

Medisch Centrum Huisartsen



Verschijnt maandelijks
Nummer 353

November 2019

WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave.....	1
Nascholingsprogramma academiejaar 2019-2020	2
Labomailing: Scabiës (schurft)	7
Medische artikels	9
Dagelijkse Praktijk / Orthopedie	9
Farmacologie	11
Dagelijkse Praktijk / Kinderorthopedie.....	15
Infectieziekten	17
Gastro-Enterologie	19
MCH Digest	21
Een persoonlijke keuze	21
Cardiovasculair	23
Farmacologie	25
Gastroenterologie	27
Pneumologie	28
Een frisse blik op de huisartsgeneeskunde: Europese verschillen in primary care.....	32
Focus:	33

Nascholingsprogramma academiejaar 2019-2020

1. Werkgroep Huisartsen Nascholingscyclus (verantwoordelijke Prof. dr. Birgitte Schoenmakers) - Derde donderdag van de maand - Grote vergaderzaal MCH Leuven - Aanvang: 20.00u.

21.11.2019 Titel: Peniskanker: een niet te onderschatten probleem.
Spreker: Prof. dr. Maarten Albersen, urologie UZ Leuven
Moderator: dr. Geert Van Boxem, UGP Leuven

19.12.2019 Titel: Vertigo: belang van anamnese en klinisch onderzoek; differentieel diagnose van vestibulaire pathologie en behandeling.
Sprekers: dr. Katrien Samoy en dr. Kristien Corvers, NKO MCH Leuven
Moderator: dr. Evelien Lenaerts, UGP Leuven

16.01.2020 Titel: Rationeel aanvragen van abdominale en gynaecologische MRI: een casuïstische state of the art.
Spreker: Prof. dr. Vincent Vandecaveye, radioloog UZ Leuven
Moderator: dr. Annelies Van Raemdonck, UGP Leuven

20.02.2020 Titel: Casussen uit de diabetologie en schildklierpathologie: aanpak en behandeling conform de terugbetalingsvoorwaarden en de richtlijnen.
Sprekers: dr. Katrin Mortelmans, endocrinologie MCH Wezembeek, H. Hart Leuven en dr. Els Delaunay, endocrinologie MCH Leuven, H. Hart Leuven
Moderator:

19.03.2020 Titel: Gynaecologie: update in de anticonceptiva.
Spreker: dr. Ann Poppe, gynaecologie MCH Leuven
Moderator:

23.04.2020 Titel: Klinische navormingsavond MCH Leuven.
Spreker:
Moderator:

18.06.2020 Titel: Zorgpaden hartfalen, COPD en psychisch lijden: toelichting op basis van casuïstiek.
Spreker: dr. Gijs van Pottelbergh, onderzoeker Intego-project ACHG
Moderator:

2. Werkgroep Huisartsen MIDDAGNASCHOLING M.C.H. (verantwoordelijke dr. Hendrik De Vis) - Tweede dinsdag van de maand - Aanvang: 12.00u.

- 12.11.2019 Titel: Euthanasie: theorie en praktijk.
Spreker: dr. Jo Lisaerde, huisarts, ACHG
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 10.12.2019 Titel: Zorgpaden hartfalen, COPD en psychisch lijden: toelichting op basis van casuïstiek.
Spreker: dr. Gijs van Pottelbergh, huisarts, onderzoeker Intego-project ACHG
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 14.01.2020 Titel: Prostaatkanker anno 2019: kritische update en tips voor de huisarts.
Sprekers: Prof. dr. Wouter Everaerts, urologie MCH
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 11.02.2020 Titel: Neurologisch basisonderzoek en verwijzing voor technisch onderzoek.
Spreker: dr. Liesbeth Vanderwegen, neurologie H. Hart Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 10.03.2020 Titel: KIK: postpartum en zevendedagsonderzoek.
Sprekers: dr. Roland Van Dijck, gynaecologie MCH, H. Hart Leuven en dr. Inge Van Wambeke, kinderarts H. Hart Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 12.05.2020 Titel: De behandeling van cholesterol op basis van casuïstiek: toepassing van de nieuwe richtlijnen in de klinische praktijk.
Spreker: Prof. dr. Ann Mertens, endocrinologie UZ Leuven
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 09.06.2020 Titel: De juiste laboratoriumtest voor de juiste patiënt: hoe kunnen we overbodige laboratoriumtesten vermijden en welke invloed heeft dit op diagnostiek?
Sprekers: dr. Nicolas Delvaux, ACHG en Christophe Indevuyst, klinisch bioloog MCH
Moderator: dr. Hendrik De Vis

Klinische navormingavonden 2020 Specialisten - Huisartsen MCH

Specialisten stellen hun discipline voor aan de hand van een demonstratie van klinische of technische vaardigheden, een casusbeschrijving,...

02.04.2020 (MCH Wezembeek-Oppem)

23.04.2020 (MCH Leuven)

(Volledige programma van deze klinische navormingsavonden volgt op website MCH).

NIEUW! Workshops voor huisartsen - Microscopie en EKG-trainingen

Microscopie-trainingen vinden plaats in het labo MCH Leuven op woensdag 13/11 en 20/11/2019.

EKG-trainingen zullen plaatsvinden in MCH Wezembeek-Oppem. Data en programma volgen op website MCH.

3. P.U.K. Wezembeek-Oppem (verantwoordelijke dr. Noël Mortier) - Vierde donderdag van de maand - Aanvang: 21.00u. stipt.

- 28.11.2019 Titel: Wondzorg: hoe beter en goedkoper? Nieuwe inzichten in de praktijk.
Spreker: Nathalie Jacquet, zorgtrajectpromotor LMN Druivenstreek
Moderator: dr. Noël Mortier
- 19.12.2019 Titel: Oncologische pneumologie.
Spreker: Prof. dr. Els Wauters, pneumologie UZ Leuven
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
- 23.01.2020 Titel: Nieuwe trends en evoluties in de voetchirurgie.
Spreker: dr. Lucas Luyckx, orthopedie MCH Wezembeek
Moderator: dr. Veerle Fonteyn
- 27.02.2020 Titel: Top 5 van de urgenties in de eerstelijns.
Sprekers: Prof. dr. Ives Hubloue, urgentiegeneeskunde VUB
Moderator: dr. Luc De Pelecijn
- 26.03.2020 Titel: Geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren: organisatie in de 1^e lijn.
Spreker: Nathalie Jacquet, zorgtrajectpromotor LMN Druivenstreek
Moderator: dr. Noël Mortier
- 23.04.2020 Titel: Nefrologie: praktische aanpak bij problemen.
Spreker: dr. Smets Liesbeth en dr. Laetitia Kubasiewicz, nefrologie MCH Wezembeek
Moderator: dr. Veerle Fonteyn
- 28.05.2020 Titel: Arteriële hypertensie. Huidige richtlijnen: zin en onzin.
Spreker: dr. Hendrik Celen, cardioloog H. Hartziekenhuis Leuven
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
- 25.06.2020 Titel: (On)nuttige medicatie bij geriatrische patiënten.
Spreker: dr. Annke Nelde, geriater H. Hartziekenhuis Leuven
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe

4. Nascholing te Neerijse (verantwoordelijke dr. Paul Corty) - Eerste donderdag om de twee maand - cafeteria R.V.T. Ter Meeren - **Aanvang: 21.00u.**

05.12.2019 Titel: Medicatie en nierinsufficiëntie bij bejaarden.
Spreker: dr. Laetitia Kubasiewicz, nefroloog MCH Wezembeek-Oppem
Moderator: dr. Paul Corty

06.02.2020 Titel: Overactief blaaslijden: is er iets aan te doen?
Spreker: Prof. dr. Frank Van der Aa, uroloog UZ Leuven
Moderator: dr. Paul Corty

04.06.2020 Titel: Burn-out: vroegtijdige signalen.
Spreker: Lieve Becaus, psychotherapeut, Actief Stilstaan bvba
Moderator: dr. Paul Corty

5. NASCHOLINGSCYCLUS “Residentiële ouderenzorg (verantwoordelijke dr. Johan Vliers, voorzitter commissie Ouderenzorg) - Locaties: afwisselend in WoonZorgCentra in de regio

13.02.2020: Titel: *te bepalen.*
Spreker:
Moderator:
Locatie:

30.04.2020: Titel: *te bepalen*
Spreker:
Moderator:
Locatie:

6. PENTALFA (videoconferenties) - Verantwoordelijke locatie Leuven, Prof. dr. Birgitte Schoenmakers - Tweede donderdag van de maand - Auditorium AZK, U.Z. St. Rafaël - **Aanvang: 20.30u.**

7. Leuvense EBM-seminaries - A.C.H.G (verantwoordelijken Prof. dr. Bert Aertgeerts (CEBAM), dr. Jan Degryse, Prof. dr. Birgitte Schoenmakers) - Woensdagavond (2 à 3x/jaar) - Grote vergaderzaal MCH Leuven - **Aanvang: 21.00u.** (Data worden tijdig meegedeeld).

LEUVENSE DAGEN “...

Data:

(programma in voorbereiding: kan aangevraagd worden op secretariaat).

Academisch Centrum voor HA-Geneeskunde, mevr. Monique Smets, tel. 016/33.74.68
Uitnodiging volgt

8. Navormingsaanbod Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart - Leuven

link: <https://www.hhleuven.be/nl/evenementen/zorgverleners/navormingsaanbod-huisartsen-2019-2020/6/>

Verwekker:

Scabiës is een infectie van de huid die wordt veroorzaakt door de schurftmijt (Sarcoptes scabiei). De ziekte komt voor bij de mens en een groot aantal diersoorten. Er is verregaande gastheerspecificiteit, wat inhoudt dat een bepaalde mijt slechts op één diersoort langdurig kan overleven. Schurft bij de mens wordt veroorzaakt door *S. scabiei* var. *hominis*. De volwassen vrouwtjes graven gangetjes in de epidermis. De vrouwtjes zijn ongeveer 0,4 bij 0,3 mm groot (iets groter dan de mannetjes) en produceren een secreet dat lysis van de hoornlaag en oppervlakkige cellen veroorzaakt. Het vrouwtje graaft 0,5 tot 5 mm per dag en legt dagelijks 2 tot 3 eieren. Ze sterft na ongeveer 4 tot 6 weken (1-2).

Klinisch beeld

• Klassieke scabiës

Besmetting gebeurt via langdurig (≥ 15 minuten) of regelmatig intensief lichamelijk contact (lichamelijke verzorging, seksueel contact, gezamenlijk gebruik van bed en kleding) (1-3).

Kenmerkend voor scabiës zijn de gangetjes die de mijt graaft op voorkeursplaatsen: tussen de vingers, zijkanten en plooiën van de handpalm, binnenkant van de pols, buitenkant van de ellebogen en de voeten. Ze zien er uit als smalle, gekronkelde, iets verheven bruine laesies. Aan het begin ervan kan de huid wat schilferen, aan de andere kant kan een papeltje of blaasje zichtbaar zijn. Helaas zijn de gangetjes niet altijd te vinden, bv. door openkrabben of surinfectie. Ook op andere plaatsen kan scabiës voorkomen, doch meer onder de vorm van

roodheid en papels, bv. in de voorste okselplooi, rond de tepels, billen, dijen en de genitalia. Bij volwassenen blijft het hoofd meestal vrij (1-3).

Naast de huidlaesies veroorzaakt door de gangetjes van de mijt, zijn de belangrijkste symptomen jeuk en een ontstekingsreactie (blaasjes, roodheid, schilfering) in de huid. Deze ontstaan door een immuunreactie van de patiënt (vertraagd type IV overgevoelheidsreactie) op de mijten en hun excreta. De jeuk is typisch erger tijdens de nacht. De incubatieperiode bedraagt meestal 2 tot 6 weken. Bij een herbesmetting kan de jeuk al na één tot 4 dagen ontstaan (omdat de allergie dan al bestaat). De belangrijkste complicatie is surinfectie met (vooral) *S. aureus* en/of *S. pyogenes* (1-3).

• Scabiës crustosa/norvegica

Scabiës crustosa is een ernstige vorm van scabiës die voorkomt bij patiënten met afwezigheid van jeuk, een verminderde jeukperceptie of fysieke onmogelijkheid tot krabben. Doordat deze mensen minder krabben, zullen er minder mijten van de huid verwijderd worden, waardoor het aantal mijten veel hoger is (tienduizenden tot miljoenen). Tot deze groep behoren:

- patiënten met een verminderde immuunrespons (bv. HIV, diabetes, leukemie,...);
- patiënten onder cytostatica, immunosuppressiva, corticoïden voor cutaan en systemisch gebruik;
- patiënten met lichamelijke beperkingen zoals parese of paralyse;
- patiënten met een verstandelijke beperking of een hersenbeschadiging;
- patiënten die terminaal zijn.

