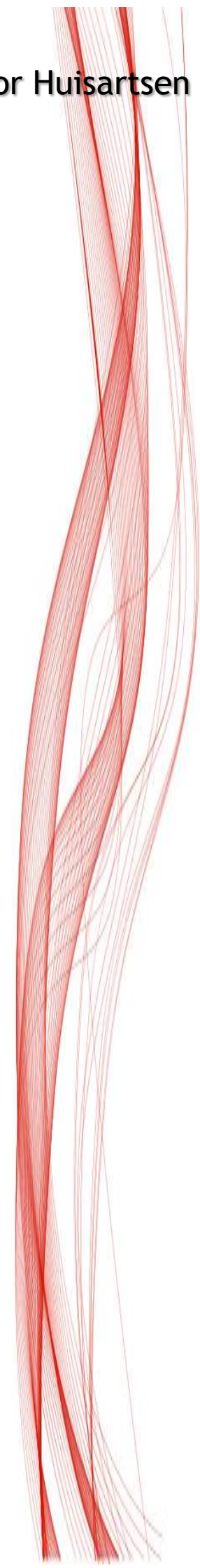




MCH opgericht door en voor Huisartsen

Wetenschappelijke Tijdingen

Versijnt maandelijks
Nummer 318
april 2016
Afgiftekantoor:
Leuven Mail:
P608708



Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samen staan we sterk!	2
1. Agenda	3
2. Ontmoetingsavonden specialist en huisarts	5
3. Medische Literatuur	7
Mycoplasma genitalium	7
4. Medische artikels.....	9
4.1 Infectieziekten	9
4.2 Cardiologie	11
4.3 Geriatrie / Psychiatrie	13
4.4 Pneumologie	14
4.5 Gastro-Enterologie / Oncologie	16
4.6 Urologie / Seksuologie	18
5. MCH-DIGEST.....	19
5.1 Een persoonlijke keuze.....	19
5.2 Cardiovasculair	19
5.3 Endocrinologie.....	23
5.4 Gynaecologie	25
5.5 Neurologie.....	26
5.6 Orthopedie	26
6. Focus.....	28
7. Specialisteninfo	29
8. Tentoonstelling MCH Leuven	30

Samen staan we sterk!

De bewogen gebeurtenissen van 22 maart laten niemand onberoerd. Wat ik hoorde van mensen die die dag op de luchthaven en in Brussel aanwezig waren, was dat er hen vooral een enorme solidariteit opviel na de aanslag. Iedereen zorgde voor iedereen.

Hulpverleners gingen tot het uiterste van hun capaciteiten om zo goed mogelijk zorg te verlenen. Een noodsituatie, het ondenkbare was gebeurd. Op zo een moment moet je vertrouwen op het systeem.

Ikzelf was me nog van geen kwaad bewust toen ik wilde beginnen aan de raadpleging. Ik trof zeer geëmotioneerde patiënten aan in de wachtzaal. Onder de indruk ben ik bij hen gaan zitten om het live verslag op televisie te volgen. Harde beelden, bebloede mensen. Het was moeilijk voor zowel mij als arts, als voor de patiënten om ons even te herinneren waarom de afspraak van die dag nu weer geboekt was.

En om 1 of andere reden was het knuffeldag. Voor ik het goed en wel besepte, namen mijn eerste patiënten - een Amerikaans koppel- mij eens goed vast, zowel hij als zij. Ze reizen zeer regelmatig en ze besepten dat de kans zeer reëel was dat dit hen had kunnen overkomen. Ze hadden nood aan een knuffel en eerlijk waar, ik eigenlijk ook.

Het deed deugd. Nadien kreeg ik nog een omhelzing van mijn collega, die vervroegd was teruggekomen van een vergadering in Brussel.

Elkaar eens omhelzen, dat moet kunnen. Dat scheidt een gevoel van samenhang.

Neem de tijd om even stil te staan...

Het Paasweekend scheidt hier de mogelijkheid om dit ook effectief te doen: je laten omringen door je familie, samen paaseieren zoeken voor wie (klein)kinderen heeft en je even laten meenemen in hun fantasie en kinderlijke onschuld.

Vriendelijke groet,

dr. Sophie Maes
bestuurslid MCH

1. Agenda

Werkgroep Huisartsen Nascholingscyclus (verantwoordelijke dr. Birgitte Schoenmakers) - derde donderdag van de maand - Grote vergaderzaal MCH Leuven - Aanvang: 21 uur

- 21.04.2016 Titel: Voedselallergie bij kinderen
Spreker: prof. dr. Dominique Bullens - kinderallergologie UZ Leuven
Moderator Birgitte Schoenmakers
- 26.05.2016 Titel: Valpreventie: wat kan de huisarts doen?
Spreker: dr. Olivia Vandeput
- 16.06.2016 Titel: HIV-testing en opvolging in de huisartsenpraktijk
Sprekers: prof. Dr. Inge Derdelinckx - interne geneeskunde UZ Leuven
dr. Annelies Van Raemdonck - UGP Leuven
-

MIDDAGNASCHOLING M.C.H. (verantwoordelijke dr. Hendrik De Vis) - tweede dinsdag van de maand - Brabantthal Leuven - Zaal Terra - Aanvang: 12.00 uur

- 12.04.2016 Titel: Challenge in asthma
Spreker: prof. dr. Lieven Dupont - pneumologie UZ Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 10.05.2016 Titel: Labo update anno 2016
Sprekers: apr. Luc Van Campen, dr. Heidi Castryck,
apr. Christophe Indevuyst - klinisch biologen MCH
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 14.06.2016 Titel: Evidence-based aanpak van VKF geïllustreerd a.d.h.v. patiënten-casussen.
Spreker: prof. dr. Rik Willems - cardioloog UZ Leuven (adjunct-kliniekhoofd hart- en vaatziekten)
Moderator: dr. Hendrik De Vis
-

P.U.K. Wezembeek-Oppem (verantwoordelijke dr. Noël Mortier) - vierde donderdag van de maand - Aanvang: 21 uur stipt.

- 28.04.2016 Titel: Orthopedie update
Spreker: dr. Andy de Jong - orthopedie MCH WO + AZ Jan Portaels
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
- 26.05.2016 Titel: Psychiatrische urgenties in de eerste lijn
Spreker: (dr. Anuschka Storms - psychiatrie AZ Jan Portaels)
Moderator: dr. Fonteyn
- 23.06.2016 Titel: Komt dat niet van mijn lever, dokter?
Spreker: (dr. Frederic Nevens - hepatologie UZ Leuven)
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
-

Nascholing te Neerijse - verantwoordelijke dr. Paul Corty - eerste donderdag om de twee maand - Cafeteria R.V.T. Ter Meeren - Aanvang: 21 uur

- 02.06.2016 Titel: Deprescribing
Sprekers: apr. Lorenz Van der Linden - UZ Leuven
dr. Floris De Knijf - Huisarts UGP
Moderator: dr. Paul Corty
-

Nascholingscyclus “RESIDENTIËLE OUDERENZORG”, verantwoordelijke dr. Johan Vliers, voorzitter commissie WZC (WoonZorgCentra), locaties: afwisselend in WoonZorgCentra in de regio

28.04.2016 Titel: Dementie: behandeling van de ziekte van Alzheimer: zinvol of onzinnig?
Sprekers: prof. dr.S. Engelborghs - Geheugenkliniek ZNA-Middelheim en ZNA-Hoge Beuken, Instituut Born-Bunge, UAntwerpen + Belgian Dementia Council (BeDeCo)
prof. dr. M. Petrovic - Geriatrie UZ Gent en UGent + BeDeCo
Moderator: dr. A. De Hondt
Locatie: Woon- en Zorgcentrum Ter Putkapelle:
Bosstraat 13 - 3012 Wilsele (tel. 016/35 26 11)

2. Ontmoetingsavonden specialist en huisarts



Ontmoetingsavond MCH - Specialist & Huisarts

Leuven donderdag 14/04/16

Programma

20u00 - 20u30	Ontvangst
20u30 - 22u00	Ontmoeting specialisten in consultatieruimtes
22u00	Afsluitend netwerkmoment

Onderstaande specialisten staan u te woord en stellen hun specialisme voor. U heeft de gelegenheid om persoonlijk kennis te maken en al uw vragen te stellen.

dr. Karel Demey & prof.dr. Andre D'hoore	Algemene Heelkunde
dr. Alix Naert	Dermatologie
dr. Sylvie Gordts	Gynaecologie
dr. Goedele Hendrickx	Inwendige
ap. Eric De Schouwer & collegae	Laboratoriumgeneeskunde
prof.dr. Daphné Hompes & prof.dr. Ann Smeets	Oncologische Heelkunde
dr. Maarten Van Nuffel & dr. Dirk Demedts	Orthopedie
dr. Stijn Ghijselings & dr. Filip Verhaegen	Orthopedie
prof. dr. Rita Lombaerts	Pediatrie
dr. Floris De Munck	Radiologie
dr. Johan Swennen	Tabakologie
dr. Wouter Everaerts & dr. Van Dyck Johan	Urologie
dr. Veerle Laeremans	Vaatheelkunde





Ontmoetingsavond MCH - Specialist & Huisarts

Wezembeek-Oppem donderdag 21/04/16

Programma

20u00 - 20u30	Ontvangst
20u30 - 22u00	Ontmoeting specialisten in consultatieruimtes
22u00	Afsluitend netwerkmoment

Onderstaande specialisten staan u te woord en stellen hun specialisme voor. U heeft de gelegenheid om persoonlijk kennis te maken en al uw vragen te stellen.

dr. Yannick Nijs	Algemene Heelkunde
dr. Evelyn Hill & dr. Roxanna Voigt	Cardiologie
mevr. Katrin Meersseman	Diëtetiek
dr. Katrien Mortelmans	Endocrinologie
prof.dr. Patrick Neven & dr. Millie Nwoye	Gynaecologie
ap. Eric De Schouwer & collegae	Laboratoriumgeneeskunde
dr. Joris Van Oostveldt	Manuele Geneeskunde
dr. Astrid Görner & mevr. Aurore Nerinx	Neurologie
dr. Nancy Verdonk	Oftalmologie
dr. Dirk Lermytte & dr. Tom De Baere	Orthopedie
dr. Bart Vingerhoeds	Orthopedie
dr. Frans Missotten	Plastische Heelkunde
dr. Cristina Canizares & dr. Kirsten Joossens	Radiologie
dr. Catherine Morel	Radiologie
dr. Veerle Taelman	Reumatologie
dr. Peter De Wil	Urologie
dr. Beate Bechter-Hugl & dr. Pascal Deridder	Vaatheelkunde

3. Medische Literatuur

Mycoplasma genitalium

Mycoplasma genitalium behoort tot de Mollicutes en is één van de zes humane pathogenen uit deze klasse (naast *M. pneumoniae*, *M. hominis*, *M. fermentans*, *Ureaplasma urealyticum* en *Ureaplasma parvum*). *Mycoplasma genitalium* is het kleinste organisme dat alleen kan overleven in de natuur.

Kliniek

Mycoplasma genitalium werd ontdekt in het begin van de jaren '80 en zou verantwoordelijk zijn voor 15-20% van de NGU (nongonococcal urethritis) bij mannen. Urethritis wordt gekarakteriseerd door urethrale inflammatie en kan zowel een infectieuze als een niet-infectieuze oorzaak hebben. Symptomen zijn dysurie, pruritis en mucoside, mucopurulente of purulente afscheiding. Co-infectie met *Chlamydia trachomatis* is niet ongewoon. Het is onduidelijk of *M. genitalium* ook een oorzaak is van mannelijke infertiliteit of andere anogenitale aandoeningen. Er zijn gevallen van epididymitis, balanitis en posthitis door *M. genitalium* beschreven. *M. genitalium* wordt frequent gedetecteerd bij mannen met persisterende of recurrenente urethritis bij wie doxycycline als empirische therapie werd toegediend. (1,2)

De pathogeniciteit bij vrouwen is minder duidelijk aangetoond dan bij mannen. *M. genitalium* kan teruggevonden worden in de vagina, cervix en endometrium, maar net zoals bij *C. trachomatis* is asymptomatisch dragerschap frequent en vormt dit een epidemiologisch probleem. *M. genitalium* wordt wel in toenemende mate erkend als oorzaak van cervicitis, urethritis, endometritis en PID bij vrouwen. Symptomen zijn vaak specifiek, zoals vaginale uitscheiding, jeuk, dysurie, pelvisch discomfort. Mogelijks leidt *M. genitalium* infectie ook tot tubaire infertiliteit, maar meer studies zijn nodig. Er is geen evidentie dat *M. genitalium* zou geassocieerd zijn met bacteriële vaginose of met complicaties tijdens de zwangerschap. (1,2, 4,7)

M. genitalium werd reeds geïsoleerd uit verschillende weefsels, onder andere ook uit de luchtwegen, maar klinische ziekte door *M. genitalium* beperkt zich tot de urogenitale tractus. (2)

Pathofysiologie

Net zoals de andere Mycoplasmata hecht *M. genitalium* zich aan het oppervlak van epitheliale cellen en kan vervolgens de cel invaderen. In vitro blijkt de bacterie zowel intra-als extracellulair te overleven, het is nog niet duidelijk of dit ook geldt in vivo. Weefseldestructie door *M. genitalium* is enerzijds te wijten aan de secretie van toxines en metabolieten, maar vermoedelijk is de belangrijkste schade te wijten aan de immuunrespons op de celinvasie. *M. genitalium* kan tot maanden of jaren persisteren in geïnfecteerd personen. (2, 4)

De seksueel overdraagbaarheid is bewezen zowel moleculair als klinisch. (2)

Diagnose

Cultuur van *M. genitalium* is moeilijk en duurt 1 à 2 maanden, soms zelfs tot 6 maanden. Cultuur is dus niet geschikt in de diagnostiek. De kolonies hebben het typisch fried egg uitzicht. (2,4)

Gezien de afwezigheid van een celwand kleurt *M. genitalium* niet aan op Gramkleuring.

