeel is dat het YEARS-algoritme bestaat uit slechts 3 criteria, waardoor de werkgroep verwacht dat het toepassen van de regel gemakkelijker is dan bij de Wells-beslisregel. Het YEARS-algoritme bevat minder klinische gegevens dan de Wells-beslisregel. Sommigen ervaren dit als nadeel, omdat de klinische criteria zoals hartfrequentie meer gevoel van houvast geven. Een beslisregel is echter niet bedoeld om het klinisch redeneren te vervangen, maar als hulpmiddel om bij vermoeden van een bepaalde aandoening deze beter te kunnen aantonen of uitsluiten (op basis van een a-priorikans). Een algemeen nadeel van beslisregels kan zijn dat het onduidelijk is wanneer je deze moet gebruiken. De werkgroep beveelt aan de beslisregel te gebruiken als de huisarts denkt: kan dit een longembolie zijn? Als een patiënt ABCDE-instabiel is of als er andere klinische redenen zijn om direct te verwijzen of overleg te hebben met de tweede lijn, kan de huisarts van het algoritme afwijken.



De NHG-Standaard Diepveneuze trombose en longembolie is volledig herzien met onder meer een nieuwe beslisregel bij het vermoeden van een longembolie.

Foto: Shutterstock

VOORKEUR VOOR DOAC

Bij de behandeling van een DVT is er een lichte voorkeur voor een DOAC. DOAC's en VKA's worden als gelijkwaardig beschouwd wat betreft effectiviteit, maar het gebruiksgemak van DOAC's is groter en er is een lager risico op bloedingen. Hierop zijn enkele uitzonderingen, zoals patiënten na bariatrische chirurgie of met een kleprothese.

ZWACHTELEN EN STEUNKOUSEN NIET MEER STANDAARD

Al decennialang wordt geadviseerd om bij iedere patiënt met een DVT de benen compressief te zwachtelen en daarna steunkousen aan te meten. Op basis van een herbeoordeling van de beschikbare literatuur lijkt het zinvol om steunkousen te gebruiken om zwelling tegen te gaan, maar er is onvoldoende bewijs dat dit een posttrombotisch syndroom of recidief-DVT voorkomt. Ook internationaal gelden al langer vergelijkbare adviezen. De Britse NICE-richtlijnen, en ook de Amerikaanse ACCP-richtlijnen, raden het gebruik van steunkousen niet langer aan of raden het zelfs af. De multidisciplinaire richtlijn Antitrombotisch beleid wijkt enigszins af van de aanbeveling in de NHG-Standaard en adviseert een steunkous te dragen voor ten minste 6 maanden na een DVT. Ondanks dit verschil onderschrijven beide richtlijncommissies het belang van adequate en snelle compressietherapie om klachten te verminderen en herstel te bevorderen. Er blijft discussie over het belang van compressietherapie in het voorkomen van posttrombotische klachten, maar niet over het

nut bij het behandelen ervan. Als wordt gekozen voor compressie kunnen de steunkousen na 3 tot 6 maanden uitblijven als de patiënt klachtenvrij blijft; dit is een klinische beoordeling. Het zwachtelen en dragen van steunkousen voor patiënten kan belastend zijn, maar verder zitten er weinig nadelen aan. Daarom is het altijd mogelijk dat de huisarts met een patiënt toch voor steunkousen kiest.

OPPERVLAKKIGE TROMBOFLEBITIS

De diagnose oppervlakkige tromboflebitis is doorgaans klinisch te stellen en als behandeling is pijnstilling vaak voldoende. Het risico op een DVT bij een klinisch vermoeden van een oppervlakkige tromboflebitis is in de eerste lijn waarschijnlijk klein, maar de risicoschattingen hierover lopen erg uiteen. Het bewijs voor actief opsporen van een DVT bij een klinisch oppervlakkige tromboflebitis blijkt tegen te vallen; in de eerdere versie van de standaard zijn de genoemde criteria hiervoor onvoldoende onderbouwd. De werkgroep heeft daarom besloten deze criteria niet mee te nemen in de lijst met mogelijke redenen om een echo aan te vragen of om te behandelen. Behandel patiënten met tromboflebitis bij wie is besloten tot behandeling met antistolling met fondaparinux (middel van eerste keuze). ■

LITERATUUR

1. Van Maanen R, Kingma AEC, Oudega R, Rutten FH, Moons K, Geersing GJ. Real-life impact of clinical prediction rules for venous thromboembolism in primary care: a cross-sectional cohort study. *BMJ Open* 2020 28;10:e039913.