Scabiës crustosa wordt gekenmerkt door huidlaesies met een sterk verdikte hoornlaag, papels en noduli vnl. op de extremiteiten. Ook de scalp kan aangetast zijn. Door het hoge aantal mijten is deze vorm van scabiës zeer besmettelijk. De mijten overleven op huidschilfers en verspreiding gebeurt ook via de lucht (1-3).

Diagnose

De diagnose van scabiës kan bevestigd worden door het aantonen van mijten, eieren of faecespartikels. Ter hoogte van een gangetje kan men een oppervlakkig stukje huid wegschrapen dat vervolgens microscopisch bekeken wordt. Soms kan een mijt met behulp van een naald uit het eind van een gangetje worden gehaald. Dermoscopie kan een nuttig hulpmiddel zijn. Gezien het lage aantal mijten bij klassieke scabiës, zijn de mijten niet altijd terug te vinden en volstaat soms een waarschijnlijkheidsdiagnose. Bij scabiës crustosa zijn de mijten gemakkelijk aantoonbaar omdat in bijna elke huidschilfer mijten te vinden zijn (1-3).

Therapie

De behandeling van scabiës berust op scabicide middelen enerzijds en hygiënische maatregelen anderzijds. Het gelijktijdig behandelen van de patiënt en de contactpersonen is noodzakelijk (1-3). In België zijn twee scabicide middelen verkrijgbaar: permethrine 5% crème (voorkeur) en benzylbenzoaatsmeersel 25%. Ivermectine is niet geregistreerd in België (wel verkrijgbaar vanuit Nederland en Frankrijk) (1). In geval van scabiës crustosa is een snelle en agressieve aanpak vereist om

een outbreak van scabiës te vermijden. De behandeling, behandelgroep en hygiënische maatregelen zijn uitgebreider vergeleken met klassieke scabiës (1-3).

Referenties:

1. [Agentschap](#) Zorg en Gezondheid. Richtlijn infectieziektebestrijding Vlaanderen - Scabiës - Schurft bij mensen Vlaamse versie 06.2018
2. Uptodate
<https://www.uptodate.com/home>
3. <https://www.cdc.gov/parasites/scabies/index.html>

Britt Van Meensel, Heidi Castryck, Ilja De-poortere

Dagelijkse Praktijk / Orthopedie

Verdikking van het bindweefsel van de fascia plantaris met nodulivorming

Het Ledderhosesyndroom (plantaire fibromatose) is een bindweefselverdikking van de fascia plantaris die leidt tot de vorming van langzaam groeiende noduli, en werd in 1897 voor het eerst beschreven door de Duitse arts Georg Ledderhose.

Presentatie:

- Geschiedt in een vroeg stadium van de aandoening met klachten van pijn onder de voet en/of een kleine zwelling of knobbel onder de voet:
 - Vaak ontstaat de pijn en gevoeligheid van de voet bij het belasten van de aangedane voet, bvb. na lange wandelingen.
 - De patiënt heeft soms ook moeite met het vinden van passende schoenen.
- Er kunnen in een later stadium klachten komen zoals standafwijkingen (contracturen) van de tenen.

Etiopathogenese:

- De etiologie is in feite onbekend.
- Gaat om een aandoening waarbij er geleidelijk verhardingen optreden in de bindweefselplaat onder de voet (fascia plantaris).
- Betreft een woekering van fibroblasten die noduli vormen in de plantaire fascia zonder maligne onttaarding.
- Voelt aan als stevige massa's in de peesplaat van de voetzool.
- De laesies blijven tijdens hun groei in de meeste gevallen asymptomatisch en worden alleen ontdekt door palpatie.

- Invasie van omliggende neurovasculaire structuren treedt in sommige gevallen op.

Indeling van plantaire fibromatose:

- Gebeurt in drie fases, gebaseerd op de activiteit van de laesie.
- Fase I: de proliferatieve fase:
 - Gaat gepaard met verhoogde activiteit van de fibroblasten en afname van collageenvorming.
 - In dit vroege stadium zijn er klinisch geen zichtbare veranderingen in de plantaire fascia.
- Fase II: de actieve fase:
 - Kenmerkend is de vorming van fibroblasten en een toename van de collageensynthese.
 - In de plantaire fascia ontstaan op macroniveau de eerste kenmerken van nodulivorming.
- Fase III: de laatste fase:
 - Hier is er een verminderde fibroblastenactiviteit en een afname van collageenvorming.
 - Er ontstaan contracturen van de tenen in de voet, maar dat is eerder zeldzaam.

Prevalentie:

- Het syndroom wordt vooral geassocieerd met aandoeningen zoals epilepsie, ziekte van Peyronie (fibromatose van de penis) en contractuur van Dupuytren (palmaire fibromatose).

- De prevalentiecijfers van het gezamenlijk voorkomen van Ledderhose en Dupuytren lopen uiteen van 10 tot 50 %.

Differentiële diagnose:

- Men moet denken aan andere aandoeningen die pijn veroorzaken in de voetzool:
 - Bij fasciitis plantaris, dat veel voorkomt, zit de pijn onder de hiel.
 - Bij calcaneodynie en tarsal tunnel syndroom zit de pijn meer bij de hiel.
 - In de peesplaat van de voet zijn er bij geen van deze drie diagnoses verhardingen aanwezig.
- Aandoeningen die noduli onder de voet kunnen veroorzaken: lipomen, gangliocysten, neurofibromen, dermatofibromen en granuloma annulare.
- Andere zeldzamere aandoeningen:
 - Maligniteiten zoals sarcomen.
 - Goedaardige fibromen zoals het calcificeerend aponeurotisch fibroom, desmoplastisch fibroom of nodulaire fasciitis (nodular pseudosarcomatous fasciitis) ziet men meestal bij jongere patiënten en zijn vaak groter.

Epidemiologie:

- Over de incidentie van deze aandoening bestaan er geen betrouwbare gegevens.
- Bij jongvolwassenen en bij mannen ligt de prevalentie hoger.
- In 25% van de gevallen zijn beide voeten aangedaan.

Belang van de anamnese:

- Vraag aan de patiënt wanneer de klachten ontstaan zijn.
- Ga na waar de knobbel in de voet juist zit en of de patiënt er hinder van ondervindt.
- Vraag ook of de knobbel groter wordt, en zo ja in welke tijdsduur, en ga na onder welke omstandigheden de klachten verergeren.
- Check of de patiënt ook de contractuur van Dupuytren heeft, de ziekte van Peyronie of epilepsie.

Klinisch onderzoek:

- Begin met inspectie van de voetzool, vraag aan patiënt om goed aan te wijzen waar de pijn zit en voel daarna systematisch de peesplaat van de voet af naar één of meer verhardingen (= noduli):
 - Van belang is de plaats waar de nodus of de pijn gevoeld wordt.
 - De nodus betreft een subdermale, palpabele, vaste, stevige massa t.h.v. de plantaire fascia van de voet.
- Men kan de diagnose meestal stellen op basis van de klinische presentatie:
 - Bestaat er twijfel over de diagnose, dan kan echografie zinvol zijn om de diagnose te bevestigen.
 - Deze oppervlakkige noduli zijn echografisch meestal fusiform en kleiner dan 20 mm.

Verdere aanpak:

Conservatieve behandeling:

- In de vroege fase van de ziekte (= palpabele nodus, matige pijn) kiest men best voor deze aanpak.
- Staat pijn op de voorgrond, dan komen paracetamol of een NSAID als eerste in aanmerking.

Orthopedische zolen of fysiotherapie:

- Ze vormen de volgende stap als conservatieve therapie onvoldoende helpt.
- Men bestrijdt hiermee de klachten symptomatisch, maar men houdt progressie van de ziekte niet tegen.
- De voorkeur gaat naar op maat gemaakte zolen waarbij de nodus niet meer in het gewichtsdragende vlak van de voet ligt.

Corticoïdinjecties:

- Ze worden als lokale medicatie niet aangeraden.
- Komt omdat het effect bij het Ledderhose-syndroom niet is aangetoond.

Radiotherapie:

- Het effect is bij het syndroom in een aantal kleine onderzoeken aangetoond.
- In Nederland zijn er diverse ziekenhuizen die deze therapie toepassen, en als de klachten persisteren kan men de patiënt voor deze behandeling doorverwijzen.

Chirurgie:

- Er kan sprake zijn van lokale agressiviteit van de nodus, nl. invasie van neurovasculaire structuren.
- Kan ook zijn dat er geen vermindering optreedt van de pijn, waardoor patiënt nauwelijks of niet meer in staat is tot lopen en staan:
 - In deze omstandigheden verwijst men best naar de orthopedische chirurg.
 - Totale fasciëctomie laat hier de beste resultaten zien met een kans van 25% op recidief.

Maar wat is er eigenlijk aangetoond qua effect?

- Orthopedische zolen en fysiotherapie: er is geen gecontroleerd onderzoek gedaan, en het beleid stoelt dus vooral op ervaring en consensus.
- Corticosteroidinjecties:
 - Advies tot gebruik is gedaan op basis van onderzoek bij patiënten met een contractuur van Dupuytren.
 - Betekent dat het gevonden effect bij Dupuytren gewoon geëxtrapoleerd wordt naar het syndroom van Ledderhose.
 - Er is één patiënt met Ledderhose in één casereport beschreven bij wie een injectie met corticosteroiden effectief was, maar dit volstaat niet om de injecties bij het syndroom aan te bevelen.
- Radiotherapie:
 - Er zijn ter zake drie onderzoeken gedaan van matige kwaliteit met kleine patiëntenaantallen (respectievelijk 6, 24 en 25 patiënten).
 - Bestraling bleek in het vroege stadium van Ledderhose effectief te zijn.
 - Erytheem en een droge huid van de voetzool waren de bijwerkingen.
 - Het gaat hier echter om kortetermijnresultaten en de kans op maligniteit als gevolg van de radiotherapie is niet onderzocht.
- Chirurgie:
 - Er zijn twee kleine onderzoeken uitgevoerd (n = 18 en n = 27).
 - Hierin werd de kans op recidief na chirurgie genoemd.

Verwijzing, preventie en voorlichting:

- Verwijzing: alleen aangewezen als patiënt van de knobbel in de voetzool zeer veel

- (pijn)klachten of hinder ondervindt en wanneer een conservatieve behandeling niet volstaat.
- Preventie: niet mogelijk omdat de oorzaak van de aandoening onbekend is.

- Voorlichting: gericht op informatie en uitleg aan de patiënt:
 - Zo kan de huisarts melden dat de knobbel groter kan worden en dat er mogelijk

- contracturen van de tenen kunnen ontstaan.
- De patiënt moet terugkomen wanneer er functiebeperking van de voet verschijnt.

Huisarts & Wetenschap mei 2019 pag. 41-43.

Farmacologie

Medicinale cannabis: bestaan er waardevolle indicatiegebieden?

De laatste jaren heeft medicinale cannabis steeds meer maatschappelijk bekendheid gekregen en het gebruik ervan neemt toe.

Huidige situatie:

- Het aantal verstrekkingen is in de periode 2015-2018 verdubbeld tot ongeveer 50.000.
- Recentelijk raadde het NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap) het voorschrijven van cannabisproducten af wegens het gebrek aan wetenschappelijk bewijs voor de efficiëntie ervan.
- Uitzondering hierop maken patiënten in de palliatieve fase, vermits een lichte mate van sedatie en stemmingsverbetering hier gewenste effecten kunnen zijn.
- Cannabisproducten worden echter voor meer indicaties voorgeschreven, o.a. chronische pijn en spasmen.
- Er volgt nu een bespreking van de eigenschappen van de verschillende cannabisproducten, naast de wetenschappelijke onderbouwing voor de effectiviteit van deze producten voor de belangrijkste indicatiegebieden:
 - Hierbij gaat men uit van de 16 indicaties die men vernoemt in de informatiebrochure voor artsen en apothekers van het

Bureau voor Medicinale Cannabis van het CIBG.

- Er is ook een beperking tot de indicatiegebieden waarover enig onderzoek gepubliceerd is.

Medicinale cannabis: what's the name and the point?