Serologie is niet beschikbaar voor *M. genitalium*. Cross-reactiviteit met *M. pneumoniae* belemmert de betrouwbaarheid van serologie. Er zijn dan ook geen commerciële serologietesten op de markt. (4)

NAAT (nucleic acid amplification test) is de enige betrouwbare techniek om *M. genitalium* aan te tonen. Gezien de toch eerder recente en beperkte kennis over deze kiem zijn nog niet veel testen commercieel beschikbaar. Het Tropisch Instituut te Antwerpen (ITG) is referentielaboratorium voor SOA's en biedt een *M. genitalium* PCR aan. De meeste geschikte stalen voor PCR zijn firststream urine (de eerste 10mL die geloosd wordt minstens 2u na de vorige urinelozing, bij voorkeur ochtendurine) bij mannen en een vaginale wisser bij vrouwen. ITG vraagt hun speciaal daartoe bestemd aanvraagformulier in te vullen om meer epidemiologische gegevens over deze kiem te bekomen. Je vindt dit formulier via de labogids van onze website. (2,4)

Differentieel diagnose is met andere seksueel overdraagbare pathogenen zoals *C. trachomatis*, *N. gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis* en Herpes simplex virus.

Behandeling

Macroliden hebben de hoogste activiteit tegen *M. genitalium* en zijn de eerstekeus therapie. Voor urethritis volstaat azithromycine éénmalig 1 g (hetzelfde regime als voor *C. trachomatis*). Er wordt echter toenemende resistentie tegen azithromycine gesignaleerd, daarom worden ook soms behandelingschema's met uitgebreidere toediening van azithromycine voorgesteld (vb 500mg op dag 1 en 250 mg op dag 2 tot 5). In een meta-analyse van Lau et al wordt geconcludeerd dat de gevoeligheid voor azithromycine zelfs gedaald is tot 60% en zou hierbij ver onder de grens van 95% komen die wordt geadviseerd door WHO. (5,7)

Moxifloxacin (400mg/dag gedurende 7-14 dagen) is een alternatief, maar gezien de kostprijs en nevenwerkingen is dit geen eerstekeus therapie. Bovendien is ook met moxifloxacin al sporadisch therapiefalen gemeld.

Doxycycline is ineffectief tegen *M. genitalium*. Hoewel er in vitro wel goede activiteit vastgesteld wordt, faalt therapie met doxycycline, de reden hiervoor is onduidelijk (5). Het valt dan ook te verwachten dat *M. genitalium* frequent aan de basis licht van persisterende urethritis na empirische therapie met doxycycline.

Gezien de afwezigheid van een celwand zijn **betalactam** antibiotica niet werkzaam.

Mannen behandeld voor een NGU moeten de instructie krijgen om tot 7 dagen na de behandeling geen betrekkingen te hebben om transmissie en reïnfectie te minimaliseren. Routinematig controleren na behandeling bij asymptomatische personen is niet aanbevolen. (1,2)

Screening

De huidige guidelines voor SOA screening bevelen geen screening naar *M. genitalium* aan. Ook het systematisch screening van de seksuele partners van een bewezen *M. genitalium* infectie wordt momenteel niet aanbevolen, hoewel het uiteraard logisch lijkt om dit wel te doen conform andere SOA's. De incubatieperiode is niet duidelijk gedefinieerd, alle seksuele partners van de voorbije 60 dagen zouden best getest worden. Behandeling van asymptomatische dragers is dezelfde als voor urethritis. (2)

Referenties:

1. MMWR; Sexually Transmitted Diseases, Guidelines, 2015
2. UpToDate Mycoplasma genitalium infection in men and women, 2015
3. UpToDate Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum infections, 2015
4. Mycoplasma genitalium: An emerging sexually transmitted pathogen, Sunil Sethi, Gagandeep Singh, Palash Samanta, Meera Sharma, Indian J med Res 136, Dec 2012, 942-955
5. Efficacy of Antimicrobial Therapy for Mycoplasma genitalium Infections, Manhart L. E. et al, CID, 2015:61 (suppl 8)
6. Mycoplasma genitalium: Is It a Sexually Transmitted Pathogen?, Manhart LE, Kay N, Curr Infect Dis Rep, 2010, 12:306-313
7. The Efficacy of Azithromycin for the Treatment of Genital Mycoplasma genitalium: A Systematic Review and Meta-analysis, Lau A et al, CID, 2015; 61(9): 1389-1399

H. Castryck, B. Van Meensel

4. Medische artikels

4.1 Infectieziekten

Mogelijke gevolgen van een GAS-infectie

Groep A-streptokokken (*GAS*) zijn ook wel bekend als *Streptococcus pyogenes* en kunnen een hele gamma klinische verschijningsvormen evoqueren:

- Kan gaan om oppervlakkige aandoeningen, invasieve aandoeningen, toxine-gemedieerde aandoeningen en post-infectieuze aandoeningen:
 - Meestal gaat het om faryngitis, impetigo, erysipelas, pneumonie en sepsis.
 - Het kan echter ook gaan om het toxische shocksyndroom, roodvonk (scarlatina), glomerulonefritis, fasciitis necroticans en artritis, waarbij vroegtijdige herkenning zich opdringt.
- Op de kinderleeftijd kan artritis door een GAS-infectie zich op drie manieren manifesteren:
 - Als septische artritis, acuut reuma of reactieve artritis na een streptokokkeninfectie (PSRA).
 - Voor de behandeling en de prognose is het onderscheid tussen deze 3 ziektebeelden wel belangrijk.

Casus: sinds 5 weken vertoont een 9-jarige jongen gewrichtsklachten:

- Voorgeschiedenis:
 - Hij had aanvankelijk ook koorts, keelpijn en spierpijn.
 - Deze symptomen verdwenen na een behandeling met Claritromycine gedurende 10 dagen.
 - De gewrichtsklachten daarentegen, die bleven en versprongen.
 - Elleboog, schouder, knie, nek, hand en voeten waren afwisselend aangedaan.
 - Voor reumatische aandoeningen was de familieanamnese negatief.
- Lichamelijk onderzoek:
 - Toont zwelling, bewegingsbeperking en pijn aan de vingers van de linkerhand en beide enkels.
 - Oogheelkundig onderzoek en inspectie van de huid en slijmvliezen tonen geen afwijkingen.
- Onderzoek van het urinesediment en röntgenonderzoek van de voet zijn negatief.
- Het ECG toont een verlengde PR-tijd.
- Laboratoriumonderzoek: CRP-waarde 85 mg/l; sedimentatie 126 mm/1^e uur; ASLO-titer 3430 IU/ml (referentiewaarde < 400) en de anti-DNAse B-waarde 2960 U/ml (referentiewaarde < 400), terwijl de keelkweek geen groei van GAS laat zien, maar die is afgenomen na voorbehandeling met AB.
- Diagnosestelling:
 - Geschiedt op basis van de Jones-criteria, gebruikt voor de diagnose 'eerste manifestatie van acuut reuma in populaties met een laag risico', en jawel, de diagnose bleek acuut reuma.
- Verdere aanpak:
 - Bij echografie van het hart zijn er geen klepafwijkingen te zien.
 - Patiënt krijgt Naproxen en start met penicillineprofylaxe, waarna restloos herstel volgt.

Incidentie van ernstige GAS-infecties:

- Varieert tussen Europese landen en is maximaal 3,2/100.000 inwoners per 2 jaar in de noordelijke landen.
- Ligt wereldwijd een stuk hoger en is afhankelijk van de behandeling van GAS-faryngitis, hygiëne en regionale verschillen.

Wat te weten over GAS?

- Gaat om een grampositieve bacterie die haar virulentie dankt aan verschillende adhesiefactoren, de productie van exotoxines, de mogelijkheid tot intracellulaire invasie en de bescherming tegen fagocytose door het M-eiwit.
- Serotypering van het M-eiwit vindt plaats op twee manieren:
 - Op geleide van de antigene variatie van het uiteinde van het M-eiwit.
 - Kan ook via het daarvoor coderende emm-gen, waarvan er meer dan 200 beschreven zijn.
- Het M-eiwit zit in de celmembranen verankerd, beschermt GAS tegen fagocytose, is muco-adhesief, en leidt op verschillende manieren tot trombose, fibrinolyse en uitgebreide inflammatie.
 - Specifieke M- en gastheereiwitten tonen significante overeenkomsten in eiwitstructuren en aminozuursequentie (moleculaire mimicry), wat kruisreactie kan veroorzaken.
 - De verscheidenheid in M-eiwitten is gerelateerd aan verschillende klinische entiteiten.

De relatie GAS en artritis:

- Naast bovengenoemde 3 oorzaken van artritis kunnen groep A-streptokokken ook de oorzaak zijn van osteomyelitis bij kinderen:
 - 18% van de 173 kinderen, jonger dan 16 jaar, die recentelijk klachten van artritis hadden gekregen, vertoonden een positieve keelkweek of een positieve uitslag van serologisch onderzoek op GAS.
 - 66% van deze groep leed aan PSRA, 6% aan acuut reuma, 8% aan septische artritis en de rest aan juveniele idiopathische artritis, andere vormen van reactieve artritis of purpura van Henoch-Schönlein.

- Acut reuma en PSRA zijn vooral gerelateerd aan GAS-faryngitis.
- Bij 7-10% van de kinderen met een osteoarticulaire infectie zijn GAS de verwekker:
 - Meestal uit septische artritis zich als een monoarticulaire artritis.
 - Bij 19% van de volwassen patiënten zijn echter meerdere gewrichten aangedaan.
 - Septische polyarthritis is bij kinderen wel beschreven, maar is wel zeldzaam.
- In de leeftijdscategorie van 5-14 jaar komen er jaarlijks wereldwijd 336.000 patiënten bij met acut reuma:
 - 79% van deze nieuwe gevallen komt uit ontwikkelingslanden.
 - 60% ontwikkelt reumatische hartziekten.
- De Jones-criteria voor acut reuma werden in 1944 gedefinieerd:
 - De laatste gemodificeerde versie stamt uit 2015.
 - Hierin maakt men onderscheid tussen populaties met een hoog en laag risico.
- Bij PSRA is er sprake van acut ontstane, niet-migrerende mono- of polyarthritis met persisterende symptomen:
 - Bewijs moet bestaan dat patiënt een GAS-infectie heeft doorgemaakt.
 - De patiënt mag ook niet voldoen aan de Jones-criteria.
- Voor PSRA is er nog geen gevalideerde definitie vastgesteld:
 - Veelal gebruikt men de criteria van Ayoub, die voor het eerst in 1997 beschreven werden.
 - Hypothese voor het pathofysiologisch mechanisme is dat de aandoening berust op moleculaire mimicry, net zoals bij acut reuma.

Diagnosestelling bij artritis op kinderleeftijd:

- Bij de aanwezigheid van symptomen van artritis bij een kind moet de behandelaar een aantal mogelijkheden checken:
 - Hij moet vragen naar recente ziekten, zoals gastro-enteritis en faryngitis.
 - Hij moet ook denken aan een mogelijke onderliggende problematiek, zoals voorgeschiedenis, maligniteit, systeemziekten of reumatische aandoeningen.
- Anamnese en lichamelijk onderzoek moeten zich richten op gewrichts-, huid- en keelklachten en op neurologische en cardiale problematiek.
- Bij vermoeden van een aan GAS-geassocieerde problematiek moet men de volgende stappen doen:
 - De ontstekingsparameters moeten bepaald worden.
 - Er dienen een bacteriële kweek van het bloed, een keeluitstrijkje en een gewrichtspunctaat te worden ingezet.
- Serologische bepalingen zijn bij patiënten met aanwijzingen voor acut reuma of PSRA belangrijk:
 - Tegen GAS vormen patiënten meerdere soorten antistoffen.
 - De serologische diagnose wordt echter gesteld op basis van een titerstijging door de immuunrespons op de extracellulaire producten van GAS.
 - Het gaat dan om streptolysine-O, DNase B, hyaluronidase, NADase en streptokinase.
 - Al deze producten kunnen dus een significante titerstijging geven, maar in de praktijk worden antistreptolysine-O en anti-DNase-B bepaald.
- Beeldvormend en echografisch onderzoek van de aangedane gewrichten richt zich op het bevestigen van de artritis en op mogelijkheden voor een diagnostische of therapeutische punctie.
- Het beeldvormend onderzoek kan eventueel aangevuld worden met MRI of een botscan bij een vermoeden van osteomyelitis.