Raadpleeg de volledige versie van de NHG-Standaard Diep-veneuze trombose en longembolie op richtlijnen.nhg.org.

Poldervaart J, Wichers I. Volledige herziening NHG-Standaard Diep-veneuze trombose en longembolie. *Huisarts Wet* 2024;67(01):45-6. DOI:10.1007/s12445-023-2391-8. NHG, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, Utrecht: dr. J. Poldervaart, wetenschappelijk medewerker en huisarts, kenniscentrum@nhg.org; dr. I. Wichers, senior wetenschappelijk medewerker en epidemioloog. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

De NHG-Werkgroep bestond uit (alfabetische volgorde): Geersing GJ, Kessel LS, Poldervaart JM, Sival PPE, Smits PLM, Thissen LGP, Van den Donk M, Van Nieuwenhuijze FM, Van Osselen ECM, Wichers IM.

COLOFON

Huisarts en Wetenschap [www.henw.org] wordt uitgegeven door het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de wetenschappelijke vereniging van huisartsen [www.nhg.org]. Online publicaties kunnen verschillen van de printversie. Check daarom altijd de website voor de meest actuele publicatie.

Redactie

Dr. Gijs Baaten [hoofdredacteur, huisarts], dr. Mariëlle van Avendonk [adjunct-hoofdredacteur, huisarts n.p.], dr. Pieter Buis [huisarts], dr. Susanne Claessen [huisarts], dr. Jacoba Greving [epidemioloog], dr. Annemarije Kruis [huisarts], prof. dr. Jean Muris [huisarts], Ariëtte Sanders [huisarts], dr. Lianne Stolwijk [huisarts] en dr. Loes Wouters [huisarts].

Redactie bureau

Judith Mulder [bladmanager], Ajlina Muric, Ellen Olbers, Susan Umans [einden webredactie], Justus Raap [marketing], Mariëtte de Rie en Lianne van de Meeberg-Krebs [secretariaat], dr. Peter Lucassen [medisch-inhoudelijk adviseur], Margot Scheerder, Wendy Westerhof [beeldredactie], dr. Vincent van Vugt [redacteur digitale huisartsenzorg]. Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, tel. 088 506 55 00, redactie@nhg.org.

NHG Forum

Uitgave en redactie: NHG-bureau. Met dank aan: Kristel van Dijk, Sabine van Logtestijn, Eric Scheppink. Beeld en beeldredactie: Margot Scheerder. Eindredactie en contact: Susan Umans, forum@nhg.org.

Uitgever

Alex Beishuizen, Bohn Stafleu van Loghum, Postbus 246, 3990 GA Houten
Basisvormgeving: Frederik Helfrich, Deventer
Auteursinformatie: www.henw.org/voor-auteurs

Advertentieverkoop

Advertentieverkoop: adverteren@bsl.nl, tel. 030-6383603.
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan: traffic@bsl.nl, tel. 030-6383603.

Abonnementen

HGW verschijnt online, als nieuwsbrief, podcast, sociale media en als papieren tijdschrift. Het wordt verspreid onder de leden van het NHG. Niet-leden kunnen zich abonneren via www.bsl.nl. Abonnementsprijs: [print + online toegang] € 323,00, online-only abonnement € 194,00, studenten 35% korting. Abonnementen worden automatisch verlengd tenzij 2 maanden voor de vervaldatum schriftelijk is opgezegd. Bent u NHG-lid en wilt u een adreswijziging doorgeven, stuur dan een e-mail naar info@nhg.org met daarin alle relevante informatie. Informatie: Klantenservice, Postbus 246, 3990 GA Houten, tel. 030-6383736 en op www.bsl.nl/klantenservice/abonnementen.

Voorwaarden

Op leveringen en diensten zijn de bij de Kamer van Koophandel gedeponeerde algemene voorwaarden van Springer Media B.V. van toepassing. Zie www.bsl.nl.



bohn
stafleu
van loghum



© 2024 NHG
ISSN 0018-7070

Neem samen een kijkje in de spiegel



Reflectie is belangrijk bij het verbeteren van de kwaliteit van zorg in de huisartsenpraktijk of -organisatie. Spiegelinformatie biedt daarvoor een goed vertrekpunt. Neem een kijkje op de herziene NHG-webpagina over spiegelinformatie in de huisartsenzorg.