- Er bevinden zich veel cannabinoïden in de cannabisplant, maar de belangrijkste zijn cannabiol (CBD) en tetrahydrocannabiol (THC):
 - De meest psychoactieve component is THC, verantwoordelijk namelijk voor euforie ('high').
 - Daarentegen heeft CBD geen direct psychoactief effect of verslavingspotentieel.
- Tussen de beschikbare cannabisproducten bestaan er verschillen in de verhouding tussen THC en CBD, maar ook in de toedieningsvorm.
- Er zijn internationaal verschillende THC-tabletten (o.a. dronabiol) en een oromucosale spray met THC én CBD (nabiximols) verkrijgbaar.
- Cannabis kan in Nederland echter alleen voorgeschreven worden in de vorm van olie, zalf, flos (= gedroogde bloemtoppen die in

dit artikel aangeduid zijn als 'cannabis') en granulaat (vermalen flos), met variërende THC- en CBD-gehaltenes.

- Ze kunnen offlabel voorgeschreven worden aan patiënten bij wie standaardbehandelingen onvoldoende effectief zijn of bijwerkingen geven, maar alle preparaten vallen onder de Opiumwet:
 - In principe wordt medicinale cannabis niet vergoed door de zorgverzekeraar, tenzij een aanvullende zorgverzekering dit mogelijk maakt.
 - Men aanziet CBD-olie als een voedings-supplement en derhalve is het vrij verkrijgbaar via drogisterijen.

Farmacokinetiek en -dynamiek:

- THC is een partiële agonist voor de CB₁ en CB₂-receptoren.
- CBD daarentegen heeft geen direct stimulerend effect op deze receptoren, maar verhoogt langs andere wegen het effect van endocannabinoïden.
- CB₁-receptoren:
 - Ze bevinden zich in het centrale zenuwstelsel.
 - Activatie ervan remt GABA-gemedieerde neurotransmissie, en dat leidt o.a. tot sedatie, euforie en balansstoornissen.

- CB₂-receptoren:
 - Ze bevinden zich in het perifere zenuwstelsel en het immuunsysteem.
 - In diermodellen geeft activatie anti-inflammatoire, immuunmodulerende en antinociceptieve effecten.
 - In theorie zou dit kunnen leiden tot ziektemodulatie bij o.a. MS en de ziekte van Alzheimer.
- Qua farmacokinetiek en -dynamiek kunnen er door de verscheidenheid aan cannabisproducten grote verschillen bestaan in functie van het product, de toedieningsvorm en de dosering:
 - De gemiddelde biologische beschikbaarheid van orale THC is bvb. lager dan van geïnhaleerde THC (7 vs. 18%).
 - De maximale plasmaconcentratie wordt ook later bereikt (2-3 h vs. 15 min.).
 - In de lever wordt THC via CYP_{2C9}, CYP_{2C19} en CYP_{3A4} omgezet in de actieve metaboliet 11-hydroxy-THC:
 - In de circulatie zijn ze beiden gebonden aan plasma-eiwitten en door hun lipofiele karakter worden ze goed opgenomen in vetweefsel.
 - Dit zorgt uiteindelijk voor een lange halfwaardetijd van +/- 24-36 h.

De zoekopdracht concreet:

- Bedoeling is om een descriptief overzicht te geven van de literatuur.
- Daartoe werd per indicatiegebied in PubMed en de Cochrane gezocht naar systematische reviews.
- RCT's en eventueel ongecontroleerde studies werden geïncludeerd als deze systematische reviews niet beschikbaar waren.
- De kwaliteit van het bewijs varieerde van 'matig' tot 'zeer laag'.

Pijn in het algemeen:

- Recent werd er ter zake een meta-analyse verricht in verband met toediening van THC en cannabis:
 - In geval van experimenteel uitgelokte pijn bij gezonde proefpersonen was er bij toediening een lichte verbetering van de pijntolerantie merkbaar naast een afname van de onaangename pijnbeleving.
 - Dit werd mogelijk veroorzaakt door modulatie van de momentane stemming.
- Cannabisproducten zouden dus effectief kunnen zijn in de behandeling van allerlei vormen van pijn.

Acute pijn:

- Er werden in de recentste systematische review ter zake 7 RCT's geïncludeerd met patiënten die voornamelijk postoperatieve pijn hadden:
 - Er werd een gelijkwaardig effect gevonden tussen cannabisproducten (o.a. levonantradol en dronabinol) en placebo in 5 studies.
 - Levonantradol was in één studie superieur aan placebo, terwijl in een andere studie nabilon er juist inferieur aan was.
- Met opioïden hadden cannabisproducten geen synergistische werking.

Chronische nociceptieve pijn:

- 5 RCT's met patiënten die reumatische aandoeningen vertoonden werden geanalyseerd in 3 systematische reviews:
 - Resultaten van 2 RCT's met patiënten met RA en fibromyalgie: gebruik van nabilon en nabiximols gedurende 4-8 weken leidde tot een statistisch significante pijnreductie in vergelijking met placebo.

- Resultaten van 3 andere RCT's met patiënten met fibromyalgie of musculoskeletale pijn: nabilon bleek niet effectiever te zijn in pijnreductie dan placebo of amitriptyline.
- Er was ook nog een andere RCT met 65 patiënten met chronische buikpijn als gevolg van een operatie of chronische pancreatitis: hier werd geen verschil gevonden tussen het effect van THC en placebo.

Chronische neuropathische pijn:

- Er zijn ter zake meerdere systematische reviews uitgevoerd.
- Eén ervan is een recente Cochrane-review uit 2018:
 - Bleek dat bij gebruik van cannabisproducten er een statistisch significant hoger aantal patiënten een pijnreductie van ten minste 30 en 50% gaf in vergelijking met placebo.
 - Aangezien de kwaliteit van de onderzoeksmethode van deze studie matig was, is het bewijs niet echt sterk.

Multiple sclerose:

- Er zijn bij de behandeling van MS twee potentiële werkingsmechanismen:
 - Cannabinoïden leiden enerzijds mogelijk tot vermindering van pijn en spasticiteit door binding aan CB₁- en CB₂-receptoren.
 - De progressie van de ziekte wordt anderzijds mogelijk geremd door immuunmodulatie via CB₂-receptoren:
 - De CB₂-receptor blijkt een rol te spelen bij inflammatie en remyelinisatie, dat blijkt uit studies met dieren.
 - In patiëntenstudies werd een effect van cannabinoïden echter nooit aangetoond.

- Bij gebruik van de oromucosale spray nabixamols als monotherapie ziet men een grotere afname van aan MS gerelateerde spasticiteit dan bij placebo-gebruik:
 - Nabixamols is ook actief als toevoeging aan de standaardbehandeling.
 - Dit positieve effect blijft na meer dan drie jaar gebruik zichtbaar.
- Voor wat betreft de behandeling van spasticiteit zijn andere cannabisproducten minder uitgebreid onderzocht en daarbij zijn uiteenlopende resultaten gerapporteerd.
- Cannabisextract en THC scores op verschillende uitkomstmaten zoals spierstijfheid, pijn en slaapproblemen beter dan placebo.

Palliatieve zorg:

Chemotherapie-gerelateerde misselijkheid en braken:

- Uit een Cochrane-review blijkt dat orale THC (dronabinol en nabilon) hier effectiever is dan placebo:
 - De kans dat braken ophield lag bij patiënten die THC gebruikten 5 maal hoger en de kans dat de misselijkheid én het braken ophielden lag 3 maal hoger.
 - Er vielen daarentegen meer patiënten uit die THC gebruikten en ze rapporteerden vaker euforie.
 - Orale THC was net zo effectief als conventionele anti-emetica, maar weerom vielen THC-gebruikers vaker uit en ze rapporteerden vaker duizeligheid, stemmingveranderingen en sedatieve effecten.
- Bovenstaande resultaten komen voort uit 23 RCT's die allemaal voor 1992 gepubliceerd zijn.
- Wat betreft het effect van orale THC bij hedendaagse chemotherapieschemata en

vergelijkingen met nieuwere anti-emetica, zoals ondansetron, en glucocorticoiden zijn er geen gegevens te vinden.

Overige symptomen:

- De effectiviteit en de veiligheid van dronabinol, nabiximols en cannabis werden onderzocht in een recente meta-analyse van 9 RCT's die patiënten bevatte met een maligniteit of HIV-infectie in een vergevorderd stadium:
 - De cannabisproducten hadden in vergelijking met placebo bij patiënten met een maligniteit geen effect op lichaamsgewicht, calorie-inname, eetlust, misselijkheid en braken, slaap of kwaliteit van leven.
 - Men zag wel een 'statistische trend' van het aantal patiënten in de cannabinoïd-groep bij wie de pijn met 30% of meer afnam (30,5 vs. 22,7%).
 - In een studie werd dronabinol vergeleken met het progestativum megestrol, en daaruit bleek dat dronabinol juist minder effectief was in het verbeteren van de eetlust en het lichaamsgewicht.
 - Gebruik van cannabinoïden resulteerde bij HIV-patiënten daarentegen wel in een statistisch significante toename van de eetlust en het lichaamsgewicht.
- Zowel bij patiënten met een maligniteit als bij patiënten met een HIV-infectie waren de veiligheid en verdraagzaamheid van de cannabisproducten vergelijkbaar met die van placebo, buiten het feit dat er bij HIV-patiënten sprake was van een toename van psychiatrische symptomen.

Dementie:

- Er is een afname van motorische onrust, agitatie en agressie te zien in 5 studies met kleine aantallen patiënten, een positief effect bij toediening van dronabinol.
- Anderzijds konden 2 recentere, methodologisch sterkere RCT's naar de effectiviteit en veiligheid van orale THC deze resultaten niet bevestigen:
 - THC was in deze studies even effectief als placebo in het reduceren van probleemgedrag.
 - Op mobiliteit en episodisch geheugen werd er geen effect gevonden vanwege orale THC.
 - Het was wel zo dat de relatief lage doseringen THC goed verdragen werden.

Epilepsie:

- Internationaal worden cannabisproducten door deze patiënten veel gebruikt.
- Een Australische enquête toont aan dat 15% van de volwassen patiënten en 13% van de ouders van kinderen met epilepsie ervaring heeft met cannabis:
 - Een afname van het aantal insulpen door het gebruik van cannabisproducten werd hier door een meerderheid gerapporteerd.
 - Nochtans vonden de auteurs van een Cochrane-review uit 2014 te weinig studies met een relevante omvang van de studiepopulatie om een valide uitspraak te doen over de effectiviteit van cannabinoïden.
- Er is een recentere review uit 2017, gebaseerd op RCT's, 'case studies' en enquêtes, die suggereert dat cannabinoïden effectief zijn in de behandeling van bepaalde epilepsiesyndromen, o.a. therapieresistente epi-

lepsie, het Dravet-syndroom en het Lennox-Gastaut-syndroom.

- Er is ook nog een placebogecontroleerde studie uit 2018 met 225 patiënten met het Lennox-Gastaut-syndroom, en die laat een afname zien van het aantal insulten wanneer CBD aan de behandeling met conventionele anti-epileptica toegevoegd wordt.

Gilles de la Tourette-syndroom:

- 2 RCT's met kleine aantallen patiënten laten blijken dat zowel een eenmalige gift orale THC als behandeling met orale THC gedurende 6 weken leidt tot een statistisch significante afname van tics en obsessief-compulsief gedrag.
- Er zijn ook ongecontroleerde studies met kleine patiëntenaantallen en patiëntbeschrijvingen met cannabis via inhalatie (sigaretten) die positieve resultaten suggereren.

Glaucoom:

- Uit een aantal observationele studies van de jaren '80 bleek dat orale THC de intra-oculaire druk verlaagt.
- Sublinguale THC verminderde in een dubbelblinde RCT de intra-oculaire oogdruk tijdelijk, terwijl sublinguale CBD in een hoge dosering deze druk juist verhoogde.

Ziekte van Parkinson:

- Hier is het effect op de symptomen niet eenduidig:
 - Het gebruik van nabilon leidde in een placebogecontroleerde studie tot een afname van dyskinesieën.
 - In een andere studie kon geen objectieve of subjectieve verbetering van motorische symptomen door cannabisgebruik aangetoond worden.

- Behandeling met CBD leidde in een dubbelblind, placebogecontroleerd onderzoek met 21 patiënten met de ziekte van Parkinson tot een verbetering van de kwaliteit van leven, maar niet tot een verbetering van motorische symptomen.