Onderscheid tussen GAS-geassocieerde artritiden bij de eerste manifestatie op de kinderleeftijd:

Septische artritis:

- Belangrijke voorspellende factoren:
 - Koorts (> 38,5°C), verhoogde CRP- en BSE-waarden, leukocytose en bewegingsbeperking.
 - Bij aanwezigheid van minstens 4 van deze factoren is er een positief voorspellende waarde van > 93%.
- Bewijzende factoren:
 - Purulent synoviaal vocht, een positieve PCR of kweek, een positief grampreparaat of leukocytose van het punctaat (> 50 x 10⁹/l).
 - Deze uitslagen bepalen het onderscheid tussen septische artritis en acut reuma, PSRA en andere oorzaken van gewrichtsontstekingen.
- In afwachting van de kweekuitslag moet een zieke patiënt met acut ontstane monoarthritis of sepsis behandeld worden als iemand met septische artritis.
- Behandeling: omvat drainage van het gewricht, parenterale toediening van AB en bedrust.
- Past het beeld bij acut reuma of PSRA, dan moet men een ECG en eventueel een echogram van het hart maken, kwestie van cardiale problematiek uit te sluiten.
- Bij aanvankelijk negatieve uitslag van het serologisch onderzoek moet men dit na 2-8 weken herhalen:
 - Vermits de sensitiviteit van de serologische test 11-58% bedraagt dient deze dus gecombineerd te worden met een keelkweek.
 - Bij gezonde kinderen komt dragerschap van GAS ook voor en de uitslag moet dus altijd beoordeeld te worden in het kader van het klinisch beeld.

Acuut reuma en PSRA: 2 ziektebeelden die sterk op elkaar gelijken:

- Acuut reuma:
 - Manifesteert zich 1-5 weken na een GAS-faryngitis.
 - De piekincidentie ligt bij 8-13-jarigen.
 - Bij 75% komt artritis voor, vooral in de grote gewrichten:
- Deze artritis is migrerend van aard en pijnlijk.
- De klachten passend bij artritis kunnen snel reageren op behandeling met NSAID's.
 - Carditis komt bij 50-60% van de patiënten voor.
- PSRA:
 - Treedt op 3-14 dagen na een streptokokkeninfectie.
 - Hier ligt de piekincidentie bij 3,5-15-jarigen en bij 21-37-jarigen.
 - Het ontstaan is acuut en het gaat om een mono- of polyartritis die meestal niet migreert:
 - De symptomen persisteren of recidiveren en reageren matig of niet op NSAID's.
 - Gaat meestal om de knieën, enkels, polsen of proximale interfalangeale gewrichten.
 - Ochtendstijfheid is mogelijk.
 - Carditis kan ook hier tijdens het ziektebeloop ontstaan, tot 18 jaar na de eerste klachten, waarbij patiënt dus aanvankelijk niet hoeft te voldoen aan de Jones-criteria.
 - Er zijn frequent huidafwijkingen, maar ze verschillen van die bij acuut reuma.
 - Glomerulonefritis, conjunctivitis en buikpijn zijn beschreven als extra-artculaire symptomen.
 - De waarden van de ontstekingsparameters zijn over het algemeen minder uitgesproken verhoogd dan in het geval van acuut reuma.
 - Men vindt hier wel vaker een positieve keelkweek, maar qua uitslagen van de serologie is er geen verschil te vinden met acuut reuma.
- Er bestaat een grote individuele spreiding in deze kenmerken, zowel bij acuut reuma als bij PRSA.
- Actueel bestaat er in de literatuur discussie over het feit of acuut reuma en PSRA twee manifestaties zijn binnen hetzelfde ziektespectrum of twee verschillende ziekte-entiteiten:
 - De pathofysiologie van beide ziektebeelden is nog niet opgehelderd.
 - Nochtans geldt de algemene hypothese dat beide het resultaat zijn van moleculaire mimicry van o.a. het synoviale weefsel.
 - Bij familieleden van patiënten met PRSA bestaat er een hoge incidentie van acuut reuma (32%), en dat verband suggereert toch ook een identieke pathofysiologie.

Behandeling van artritis door GAS bij kinderen:

- Bij septische artritis: hier dringt zich een behandeling op met een smalspectrumantibioticum.
- Bij acuut reuma:
 - Start bij alle patiënten de behandeling met penicilline G gedurende 10 dagen in combinatie met NSAID's gedurende 12 weken.
 - Latere GAS-infecties en daaraan gerelateerde morbiditeit en mortaliteit door reumatische hartziekten voorkomt men door secundaire penicillineprofylaxe.
 - De duur van de penicillineprofylaxe varieert: hiervoor hanteert men als standaard de aanbevelingen van de American Heart Association.
- In geval van PSRA:
 - Er bestaat tot op heden in de literatuur geen consensus over de noodzaak van profylaxe met penicilline.
 - De effectiviteit ervan is nog niet onderzocht:
 - Gezien de mogelijk gelijke pathogenese adviseren sommigen om dezelfde maatregelen te nemen als bij acuut reuma.
 - Komt ook omwille van het laagfrequent optreden van reumatische hartziekten lange tijd na de eerste manifestatie van deze vorm van reactieve artritis.

Besluit:

- Men kan de 3 ziektebeelden dus van elkaar onderscheiden op basis van anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek.
- Er moet actief gezocht worden naar de aanwezigheid van een GAS-infectie bij kinderen die zich presenteren met een artritisbeeld omwille van de ernstige complicaties van acuut reuma en mogelijk ook van PSRA.

N.T.v.G. 14 november 2015 pag. 1983-1988.

4.2 Cardiologie

Belang van een hoogsensitief-troponineconcentratie

De hoeksteen van de diagnose 'hartinfarct' is nog steeds het 12-kanaals-ECG:

- Werd ontdekt door Einthoven, die hierover publiceerde in 1903.
- De enzymbepalingen werden later aan de diagnosestelling toegevoegd:
 - Ging aanvankelijk alleen om de creatininekinase(CK)-bepaling.

- Later werd deze aangevuld met de CK-MB-fractie, die specifiek is voor het verval van de hartspeer.
- Meting van de troponineconcentratie heeft echter de enzymdiagnostiek door een CK-bepaling voor een groot deel vervangen:
 - Heden kan men met ultragevoelige essays minimale fracties van het enzym in het bloed detecteren.
 - Men kan zelfs kwantitatief bepalen tot 14 ng/l.
- In het kader van de vroegdiagnostiek van een hartinfarct is dit een opsteker, maar er zijn beperkingen:
 - Zo geven deze gevoelige bepalingen ook veel ruis als de enzymwaarden verhoogd zijn zonder dat er sprake is van een hartinfarct.
 - Dit scheidt bij artsen sowieso een aantal vragen bij de betekenis van een verhoogde concentratie van troponine, zoals bepaald met een hoogsensitief assay.

Risicoscore:

- De hoge negatief voorspellende waarde is de grootste meerwaarde van de bepaling:
 - Uit recent onderzoek blijkt dat een hartinfarct bij patiënten met een niet-detecteerbare hoogsensitief-troponineconcentratie (< 3 ng/l) met een waarschijnlijkheid van 99-100% kan worden uitgesloten.
 - Deze zeer gevoelige bepaling heeft echter als nadeel dat er relatief vaak een verhoogde concentratie gevonden wordt zonder dat er sprake is van een hartinfarct.
 - Een andere, al dan niet cardiale aandoening, kan dan de stijging veroorzaken, maar het is dikwijls lastig om bij zo'n patiënt altijd een exacte oorzaak te vinden voor die verhoging.
 - Zo iets kan veel onrust en onzekerheid met zich meebrengen, met als gevolg een extra of een langdurige opname en hogere kosten.
- Daarom zal een verhoogde concentratie, bepaald in de eerste lijn, al snel leiden tot een verwijzing naar de tweede lijn:
 - Kan vermeden worden als de introductie van de bepaling gebeurt op een manier zoals de D-dimeerwaarde gebruikt wordt om de diagnose DVT of longembolie te stellen:
 - In de richtlijn van het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) wordt beschreven bij welke populatie en op welk moment de bepaling meerwaarde biedt.
 - Dit gebeurt op basis van een risicoscore, ofwel beslisregel.
- Bij patiënten die zich met pijn op de borst melden kan bij de introductie van de hoogsensitief-troponinebepaling ook een risicoscore gehanteerd worden, zowel in de eerste als de tweede lijn:
 - De zogenaamde HEART-score zou zich hiervoor goed kunnen lenen, en wordt dan ook vaak op de Eerste Harthulp van een hospitaal gebruikt.
 - Binnenkort zal deze score ten andere geïntroduceerd worden in de ambulance bij patiënten die dringend oproepen wegens pijn op de borst.

Marker op een ander vlak?

- De troponinebepaling kan naast diagnosticum ook goed ingezet worden als prognostische marker:
 - Vindt men een verhoogde concentratie, dan bestaat er een sterk verhoogd risico op cardiovasculair overlijden.
 - Heeft niks te maken met de populatie die onderzocht wordt.
- Een verhoogde hoogsensitief-troponineconcentratie gaat sowieso samen met een verhoogd risico op sterfte:
- Wel is het zo dat de behoefte voor de huisarts om een hoogsensitief-troponinebepaling te doen een stuk lager zal liggen als het niet gaat om de diagnose, dan wel om de prognose, want wat doe je ermee?
 - Bij aanwezigheid van een duidelijk slechte prognose op voorhand biedt deze bepaling geen meerwaarde.
 - Vraag is of de bepaling een meerwaarde heeft bij een patiënt met stabiele angor en DM, misschien wel, want met deze bepaling kan de arts een idee krijgen van de ernst van de aandoening van de patiënt die voor hem of voor haar zit.
 - Vraag is ook of hij zo'n patiënt naar huis kan sturen en nooit meer terugzien of gaat het om iemand die mogelijk gebaat is bij intensievere controles.
- Een ander recent gepubliceerd artikel (BARI-2D) laat zien dat een hoogsensitief-troponineconcentratie zelfs het risico op het ontstaan van HT kan voorspellen:
 - Er werd een primair preventiecohort van mensen zonder klachten met 1 of meerdere risicofactoren voor hart- en vaatziekten uitgevoerd.
 - Er werd een dosis-effectrelatie gevonden tussen de hoogsensitief-troponineconcentratie en het ontstaan van HT in de jaren na de bepaling.
- Vraag is (opnieuw) of men deze hoog-risicopatiënten intensiever moet controleren, m.a.w. kan men door een intensievere controle van de DM of HT alzo HT helpen voorkomen of de prognose verbeteren?
- De bovengenoemde BARI-2D-studie (= 'Bypass angioplasty revascularization investigation in type 2 diabetes') gaf ter zake de volgende resultaten:
 - Agressievere revascularisatie van deze hoog-risicopatiënten, via een bypassoperatie of dotteren, gaf geen verbetering van de uitkomst in vergelijking met een conservatievere, medicamenteuze aanpak.
 - Het is dus niet zeker dat men door intensieve monitoring of behandeling HT kan voorkomen of de prognose van patiënt kan verbeteren.
 - Misschien geldt dit wel voor een intensievere behandeling met statines, maar dat is nog toekomstmuziek.

De NHG-standaard 'Cardiovasculair risicomanagement' (CVRM):

- Hier wordt een duidelijke relatie gelegd tussen het uitgangrisico en eventuele therapie:
 - Zo mag men pas met medicamenteuze therapie starten als een patiënt een 10-jaarsrisico vertoont op ziekte of sterfte door hart- en vaatziekten > 20%.
 - Een hoogsensitief-troponinebepaling kan mogelijk in de toekomst meerwaarde bieden t.o.v. deze SCORE-indicator in de besluitvorming om te beginnen met een antihypertensieve behandeling of met statines.
- Men kan dit vergelijken met de huidige situatie waarin de geschatte glomerulaire filtratiesnelheid een duidelijk risicoverhogende parameter is bovenop de SCORE-uitslag.

Beschouwing:

- Deze hoogsensitief-troponinebepalingen worden als maar meer ontwikkeld als sneltesten:
 - Er is hiervoor maar een vingerprik bloed nodig.
 - Mogelijk zijn de testen ook op korte termijn commercieel verkrijgbaar.
 - Wellicht zullen ze hierdoor ook via het internet beschikbaar zijn voor het grote publiek.
- Ander punt van aandacht:
 - Gebruik van de test als de verzekeraar de bepaling gaat eisen bij het afsluiten van een risicoverzekering en de premie baseert op de uitkomsten van de test.
 - t' Lis niet gezegd dat deze hoog-risicopatiënten ook de duurdere klanten zijn.

Besluit: als diagnostische test hebben deze bepalingen een grote meerwaarde, maar het is tot op heden niet duidelijk of ze ook bruikbaar zijn als prognostische marker voor de algemene praktijk van de medische specialist of de huisarts.

Ned Tijdschr Geneesk 21 november 2015 pag. 2016-2017.