Op deze webpagina staat nu ook informatie over het project Spiegelaar, opgezet door de Amsterdamse Huisartsenalliantie en de afdeling Huisartsgeneeskunde van Amsterdam UMC. Het is een mooi voorbeeld uit de praktijk, dat laat zien hoe je met elkaar in groepsverband kunt leren van data uit het HIS. Er zijn voorbeeldmaterialen beschikbaar over een aantal onderwerpen zoals bijvoorbeeld bloedonderzoek bij moeheid, medicatiebewaking en bij verminderde nierfunctie.

Overzicht bronnen

Verder vindt u op de webpagina een handig overzicht van bronnen met spiegelinformatie. Het helpt u spiegelinformatie te vinden van diverse thema's en niveaus. Bijvoorbeeld: hoe verhoudt zich het aantal incidenten met medicatiegebruik in mijn regio tot het landelijk gemiddelde? Of: hoe is de ontwikkeling van het aantal visites en consulten de afgelopen jaren in de verschillende regio's?



Meer weten? Ga naar nhg.org/spiegelinformatie of scan de QR-code



Aan de slag met of meer weten over methodes om patiëntenervaringen op te halen? Ga naar nhg.org/betrekken-bij-huisartsenpraktijk of scan de QR-code.

Patiënten betrekken

Weet u wat uw patiënten vinden van de zorg die u samen met uw team levert? Patiëntenervaringen inzetten voor verbetering in de praktijk is ook een vorm van spiegelinformatie.

IN MEMORIAM: CAROLIEN VAN LEEUWEN



Eind oktober 2023 is Carolien van Leeuwen overleden. Carolien heeft ruim 20 jaar, tot 2019, als praktijkhoudend huisarts in Emmen gewerkt. In die tijd was zij actief in diverse huisartsengremia. Ze was onder andere lid van de NHG Verenigingsraad en coördineerde het onderwijzen van aiossen op de huisartsenpost in Drenthe. Zij had steeds oog voor het grotere plaatje: ze zette zich in voor het behoeden en 'uitventen' van de huisartsgeneeskundige kernwaarden en -taken, maar ook voor een goede afstemming tussen de eerste en tweede lijn in het belang van optimale patiëntenzorg. Ze was hoofd van de huisartsopleiding in het UMCG vanaf

2019, tot ze anderhalf jaar geleden ziek werd. Met hart en ziel zette zij zich in voor een goede opleiding voor de aiossen in de noordelijke provincies van Nederland. Zij maakte het mogelijk dat aiossen hun hele opleiding in de regio Emmen kunnen doen. Recent studeerde daar de eerste huisarts af. Daar was zij terecht trots op.

Carolien was een hardwerkende, recht-door-zee collega met een heerlijk gevoel voor humor. Bovenal was zij een warme persoonlijkheid, met oprechte belangstelling voor de mensen om haar heen en natuurlijk ook voor haar patiënten. We gaan haar missen. We wensen haar partner, dochters en andere naasten toe dat alle mooie herinneringen hen steunen om zonder Carolien verder te gaan.

Nynke Scherpbier-de Haan en Henriëtte van der Horst, namens de afdelings- en opleidingshoofden Universitair Netwerk Huisartsgeneeskunde

Een jaar vol ambities

Het begin van een nieuw jaar gaat vaak gepaard met ambities, plannen en goede voornemens. Als NHG doen we dat ook. Komend jaar richten we ons op het nieuwe meerjarenbeleidsplan met de titel 'Verschil maken onder druk', tevens de titel van het jaarplan 2024. De huisartsenzorg staat onder druk. Als NHG hebben we daar iets mee te doen - zo bleek ook uit een ledenraadpleging. Het NHG wil dan ook zichtbare slagen maken en u als lid helpen, zowel door te verlichten als te vergemakkelijken. Per 1 januari 2024 zijn bijvoorbeeld de EKC herregistratie-eisen verlicht.

We helpen mensen om beter zelf te beoordelen of ze naar de dokter moeten. Daarbij denk ik natuurlijk als eerste aan Thuisarts.nl, dat volop in ontwikkeling is. Komend jaar gaat het NHG de samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie intensiveren, zoals is afgesproken in het Integraal Zorg Akkoord (IZA). Dit doen we voor een periode van 3 jaar, onder eindverantwoordelijkheid van het NHG. Dit betekent dat er minder ledengeld naar Thuisarts.nl gaat en er substantiële financiële ondersteuning vanuit de overheid en zorgverzekeraars komt. Belangrijkste doel van de intensievere samenwerking is dat Thuisarts.nl dé informatievoorziening blijft op het gebied van ziekte en gezondheid voor alle mensen in Nederland. Thuisarts.nl geeft betrouwbare, toegankelijke informatie waarmee patiënten tevens kunnen inschatten of een bezoek aan de huisarts nodig is én wat zij eerst zelf nog kunnen doen. Het komend jaar gaan we veel informatie over alledaagse aandoeningen toevoegen.