Posttraumatische stressstoornis:

- Onderzoek naar het effect op de klachten hangt samen met de observatie dat oorlogsveteranen met zo'n stoornis vaak cannabis als zelfmedicatie gebruiken, kwestie van hun klachten te verlichten.
- Gebruik van nabilon in een lage dosering in een dubbelblinde, placebogecontroleerde cross-overstudie met 10 militairen met een posttraumatische stressstoornis had gedurende 7 weken een positief effect op nachtmerries en algemeen welzijn.

Bijwerkingen:

- Cannabinoïden geven op de korte termijn meer bijwerkingen dan placebo of een actieve controle, zoveel blijkt uit een systematische review.
- Het aantal ernstige bijwerkingen en de mate van studie-uitval onder cannabinoïdengebruikers waren ook groter:
 - Meest voorkomende bijwerkingen: duizeligheid, balansproblemen, sufheid, droge mond, euforie, desoriëntatie en gastro-intestinale klachten.
 - Er was geen verschil te vinden tussen de cannabinoïd- en de controlegroepen wat betreft het aantal patiënten bij wie een psychose of cardiale klachten optraden.
 - Men kon in de review geen onderscheid maken naar type cannabinoïd of toedieningsvorm.

- Over het algemeen ziet men bijwerkingen zoals droge mond, duizeligheid en psychische effecten bij preparaten die THC bevatten.
- Gebruik van CBD gaf in een studie met patiënten met epilepsie bijwerkingen zoals somnolentie, verminderde eetlust, diarree en stijging van leverenzymwaarden.
- Op basis van de huidige literatuur kan er geen uitspraak gedaan worden over bijwerkingen op lange termijn:
 - Bij langdurig recreatief gebruik van cannabis kan wel het amotivatieel syndroom optreden met o.a. symptomen zoals apathie en een verminderd concentratie- en beoordelingsvermogen.
 - Cannabisgebruik is ook gerelateerd aan psychotische symptomen.
- Voor het gebruik van medicinale cannabis bestaan er ook contra-indicaties, namelijk wanneer een product THC bevat:
 - Relevante cardiale comorbiditeit (verlengd QT-interval, coronair lijden).
 - Psychose in de voorgeschiedenis, recidiverende valincidenten en verslavingsproblemen.
 - Zwangerschap en het geven van borstvoeding.

Beschouwing:

- Onderzoek gebeurde voor verschillende indicatiegebieden, maar op basis van patiëntenstudies bestaan er geen aanwijzingen dat cannabisproducten een effect hebben op het ziekteproces.
- Het sterkste bewijs voor enig effect vindt men in het volgende kader:
 - Spasticiteit bij patiënten met multipale sclerose (nabiximols).
 - Chronische neuropathische pijn.

- Lennox-Gascaut-syndroom (cannabidiol) en anorexie bij HIV-patiënten.
- Chemotherapie-gerelateerde misselijkheid en braken (nabilon en dronabinol).

Kanttekeningen:

- De studieresultaten moeten voor elk van deze indicaties bekeken worden in het licht van de beperkte kwaliteit van de bewijsvoering:
 - Dit is te wijten aan methodologische tekortkomingen, zoals kleine patiëntenaantallen en onduidelijkheid over randomisatie en blinding.
 - Kan ook omdat er alleen resultaten van observationele studies beschikbaar zijn.
- Bij de beoordeling van de literatuur is er een ander belangrijk probleem:
 - Er zijn verschillende preparaten gebruikt met wisselende hoeveelheden THC, CBD en andere cannabinoïden zonder dat er een ‘dose-finding’-onderzoek plaatsgevonden heeft.
 - Overigens zijn de meeste van deze preparaten in Nederland niet beschikbaar.
- Er is daarnaast nogal wat mythevorming rond cannabisgebruik, en dat zou voor een placebo-effect kunnen zorgen.

- Er is dus behoefte aan gedegen gerandomiseerd, dubbelblind, gecontroleerd onderzoek:
 - Het effect van cannabisproducten wordt idealiter niet alleen met placebo, maar ook met een actieve controle vergeleken, omwille van de directe psychologische effecten van THC.
 - Momenteel lopen er enkele RCT's naar het gebruik van cannabinoïden bij patiënten met PTSS, Gilles de la Tourette-syndroom, de ziekte van Alzheimer (indicatie: agitatie) en gonartrose (indicatie: pijn).

Besluit:

- In het licht van de matige bewijsvoering rest de vraag hoe men moet omgaan met het voorschrift van medicinale cannabis in de dagelijkse praktijk.
- Bijwerkingen op de korte termijn zijn te overzien:
 - Als kanttekening moet men rekening houden met de contra-indicaties.
 - Men moet ook rekening houden met het valrisico door toename van balansproblemen en sedatie bij kwetsbare personen.

- Bijwerkingen op lange termijn zijn onvoldoende bekend.
- Gebruik van cannabis in medische context vormt een uitdaging door het feit dat er vele positieve eigenschappen worden aan toegevoegd, maar tegelijk omstreven is als geneesmiddel.
- Maakt dat er voor de arts twee aandachtspunten zijn:
 - Op de eerste plaats vraagt dit aandacht voor de doelstelling van de patiënt.
 - Ten tweede vraagt dit voldoende kennis over de mogelijkheden en de beperkingen van cannabisproducten.
- Bedoeling van bovenstaande uiteenzetting was dubbel:
 - De arts in staat stellen om vragen van patiënten over medicinale cannabis te bespreken.
 - De patiënten voor een beperkt aantal indicatiegebieden de weg te kunnen wijzen naar een verantwoord gebruik van medicinale cannabis.

Ned Tijdschr Geneeskd 10 mei 2019 pag. 32-39.

Dagelijkse Praktijk / Kinderorthopedie

Een torticollis bij tieners, eerder zeldzaam, maar toch....

Een scheefstand van de nek (torticollis) kan een uiting zijn van een onderliggende ziekte, maar is bij tieners een zeldzame bevinding.

Casus: een meisje, 15 jaar en gezond, bezoekt de polikliniek Kinderorthopedie:

- Klinisch beeld en anamnese:

- Ze vertoont een scheefstand van het hoofd naar links en rotatie naar rechts.
- Er is een afplating van de schedel aan de linkerzijde (plagiocefalie).
- Bij navraag blijkt dat dit altijd minimaal aanwezig was, maar dat ze er nooit last heeft van gehad.

- Ze kreeg de laatste maanden wel pijn aan de linkerzijde van de nek, vooral bij het dragen van een zware schooltas.
- Lichamelijk onderzoek:
 - Niet enkel de torticollis valt op, maar ook een prominente M. sternocleidomastoideus.

deus links, immers de spier staat gespannen als een snaar.

- Men voelt geen bijzonderheden aan de rechterzijde van de nek.
- Er is geen afwijkende actieve beweeglijkheid van de cervicale wervelzuil.
- De scheefstand is ook actief te corrigeren.
- Medische beeldvorming:
 - RX van de cervicale wervelzuil: men ziet een torticollis zonder benige afwijkingen.
 - Past bij een congenitale myogene torticollis, als gevolg van fibrosering en verkorting van de M. sternocleidomastoideus.
 - Plagiocefalie is hieraan secundair aan de linkerzijde ontstaan.
- Verdere aanpak:
 - De streng operatief klieven is een optie bij toename van de klachten en in geval van cosmetische bezwaren.
 - Het resultaat van deze ingreep is zeker op latere leeftijd niet altijd succesvol en intensieve nabehandeling met fysiotherapie en een brace is noodzakelijk.
 - In het geval van de casus vindt er een uitgebreid overleg plaats met patiënte en haar ouders:
 - Er vindt een operatie plaats waarbij de klachten verbeteren.
 - Het is echter onwaarschijnlijk dat de asymmetrie van het gelaat op deze leeftijd nog bijtrekt.

Beschouwing:

- Niet zelden is een persisterende torticollis bij tieners een uiting van een onderliggende ziekte.

- Tijdige herkenning en eventuele behandeling van die ziekte is van belang, kwestie dat er blijvende afwijkingen kunnen ontstaan.

Etiologie:

- Congenitale spierbloedingen, met als gevolg verkorting van de M. sternocleidomastoideus, zijn de belangrijkste oorzaak van een torticollis bij jonge kinderen.
- Er zijn nog andere mogelijke oorzaken zoals wervelanomalieën, slokdarmirritaties, infecties, evenwichtsstoornissen en oogafwijkingen.
- Een torticollis wordt bij tieners vaker veroorzaakt door een traumatisch geïnduceerde subluxatie van een cervicale wervel, waarbij spierspasmen rond de facetgewrichten mogelijk een rol spelen.
- Deze diagnose blijft vaak over nadat fracturen, parafaryngeale abcessen (Grisel-syndroom), nieuwvormingen en wervelanomalieën uitgesloten zijn.
- De gegevens die via de anamnese, het lichamelijk onderzoek en eventueel het beeldvormend onderzoek verkregen worden, zijn van groot belang om deze verschillende oorzaken van elkaar te kunnen onderscheiden.

Klippel-Fell-syndroom:

- Bij minstens 50% van de patiënten gaat het syndroom gepaard met andere aangeboren afwijkingen zoals doofheid, en cardiovasculaire en urogenitale afwijkingen.
- Een lage haarlijn, een korte nek en verminderde beweeglijkheid van het hoofd vormen de klassieke trias van het syndroom:
 - Zeker op latere leeftijd kunnen congenitale wervelafwijkingen leiden tot diverse

problemen, zoals spondylose, instabiliteit van de wervelkolom en kanaalstenose.

- Deze problemen leiden soms tot radiculopathie of zelfs myelopathie.
- 50 tot 70% van de patiënten met het syndroom vertoont een scoliose, waarvan de aanwezigheid samenhangt met de vergroeiingen en het aantal halfwervels.

Traumatisch geïnduceerde torticollis:

- Bijna altijd volstaat een tractiebehandeling gedurende een paar dagen.
- Houdt de torticollis langer aan, dan ontstaat er vervorming van het atlanto-axiale gewricht.
- De rotatoire subluxatie van de cervicale wervel is na 1-2 maanden vrijwel niet meer conservatief behandelbaar omwille van het hoge risico op een recidief.

Congenitale myogene torticollis:

- In het geval van de casus was de scheefstand van het hoofd aanwezig vanaf de geboorte:
 - Patiënte is slechts kortdurend behandeld met fysiotherapie omdat de afwijking nauwelijks opviel en geen klachten gaf.
 - Deze korte behandeling leverde niet het gewenste effect op.
 - Er was bij patiënte een duidelijke streng palpabel in de M. sternocleidomastoideus.
- Tot het eerste levensjaar zijn gecontroleerde manuele stretchoefeningen de behandeling van eerste keuze:
 - Zijn die oefeningen niet effectief, dan kan men besluiten om de streng operatief te klieven.
 - Hoe jonger patiënt is, hoe effectiever de conservatieve of operatieve behandeling.

Diagnosestelling:

- Men kan de oorzaak van een torticollis enkel bij een evidente streng in de M. sternocleidomastoideus zonder aanvullende diagnostiek vaststellen.
- Röntgendiagnostiek is in alle andere gevallen noodzakelijk, naast eventueel laboratoriumonderzoek (infectieparameters):
 - Men kan CT-onderzoek overwegen bij twijfel over de positie van de wervels C₁ en C₂.
 - Men moet hierbij rekening houden met de grote fysiologische beweeglijkheid van de cervicale wervels.
 - Om fysiologische beweeglijkheid te onderscheiden van een pathologische luxatie of subluxatie is de Fielding-Hawkins-classificatie nuttig.
 - MRI-onderzoek is aangewezen als bij een patiënt het oriënterend neurologisch onderzoek afwijkend is.
- De indicatie voor aanvullend onderzoek wordt best gesteld door een wervelkolomchirurg die met torticollis bij kinderen ervaring heeft.

Behandeling:

- Hangt uiteraard af van de diagnosestelling, en afhankelijk van de ernst van de afwijking wordt torticollis eerst conservatief behandeld:
 - Ook een kortdurende tractiebehandeling valt onder conservatieve behandeling.
 - Bij patiënten met spierspasmen is deze zeer effectief als men tijdig start met de behandeling.
- Eventuele progressie van een onderliggende congenitale aandoening moet bij patiënten in de groei gevolgd worden.
- Instabiliteit van de wervelkolom met (dreigende) neurologische complicaties en een progressieve of aanhoudende standsafwijking zijn indicaties voor een operatief ingrijpen:
 - In geval van wervelkolominstabiliteit zijn repositie en spondylodese de operatieve mogelijkheden.
 - Men kan bij congenitale aandoeningen kiezen voor het klieven van een streng of voor het strategisch vastzetten van groeischijven in een deel van de wervelkolom (hemi-epifysiodese).