4.3 Geriatrie / Psychiatrie

Waarde van en belangstelling voor het tentbed

Bij patiënten met dementie in het verpleeghuis ziet men vaak probleemgedrag, een beproeving voor de omgeving, onder wie medebewoners, zorgverleners en familie, zeker bij gebrek aan adequate behandeling:

- Dit geldt vaak ook voor de betrokkene zelf, met als gevolg verlaagde kwaliteit van leven.
- Volgens de richtlijn '**Probleemgedrag**' schrijven artsen omwille van de hardnekkigheid en de complexiteit dan psychofarmaca voor, iets wat bijwerkingen met zich meebrengt:
 - Gedrags- en stemmingsontregelingen hebben dikwijls te maken met bepaalde omstandigheden, zoals een teveel aan prikkels in de omgeving.
 - Volgens de richtlijn '**Probleemgedrag**' zijn psychosociale interventies de behandeling van eerste keus.
 - Deze interventies vragen echter veel tijd en inzet van verzorgende teams.
- Er bestaat dus behoefte aan makkelijke, direct inzetbare alternatieven, zoals het **tentbed**.

Wat behelst de techniek van het tentbed?

- Gaat om een aanvulling van de behandeling van probleemgedrag bij patiënten met dementie:
 - Uit zo'n tentbed kan je zelf niet uitkomen, omdat het aan alle kanten dicht geritst is.
 - De zijwanden bestaan uit doorzichtig gaas, op die manier kan de patiënt gemakkelijk communiceren met het verplegend personeel.
- In feite blijft een tentbed een vrijheidsbeperkende maatregel, dus moet men steeds nauwkeurig afwegen of de inzet in redelijke verhouding staat tot het beoogde doel.
 - Het bed is elektrisch in hoogte verstelbaar.
 - Op het gebruikelijke matras ligt een extra dun matras dat gemakkelijk verschoond kan worden.
 - Het bed wordt compleet en als één geheel op de kamer van de patiënt geplaatst.

Welke zijn de indicaties voor het tentbed?

- Kan ingezet worden bij patiënten met probleemgedrag die als gevolg daarvan oververmoeid zijn en een verhoogd valrisico vertonen.
- Het gaat om kwetsbare ouderen, ernstig vermagerde patiënten, onrustige agressieve patiënten met dwaalgedrag of patiënten met een vorm van dementie.

Wat kan men hiermee beogen en/of oplossen?

- Bij patiënten met psychische of psychiatrische problematiek is de behoefte aan niet-medicamenteuze behandelingen in het verpleeghuis echt groot:
 - Volgens de richtlijn '**Probleemgedrag**' hebben deze interventies de voorkeur boven farmacotherapie.
 - Het tentbed lijkt aan deze behoefte te kunnen voldoen en lijkt een positief effect te hebben.
 - Op die manier kunnen psychofarmaca afgebouwd worden en dat heeft zo zijn gevolgen:
 - De patiënten gaan minder suf worden en gaan een veiliger loopgedrag vertonen.
 - Ze gaan uiteindelijk een betere kwaliteit van leven hebben.

- Het tentbed kost weinig tijd en inzet van verzorgende teams:
 - Enkel de aanschaf en korte instructies voor gebruik zijn afdoende.
 - Dit lijkt veel praktischer en bovendien geschikt voor acute problematiek.
 - Dit is in tegenstelling tot andere psychosociale interventies, waarbij veel tijd en inzet van verzorgende teams gevraagd wordt.

Wat weet men over de effectiviteit?

- Er bestaat, voor zover geweten, geen wetenschappelijke literatuur over de inzet van het tentbed bij patiënten met dementie die probleemgedrag vertonen.
- Op de website van de ontwikkelaar zijn er wel gebruikshandelingen en een beknopt verslag van een observati-
onele studie beschikbaar:
 - 91% van het verzorgende team vond volgens de ontwikkelaar het tentbed makkelijk werken.
 - 84% vond dat de inzet van het tentbed de agitatie bij patiënten vermindert.
 - 100% vond dat patiënten beter slapen en dat er minder sedatie nodig is.
- Vanaf het voorjaar van 2012 zijn er bij inmiddels 24 patiënten eigen ervaringen opgedaan:
 - De ervaringen met de inzet van het tentbed waren bij 22 van deze 24 patiënten positief:
 - De patiënten sliepen rustiger en vertoonden minder probleemgedrag.
 - Ze waren meer uitgerust en hadden als gevolg hiervan een betere conditie.
 - Ook nam het aantal meldingen van valincidenten en agressie fors af.
 - De ervaring is dan ook dat patiënten veiligheid ervaren in het tentbed en dat ze minder vermoeid, agressief en ontredderd zijn.
 - Nog een ervaring is het feit dat het mogelijk was om bij veel van deze patiënten binnen enkele weken psychofarmaca af te bouwen of zelfs te stoppen.
 - Er bleek bij 15 patiënten sprake te zijn van dubbelproblematiek (= 'double care demanding patients'), m.a.w. naast zorg i.v.m. dementie hadden ze somatische zorg nodig:
 - Zo'n groep patiënten vertoont meer risico op verminderde zelfzorg en bemoeilijkt de verzorging, behandeling en genezing van andere somatische aandoeningen.
 - In hun voorgeschiedenis werden angst-, stemmings- of persoonlijkheidsstoornissen gemeld en ze leken te zoeken naar geborgenheid, veiligheid en nabijheid.
- Eerder onderzoek toont aan dat een premorbide onveilige gehechtheid verband houdt met meer gedragsproblemen en psychologische problemen bij dementie.
 - Vaak treedt er in latere fasen van dementie meer verborgen hechtingsgedrag op.
 - Betekent een verminderd contact met de realiteit gekoppeld aan de continue behoefte aan veiligheid en nabijheid.
- Men veronderstelt dat het tentbed zorgt voor veiligheid:
 - De pariëtale cortex is bij patiënten met dementie aangetast.
 - Hierdoor ontstaan er problemen in de ruimtelijke perceptie + de ruimtebeleving vermindert.
 - Daardoor hebben ze grote moeite met het zien van diepte en het maken van goede inschattingen in de ruimte en het herkennen van de ruimte, een object of een vorm.
 - Er is sprake van perceptiestoornissen en visuele aandachtsstoornissen:
 - Gevolg hiervan is dat ruimtes zeer groot lijken, wat angst en onrust kan veroorzaken.
 - Kan dus zijn dat deze patiënten veiligheid en nabijheid vinden in het tentbed, dat de perceptuele ruimte verkleint.
- Bij patiënten met dubbelproblematiek komen de genoemde symptomen van verstoorde perceptie en hechtingsgedrag gelijktijdig voor, en mogelijk verklaart dit de positieve effecten van het tentbed.

Toekomstperspectieven:

- Bij de zorg voor dementiepatiënten met probleemgedrag kan het tentbed een grote rol spelen.
- Zo lijkt het tentbed een succesvol alternatief voor patiëntonvriendelijke en gevaarlijke vrijheidsbeperkende maatregelen zoals de Zweedse band.
- Verder onderzoek zal het feitelijke nut van het tentbed moeten uitwijzen.

Ned Tijdschr Geneeskd 28 november 2015 pag. 2086-2088.

4.4 Pneumologie

Verwijzing met een werkdiagnose: kan tot verkeerde conclusies en aanpak leiden!

Vaak worden patiënten naar de dienst Spoedgevallen verwezen met een **werkd Diagnose**.

De spoedarts kan geneigd zijn om de diagnose over te nemen en de bevindingen daaraan toe te schrijven, maar dat kan leiden tot een verkeerde definitieve diagnose en behandeling.

Casus: een dame, 36 jaar, begeeft zich bij de huisarts wegens een sinds een week lang bestaande hinder van kortademigheid bij inspanning en hoesten zonder sputumproductie:

- Voorgeschiedenis:
 - Vermeldt een laparoscopische uterus- en adnexextirpatie omwille van een endometriumcarcinoom.
 - Gerookt heeft ze nooit en allergieën kent ze niet.
 - Eénmalig heeft ze een temperatuur van 40°C gemeten.
- Verdere aanpak:
 - Er volgt een röntgenfoto van de thorax, waarop men mogelijk links een pneumothorax ziet.
 - In een volgende stap verwijst de huisarts patiënte naar de dienst Spoedgevallen.
- Lichamelijk onderzoek:
 - Men meet een saturatie van 100% bij kamerlucht.
 - De polsfrequentie bedraagt 110 slagen/min, regulair en euaal, en de BD is 135/85.
 - Ze geeft geen zieke indruk en haar temperatuur is 37,5°C.
 - Men vindt bij percussie beiderzijds een normale luchthoudendheid.
 - Links hoort men bij auscultatie verminderd ademgeruis, maar zonder ronchi of crepitaties en zonder verlengd expirium.
- Medische beeldvorming: er volgt opnieuw een thoraxfoto met eenzelfde beeld als op de eerste foto.
- Laboratoriumonderzoek:
 - Toont een iets verhoogde CRP-concentratie (10 mg/l).
 - Toont verder een niet-afwijkend leukocytenaantal (8,1x10.9/l).
- Behandeling:
 - Onder verdenking van een pneumothorax plaatst men een thoraxdrain links.
 - Op de controleröntgenfoto ziet men een adequaat geplaatste thoraxdrain bij een apicale randpneumothorax.
- Verdere evolutie:
 - Na een nieuwe beoordeling van de foto's en bespreking van de casus met de andere collega's longartsen in het ziekenhuis wordt 's anderendaags de diagnose 'pneumothorax' in twijfel getrokken.
 - Besloten wordt om een CT-scan van de thorax uit te voeren:
 - Hierop is een adequate positie van de drain zichtbaar, maar de randpneumothorax is niet meer zichtbaar.
 - Blijkt echter dat er sprake is van een emfysemateus aspect van de linkeronderkwab, en mogelijk past dit bij het Swyer-James-McLeod (SJM) syndroom.
 - Omwille van het ontplooiën van de long en de twijfel over de juistheid van de indicatie wordt de drain verwijderd.
 - Patiënte wordt de volgende dag in redelijk goede conditie ontslagen.
- Poliklinisch verricht men later een bronchoscopie:
 - Daarbij ziet men een vernauwde, dyskinetische bronchustak naar de linkeronderkwab.
 - Er is ook een obliteratie van de tak naar de basale segmenten.
- Bij longfunctieonderzoek meet men de volgende waarden:
 - Een geforceerd expiratoir 1-secondevolume (FEV1) van 2,05 l (= 74% van de voorspelde waarde).
 - Een FEV1/geforceerde vitale capaciteit (FVC) van 85%.
- Een ventilatie-perfusiescan geeft als bevinding een sterk verminderde perfusie en ventilatie van de linkerlong.
- Conclusie:
 - Deze bevindingen zijn zeer suggestief voor het SJM-syndroom.
 - Waarschijnlijk berusten de oorspronkelijke klachten van patiënte op een luchtweginfectie bij dit SJM-syndroom.

Beschouwing van de casus:

- Wegens vermoeden van een pneumothorax werd bij patiënte een thoraxdrain geplaatst en waarschijnlijk was dit onterecht.
- Er bleek op een CT-scan namelijk sprake te zijn van een unilateraal hyperlucente longkwab, die paste bij het SJM-syndroom.
- De werkdiagnose waarmee patiënte werd binnengestuurd zorgde voor de nodige misvatting, een soort van kokervisie dus:
 - Maakte dat de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek onvoldoende meegewogen werden bij de uiteindelijke diagnosestelling.
 - De klachten van hoesten en temperatuursverhoging waren niet typisch voor een pneumothorax.
 - Het verminderde ademgeruis links basaal bij lichamelijk onderzoek paste wel bij een pneumothorax, maar de sonore percussie pleitte tegen de diagnose.
 - Bij een pneumothorax is daarenboven het ademgeruis meestal apicaal afgenomen in plaats van basaal.
- Met deze bevindingen had men **moeten** twijfelen aan de diagnose pneumothorax en ze waren ook suggestief om een CT-thorax of echo-thorax te laten uitvoeren:
 - Een CT-thorax geniet hierbij de voorkeur boven echodiagnostiek.
 - Komt omdat met echo het verschil tussen bulleus emfyseem en een pneumothorax minder nauwkeurig te maken is.

Het Swyer-James-Mcleod-syndroom:

- Swyer en James beschreven het voor het eerst in 1953 en nadien volgde in 1954 Mcleod.
- 1 of meer kwabben van een long zijn hypoplastisch en de bronchi en pulmonale vaatstructuren zijn van een klein kaliber:
 - Het syndroom kan ontstaan na een longinfectie op jonge leeftijd, vaak na een bronchiolitis obliterans.
 - De aandoening is zeldzaam - een prevalentie van 0,01% - en kan gepaard gaan met hoesten of sputumproductie.
 - Vaak wordt het SJM-syndroom bij toeval ontdekt als er om de een of andere reden een thoraxfoto bij te pas komt:
 - Het beeld op de foto kan erg lijken op dat van een pneumothorax.
 - Pneumothorax komt veel frequenter voor, met een incidentie van 5-10 per 1000 inwoners per jaar.
- Men moet een onderscheid maken tussen beide aandoeningen omdat de behandeling van elkaar verschilt:
 - Meestal is de behandeling van het SJM-syndroom conservatief, en enkel bij recidiverende klachten kan een resectie van de long of een longkwab aangewezen zijn.
 - Bij een pneumothorax bestaat de behandeling vaak uit het plaatsen van een thoraxdrain, en jaarlijks worden in Nederland zo'n 750-1500 patiënten met een pneumothorax behandeld.