Zelftriage ontwikkelen vanuit NTS

We gaan ook onderzoeken hoe 'zelftriage' verder ontwikkeld kan worden vanuit de Stichting Nederlandse Triage Standaard (NTS). Eind 2023 is daartoe de bestuursstructuur van NTS aangepast. Samen met de domeinen ambulancezorg en spoedeisende hulp neem ik namens de huisartsen/het NHG plaats in het NTS-bestuur. Bart van der Geest, clusterhoofd Bedrijfsvoering, wordt algemeen directeur van de recent opgerichte directie. Alja Sluiter treedt in de rol van medisch directeur. Naast zelftriage zijn er ook andere maatschappelijke en technologische ontwikkelingen waar we met NTS op insteken. Denk aan ontwikkelingen op ICT-gebied zoals standaardisering van gegevensoverdracht, en natuurlijk de onstuitbare opkomst van AI. Als NHG zijn we geïnteres-



seerd in digitalisering, maar we blijven kritisch op wat het oplevert voor huisarts en patiënt.

Digitalisering en gegevensuitwisseling

Een kerntaak van het NHG is het faciliteren van ICT in de huisartsenzorg. Dit doen we door ondersteuning van digitale dossiervoering en veilige uitwisseling van patiëntgegevens. Ook maken we hulpmiddelen om digitale processen te faciliteren. Samen met de LHV en InEen zetten we ons in om de ambities en doelstellingen van het IZA op gebied van digitalisering en gegevensuitwisseling in de huisartsenzorg zo positief mogelijk te realiseren. In 2024 focussen we op:

- Het verbeteren van elektronische uitwisseling van gegevens met andere zorgverleners, zoals van medicatiegegevens
- Het beter toegankelijk maken van het eigen dossier voor patiënten via een persoonlijke gezondheidsomgeving (PGO)
- Een keurmerk voor HIS, HAPIS en KIS op het gebied van veiligheid, gebruiksvriendelijkheid en gegevensuitwisseling

Farmaceutische advertenties in H&W

Ook belangrijk is dat Huisarts en Wetenschap in 2024 het aantal farmaceutische advertenties zal halveren, als opmaat naar volledig stopzetten in 2025. H&W-hoofdredacteur Gijs Baaten schrijft erover in het hoofdredactioneel van deze uitgave.

Welkom Raymond Wetzels

Tot slot verwelkom ik vanaf deze plek nogmaals mijn nieuwe collega-bestuurder Raymond Wetzels. Ik kijk ernaar uit om samen met hem verder te bouwen aan de positie van de huisartsgeneeskunde en het NHG. Ook in 2024 is het NHG de wetenschappelijke vereniging voor alle huisartsen. Samen leveren we kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde. Een gezond 2024 gewenst.

Eric Scheppink, Raad van Bestuur



Ga naar het jaarplan 2024
via nhg.org/jaarplan of
scan de QR-code.

Raymond Wetzels nieuwe voorzitter Raad van Bestuur

Op de Algemene Ledenvergadering van donderdag 14 december 2023 is dr. R.V. (Raymond) Wetzels benoemd tot voorzitter Raad van Bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Wetzels is een ervaren huisarts-bestuurder met veel expertise in de huisartsgeneeskunde en eerstelijns gezondheidszorg.

Tot 1 januari 2023 was Wetzels praktijkhoudend huisarts. Hij is onlangs voor 5 jaar geherregistreerd als huisarts, mede op basis van vervangende werkzaamheden als medisch directeur van huisartsencoöperatie Onze Huisartsen in Arnhem. Vanuit zijn huidige rol als bestuurslid bij InEen en als medisch directeur-bestuurder bij de regionale huisartsenorganisatie Onze Huisartsen in Arnhem, kent de heer Wetzels de samenwerkingspartners van het NHG goed. Dit maakt hem de ideale persoon om samen met zijn collega-bestuurder op een snelle en adequate manier de verbinding en de relatie met deze belangrijke stakeholders te verstevigen.