Besluit:

- Bij tieners is een scheefstand van de nek (torticollis) een zeldzame aandoening, maar deze moet ten allen tijde au sérieux genomen worden:
 - Tieners kunnen zich met een torticollis aanbieden bij artsen van verschillende medische disciplines: kan gaan om huisartsen, kinderartsen, neurologen en orthopedische chirurgen.
 - Niet zelden is een persisterende torticollis bij tieners een uiting van een onderliggende ziekte.
 - Men kan de verschillende onderliggende ziekten van elkaar onderscheiden op basis van de gegevens via anamnese, lichamelijk onderzoek en eventueel beeldvormend onderzoek.
- Het is van belang dat de torticollis tijdig herkend wordt en de onderliggende aandoening zodig behandeld wordt om blijvende afwijkingen te voorkomen.

Ned Tijdschr Geneeskd 17 mei 2019 pag. 16-20.

Infectieziekten

Risico voor rabies na een krab- of bijtverwonding door een hond is laag, alhoewel...

In 2030 zou niemand meer mogen overlijden t.g.v. door honden overgedragen rabies, tenminste dit heeft de WHO als doel gesteld, en om dat te bereiken deed de organisatie een aantal aanbevelingen.

Ook het Nederlandse beleid is kort hierop t.a.v. rabies aangepast.

Een paar gegevens:

- Wereldwijd overlijden jaarlijks meer dan 59.000 mensen aan hondsdolheid, waarbij het virus in 99% van de gevallen door honden wordt overgedragen.
- In Nederland komt rabies bij honden niet voor, wat maakt dat Nederlanders daarom

vooral hulp zullen zoeken omwille van een risico-incident in het buitenland.

- Eigenlijk is het risico op rabies na een bijtverwonding laag, maar toch kan zo'n situatie bij het slachtoffer en diens omgeving tot grote paniek leiden:
 - Het betreft een ziekte die bij 100% van de patiënten fataal afloopt.

- Raakt er iemand geïnfecteerd met het virus, dan treden de eerste symptomen van rabies na een incubatietijd van 20-29 dagen op.
- Een behandeling voor rabies is tot op heden **niet** beschikbaar.
- Na een risico-incident moet men direct starten met post-expositieprofylaxe (PEP) om besmetting met het rabiesvirus te voorkomen:
 - PEP bestaat afhankelijk van de vaccinatiestatus van de betrokkene uit 3 onderdelen.
 - Gaat om (a) wondverzorging, (b) actieve immunisatie en (c) passieve immunisatie.
- Huisartsen, alarmcentrales en GGD-instellingen worden door reizigers regelmatig telefonisch benaderd met vragen over een mogelijke besmetting met het rabiesvirus in het buitenland.
- Om zulke vragen gemakkelijker te kunnen benaderen en beantwoorden volgt nu aan de hand van een casus een praktische leidraad om rabies na een krab- of bijtverwonding te voorkomen, rekening houdend met de herzien LCI-richtlijn 'Rabies'.

Casus deel 1: iemand uit uw huisartsenpraktijk belt u in paniek op, want hij is zonet door een straathond in zijn hand gebeten, wat te doen en wat te vragen in de context van een risico-incident?

Wondverzorging:

- Belangrijk is om na te vragen of de wonde direct na de verwonding adequaat verzorgd is:
 - Is dit niet het geval, dan moet dit alsnog gebeuren.
 - Nadien kan men verder gaan met het inwinnen van additionele informatie.

- Men moet de wonde zorgvuldig en rijkelijk spoelen met lauwwarm water en zeep gedurende 15 min en, indien mogelijk, desinfecteren met alcohol 70% of jodium.

Risico-inschatting:

- Om een goede risico-inschatting van het incident te maken is aanvullende informatie essentieel:
 - Ziet men (endemisch) rabies in het desbetreffende land en kan het dier het rabiesvirus mogelijk hebben overgedragen?
 - De mogelijke overdracht wordt bepaald door een aantal factoren:
 - De diersoort: overdracht van het rabiesvirus gebeurt door zoogdieren, ook vleermuizen.
 - Welke is de vaccinatiestatus van het dier in kwestie?
 - De traceerbaarheid van het dier voor de follow-up: is het dier 2 weken na het incident nog in leven, dan kan er geen sprake zijn van rabies.
 - De aanleiding van het incident is ook van belang, m.a.w. was het gedrag van het dier afwijkend?
 - Men moet ten slotte vragen naar de anatomische locatie, de grootte en de diepte van de wonde, o.a. heeft de wonde gebloed?
- Drie typen verwondingen worden er onderscheiden:
 - Type I: er is geen zichtbare wonde.
 - Type II: er zijn kleine krassen of ontvelingen zonder bloed.
 - Type III: er is een transdermale verwonding, er is verontreiniging van slijmvliezen of er is dierenspeeksel in reeds beschadigde huid.

Vaccinatie- en immuunstatus:

- De vaccinatiestatus van de betrokkene is bepalend voor het te volgen beleid.
- Belangrijk is ook of de betrokkene immuungecompromitteerd is, bvb. door gebruik van immuunsuppressieve medicatie of door een onderliggende aandoening.

Casus: deel 2: enkele feiten:

- Rabies komt op Bali endemisch voor onder honden.
- Zonder aanleiding vertoonde de betreffende hond agressief gedrag, maar na het incident is hij weggerend en kan dus niet meer getraceerd worden.
- De wonde zelf heeft gebloed (type III) en is direct nadien adequaat verzorgd.
- Betrokkene is wel immuuncompetent, maar is tegen rabies nooit gevaccineerd geweest.
- Welk advies geldt hier: actieve of passieve immunisatie of een combinatie van beiden?

Actieve immunisatie:

- Bestaat uit het op vastgestelde dagen intramusculair toedienen van een serie rabiesvaccins en in de meeste landen zijn deze vaccins gemakkelijk te verkrijgen:
 - Een immuuncompetent persoon volledig gevaccineerd tegen rabies: heeft slechts 2 vaccinaties (nl. op dag 0 en dag 3).
 - Iemand die ongevaccineerd of onvolledig gevaccineerd is: heeft 4 vaccinaties.
 - Een immuungecompromitteerd persoon heeft er 5.
- Men moet nagaan of de betrokkene al vaccinaties tegen rabies heeft gekregen in het buitenland.
- Men moet ook aangeven dat de betrokkene de toegediende vaccins bij voorkeur moet

documenteren, bvb. met de verpakking of een foto hiervan.

Passieve immunisatie:

- Bestaat uit het zo snel mogelijk toedienen van rabies-immunoglobuline (RIG) in en rondom de wonde, met als doel om het rabiesvirus te neutraliseren.
- Het verkrijgen van RIG kan in het buitenland een grote uitdaging zijn:
 - Het product is schaars, duur en zeker niet wereldwijd verkrijgbaar.
 - Een betrouwbaar overzicht van klinieken of landen waar RIG aanwezig is bestaat er niet.
- Reizigers moeten daarom vaak zelf of via een alarmcentrale ziekenhuizen of privéklinieken in de omgeving trachten te benaderen:
 - Is RIG beschikbaar, dan moeten reizigers vaak ter plaatse een aanzienlijk bedrag betalen.
 - Is RIG niet beschikbaar, dan moeten ze uitwijken naar buurlanden of moeten ze gerepatriëerd worden.

- Advies geldt voor de behandelende arts om te overleggen met een arts infectiebestrijding van de GGD in zijn of haar regio over de indicatiestelling van RIG:
 - Deze kan 24/7 met de Landelijke Coördinatie Infectieziektebestrijding (LCI) van het RIVM overleggen over de indicatiestelling.
 - Bestaat er een indicatie voor RIG, dan moet deze door de LCI geverifieerd en geaccordeerd zijn voorafgaand aan de bestelling.

Casus: deel 3: hier zijn zowel actieve als passieve immunisatie aangewezen:

- Rabiesvaccins en RIG moeten zo snel mogelijk ter plaatse toegediend worden.
- De betrokkene moet al dan niet met tussenkomst van de alarmcentrale spoedig gerepatriëerd worden, wanneer RIG niet beschikbaar is.
- Moest er sprake geweest zijn van een bijtverwonding door een aap, iets wat op Bali vaak voorkomt, dan volstaat meestal actieve

immunisatie alleen (zie bijlage 5 van de LCI-richtlijn 'Rabies').

Besluit:

- Vermits elk incident anders is, bestaat er geen eenduidig advies voor reizigers die door een krab- of bijtverwonding risico lopen op een besmetting met het rabiesvirus.
- Direct na de verwonding is adequate wondverzorging essentieel.
- Actieve immunisatie (vaccins), al dan niet in combinatie met passieve immunisatie (RIG), moeten bewerkstelligd worden:
 - Meestal kunnen rabiesvaccins ter plaatse toegediend worden, maar RIG is niet overal ter wereld beschikbaar.
 - Hier kan de alarmcentrale een belangrijke rol spelen bij adviesvorming en, indien nodig, repatriëring.
 - De Landelijk Coördinatie Infectiebestrijding van het RIVM is ook 24/7 beschikbaar voor intercollegiaal overleg.

Ned Tijdschr Geneeskd 24 mei 2019 pag. 8-11.

Gastro-Enterologie

Divertikels in de dunne darm en mogelijke complicaties

Men ziet divertikels minder vaak in de dunne darm dan in de dikke darm en meestal zijn ze asymptomatisch en worden vaak per toeval ontdekt tijdens een buikoperatie of bij beeldvormend onderzoek.

Prevalentie:

- Voor divertikels van de dunne darm bedraagt deze ongeveer 0,3-1,9%.

- Gaat om cijfers die gebaseerd zijn op bevindingen bij autopsie, radiologisch bariumonderzoek en CT.

Beschouwing:

- Het gaat om uitstulpingen van de wand van de dunne darm of het colon.
- Hierbij maakt men onderscheid tussen 'ware' en 'valse' divertikels:

- Ware divertikels zijn meestal aangeboren en bevatten alle lagen van de darmwand, met als voorbeeld het Meckel-divertikel.
- Bij valse divertikels ligt het anders: enkel de mucosa en de submucosa herniëren door een defect in de spierlaag van de dunne darmwand.
- Mogelijk ligt de oorzaak bij motorische disfunctie van de gladde spieren of de plexus

myentericus, ook nog de plexus van Auerbach genoemd:

- Dit leidt tot willekeurige contracties van de dunne darm.
- Leidt verder tot hernatie van de mucosa en de submucosa op de plek waar de darm het zwakst is.
- Divertikels kunnen in elk deel van de darm ontstaan, maar toch komen verworven divertikels het vaakst voor in het duodenum, gevolgd door het proximale deel van het jejunum.

Klachten en mogelijke complicaties:

- Meestal geven divertikels van het jejunum en het ileum geen klachten.
- Vaak worden ze per toeval ontdekt tijdens een buikoperatie of bij beeldvormend onderzoek, zoals CT, MRI of radiologisch bari-umonderzoek.
- Acute complicaties: zeldzaam:
 - Betreft intestinale obstructie, bloeding en diverticulitis met of zonder perforatie.
 - Door de ontwikkeling van een bezoar of een enteroliet in een divertikel kan er intestinale obstructie optreden, en dit kan leiden tot een ileus.

- Chronische klachten: kunnen bestaan uit vage abdominale pijn, malabsorptie (tengevolge van bacteriële overgroei) en gastro-intestinaal bloedverlies.

Diagnosestelling:

- Het 'small bowel feces'-teken, mesenteriale vetinfiltratie en wandverdikking zijn bij CT-onderzoek kenmerkend voor gecompliceerde diverticulitis van de dunne darm.
- Bij 'small bowel feces' is er fecesachtig materiaal aanwezig in het lumen van de dunne darm vermengd met luchtbellens.
- Een massa met wandkleuring en gasvorming zijn suggestief voor een geabcedeerd divertikel.
- Kenmerkend voor een perforatie zijn vrije lucht en vrij vocht.

Behandeling:

- Asymptomatische divertikels van de dunne darm hoeven geen behandeling en resectie van per toeval ontdekte divertikels is geen aanrader.
- Bij gecompliceerde divertikels gebeurt er meestal best wel een dunnedarmresectie met een 'side-to-side'-anastomose.