Casuïstische mededelingen in verband met het SJM-syndroom:

- Bij één patiënt zag men het beeld van een pneumothorax op de thoraxröntgenfoto, maar ondanks herhaalde plaatsing van een drain werd er geen expansie gezien van de long.
- Bij een andere patiënt trad er een pneumothorax op, terwijl er een SJM-syndroom aanwezig was:
 - Na het plaatsen van een thoraxdrain was er nog steeds een hyperlucent longbeeld te zien op de röntgenfoto, terwijl er klinisch geen sprake meer was van een pneumothorax.
 - Nadien bleek uit een CT-scan dat er sprake was van het SJM-syndroom zonder dat er op dat ogenblik een pneumothorax te zien was.

Nog eens terug naar de casus:

- Of er daadwerkelijk **geen** sprake was van een pneumothorax is **niet** met zekerheid te zeggen.
- Komt er bij dat deze onzekerheid versterkt wordt omdat emfysemateuze longafwijkingen, type het SJM-syndroom, zelf een risicofactor vormen voor het ontstaan van een pneumothorax.
- In een andere casuïstische mededeling over een jongeman met een recidiverende pneumothorax in aanwezigheid van het SJM-syndroom is deze dubbele diagnose beschreven: na chirurgische pleurodese trad er bij hem geen pneumothorax meer op.

Besluit:

- Een verwijzing met een werkdiagnose kan dus leiden tot een kokervisie, en dito verkeerde diagnose.
- Feit is wel dat het SJM-syndroom een zeldzame longafwijking is die op een thoraxfoto het beeld kan geven van een pneumothorax.
- Onderscheid is wel belangrijk, omdat aanpak en behandeling van elkaar verschillen.

Ned.Tijdschr. Geneeskd. 5 december 2015 pag. 2125-2128.

4.5 Gastro-Enterologie / Oncologie

Screening naar darmkanker: aangewezen of juist niet?

Vorig jaar is het Nederlands bevolkingsonderzoek naar darmkanker begonnen:

- In Nederland werd na uitvoerig onderzoek van verschillende screeningsmiddelen gekozen voor de test op occult bloed in de feces.
- De immunologische test op occult bloed (iFOBT) in de feces bleek superieur aan de test waarbij de kleurstof guajak (gFOBT) gebruikt wordt.
 - Bedoeling is om voorstadia en vroege vormen van darmkanker te detecteren.
 - Op die manier zou het aantal sterfgevallen door darmkanker kunnen afnemen.
- Onderzoek toont aan dat colorectale carcinomen die tijdens de screening gediagnosticeerd worden, inderdaad in een vroeger stadium ontdekt worden:
 - Gevolg van deze 'stadiummigratie' is dat minder aanvullende behandelingen zullen hoeven.
 - In feite is dit een valide argument voor screening.
- Een daling van de ziekte-specifieke sterfte kan ook een te verdedigen argument zijn voor het bevolkingsonderzoek.
- Vaststellingen van een recente meta-analyse:
 - Door het bevolkingsonderzoek vermindert de sterfte aan darmkanker met 16%.
 - Hierdoor zouden er via een berekening van RIVM op termijn per jaar 2400 minder mensen sterven aan darmkanker.

Andere of tegenstellende bevindingen in het kader van deze screening:

- Bovenstaande recente meta-analyse laat ook zien dat screening in het algemeen waarschijnlijk een verwaarloosbaar effect heeft op de algehele sterfte.
- Als verklaring hiervoor kan men aanhalen dat het optreden van andere doodsoorzaken het netto-effect van screening verdunt, en dat geldt ook voor de screening op darmkanker:
- Bij het uitnodigen van deelnemers houdt men momenteel geen rekening met zogenaamde concurrerende risico's ('competing risks'):
 - Gaat om risico's op een gecompliceerd beloop na diagnosestelling en behandeling.
 - Deze risico's vloeien voort uit de comorbiditeit van een patiënt.
- Zo heeft een 60-jarige mannelijke roker met een niet ernstige HT en hypercholesterolemie een 10-jaarsrisico van > 50% op ziekte of sterfte door een cardiovasculaire aandoening.
- Ontdekt men tijdens het bevolkingsonderzoek een vroege vorm van darmkanker, dan heeft dit soms geen invloed op de verdere prognose:
 - Er zijn concurrerende risico's die lang niet altijd eenduidig in te schatten zijn.
 - Ze bemoeilijken een optimale behandelkeuze en kunnen de operatie bovendien leiden tot een risicovolle onderneming.
 - Hoe groter deze risico's zijn, hoe kleiner de baten van screening zijn.
- Een belangrijke en gevreesde complicatie na colorectale chirurgie is naadlekkage:
 - Het percentage patiënten met naadlekkage bedroeg in 2013 na een colonresectie 6,5% en na een rectumresectie 8,4%.
 - De mortaliteit binnen 30 dagen postoperatief bedroeg respectievelijk 2,6 en 0.9%.
- Bij patiënten met meer comorbiditeit ligt dit risico vanzelfsprekend hoger, maar dan kan je je wel afvragen wie er eigenlijk baat heeft bij screening.

Er bestaan de factor verschillen tussen patiënten:

- Zo zijn er grote, asymptomatische poliepen die steeds vaker bij screening gevonden worden:
 - Ze vormen een uitdaging voor menig endoscopist en patholoog.
 - Ze zijn ook een belangrijk onderwerp van discussie in multidisciplinaire besprekingen.
- De huidige landelijke richtlijn laat 'ter overweging' of een oncologische resectie moet volgen na poliepectomie met invasief carcinoom:
 - De beslissing hangt af van de differentiatiegraad, resectiemarge en de ingroei van maligne cellen in de omliggende lymfe- en bloedvaatjes.
 - Betekent dat patiënten die een T1-carcinoom vertonen of bij wie er aanwijzingen zijn voor 'sampling error' van hun behandelende arts dienen te horen dat het a priori-risico op lymfogene metastasering 3-8% bedraagt.
- Anderzijds kan in extremis gezondheidsverlies optreden door screening:
 - Ernstige complicaties na chirurgisch ingrijpen zijn moeilijk te accepteren als nadien blijkt dat de afwijking benigne was.
 - Wat opvalt is dat er op dit ogenblik geen enkele landelijke database bestaat waarmee het risico hierop kan worden geëvalueerd, want de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) registreert alleen patiënten met een colorectale maligniteit.
 - Patiënten met complicaties na chirurgische behandeling van een benigne afwijking worden daardoor in geen enkele kwaliteitsregistratie opgenomen.
- Van de andere kant zijn er natuurlijk belangrijke potentiële voordelen van screening, zoals het symptoombvrij ondergaan van een oncologische resectie in een stadium waarin nog geen kliermetastasering is opgetreden.

Besluit:

- Voor conclusies - ten voordele of ten nadele van de screening - is het nog wat vroeg.
- Er zijn wel de eerste indrukken, en die illustreren de behoefte aan continue evaluatie van het screeningsprogramma.
- Voorbeeld is de besluitvorming om een patiënt met een darmpoliep al dan niet te opereren:
 - Hangt in eerste instantie af van het macroscopisch aspect van de poliep, zoals dat wordt beoordeeld door de endoscopist.
 - Dit vereist expertise vermits er een toenemend aantal behandelopties bestaat om poliepen endoscopisch te verwijderen, zoals de endoscopische mucosale resectie en endoscopische submucosale dissectie.
 - Anderzijds zijn de comorbiditeit en de wens van de patiënt van belang.
 - Tenslotte zal het besluit tijdens het multidisciplinair overleg en in overleg met de patiënt genomen worden.
- Er bestaat heden ten dage geen uitgewerkt risicoprofiel voor patiënten die colorectale chirurgie ondergaan:
 - Maakt dat de invloed van comorbiditeit op behandelkeuzes onzeker is.
 - Verder is het niet duidelijk welke keuzes er in de spreekkamer van de chirurg gemaakt worden.
- Er is dus behoefte aan registratie, en dan gaat het niet alleen om registratie van maligniteiten, zoals nu gebeurt in de 'Dutch surgical colorectal audit', maar om het vastleggen van alle operaties die uit het bevolkingsonderzoek voortvloeien, dus is verder onderzoek aangewezen.

Ned Tijdschr Geneeskd 12 december 2015 pag. 2165-2169.

4.6 Urologie / Seksuologie

Probleem tijdens de erectie

De ziekte van Peyronie behelst een kromstand van de penis in erectie en is een klacht die de patiënt vaak presenteert met enige gêne en grote zorg:

- Hij kan last hebben van pijnlijke erecties of een verkorting of versmalling van de penis.
- Hij kan ook een 'streng' voelen in de penis of problemen ondervinden met het krijgen of volhouden van de erectie.

Incidentie:

- Treft vooral mannen tussen de 40 en de 60 jaar.
- De prevalentie van de ziekte is echter niet duidelijk:
 - Heeft o.a. te maken met het feit dat niet iedereen met een kromstand van de penis in erectie lijdensdruk ervaart.
 - Heeft ook te maken met de hoge drempel die menig man ervaart om deze klacht met de huisarts te bespreken.

Etiopathogenese:

- Gaat om een stoornis in de wondheling:
 - Recidiverende microtraumata van de penis leiden tot ontstekingsreacties en fibrinedepositie.
 - Er ontstaat hierdoor een stugge plaque in de tunica albuginea van de penis, de bindweefselplaag die de corpora cavernosa omvat.
- Er ontstaat also overmatig bindweefsel dat bij een erectie minder mee rekt dan de gezonde bindweefselplaag, en hierdoor wordt de penis in erectie scheef getrokken.
- Men kan het proces van verbindweefseling vergelijken met deze die optreedt bij het ontstaan van de ziekte van Dupuytren in de handpalm en de ziekte van Ledderhose in de voetzool.
- Bij mannen met de ziekte van Peyronie komen beide ziekten ten andere vaker voor.

Verder verloop: de ziekte kent twee fasen:

- De acute inflammatoire fase duurt ongeveer 6 tot 8 maanden:
 - Wordt gekenmerkt door het ontstaan van een nog niet harde bindweefselplaag.
 - Er zijn ook pijnlijke erecties en kromstand in erectie.
- Nadien volgt de chronische, fibrotische fase:
 - De bindweefselplaag wordt harder en er is minder of geen pijn.
 - Men ziet zelden een spontane verbetering, en meestal stabiliseert de ziekte.
 - Eventueel chirurgisch ingrijpen is pas zinvol in deze stabiele fase.

Hoe moet je deze patiënten benaderen?

- Begin met een gestructureerde anamnese:
 - Vraag naar het ontstaan en het beloop van de klachten.
 - Vraag naar de scheefstand van de penis in erectie, maar ook naar versmalling of verkorting.
 - Vraag ook naar pijn bij erectie en informeer naar moeilijkheden om een erectie te krijgen en/of om die te behouden.
 - Vraag naar voelbare strengen in de penis en ook naar voelbare strengen in handpalm of voetzool.
- Doe een onderzoek van de penis:
 - Beschrijf de plaats van de plaque en de consistentie nauwkeurig.
 - Bij onduidelijkheid i.v.m. de diagnose kan patiënt thuis een foto van de kromstand in erectie maken en deze tijdens een volgend consult tonen.
- Onderzoek ook de handen en de voeten op afwijkingen die op de ziekte van Dupuytren of Ledderhose kunnen wijzen.

En wat te vertellen aan de patiënt?

- Leg uit dat de scheefstand tijdens erectie veroorzaakt wordt door de ziekte van Peyronie.
- Een tekening kan het hoe en waarom misschien beter en begrijpelijker overbrengen dan woorden alleen:
 - Bij een erectie rekt de ontstane, stugge streng in de penis onvoldoende mee.
 - Hierdoor wordt de penis 'scheef' getrokken.
 - Vaak zijn er pijnklachten in de periode dat de streng zich aan het vormen is.
 - De fase van steeds schever staan van de erectie en pijn gaat meestal na 6 tot 8 maanden over.
 - De stabiele volgende fase wordt bereikt als de patiënt geen of beduidend minder pijn heeft en de penis bij elke erectie dezelfde kromming vertoont.
- Op dat ogenblik kan de patiënt besluiten om over te gaan tot een behandeling (meestal chirurgisch):
 - Er bestaan hiervoor verschillende urologische operatietechnieken.
 - Meestal valt de keuze op een (variatie van) een cavernoplastie.
 - Hierbij plaatst de uroloog hechtingen aan de tegenovergestelde zijde van de kromming.
 - In het overgrote deel van de gevallen staat de penis hierna weer recht in erectie.

Huisarts & Wetenschap 58(11) november 2015 pag. 615.

5. MCH-DIGEST

5.1 Een persoonlijke keuze

Een andere titel zou kunnen zijn, de sceptische blik van een compiler van medische teksten? Net als tabaksondernemers beseffen managers van farmaceutische bedrijven dat ze handel drijven in de dood. Dat roken een belangrijke doodsoorzaak is, konden tabaksproducenten niet langer verborgen houden, maar dat geneesmiddelen eveneens een belangrijke doodsoorzaak zijn, heeft de farmaceutische industrie verrassend goed weten te verheimelijken. In dit boek beschrijf ik hoe farmaceutische bedrijven de dodelijke bijwerkingen van hun geneesmiddelen moedwillig verzwijgen. Daarbij gedragen ze zich frauduleus, zowel in hun research als in hun marketing.