Denkkracht gebruiken

Raymond Wetzels: 'Ik kijk ernaar uit om namens het NHG als boegbeeld te fungeren voor de huisartsgeneeskunde. Mijn passie ligt in de huisart-



senzorg. Mijn bestuurlijke ervaring zet ik graag in voor het NHG. Laten we de denkkracht van de NHG-leden gebruiken voor een toekomstbestendige huisartsenzorg. Verschil maken onder druk, samen met leden, en voor alle leden van het genootschap, daar ga ik voor.'

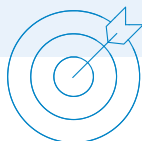
Zijn functie als medisch directeur bij Onze Huisartsen in Arnhem blijft hij vervullen naast zijn voorzitterschap van het NHG. Raymond Wetzels ziet de functie van voorzitter van de Raad van Bestuur van het NHG als zijn hoofdtaak. Hij start bij het NHG per 1 februari 2024.

NHG-CONGRES VRIJDAG 15 MAART 2024

‘Een ode aan de alleskunner, de huisarts’

Het programma van het NHG-Congres editie 2024 is voor en door huisartsen samengesteld en biedt voor elk wat wils. Daarmee is dit congres ‘een ode aan de alleskunner, de huisarts’, zegt Robbert Keppel, voorzitter van de congrescommissie. Vier pijlers staan centraal: doelmatigheid, duurzaamheid, doen en doorleren. Schrijf u in en stel zelf uw programma samen.

Doelmatigheid



Gezondheidszorg verlenen op een manier die de beste resultaten oplevert met de beschikbare middelen, zowel financieel als op het gebied van menskracht en tijd.

Keynotespreker Boukje Keijzer: ‘Ik ben een ontregel-expert. Er zijn veel elementen die je in je eigen organisatie hebt vormgegeven. Daar is winst te behalen.’ Keijzer geeft handvatten om in de praktijk aan de slag te gaan met ‘de rek in de regels te vinden’. Hiervoor gebruikt ze 7 strategieën.

Een selectie uit de vele workshops:

- Lean werken
- Minderen en stoppen van medicatie bij ouderen
- Vitamine D en B12-diagnostiek

Duurzaamheid



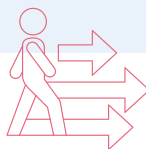
We verkennen hoe duurzame zorgpraktijken gezondere gemeenschappen op de lange termijn kunnen bevorderen.

Keynotespreker Marjan Minnesma: ‘Klimaatverbeterende middelen lijken allemaal heel duur, maar onderaan de streep valt dit vaak best mee. Het opzetten van een klimaatneutrale praktijk is kostbaar, maar het betaalt zich snel terug.’

Een selectie uit de vele workshops:

- Groen is te doen
- Verspil geen pil
- De maaltijdschijf voor een vitale geest

Doen



Praktische actie is de kern van effectieve huisartsenzorg. Dit subthema belicht besluitvaardigheid, vaardigheden en samenwerking in snel veranderende situaties voor optimale patiëntresultaten.

Keynotespreker Joyce Sombroek: ‘Zowel in de topsport als in de huisartsenzorg wordt onder hoge druk gewerkt. De kunst is om dit vol te houden en met plezier te blijven werken. Het draait daarbij vooral om de juiste mindset en teambuilding.’

Een selectie uit de vele workshops:

- Ecg beoordelen en begrijpen
- Pas spirometrie eenvoudig toe met deze leidraad
- Neurologisch onderzoek in de spreekkamer

Doorleren



De voortdurende professionele ontwikkeling van huisartsen zorgt ervoor dat we op de hoogte blijven van de nieuwste ontwikkelingen en best practices voor hoogwaardige huisartsenzorg.

Keynotesprekers Marco Blanker en Jochen Cals: ‘In het Consortium Onderzoek Huisartsgeneeskunde werken alle afdelingen huisartsgeneeskunde samen om huisartsen te ontzorgen in het meedoen aan wetenschappelijke studies.’

Een selectie uit de vele workshops:

- Palliatieve zorg in interculturele context
- Patiëntenfeedback in werkplekcleren
- Huisarts en diabeteszorg: reset booster



NHG-Congres | Vrijdag 15 maart 2024

| 1931 Congressentrum Den Bosch

Koop uw ticket met vroegboekorting en stel uw programma samen op nhgcongres.nl.