- Zijn er geringe klachten bij diverticulitis van de dunne darm zonder aanwijzingen voor een perforatie, dan kunnen die ook conservatief behandeld worden met I.V. antibiotica.
- Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat het gebruik van AB bij diverticulitis van de dunne darm zinvol is, dit in tegenstelling tot bij diverticulitis van het colon.

Besluit:

- Niet alleen in het colon, maar ook in de dunne darm komen divertikels voor, hoewel inderdaad minder frequent.
- Meestal geven ze daar geen klachten en acute complicaties, type diverticulitis met of zonder abces, zijn zeldzaam.
- Een operatie is vaak noodzakelijk bij patiënten met gecompliceerde diverticulitis.
- Na een partiële dunnedarmresectie kan ook een oudere patiënt met gecompliceerde diverticulitis van de dunne darm vlot herstellen, zonder dat de klachten terugkeren, en dan spreken we van patiënten van 85+!

Ned Tijdschr Geneeskd 31 mei 2019 pag. 36-39.

Met dank aan dr. Willy Storms

Een persoonlijke keuze

Onder het pijnlijk lachende hoofd van Francis Bacon beginnen we met twee artikels uit BMJ:

– Is geneeskunde een op evidentie gebaseerde wetenschap, eerder gestoeld op opinie of zelfs een kunst? Waarschijnlijk een beetje van alles?

– ‘NHS health checks are unlikely to be cost effective, can expose patients to unnecessary interventions, and risk overdiagnosis, concludes the UK Centre for Evidence-Based Medicine’ De NHS stelt dat regelmatige preventieve health checks tussen 40 en 74 zouden nuttig zijn. Quod non, dus..

We blijven bij BMJ: cardiovasculaire pathologie, CVA...: maakt het uit of we vleeseter, viseter of vegetariër zijn? Ja, vleeseter lopen meer risico, maar paradoxaal: vegetariërs lopen meer kans op hemorragische en ischemische herseninsulten. Doe zoals ik: vegetariër die af en toe wat niet rood vlees eet?

Daar is de polypill weer, nu in de VS: volgens NEJM is een pil met wat statine, Amlodipine, een ACE en een diureticum in minder begoede middens beter voor BD controle en LDL daling dan ‘gewone’ zorg.

Nieuwe indicatie voor een SGLT2 inhibitor (Dapagliflozine): met of zonder diabetes zou volgens NEJM het een duidelijk resultaat geven in de aanpak van hartfalen met gedaalde ejection fractie. Acties kopen van AstraZeneca??

Une majorité de médicaments antitumoraux sont autorisés sans preuve qu'ils allongent la durée et/ou la qualité de vie des patients. Et on n'en sait guère plus quelques années plus tard. Duidelijk. (Prescrire)

Keelpijn: liever Paracetamol dan Ibuprofen, natuurlijk Prescrire.

Acute pericarditis is meestal viraal. Na de diagnose en uitsluiten van andere cardiale

pathologie (biologie, RX thorax, ECG, echo) kan met een NSAID eventueel aangevuld met Colchicine (staat in bloei nu...) thuis de behandeling verdergezet worden. Prescrire.

Het staat in BMJ maar komt uit China (via de silk road?) H. Pylori eradiceren en dan vitamines en look toedienen gedurende 7.3 jaar vermindert de kans op maagkanker. Zou Jeroen Meeus in China zitten?

In NEJM een status questionis rond de vermeende gevaren van e-sigaretten voor longpathologie. Het laatste woord lijkt nog niet gezegd maar er schijnt toch iets te roken...

In adults with mild to moderate asthma, Budesonide-Formoterol used as needed for symptom relief was more effective at preventing severe exacerbations than maintenance low-dose Budesonide plus as-needed Terbutaline. Zo leest men in LANCET.

Om over na te denken: geneeskunde een wetenschap of een kunst, of net allebei?

Medicine is not an exact science, and some people consider it an art—the underlying assertion is that the best clinicians are not only knowledgeable but also have reliable clinical judgment. Nonetheless, Schünemann and colleagues say that guideline development needs to distinguish opinion from evidence. Although they provide key definitions for their

conceptual framework, there is still a blurring between opinion, fact, and evidence.

The authors define evidence as “facts intended for use in support of a conclusion” and opinion as “a view or judgment formed about something, not necessarily based on facts.” The statement they present as an example of evidence—“I had prostate cancer detected by

PSA screening and I am alive 10 years later”—includes two separate facts, but is this evidence? Does linking these two facts provide an evidential conclusion, and if so, what is it? Or does their linkage represent an opinion on the potential relation between PSA screening and survival?

Evidently, determining what is evidence and what is opinion can be complex. Ironically, this uncertainty is likely to drive opinion. Moreover, in many circumstances where the highest quality of evidence is not available to underpin guidelines, the focus will be on whether the available evidence is “good

enough.” This is when decision making in medicine evolves into an art rather than an exact science. A more realistic approach might be to limit the distinction to facts and opinions, with both being considered as evidence. The strength of evidence will undoubtedly vary for different sources of information, and this

should be systematically assessed by a grading process that is consistent for all sources.

<https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5395>

Om over na te denken, maar wat ik al jaren denk: if it ain't broken, don't fix it...

NHS health checks are unlikely to be cost effective, can expose patients to unnecessary interventions, and risk overdiagnosis, concludes the UK Centre for Evidence-Based Medicine.

The review, carried out by two academic GPs from the University of Oxford, looked at existing evidence on general health checks, including a recent Cochrane review, which it said showed that such checks had no significant effect on mortality or cardiovascular outcomes.

In England the NHS Health Checks scheme currently offers checks to everyone aged 40 to 74. They are intended to spot the early signs of major conditions that cause early death, including stroke, kidney disease, heart disease, and type 2 diabetes.

The new review, published in BMJ Evidence-Based Medicine, said that a recent modelling study showed that NHS health checks were

unlikely to be cost effective and that targeted policies—such as diet improvement and smoking cessation—were more likely to be cost effective.

The authors said that the focus on general health checks could therefore be costly.

To assess clinical effectiveness the GPs looked at the Cochrane review, which assessed 17 trials involving 251 891 participants in Europe and the US. The Cochrane review found that health checks did not affect total mortality or cancer mortality and had no significant effect on cardiovascular mortality, fatal and non-fatal ischaemic heart disease, and non-fatal stroke. It concluded that “general health checks are unlikely to be beneficial.”

The authors of the new review also pointed out that much of the evidence was low quality, and they called for the research community to “prioritise addressing the uncertainties

in the evidence base for the value of health checks.”

They concluded, “There is no convincing evidence to support the implementation of general health checks in primary care. They appear not to affect clinically important outcomes, and there is no high-quality evidence to suggest they are cost-effective, particularly when compared with routine primary care.”

Last month the government announced a review of England's NHS health checks, which will not consider whether the current system is effective but will instead look at tailoring checks according to risk and at increasing the range of checks offered.

GPs said that the government's review must involve a “rigorous evaluation” to ensure that checks are safe, accurate, and of benefit to patients.

<https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5504>

Cardiovasculair

Ischemische hartziekten, CVA, vlees eten, vis eten of vegetariër zijn, maakt het verschil?

Abstract

Objective:

To examine the associations of vegetarianism with risks of ischaemic heart disease and stroke.

Design:

Prospective cohort study.

Setting:

The EPIC-Oxford study, a cohort in the United Kingdom with a large proportion of non-meat eaters, recruited across the country between 1993 and 2001.

Participants:

48 188 participants with no history of ischaemic heart disease, stroke, or angina (or cardiovascular disease) were classified into three distinct diet groups: meat eaters (participants who consumed meat, regardless of whether they consumed fish, dairy, or eggs; n=24 428), fish eaters (consumed fish but no meat; n=7506), and vegetarians including vegans (n=16 254), based on dietary information collected at baseline, and subsequently around 2010 (n=28 364).

Main outcome measures:

Incident cases of ischaemic heart disease and stroke (including ischaemic and haemorrhagic types) identified through record linkage until 2016.

Results:

Over 18.1 years of follow-up, 2820 cases of ischaemic heart disease and 1072 cases of total stroke (519 ischaemic stroke and 300 haemorrhagic stroke) were recorded. After adjusting for sociodemographic and lifestyle confounders, fish eaters and vegetarians had 13% (hazard ratio 0.87, 95% confidence interval 0.77 to 0.99) and 22% (0.78, 0.70 to 0.87) lower rates of ischaemic heart disease than meat eaters, respectively (P<0.001 for heterogeneity). This difference was equivalent to 10 fewer cases of ischaemic heart disease (95% confidence interval 6.7 to 13.1 fewer) in vegetarians than in meat eaters per 1000 population over 10 years. The associations for ischaemic heart disease were partly attenuated after adjustment for self reported high blood cholesterol, high blood pressure, diabetes, and body mass index (hazard ratio 0.90, 95% confidence interval 0.81 to 1.00 in vegetarians with all adjustments). By contrast, vegetarians had 20% higher rates of total stroke (hazard ratio 1.20, 95% confidence interval 1.02 to 1.40) than meat eaters, equivalent to three more cases of total stroke (95% confidence interval 0.8 to 5.4 more) per 1000 population over 10 years, mostly due to a higher rate of haemorrhagic stroke. The associations for stroke did not attenuate after further adjustment of disease risk factors.

Conclusions:

In this prospective cohort in the UK, fish eaters and vegetarians had lower rates of

ischaemic heart disease than meat eaters, although vegetarians had higher rates of haemorrhagic and total stroke.

What is already known on this topic

Vegetarian and vegan diets have become increasingly popular in recent years, but the potential benefits and hazards of these diets are not fully understood

Previous studies of two diet groups have reported that vegetarians have lower risks of ischaemic heart disease than non-vegetarians

However, no evidence has been reported of a difference in the risk of mortality from stroke, possibly because of limited available data and lack of available evidence on stroke subtypes

What this study adds

This study showed that fish eaters and vegetarians (including vegans) had lower risks of ischaemic heart disease than meat eaters

Vegetarians (including vegans) had higher risks of haemorrhagic and total stroke than meat eaters

Further research is needed to replicate these results in other populations and to identify mediators that might contribute to the observed associations

<https://www.bmj.com/content/366/bmj.l4897>

Hier is de polypill weer... maar voor niet welgestelden?

Background:

Persons with low socioeconomic status and nonwhite persons in the United States have high rates of cardiovascular disease. The use of combination pills (also called “polypills”) containing low doses of medications with proven benefits for the prevention of cardiovascular disease may be beneficial in such persons. However, few data are available regarding the use of polypill therapy in underserved communities in the United States, in which adherence to guideline-based care is generally low.

Methods:

We conducted a randomized, controlled trial involving adults without cardiovascular disease. Participants were assigned to the polypill group or the usual-care group at a federally qualified community health center in Alabama. Components of the polypill were

atorvastatin (at a dose of 10 mg), amlodipine (2.5 mg), losartan (25 mg), and hydrochlorothiazide (12.5 mg). The two primary outcomes were the changes from baseline in systolic blood pressure and low-density lipoprotein (LDL) cholesterol level at 12 months.

Results:

The trial enrolled 303 adults, of whom 96% were black. Three quarters of the participants had an annual income below \$15,000. The mean estimated 10-year cardiovascular risk was 12.7%, the baseline blood pressure was 140/83 mm Hg, and the baseline LDL cholesterol level was 113 mg per deciliter. The monthly cost of the polypill was \$26. At 12 months, adherence to the polypill regimen, as assessed on the basis of pill counts, was 86%. The mean systolic blood pressure decreased by 9 mm Hg in the polypill group, as compared with 2 mm Hg in the usual-care group

(difference, -7 mm Hg; 95% confidence interval [CI], -12 to -2; P=0.003). The mean LDL cholesterol level decreased by 15 mg per deciliter in the polypill group, as compared with 4 mg per deciliter in the usual-care group (difference, -11 mg per deciliter; 95% CI, -18 to -5; P<0.001).

Conclusions:

A polypill-based strategy led to greater reductions in systolic blood pressure and LDL cholesterol level than were observed with usual care in a socioeconomically vulnerable minority population. (Funded by the American Heart Association Strategically Focused Prevention Research Network and the National Institutes of Health; ClinicalTrials.gov number, NCT02278471

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1815359>

SGLT2 inhibitoren voor hartfalen met verlaagde ejectiefractie: een nieuwe indicatie, zelfs zonder diabetes?

Background:

In patients with type 2 diabetes, inhibitors of sodium-glucose cotransporter 2 (SGLT2) reduce the risk of a first hospitalization for heart failure, possibly through glucose-independent mechanisms. More data are needed regarding the effects of SGLT2 inhibitors in patients with established heart failure and a reduced ejection fraction, regardless of the presence or absence of type 2 diabetes.