Flap van het boek 'Dodelijke medicijnen en georganiseerde misdaad' door Peter Gotzsche (lezers van Digest niet onbekend) met voorwoorden van editors van BMJ en JAMA dus geen Story of Dag Allemaal verhaaltjes. Kopen maar zou ik zeggen (24.95 € - ik heb geen aandelen).

Om ietwat in de sfeer te blijven, gewoon een keuze uit PRESCRIRE: 74 médicaments plus dangereux qu'utiles. Wees gerust, ik beperk me tot middelen die HA zouden kunnen gebruiken!

ALISKIRINE
ALLE FIBRATEN
IVABRADINE
OLMESARTAN
PHENERGAN IV
ALLE DPP-4 INHIBITOREN
ORLISTAT
DENOSUMAB
PROTELOS
DICLOFENAC
COXIBS
PIROXICAM
GLUCOSAMINE
QUININE (voor krampen)
DOMPERIDONE
TIBOLONE
MOXIFLOXACINE
TELITRHOMYCINE
ALLES VOOR ALZHEIMER
CYMBALTA
CITALOPRAM/ESCITALOPRAM
VENLAFAXINE
BUPROPIONE
VARENICLINE

Voor motivatie: leen Prescrire uit in secretariaat...

En verder in deze aflevering:

Stabiele angor: medicamenteus of invasief? (BMJ)

Moeten alle diabetiekers een ACE krijgen? (BMJ)

DPP-4 inhibitoren nuttig of de weg van thiazolidines op? (BMJ)

Vaginale prolaps herstel met of zonder mesh?

In de Framingham populatie daalt de incidentie van dementie (NEJM)

PRP (injectie van autoloog plasma rijk aan plaatjes) voor musculoskeletale pathologie: zinvol of kwakzalverij? (BMJ)

5.2 Cardiovasculair

Stabiele angor: stenten of angioplastie nuttig en nodig??

Introduction

Stable angina refers to chest discomfort that is classically retrosternal, triggered by exertion, and relieved by rest or nitrates within minutes. Unstable symptoms, such as those occurring at rest or persisting when activity stops, suggest an acute coronary syndrome and will not be discussed here. More than one million people in the United Kingdom live with stable coronary artery disease (CAD), with an annual mortality rate of 1.5%. It is

associated with long term morbidity and has serious effects on quality of life. Treatment options include medical therapy, coronary angioplasty with or without stenting (percutaneous coronary intervention; PCI), and coronary artery bypass surgery (CABG), for which guidelines from the UK's National Institute for Health and Care Excellence (NICE) and European Society of cardiology (ESC) exist. However, patients' and doctors' expectations of potentials benefits of PCI in stable CAD are often overstated. This article focuses on the limited evidence base and indications for PCI in stable angina.

Sources and selection criteria:

We searched Medline and the Cochrane Library using terms from a previous systematic review of treatment of stable angina (“stable angina”, “percutaneous coronary intervention”, and “medical therapy”), updated to March 2015. We also drew on our experience of coronary angioplasty and medical treatment of patients with stable coronary artery disease and our knowledge of NICE and ESC guidance.

Medical therapy:

The two main goals are risk factor modification and symptomatic relief

Risk factor modification

- Antiplatelet agents—Aspirin is preferred treatment because it reduces mortality. Clopidogrel may be used in those with coexistent peripheral vascular disease, or in those who cannot tolerate aspirin. Dual therapy with aspirin and clopidogrel is recommended for up to one year after PCI in stable CAD. No data are available yet to support newer antiplatelets, such as ticagrelor and prasugrel, in stable CAD
- Lipid lowering agents—Statins are used, based on NICE guidelines, because they reduce cardiovascular event rates in this group
- Angiotensin converting enzyme inhibitors—Add these agents for patients with coexisting hypertension, left ventricular ejection fraction $\leq 40\%$, diabetes, previous MI, or chronic kidney disease as they reduce myocardial infarction (MI), stroke, heart failure, and mortality rates in these groups.

Symptomatic treatment:

This aims to relieve acute angina and reduce the frequency of attacks. Table 1↓ summarises effects and contraindications of recommended drugs, none of which has been shown to reduce cardiovascular events, apart from β blockers, which reduce mortality after MI and in heart failure.

Table 1

Drugs recommended by NICE for symptomatic treatment of stable CAD: key effects, contraindications, and side effects*

Drug (action)	Clinical effect	Contraindications	Common side effects
First line therapy			
β blockers (β_1 adrenergic antagonists)	Reduce heart rate, blood pressure, and contractility; prolong diastolic filling time	Asthma, severe chronic obstructive airways disease, severe peripheral vascular disease	Hypotension, bradycardia, syncope, depression, sexual dysfunction
Ca^{2+} channel antagonist (L-type Ca^{2+} channel antagonist)	Reduce heart rate, blood pressure, and contractility; prolong diastolic filling time; systemic and coronary vasodilatation	Heart block, concurrent use of β blockers, high grade aortic stenosis, hypotension	Hypotension, flushing, peripheral oedema, dizziness, fatigue, bradycardia for rate limiting agents
Second line therapy (if first line therapy is contraindicated or not tolerated)			
Nitrate (nitric oxide donor)	Systemic and coronary vasodilatation	Concurrent use of phosphodiesterase 5 inhibitors such as sildenafil	Hypotension, headache, syncope, drug tolerance
Nicorandil (K-ATP dependent channel opener, nitric oxide donor)	Systemic and coronary vasodilatation	Concurrent use of phosphodiesterase 5 inhibitors such as sildenafil	Hypotension, headache, dizziness
Ivabradine (I_f channel antagonist)	Reduce heart rate	Moderate to severe angina (increases incidence of cardiovascular events in these patients) ¹⁶	Bradycardia, visual disturbance

Drug (action)	Clinical effect	Contraindications	Common side effects
Ranolazine (late inward Ca ²⁺ channel antagonist)	Improved myocardial metabolic activity; reduce diastolic wall tension	Concurrent use of class I or III anti-arrhythmics, CPYP34A inhibitors (eg, ketoconazole, clarythromycin). Use with caution in severe renal disease (creatinine clearance <30 mL/min) or moderate or severe hepatic disease ¹⁷	Dizziness, constipation, nausea

*Apart from β blockers, which reduce mortality after myocardial infarction and in heart failure, these drugs have not been shown to reduce cardiovascular events.¹³

- First line therapy—NICE recommends β blockers or calcium channel blockers, with the choice of agent based on comorbidity and contraindications. For example, prescribe β blockers after MI or for heart failure.¹⁵ Prescribe calcium channel antagonists in severe hypertension. Assess response to treatment soon after starting therapy.

- Second line therapy—If first line therapy is contraindicated or not well tolerated, consider long acting nitrates, nicorandil, ivabradine, or ranolazine instead.⁵ Agents are chosen on the basis of heart rate, blood pressure, and tolerance (see figure↓ and table 2↓).

Table 2

Trials comparing percutaneous coronary intervention versus medical therapy in the treatment in stable coronary artery disease

Study	Study design (N)	Intervention*	Follow-up duration	PCI v MT: death	PCI v MT: non-fatal MI	PCI v MT: unplanned revascularisation	PCI v MT: angina free at follow-up
COURAGE ¹⁸	RCT (2287)	Revascularisation (CABG or PCI)	5 years	7.6% v 8.3%; P=0.38 (NS)	13.2% v 12.3%; p=0.33 (NS)	Favours revascularisation (21.1% v 32.6%, P<0.001)	59% v 56%; P=0.30 (NS)
MASS II ⁴	RCT (611)	Revascularisation (CABG or PCI)	10 years	24.9% v 31%; P=0.089 (NS)	Favours PCI (13.3% v 20.7%; P=0.010)	41.9% v 39.4%; P=0.51 (NS)	Favours PCI (59% v 43%; P<0.001)
BARI 2D ¹⁹	RCT (2368; all had type 2 diabetes)	Revascularisation (CABG or PCI)	5 years	11.7% v 12.2%; P=0.97 (NS)	Reported only as part of composite endpoint	Favours revascularisation (18% v 33%; P=0.001)	Favours revascularisation (66% v 58%, p=0.003)
Stergiopoulos et al ²⁰	Meta-analysis (5286)	PCI	Median 5 years	6.5% v 7.3%; P=0.42 (NS)	9.2% v 7.6%; P=0.06 (NS)	18.3% v 28.4%; P=0.14 (NS)	79.7% v 76.7%; P=0.67 (NS)
Windecker et al ²¹	Meta-analysis (93 553)	Revascularisation (CABG or PCI)	262 090 patient years in total	No difference (except for mortality reduction in PCI with new generation DES)†	No significant difference†	Favours PCI with DES implantation†	Not assessed

*The control in all studies was medical therapy alone.

†Data given only for sub-study analyses so not directly comparable with the other studies in this table.

CABG=coronary artery bypass graft surgery; DES=drug eluting stents; NS=not significant; MT=medical therapy; PCI=percutaneous coronary intervention; RCT=randomised controlled trial.

What is the evidence of benefit from PCI?

Multiple randomised controlled trials (RCTs) have found no reduction in mortality or MI from PCI compared with medical therapy alone in patients with stable CAD (table 2). However, some (but not all) trials, including a meta-analysis, showed improved angina relief with PCI.

On the basis of current evidence the only current indication for PCI is for symptomatic relief.

The trials had serious limitations, including being underpowered to detect mortality difference, high crossover rates from medical therapy to PCI arms, outdated PCI techniques, and patients being representative of only 10% of those seen in “real life.” The trials were also unblinded and therefore susceptible to bias, particularly for subjective endpoints such as symptom severity; preconceptions on best treatment may have influenced results. Thus, their findings are not easily translated to the patient in front of you, and the benefits of PCI might be underestimated by crossover or overestimated by preconceptions. A double blind RCT of PCI versus a placebo procedure with medical therapy in both groups will address some of these problems.

Despite the evidence base showing no clear prognostic benefit from PCI, PCI rates in the UK continue to rise, with more than a third of procedures performed for stable CAD,

Might patient with greater myocardial ischaemia benefit more from revascularisation?

A high proportion of participants in previous trials had minimal myocardial ischaemia, perhaps explaining the similar outcomes for revascularisation and medical therapy. PCI may be more beneficial in a subset of stable CAD with evidence of high ischaemic burden (>10% ischaemic myocardium on functional imaging). Older retrospective, observational studies have shown a statistically significant mortality benefit for PCI in patients with moderate myocardial ischaemia. In a recent RCT, subgroup analysis suggested PCI in patients with moderate to severe ischaemia led to a greater reduction in MI and death compared with medical therapy at 18 months, but not at five years. However, a recent meta-analysis showed no improvement in MI or mortality after PCI even in patients with objective evidence of ischaemia.

ESC guidelines recommend offering revascularisation to patients with evidence of ischaemia in >10% of the left ventricle and NICE recommends incorporating the results of functional testing into revascularisation decisions. A large randomised study is in progress to evaluate PCI versus medical therapy in patients with stable CAD and ischaemia in >10% of the myocardium.

Thus, a short trial of medical therapy may be the best first line treatment for this subgroup, with PCI offered early in patients who do not respond well to this approach.

What are the possible harms of PCI?

The box outlines possible complications, with the complication rate for elective PCI quoted as 1% on the day of the procedure. Although periprocedural MI can be seen in PCI, it has little impact on long term prognosis. Implantation of modern drug eluting stents is associated with repeat revascularisation and stent thrombosis rates of less than 5% and 1% per annum, respectively.

Possible complications of PCI

Acute/peri procedural

- Bleeding
- Procedural myocardial infarction
- Coronary dissection or rupture
- Acute and subacute stent thrombosis
- Transient ischaemic attack or stroke
- Death

Medium and long term

- Target vessel or target lesion revascularisation
- Spontaneous myocardial infarction
- Late and very late stent thrombosis
- Death

Who should be offered coronary angioplasty or stenting?

NICE, European, and US guidelines recommend considering PCI in stable CAD only after a trial of medical therapy, and after treatment with at least two antianginal drugs. The guidelines also recommend using drug eluting stents in PCI (unless contraindicated) to obtain the best long term results.

Registry data suggest that medical therapy remains underused, with a third of patients undergoing PCI before a trial of antianginal drugs. The side effect profile and interactions of many of these drugs sometimes make

medical therapy difficult. However, PCI should be offered only to stable patients in whom a trial of medical therapy has not relieved symptoms or been tolerated well.

In daily practice, perhaps the only exception to this could be patients with clinically significant narrowing of the left main stem artery, subtending >50% of all heart muscle, where CABG is often offered for prognostic reasons on the basis of an old meta-analysis, and PCI has been shown to be a reasonable alternative in another.

Discussing the evidence for stenting with patients

Stable coronary heart disease is the commonest form of heart disease. Patients with this problem may have chest pain, or breathlessness on exertion, but not at rest. There is a small rate of heart attacks and death. It is important to take drugs like aspirin and ones that lower cholesterol levels because these have been shown to reduce rates of both heart attack and death.