Methods:

In this phase 3, placebo-controlled trial, we randomly assigned 4744 patients with New York Heart Association class II, III, or IV heart failure and an ejection fraction of 40% or less to receive either dapagliflozin (at a dose of 10 mg once daily) or placebo, in addition to recommended therapy. The primary outcome was a composite of worsening heart failure (hospitalization or an urgent visit resulting in intravenous therapy for heart failure) or cardiovascular death.

Results:

Over a median of 18.2 months, the primary outcome occurred in 386 of 2373 patients (16.3%) in the dapagliflozin group and in 502 of 2371 patients (21.2%) in the placebo group (hazard ratio, 0.74; 95% confidence interval [CI], 0.65 to 0.85; P<0.001). A first worsening heart failure event occurred in 237 patients (10.0%) in the dapagliflozin group and in 326 patients (13.7%) in the placebo group (hazard ratio, 0.70; 95% CI, 0.59 to 0.83). Death from cardiovascular causes occurred in 227 patients (9.6%) in the dapagliflozin group and in 273

patients (11.5%) in the placebo group (hazard ratio, 0.82; 95% CI, 0.69 to 0.98); 276 patients (11.6%) and 329 patients (13.9%), respectively, died from any cause (hazard ratio, 0.83; 95% CI, 0.71 to 0.97). Findings in patients with diabetes were similar to those in patients without diabetes. The frequency of adverse events related to volume depletion, renal

dysfunction, and hypoglycemia did not differ between treatment groups.

Conclusions:

Among patients with heart failure and a reduced ejection fraction, the risk of worsening heart failure or death from cardiovascular causes was lower among those who received dapagliflozin than among those who received

placebo, regardless of the presence or absence of diabetes. (Funded by AstraZeneca; DAPA-HF ClinicalTrials.gov number, NCT03036124

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1911303?query=featured_home

Farmacologie

Nouveaux médicaments des cancers : trop d'inconnues

Une majorité de médicaments antitumoraux sont autorisés sans preuve qu'ils allongent la durée et/ou la qualité de vie des patients. Et on n'en sait guère plus quelques années plus tard.

Des auteurs de diverses autorités de santé autrichiennes ont analysé les 102 médicaments antitumoraux mis sur le marché européen de janvier 2009 à mai 2015. Pour 38 médicaments, il n'y avait aucune information sur leur effet sur la durée de vie des patients au moment de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), et pour 5 médicaments, il y avait même une réduction de la durée de vie.

Trois ans au moins après leur AMM, 27 nouveaux essais étaient disponibles sur ces 38 médicaments : un allongement de la durée de

vie des patients était observé pour 14 médicaments seulement.

Cette étude vient en confirmer de nombreuses autres. Aux États-Unis d'Amérique, une étude a porté sur les 54 médicaments antitumoraux autorisés par l'Agence étatsunienne du médicament (FDA) de 2008 à 2012. 36 sur 54 ont été autorisés sans preuve d'allongement de la durée de vie des patients, dont la totalité des 15 médicaments autorisés selon une procédure accélérée. Après une durée de suivi d'environ 4 ans, pour 5 médicaments seulement sur 36, un essai a montré une augmentation de la durée de vie des patients. Les essais ne montraient pas d'augmentation pour 18 médicaments, et pour 13 médicaments on ne savait toujours pas ce qu'il en était.

Les auteurs de l'équipe autrichienne estiment que les médicaments antitumoraux dont il n'est pas démontré qu'ils allongent la durée de vie plusieurs années après leur mise sur le marché devraient en être retirés.

Pour Prescrire, l'Agence européenne du médicament a surtout à exiger une évaluation plus solide des médicaments avant leur autorisation de mise sur le marché : elle éviterait ainsi d'exposer des patients aux effets indésirables de médicaments sans intérêt, et de dilapider les ressources collectives par des dépenses injustifiées.

©Prescrire 1er septembre 2019

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/57481/0/NewsDetails.aspx>

Maux de gorge d'origine infectieuse : choisir le paracétamol

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) semblent un peu plus efficaces que le

paracétamol, mais ils exposent à d'avantage d'effets indésirables parfois graves.

Les angines et pharyngites sont fréquentes, le plus souvent d'origine virale et sans gravité. Elles se manifestent notamment par des maux

de gorge rendant la déglutition difficile, qui sont apaisés en suçant des confiseries avec ou sans sucre et en prenant des boissons chaudes ou glacées. Le paracétamol est souvent utilisé, notamment en automédication, pour soulager les maux de gorge.

Selon les essais cliniques randomisés disponibles, le paracétamol oral est plus efficace qu'un placebo pour diminuer les maux de gorge liés à une infection pharyngée banale.

Quand les maux de gorge ont une intensité justifiant le recours à un antalgique, le paracétamol est l'antalgique qui a le moins d'effets indésirables chez les enfants et les adultes, y compris chez les femmes enceintes, à condition d'éviter les surdoses. Il ne faut pas augmenter les doses au-delà de celles préconisées, y compris en cas d'efficacité jugée insuffisante.

L'ibuprofène semble un peu plus efficace que le paracétamol chez les adultes, mais il ex-

pose aux complications infectieuses graves des anti-inflammatoires non stéroïdiens telles qu'un phlegmon des amygdales. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont à écarter chez les femmes enceintes ou qui pourraient l'être.

©Prescrire 1er septembre 2019

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/57482/0/NewsDetails.aspx>

Péricardite aiguë virale : stratégie diagnostique et thérapeutique

La plupart des péricardites aiguës supposées d'origine virale ont une évolution favorable sans traitement spécifique. Un traitement à domicile est possible quand l'hypothèse virale est retenue en confiance, et en l'absence de complications.

Une péricardite aiguë est une inflammation aiguë de l'enveloppe entourant le cœur appelée péricarde, avec ou sans présence de liquide dans la cavité péricardique. Dans les pays dits développés, environ 80 % à 90 % des péricardites aiguës sont sans cause identifiée et sont supposées d'origine virale.

Quand l'entretien et l'examen clinique font craindre des complications, un transport

médicalisé du patient vers un hôpital est à organiser au plus vite avec l'aide du centre dédié aux urgences médicales (en France, le centre 15). Dans les autres situations, il est utile de recueillir rapidement un ensemble d'informations cliniques et paracliniques (biologie, ECG, échocardiographie et radiographie thoracique) pour exclure les autres causes de douleur thoracique notamment un syndrome coronarien aigu, et certaines situations qui justifient une hospitalisation. Pour cela, il est parfois utile d'adresser le patient aux urgences.

La plupart des péricardites aiguës supposées virales ont une évolution spontanée favorable. Une récurrence survient chez environ un tiers

des patients. En l'absence de signe évocateur d'un épanchement péricardique important et de risque accru de complication, il est raisonnable de traiter le patient à domicile.

Le traitement associe le repos et un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) pour diminuer la douleur. L'ajout de colchicine (Colchicine Opioalcium[®]) est une option, pour réduire le risque de récurrence, mais elle est à écarter quand la situation expose à une surdose.

©Prescrire 1er septembre 2019

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/57483/0/NewsDetails.aspx>

Gastroenterologie

Via de new silk road (goed boek van Peter Frankopan..) nieuws uit China: H. Pylori eradiceren en dan vitamines en look: minder maagkanker...

Abstract

Objective:

To assess the effects of Helicobacter pylori treatment, vitamin supplementation, and garlic supplementation in the prevention of gastric cancer.

Design:

Blinded randomized placebo controlled trial.

Setting:

Linqu County, Shandong province, China.

Participants:

3365 residents of a high risk region for gastric cancer. 2258 participants seropositive for antibodies to H pylori were randomly assigned to H pylori treatment, vitamin supplementation, garlic supplementation, or their placebos in a 2×2×2 factorial design, and 1107 H pylori seronegative participants were randomly assigned to vitamin supplementation, garlic supplementation, or their placebos in a 2×2 factorial design.

Interventions:

H pylori treatment with amoxicillin and omeprazole for two weeks; vitamin (C, E, and selenium) and garlic (extract and oil) supplementation for 7.3 years (1995-2003).

Main outcome measures:

Primary outcomes were cumulative incidence of gastric cancer identified through scheduled gastroscopies and active clinical follow-up through 2017, and deaths due to gastric

cancer ascertained from death certificates and hospital records. Secondary outcomes were associations with other cause specific deaths, including cancers or cardiovascular disease.

Results:

151 incident cases of gastric cancer and 94 deaths from gastric cancer were identified during 1995-2017. A protective effect of H pylori treatment on gastric cancer incidence persisted 22 years post-intervention (odds ratio 0.48, 95% confidence interval 0.32 to 0.71). Incidence decreased significantly with vitamin supplementation but not with garlic supplementation (0.64, 0.46 to 0.91 and 0.81, 0.57 to 1.13, respectively). All three interventions showed significant reductions in gastric cancer mortality: fully adjusted hazard ratio for H pylori treatment was 0.62 (95% confidence interval 0.39 to 0.99), for vitamin supplementation was 0.48 (0.31 to 0.75), and for garlic supplementation was 0.66 (0.43 to 1.00). Effects of H pylori treatment on both gastric cancer incidence and mortality and of vitamin supplementation on gastric cancer mortality appeared early, but the effects of vitamin supplementation on gastric cancer incidence and of garlic supplementation only appeared later. No statistically significant associations were found between interventions and other cancers or cardiovascular disease.

Conclusions:

H pylori treatment for two weeks and vitamin or garlic supplementation for seven years were associated with a statistically significant reduced risk of death due to gastric cancer for more than 22 years. H pylori treatment and vitamin supplementation were also associated with a statistically significantly reduced incidence of gastric cancer.

Trial registration ClinicalTrials.gov NCT00339768.

What is already known on this topic

Helicobacter pylori infection is an established risk factor for gastric cancer and H pylori eradication could be a potential strategy for preventing gastric cancer

The duration of effectiveness of H pylori treatment on gastric cancer prevention and the related full range of beneficial and adverse effects needs to be studied by long term follow-up

Few nutrition intervention trials have been done in populations with nutritional deficiencies, whereas nutrition supplementation effects on gastric cancer need to be assessed with long term follow-up

What this study adds

Short term H pylori treatment was associated with a significantly decreased risk of gastric cancer incidence and mortality during 22.3

years of follow-up and was not significantly associated with total mortality or other major cancer specific mortality

Both vitamin (C, E, and selenium) and garlic (extract and oil) supplementation for 7.3 years yielded statistically significant reductions in gastric cancer mortality, whereas

a favorable effect of long term vitamin supplementation on gastric cancer incidence was also observed

These findings offer potential opportunities for gastric cancer prevention, but further large scale intervention trials are required to confirm the favorable effects of vitamin and

garlic supplementation and to identify any possible risks of H pylori treatment, and vitamin and garlic supplementation

<https://www.bmj.com/content/366/bmj.l5016>

Pneumologie

E-sigaretten en pulmonaire pathologie

Background:

E-cigarettes are battery-operated devices that heat a liquid and deliver an aerosolized product to the user. Pulmonary illnesses related to e-cigarette use have been reported, but no large series has been described. In July 2019, the Wisconsin Department of Health Services and the Illinois Department of Public Health received reports of pulmonary disease associated with the use of e-cigarettes (also called vaping) and launched a coordinated public health investigation.

Methods:

We defined case patients as persons who reported use of e-cigarette devices and related products in the 90 days before symptom onset and had pulmonary infiltrates on imaging and whose illnesses were not attributed to other causes. Medical record abstraction and case patient interviews were conducted with the use of standardized tools.

Results:

There were 53 case patients, 83% of whom were male; the median age of the patients was 19 years. The majority of patients

presented with respiratory symptoms (98%), gastrointestinal symptoms (81%), and constitutional symptoms (100%). All case patients had bilateral infiltrates on chest imaging (which was part of the case definition). A total of 94% of the patients were hospitalized, 32% underwent intubation and mechanical ventilation, and one death was reported. A total of 84% of the patients reported having used tetrahydrocannabinol products in e-cigarette devices, although a wide variety of products and devices was reported. Syndromic surveillance data from Illinois showed that the mean monthly rate of visits related to severe respiratory illness in June through August of 2019 was twice the rate that was observed in the same months in 2018.

Conclusions:

Case patients presented with similar clinical characteristics. Although the features of e-cigarette use that were responsible for injury have not been identified, this cluster of illnesses represents an emerging clinical syndrome or syndromes. Additional work is

needed to characterize the pathophysiology and to identify the definitive causes.