Balloon angioplasty and stenting are used to open up narrowed coronary arteries. Acute problems, with pain at rest, need emergency action, and this technique is well validated for treating heart attack. However, we currently have no evidence that it reduces heart attacks or death in people with stable coronary heart disease. Coronary stenting may relieve symptoms of angina; how much each person might benefit varies and can't be predicted. It also has short and long term risks, such as setting off heart attacks, stroke, bleeding, and even death. Thus it should be considered only after medical therapy has been tried and does not control symptoms or is not well tolerated, and when its benefits are thought to outweigh its risks. In these cases we select the time for stenting on the basis of symptoms and extent of coronary disease, to achieve the best possible results for each person.

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.i205>

5.3 Endocrinologie

Moeten alle patiënten met diabetes een ACE krijgen?

Abstract

Objective:

To evaluate the outcomes with use of renin angiotensin system (RAS) blockers compared with other antihypertensive agents in people with diabetes.

Design:

Meta-analysis.

Data sources and study selection:

PubMed, Embase, and the Cochrane central register of controlled trials databases for randomized trials of RAS blockers versus other antihypertensive agents in people with diabetes mellitus. Outcomes were death, cardiovascular death, myocardial infarction, angina, stroke, heart failure, revascularization, and end stage renal disease.

Results:

The search yielded 19 randomized controlled trials that enrolled 25 414 participants with diabetes for a total of 95 910 patient years of follow-up. When compared with other antihypertensive agents, RAS blockers were associated with a similar risk of death (relative risk 0.99, 95% confidence interval 0.93 to 1.05), cardiovascular death (1.02, 0.83 to 1.24), myocardial infarction (0.87, 0.64 to 1.18), angina pectoris (0.80, 0.58 to 1.11), stroke (1.04, 0.92 to 1.17), heart failure (0.90, 0.76 to 1.07), and revascularization (0.97, 0.77 to 1.22). There was also no difference in the hard renal outcome of end stage renal disease (0.99, 0.78 to 1.28) (power of 94% to show a 23% reduction in end stage renal disease).

Conclusions:

In people with diabetes, RAS blockers are not superior to other antihypertensive drug classes such as thiazides, calcium channel blockers, and B blockers at reducing the risk of hard cardiovascular and renal endpoints. These findings support the recommendations of the guidelines of the European Society of Cardiology/European Society of Hypertension and eighth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure to also use other antihypertensive agents in people with diabetes but without kidney disease.

What is already known on this topic?

- Various guidelines recommend renin angiotensin system (RAS) blockers as first line treatment for people with diabetes, predominantly based on placebo controlled trials done 20 years ago.
- However, other guidelines recommend RAS blockers on a par with other antihypertensives based on more recent trials comparing RAS blockers versus active comparators.

What this study adds?

- Our study suggests that in people with diabetes, RAS blockers are similar to other antihypertensives at reducing the risk of hard cardiovascular and renal endpoints.
- These findings support the European Society of Cardiology/European Society of Hypertension and eighth Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure guideline recommendations.
- Those guidelines recommend using any antihypertensives in people with diabetes but without kidney disease.

<http://static.www.bmj.com/content/352/bmj.i438>

DPP-4 inhibitoren: een goede keuze of binnenkort in de verdomhoek?

Abstract

Objectives:

To examine the association between dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors and the risk of heart failure or hospital admission for heart failure in patients with type 2 diabetes.

Design:

Systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies.

Data sources Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, and ClinicalTrials.gov searched up to 25 June 2015, and communication with experts.

Eligibility criteria:

Randomised controlled trials, non-randomised controlled trials, cohort studies, and case-control studies that compared DPP-4 inhibitors against placebo, lifestyle modification, or active antidiabetic drugs in adults with type 2 diabetes, and explicitly reported the outcome of heart failure or hospital admission for heart failure.

Data collection and analysis:

Teams of paired reviewers independently screened for eligible studies, assessed risk of bias, and extracted data using standardised, pilot tested forms. Data from trials and observational studies were pooled separately; quality of evidence was assessed by the GRADE approach.

Results:

Eligible studies included 43 trials (n=68 775) and 12 observational studies (nine cohort studies, three nested case-control studies; n=1 777 358). Pooling of 38 trials reporting heart failure provided low quality evidence for a possible similar risk of heart failure between DPP-4 inhibitor use versus control (42/15 701 v 33/12 591; odds ratio 0.97 (95% confidence interval 0.61 to 1.56); risk difference 2 fewer (19 fewer to 28 more) events per 1000 patients with type 2 diabetes over five years). The observational studies provided effect estimates generally consistent with trial findings, but with very low quality evidence. Pooling of the five trials reporting admission for heart failure provided moderate quality evidence for an increased risk in patients treated with DPP-4 inhibitors versus control (622/18 554 v 552/18 474; 1.13 (1.00 to 1.26); 8 more (0 more to 16 more)). The pooling of adjusted estimates from observational studies similarly suggested (with very low quality evidence) a possible increased risk of admission for heart failure (adjusted odds ratio 1.41, 95% confidence interval 0.95 to 2.09) in patients treated with DPP-4 inhibitors (exclusively sitagliptin) versus no use.

Conclusions:

The relative effect of DPP-4 inhibitors on the risk of heart failure in patients with type 2 diabetes is uncertain, given the relatively short follow-up and low quality of evidence. Both randomised controlled trials and observational studies, however, suggest that these drugs may increase the risk of hospital admission for heart failure in those patients with existing cardiovascular diseases or multiple risk factors for vascular diseases, compared with no use.

What is already known on this topic?

- Several occurrences of heart failure or hospital admission for heart failure have been reported in patients with type 2 diabetes taking DPP-4 inhibitors
- Systematic reviews of randomised controlled trials and observational studies have suggested an increased risk of heart failure or admission for heart failure associated with the agents

What this study adds?

- The relative effect of DPP-4 inhibitors on the risk of heart failure is uncertain
- Current evidence from trials and observational studies suggests a small increase in risk of admission for heart failure in patients with type 2 diabetes who have existing cardiovascular diseases or multiple risk factors for vascular diseases, relative to no use

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.i610>

5.4 Gynaecologie

Het twijfelachtig nut van een mesh bij vaginale prolaps heelkunde

A Cochrane systematic review has concluded that artificial mesh has some advantages over native tissue for the surgical treatment of vaginal prolapse but is associated with increased morbidity.

Research published in the Cochrane Library showed that, while transvaginal permanent mesh probably reduces the risk that women will be aware of a prolapse when compared with tissue repair, the overall benefit was small. Permanent mesh was also associated with higher rates of reoperation for prolapse, stress urinary incontinence, and bladder injury during surgery.

A vaginal prolapse occurs when the walls of the vagina become weak and collapse inwards. It is common, affecting as many as half of women who have had children. Symptoms include pelvic heaviness, backache, and bladder, bowel, or sexual dysfunction.

The traditional method of repairing vaginal prolapse using native tissue is associated with high recurrence rates. After the successful use of tapes for continence surgery and mesh for hernia repair, artificial mesh has been increasingly used by gynaecological surgeons to repair prolapse.

A US study published in *The BMJ* last year showed that mesh use increased by 44.7% from 2008 to 2011 in New York state but was associated with increased risk of re-interventions within a year and urinary retention after surgery. And an independent Scottish interim review in 2015 expressed concern over the effectiveness of and adverse events related to transvaginal mesh in prolapse surgery.

The Cochrane systematic review included 37 randomised controlled trials covering 4023 women. However, many transvaginal meshes were voluntarily withdrawn from use in 2011, and the newer, lightweight transvaginal permanent meshes that are still available have not been evaluated in a randomised study and so could not be included in the review.

The review found that awareness of prolapse was less likely after mesh repair than after native tissue repair (risk ratio 0.66 (95% confidence interval 0.54 to 0.81)). The evidence showed that, if 19% of women are aware of prolapse after native tissue repair, 10-15% are aware of prolapse after permanent mesh repair.

However, the average reoperation rate for prolapse, urinary incontinence, or mesh exposure after mesh repair was 11%, compared with around 5% in women who had tissue repair. The review found that 8% of women who had vaginal prolapse repair using permanent mesh needed repeated surgery for mesh exposure, where pieces of the mesh are exposed through the vaginal skin.

The researchers noted limited evidence that newer absorbable mesh may reduce the rates of recurrent prolapse on examination when compared with native tissue repair, but they said that evidence was insufficient to draw any conclusions for other outcomes. They also noted insufficient evidence about biological grafts compared with native tissue repair.

The review concluded, "The risk-benefit profile means that transvaginal mesh has limited utility in primary surgery. While it is possible that in women with higher risk of recurrence the benefits may outweigh the risks, there is currently no evidence to support this position."

It emphasised an urgent need for randomised controlled trials to evaluate the newer, lighter transvaginal mesh products that remain on the market but said that, until such data become available, these should be used under the discretion of an ethics committee.

Corina Christmann-Schmid, study author, commented, "This evidence underlines the need to balance potential harms against the potential benefits of surgery. One in 12 women who have mesh then require repeat surgery for mesh exposure, and we can expect 7% more women to experience subjective success, when compared with tissue repair without mesh."

She added, "Women and their surgeons need to discuss these benefits and harms at the time of considering surgery. This is particularly important since the availability of the mesh used now is likely to be different from what was available when the studies were carried out."

Cindy Farquhar, professor of obstetrics and gynaecology at the University of Auckland, New Zealand, commented, "Gynaecologists should be wary of adopting new innovations that have not been fully evaluated by clinical trials. This is particularly important, as many surgical devices do not require Food and Drug Administration or similar regulatory approvals."

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.i822>

5.5 Neurologie

De incidentie van dementie daalt in de Framingham populatie met de tijd

Background:

The prevalence of dementia is expected to soar as the average life expectancy increases, but recent estimates suggest that the age-specific incidence of dementia is declining in high-income countries. Temporal trends are best derived through continuous monitoring of a population over a long period with the use of consistent diagnostic criteria. We describe temporal trends in the incidence of dementia over three decades among participants in the Framingham Heart Study.

Methods:

Participants in the Framingham Heart Study have been under surveillance for incident dementia since 1975. In this analysis, which included 5205 persons 60 years of age or older, we used Cox proportional-hazards models adjusted for age and sex to determine the 5-year incidence of dementia during each of four epochs. We also explored the interactions between epoch and age, sex, apolipoprotein E ϵ 4 status, and educational level, and we examined the effects of these interactions, as well as the effects of vascular risk factors and cardiovascular disease, on temporal trends.

Results:

The 5-year age- and sex-adjusted cumulative hazard rates for dementia were 3.6 per 100 persons during the first epoch (late 1970s and early 1980s), 2.8 per 100 persons during the second epoch (late 1980s and early 1990s), 2.2 per 100 persons during the third epoch (late 1990s and early 2000s), and 2.0 per 100 persons during the fourth epoch (late 2000s and early 2010s). Relative to the incidence during the first epoch, the incidence declined by 22%, 38%, and 44% during the second, third, and fourth epochs, respectively. This risk reduction was observed only among persons who had at least a high school diploma (hazard ratio, 0.77; 95% confidence interval, 0.67 to 0.88). The prevalence of most vascular risk factors (except obesity and diabetes) and the risk of dementia associated with stroke, atrial fibrillation, or heart failure have decreased over time, but none of these trends completely explain the decrease in the incidence of dementia.

Conclusions:

Among participants in the Framingham Heart Study, the incidence of dementia has declined over the course of three decades. The factors contributing to this decline have not been completely identified. (Funded by the National Institutes of Health.)

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1504327>

5.6 Orthopedie

Injectie van autoloog bloedplaatjes rijk plasma (PRP) voor musculoskeletale letsel: zinvol of kwakzalverij?

What you need to know

- Autologous platelet-rich plasma (PRP) is increasingly used to treat musculoskeletal soft tissue injuries, either on its own or as an adjunct to surgery
- Routine use is not recommended as there is insufficient evidence of clinical efficacy; instead, its use should be restricted to research settings
- Ensure patients receiving PRP are aware of the limited evidence of efficacy, so that they can make an informed decision about their care
- Clinicians should be aware of the concentration of PRP, and yield of bioactive proteins, produced by their selected preparation device

Platelet-rich plasma (PRP) has become increasingly popular in sports medicine and orthopaedic practice as treatment for muscle, tendon, and ligament injuries, and has received media attention because of its promise as a regenerative therapy. PRP is an autologous preparation of a patient's whole blood, which is centrifuged or filtered, allowing separation of a fraction containing a supraphysiological concentration of platelets. PRP can be applied on its own, or as an adjunct to surgery, allowing a high "dose" of growth factors and other bioactive proteins such as cytokines and chemokines to be delivered to the target tissue. This has the potential to improve repair and regeneration, although evidence from in vitro and animal studies has been conflicting.

As an autologous preparation, PRP has been introduced into clinical practice without being subject to the stringent development required of new drugs. Many commercially available PRP preparation devices have US Food and Drug Administration (FDA) approval, although this is based on device performance and safety, not on a requirement for evidence of clinical efficacy.

What is the evidence of uncertainty?

Search strategy and study selection

We used the same search strategy and eligibility criteria as a Cochrane review of PRP (randomised controlled trials of platelet-rich plasma (PRP) versus no PRP or placebo) in Medline and the Cochrane Library and Central Register Of Controlled Trials (up to 27 May 2015). We found a further 10 randomised controlled trials (476 participants), investigating PRP use for rotator cuff tendinopathy and surgical repair, acute hamstring injury, and elbow lateral epicondylitis.

Lack of evidence of effectiveness

A 2014 Cochrane review identified 19 single centre randomised trials (1088 participants) that compared PRP with placebo, whole blood, dry needling, or no treatment for eight different soft tissue injuries, either as a direct treatment (for elbow lateral epicondylitis, patellar tendinopathy, and Achilles tendon tendinopathy) or as an adjunct to surgery (anterior cruciate ligament reconstruction grafts and donor sites, rotator cuff repair, subacromial decompression, and Achilles rupture repair). Comparisons with other active treatments were not included. Most trials were judged to be at high risk of bias, with lack of standardisation of PRP preparation. Overall, there was no clinically significant improvement in pain and function with PRP. The authors of the Cochrane review concluded that there was insufficient evidence to support the use of PRP.

In our review of a further 10 randomised controlled trials (476 participants), we too had difficulty drawing clear conclusions about the efficacy of PRP, because of heterogeneous musculoskeletal conditions and outcome measures, underpowered studies, and poor reporting. Only half of these trials included analyses of PRP content and quality, and these showed marked differences in platelet concentration and white cell content; this is problematic, as different PRP preparations and application techniques could affect effectiveness.

Possible harms

Autologous PRP is generally considered to carry a low risk of harm, but there are no high quality large scale clinical studies evaluating safety. Pooled data from the Cochrane review did not show a significant difference between PRP and comparator groups. Use of PRP may risk introducing infection, reported as an adverse event in two surgical randomised controlled trials. A recent PRP randomised controlled trial found that 2/160 (1%) of PRP samples were positive for microbial growth, although no clinical indicators of infection developed. Infection risk may also vary with different PRP preparations as some have been shown to have antimicrobial properties in vitro.

Is ongoing research likely to provide relevant evidence?

We searched the WHO International Clinical Trials Register and identified several ongoing randomised controlled trials evaluating PRP for a wide range of musculoskeletal soft tissue injuries. We are currently conducting the PATH-2 study, a randomised controlled trial to compare the effects on muscle-tendon function of a standardised PRP preparation versus dry needle injection (control) for non-operatively managed acute Achilles tendon rupture (ISRCTN54992179).

What should we do in the light of the uncertainty?

Routine use of PRP in clinical practice for musculoskeletal soft tissue injuries cannot be recommended given the lack of high quality clinical evidence supporting its efficacy. Thus the UK's National Institute for Health and Care Excellence (NICE) guidance for autologous blood injections, including PRP, for plantar fasciitis and tendinopathy states that it should "only be used with special arrangements for clinical governance, consent and audit or research," even if there are no major safety concerns with use for these conditions.

We argue that patients should only be offered PRP for musculoskeletal soft tissue injuries within the context of well designed clinical trials, with informed consent, high quality verbal explanations, and supporting written information. Advise patients that there is currently insufficient evidence to show that it is effective treatment for musculoskeletal soft tissue injuries. Clinicians offering PRP should ask manufacturers for the evidence of the platelet and growth factor concentrations, the constitution, and the viability of their PRP product (platelet activation levels).

<http://www.bmj.com/content/352/bmj.i517>

Met dank aan dr. Willy Storms, dr. Leslie Vander Ginst

6. Focus

“Een Flexibele Organisatie die zorgt voor een Creatieve en Unieke Samenwerking met de HUISARTS.”

Graag blijven wij onze huisartsen informeren via deze rubriek over actuele vragen en antwoorden, ideeën en opmerkingen rond de huisartsenpraktijk .

Voor al uw vragen, bedenkingen en inlichtingen kan u terecht bij

Dr. Karel De Koker, coördinator MCH Focus

Mireille Van den Broeck, de verantwoordelijke van het secretariaat MCH Focus.

Tel.: 016/31.01.78 of e-mail: focus@mchlvwo.be

Openingsuren secretariaat MCH Focus:

Maandag tot donderdag van 9u tot 12u30 en van 14u tot 16u.

Vrijdag doorlopend van 9u tot 13u.

Secretariaat MCH FOCUS p/a MCH, Maria Theresiastraat 63/A - 3000 LEUVEN

tel. 016/31.01.78 - fax 016/31.01.79

Enkele toelichtingen bij de activiteiten van onze commissies MCH Focus:

Vesalius Koepel vzw, koepel van Vlaams Brabantse en Brusselse huisartsenkringen vzw - dr. Johan Wuyts, voorzitter.

Op 12 januari 2016 vergaderde de Vesalius Koepel met haar verschillende leden Huisartsenkringen in het MCH-Leuven.

Volgende agendapunten werden behandeld:

- Stand van zaken i.v.m. opvraging lidgelden Vesalius Koepel vzw.
- Stand van zaken i.v.m. zorgregio/LMN, situatie van de Koepel.
- Stand van zaken in Vlaams Brabant qua wachtposten/diensten door Elfie Groesaert, wachtcoördinator Vlaanderen DM.
- Project 1733.
- Vraag naar Halle i.v.m. het door hen gemaakte voorstel i.v.m. wachtpost/dienstgeneeskunde.

De volgende overlegvergadering van Vesalius Koepel zal plaatsvinden op 10 mei 2016 in het Medisch Centrum voor Huisartsen te Wezembeek-Oppem.

Commissie Ouderenzorg - dr. Johan Vliers, voorzitter.

Op 3 maart 2016 verzamelden de CRA's van de commissie Ouderenzorg voor een volgende overlegvergadering in het MCH Leuven.

Volgende agendapunten werden besproken:

- Liaison document VZP tussen WZC en dienst Geriatrie.
- Nascholingscyclus Residentiële Ouderenzorg: stand van zaken: overzicht 2016.
- Voorbereiding MRSA-nascholing.
- Bespreking studie START STOPP AMO-instrument.
- Bespreking voor- en nadelen van de medicatierobot.

Volgend overleg van commissie Ouderenzorg zal plaatsvinden op 9 juni 2016.

Commissie Permanente Vorming - dr. Birgitte Schoenmakers, voorzitter.

Op 15 maart 2016 vond onze jaarlijkse planningsvergadering van de commissie Permanente Vorming plaats.

Volgende agendapunten werden besproken:

- Bespreking van de activiteiten van het lopende academiejaar 2015-2016.
- Afstemming van de data en onderwerpen van de verschillende nascholingskringen.
- Bespreking van de middagnascholing MCH: opties volgend academiejaar.
- Bespreking praktische richtlijnen nascholingen, didactisch materiaal.
- Nascholing Wezembeek-Oppem.
- Symposium 50 jaar MCH

7. Specialisteninfo



Vanaf 21 april 2016 zal **Dr. Jute Richter** raadpleging houden in het **MCH te Leuven**.

Dr. Richter is gynaecologe/verloskundige. Zij kreeg haar medische opleiding aan de KULeuven, en is sinds 01-02-2016 staflid Foetomaternale Geneeskunde op de dienst gynaecologie van het UZ-Leuven.

U kan patiënten doorverwijzen naar dr. Richter voor verloskundige raadplegingen.

Dr. Richter is meertalig: Haar moedertaal is Nederlands en Duits. Ze heeft een goede kennis Engels en Frans en ze heeft eveneens noties Spaans

Consultatie-uren: donderdag van 13u30 tot 18u00



Vanaf 6 april 2016 zal **Mevrouw Aurore Nerinx** een raadpleging neuropsychologie starten in het **MCH te Wezembeek-Oppeem**.

Mevr. Nerinx heeft een Master in neuropsychologie en cognitieve ontwikkeling, werkt met MS patiënten in het Nationaal MS-centrum van Melsbroek, en in het UMC Sint-Pieter in Brussel, waar zij volwassenen met cognitieve stoornissen behandelt (opmaken van neuropsychologische schattingen met de bedoeling tot een diagnose te komen).

Neuropsychologisch onderzoek kan op 2 manieren:

- Neuropsychologisch onderzoek in het kader van een vermoeden van dementie: dit gebeurt in opdracht van de neuroloog, neuropsychiater of geriater: ze kunnen dit enkel bij patiënten die hen consulteren met een gemotiveerde schriftelijke doorverwijzing van hun behandelende huisarts of specialist.

Dit neuropsychologisch onderzoek in het kader van een vermoeden van dementie wordt volledig terugbetaald door het ziekenfonds. Voorwaarde is dus wel dat de patiënt door de huisarts is verwezen.

- Neuropsychologisch onderzoek zonder voorafgaandelijk vermoeden van dementie: dit onderzoek kan eveneens worden uitgevoerd maar wordt niet terugbetaald. Het volledig onderzoek duurt +/- 1 uur, met nadien het opmaken van een uitgebreid verslag, wat nog eens 1 ½ uur in beslag neemt. Het tarief voor dit onderzoek bedraagt 100 euro.

Mevr. Aurore Nerinx is meertalig: Frans is haar moedertaal, ze heeft een zeer goede kennis Nederlands en een goede kennis Engels

Consultatie-uren: woensdag 13u30 - 17u30



Vanaf 14 april 2016 zal **Dr. An Hindryckx** raadpleging houden in het **MCH te Wezembeek-Oppeem**.

Dr. Hindryckx is gynaecologe/verloskundige. Zij kreeg haar medische opleiding aan de KU-Leuven, en is staflid Foetomaternale Geneeskunde op de dienst gynaecologie van het UZ-Leuven, met subspecialisatie: verloskunde, prenatale diagnose, prenatale diagnose foetale nier- en urinewegafwijkingen.

U kan patiënten doorverwijzen naar dr. Hindryckx voor verloskundige raadplegingen.

Dr. Hindryckx is meertalig: Nederlands is haar moedertaal en ze heeft een zeer goede kennis Frans en Engels

Consultatie-uren: donderdag van 9u00 tot 12u30, om de 14 dagen

Zoals gebruikelijk zijn al deze consultaties mits verwijzing en na afspraak

8. Tentoonstelling MCH Leuven

April 2016 - Gerda MENTENS

Mijn stijl

Luchtig wuiven met penselen, de flair van beweging, kleur en contrasten.

Doordachte composities, die op een analytische en intuïtieve manier benaderd worden, van binnen uit.

Onafgewerkte aquarellen geven de toeschouwer nog altijd de kans iets toe te voegen, mijn werken moeten een interactie teweeg brengen tussen de schilder en de toeschouwer. Zo ontstaat er een spanningsveld op het werk.

Zelf schilder ik het liefst in een ongedwongen omgeving. Mijn onderwerpen zijn momenteel gebouwen, straatafereelen en landschappen. Opbouwen op een wit blad is een uitdaging. Het rechtstreekse contact met de omgeving geeft me veel inspiratie, ik moet de beweging zien en ze kunnen observeren, de sfeer opsnuiven, de ruimte ervaren. Het spel van de schets laten leiden toch penseelstreken. Het is interessant om mensen te zien passeren die jou als schilder observeren. Ook om een praatje te slaan, vragen en discussiëren, dat stoort me helemaal niet. Wat ik zeker niet kan laten is mijn schetsen gebruiken als inspiratie. Het voordeel is dat je details vergeet en zo meer abstraheerde werken maakt.

Tekenstijl

Ik hou ervan de twee tekenstijlen door mekaar te gebruiken, de kennis van het analytische te gebruiken en om te zetten naar het intuïtieve. Soms neemt het ene de bovenhand, dan weer het andere, dit hangt nauw samen met het onderwerp.

AQUAREL

PALET - BLOCKX

Sinds 2 jaar werk ik met het Belgisch merk Blockx.

Een zelf samengesteld palet bestaande uit 14 kleuren, in een vast patroon. Koele en warme kleuren, die een gezond evenwicht geven om alle mogelijke kleuren te mengen en aantal aardetinten. Op dit palet heb ik een patent. Een vreemde eend in de bijt is Violet grijs van Oud-Holland.

TECHNIEK

De tekening

Doe ik één lijnvoering, deze is bedoeld als ondersteuning van de aquarel. Tonale waarden grijs ik in.

De aquarel

Kleuren meng ik niet op een palet, uitgezonderd groen. Ik meng de aquarelverf op mijn penseel en op het aquarelblad, om zo de juiste balans te krijgen tussen donker/middentoon/licht. Beginnen doe ik meestal met de focus, om dan over te gaan naar andere tonale waarden. Een waterspray helpt me om de kleuren te doen vervloeien.

DUM PINGO VIVO

“ zolang ik schilder, leef ik”, mijn aquarelgroep ontstond met de jaren.

In de cursussen en workshops aquarel en tekenen die ik geef komen al de hier bovengenoemde dingen uitvoerig aan bod. De cursisten leren veel en ik leer veel van hen. De meeste cursussen organiseer ik zelf, maar je kan me ook uitnodigen als leraar om een groep te begeleiden. Zelf ben ik geen lezer maar een ziener: ik wil de dingen zien gebeuren, net als zoveel andere schilders. Het proces om dingen te doen ontstaan is voor mij belangrijk, dat heb ik geleerd in mijn fantastische opleiding en van de artiesten die ik op mijn weg tegenkwam, professioneel of amateur. Het blijft boeiend en uitdagend...

Tentoonstellingen in binnen- en buitenland.

Momenteel geef ik aquarellessen en -workshops in België en Nederland.

Contactgegevens:

www.gerdaaquarel.be

info@gerdaaquarel.be

0496 508 660