Discussion:

In this report, we describe an ongoing investigation of pulmonary disease associated with the use of e-cigarettes and related products in the days and weeks before symptom onset in two states. Available data on trends in syndromic surveillance suggest that the increase in the patients presenting with severe pulmonary disease is relatively recent. Although the definitive cause of this cluster remains unknown, the severity of the illness and the recent increase in the incidence of this clinical syndrome indicates that these cases represent a new or newly recognized and worrisome cluster of pulmonary disease related to vaping.

E-cigarette liquids and aerosols have been shown to contain a variety of chemical constituents that may have adverse health effects. Major declared constituents in nicotine-based e-cigarettes include propylene glycol and glycerin, in addition to nicotine. Identified contaminants include polycyclic aromatic hydro-

carbons, nitrosamines, volatile organic chemicals, and inorganic chemicals such as toxic metals. Endotoxins and flavoring compounds such as diacetyl and 2,3-pentanedione have also been detected. The health risks of some constituents remain poorly characterized, and toxicologic assessment of these substances is an active area of ongoing research. In addition to nicotine, e-cigarette devices can be used to deliver a variety of other recreational drugs, including THC-based oils.

Although the cause or causes of the reported illnesses remain under investigation, products containing THC are the most commonly reported e-cigarette product exposure among these case patients (84%). However, 17% of the patients reported using only nicotine-based products, and 44% reported using both THC-based and nicotine-based products. Information on product use is based on reports by the patients, and patients may be reluctant to report illicit drug use. Less clear is the relevance of e-cigarette device types that were used, as well as the importance of practice habits (frequency of use, dosing, etc.), product delivery methods (e.g., adulteration of devices), and definitive product content. THC-based oils and waxes can be widely purchased, despite the fact that they are illegal in the majority of states, including Illinois and Wisconsin, and the content of these products is largely unknown and unregulated.

Pulmonary illnesses that have been linked to e-cigarette use have been limited to individual case reports. Nicotine-containing liquids have been associated with a variety of disease presentations. Diffuse alveolar hemorrhage and exogenous lipoid pneumonia have been

observed. Acute interstitial lung disease, including acute eosinophilic pneumonia, respiratory bronchiolitis-associated interstitial lung disease, and hypersensitivity pneumonitis, has also been associated with use of nicotine-containing liquids. Health effects from dabbing of cannabis concentrates (i.e., superheating of substances containing high levels of THC or CBD in the device) are less frequently reported in the literature. Butane hash oil has been associated with pneumonitis, and THC oil has been associated with organizing pneumonia.

In the case series presented here, the population was generally young and healthy, yet acute severe pulmonary disease developed and resulted in critical care and respiratory support. Given the disparate nature of e-cigarette-associated illnesses that have been reported in the literature, it is notable that case patients in Wisconsin and Illinois presented with similar clinical findings and progression of disease, which suggests a similar pathophysiological mechanism of lung injury. However, the definitive pathology for these pulmonary diseases has not been established, and it is possible that these pulmonary diseases represent a range of disease processes.

As noted above, many chemical constituents that have been detected in e-cigarette liquids could cause acute and subacute effects. These constituents may also undergo thermal decomposition (pyrolysis) by the metallic e-cigarette heating coils to produce new compounds in aerosol with different toxicologic profiles. The coils may also release metals such as manganese and zinc into the aerosol, which can be toxic when inhaled. Alone or in

combination, these substances could result in a variety of pulmonary illnesses such as chemical pneumonitis, acute eosinophilic pneumonia, acute and subacute hypersensitivity pneumonitis, lipoid pneumonia, metal fume fever, and polymer fume fever. Acute lung injury and ARDS could result in severe cases.

Of note, eosinophilia was not widely seen in peripheral blood nor observed in bronchoalveolar-lavage specimens, and characteristic radiographic findings of exogenous lipoid pneumonia (e.g., low attenuation consolidations) were not reported in radiograph reports. Among the cytologic reports on bronchoalveolar-lavage specimens that included information on specific oil staining, lipid-laden macrophages were reported as moderate in two and as only “scant” or “minimal” in the others; specific mention of oil staining was not provided in the other cytology reports of bronchoalveolar-lavage specimens. Interestingly, opacities in both lungs were noted on either radiograph or CT of the chest in all the patients. A comprehensive review of imaging by a panel of expert chest radiologists could help to more completely characterize and identify unique radiographic findings.

The CDC released a Clinical Health Advisory³¹ on August 30, 2019, recommending that all patients who report e-cigarette use within the previous 90 days be asked about signs and symptoms of pulmonary illness. Clinicians should consider the possibility of pulmonary disease associated with vaping when patients report recent use, especially when other causes are not identified. Alternative causes of respiratory illness may be more likely than vaping, and therefore clinicians should also

continue to consider and appropriately assess for such possible causes of illness in patients reporting respiratory and gastrointestinal symptoms and e-cigarette use. Although our current understanding of the appropriate treatment strategies is insufficient to provide clinical recommendations, patients thus far have had clinical improvement with systemic glucocorticoid therapy, and the majority of patients have received prolonged courses.

This article details the clinical spectrums of the largest cohort of 53 case patients from two states. Detailed evaluation of medical records, chest imaging, laboratory results, and exposure information among these cases provided an opportunity to evaluate, characterize, and compare their clinical courses. Additional data are needed to define the causative exposures. These data are preliminary and subject to several limitations. Exposure information was reported by the patients and may be subject to recall error or hesitancy to report vaping practices. Given the emerging nature of this syndrome, this initial series may capture data on patients with more severe

cases who presented for evaluation and may not capture data on more mild clinical presentations that were related to the same exposure or disease process. Medical chart data were not complete for all patients, especially with regard to respiratory ventilator variables, which limits a more detailed description of disease severity. Not all patients had an exhaustive list of negative findings on serologic tests for infectious causes, cultures, or molecular studies.

In summary, we report a case series of severe pulmonary disease associated with the use of e-cigarettes and related products among generally young, healthy persons in Wisconsin and Illinois who presented between April and August 2019. Cases continue to be reported to both these health departments and across at least 25 states nationwide. Detailed interviews with patients to delineate all e-cigarette exposures, including both devices and substances used, will help to further narrow the list of potential agents that may be responsible for the observed increase in pulmonary disease associated with vaping. The

WDHS and IDPH are also working to obtain e-cigarette devices and liquids for further testing, and the Forensic Chemistry Center of the Food and Drug Administration is pursuing non-targeted analyses of submitted product samples.

The findings in this report support several public health recommendations issued by the CDC. Since no single product or substance has been associated with the illness, persons should consider not using e-cigarettes while this investigation is ongoing, especially those purchased from sources other than authorized retailers (e.g., e-cigarette products with THC) and those modified in a manner not intended by the manufacturer. Adult smokers who are attempting to quit should consult with their health care provider and use proven treatments. Irrespective of these findings, e-cigarettes should never be used by youths, young adults, pregnant women, and adults who do not currently use tobacco products.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1911614?query=featured_home

Mild Astma: inhalatie steroïde plus LABA zo nodig versus continu budesonide en terbutaline zo nodig

Background:

In adults with mild asthma, a combination of an inhaled corticosteroid with a fast-onset long-acting β -agonist (LABA) used as reliever monotherapy reduces severe exacerbations compared with short-acting β -agonist (SABA) reliever therapy. We investigated the efficacy of combination budesonide-formoterol reliever therapy compared with maintenance budesonide plus as-needed terbutaline.

Methods:

We did a 52-week, open-label, parallel-group, multicentre, superiority, randomised controlled trial at 15 primary care or hospital-based clinical trials units and primary care practices in New Zealand. Participants were adults aged 18-75 years with a self-reported doctor's diagnosis of asthma who were using SABA for symptom relief with or without maintenance low to moderate doses of inhaled

corticosteroids in the previous 12 weeks. We randomly assigned participants (1:1) to either reliever therapy with budesonide 200 μg -formoterol 6 μg

Turbuhaler (one inhalation as needed for relief of symptoms) or maintenance budesonide 200 μg Turbuhaler (one inhalation twice daily) plus terbutaline 250 μg Turbuhaler (two inhalations as needed). Participants and investiga-

tors were not masked to group assignment; the statistician was masked for analysis of the primary outcome. Six study visits were scheduled: randomisation, and weeks 4, 16, 28, 40, and 52. The primary outcome was the number of severe exacerbations per patient per year analysed by intention to treat (severe exacerbations defined as use of systemic corticosteroids for at least 3 days because of asthma, or admission to hospital or an emergency department visit because of asthma requiring systemic corticosteroids). Safety analyses included all participants who had received at least one dose of study treatment. This trial is registered with the Australian New Zealand Clinical Trials Registry, number ACTRN12616000377437.

Findings:

Between May 4, 2016, and Dec 22, 2017, we assigned 890 participants to treatment and included 885 eligible participants in the analysis: 437 assigned to budesonide-formoterol as needed and 448 to budesonide maintenance plus terbutaline as needed. Severe exacerbations per patient per year were lower with as-needed budesonide-formoterol than with maintenance budesonide plus terbutaline as needed (absolute rate per patient per year 0·119 vs 0·172; relative rate 0·69, 95% CI 0·48-1·00; $p=0\cdot049$). Nasopharyngitis was the most common adverse event in both groups, occurring in 154 (35%) of 440 patients receiving as-needed budesonide-formoterol and 144 (32%) of 448 receiving maintenance budesonide plus terbutaline as needed.

Interpretation:

In adults with mild to moderate asthma, budesonide-formoterol used as needed for symptom relief was more effective at preventing severe exacerbations than maintenance low-dose budesonide plus as-needed terbutaline. The findings support the 2019 Global Initiative for Asthma recommendation that inhaled corticosteroid-formoterol reliever therapy is an alternative regimen to daily low-dose inhaled corticosteroid for patients with mild asthma.

Funding:

Health Research Council of New Zealand.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)31948-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)31948-8/fulltext)

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst

Een frisse blik op de huisartsgeneeskunde: Europese verschillen in primary care

Op uitnodiging van enkele collega's uit Parijs en Nederland ben ik enkele weken geleden in Parijs verzeild geraakt op het European Forum for primary care. De reden van mijn aanwezigheid op het European Forum was het oprichten van een samenwerking met andere Europese collega's die data verzamelen uit de eerstelijns.

Maar als je daar toch bent, kan je evengoed eens rondkijken. Wat mij dan opnieuw opvalt, is de spagaat tussen enerzijds dezelfde uitdagingen die er zijn in de verschillende landen en anderzijds de grote verschillen in beleidskeuzes. De uitdagingen zijn kort geschetst:

- Vergrijzing en toename van aantal chronische ziekten en de daaraan verbonden druk op het gezondheidszorg budget.
- Het vinden van genoeg professionals in de eerstelijns (vnl. verpleegkundigen en huisartsen)
- Transmurale samenwerking.
- Het laten landen van evidentie in de dagdagelijkse praktijk

De oplossingen zijn echter sterk verschillend. Sommige landen zetten sterk in op polyklinische werking vanuit de ziekenhuizen, andere sterk op eerstelijnsgezondheidszorg, andere op taakdelegatie. Sommige landen versterken de eerstelijns en laten daar ook subspecialisatie toe. Andere landen hebben een publiek en privaat systeem door elkaar. Sommige verplichten echelonnering en andere landen hollen de rol van huisartsen sterk uit.

Op weg naar huis bedacht ik mij weer eens dat ons systeem uitblinkt in het NIET maken van beleidskeuzes. Er is een voorkeur voor echelonnering maar geen sterke, er zijn eerstelijnspecialisten die tegelijk ook in de tweedelijns werken in het ziekenhuis, er is een afbouw van ziekenhuisbedden maar er komt geen geld voor de eerstelijns, er is een GMD maar dat is vrijblijvend, er zijn wachtposten en spoeddiensten en je kan naar 1733 bellen, maar ook gewoon aanmelden waar je zelf wilt als patiënt. Huisartsen kunnen werken in volledig verschillende praktijken gaande van solopraktijken in de woonkamer tot grote eerstelijnscentra/praktijken.

Er is terugbetaling maar je kan ook deconventioneren. Er is zogezegd een hoge kwaliteit maar deze wordt zelden gemeten in de eerstelijns.

En zo kan ik nog even doorgaan. Steeds zijn dat compromissen die ooit gesloten zijn. Maar waar gaan we nu echt naartoe? Onlangs werd dat voor ons heel concreet bij de bouw van een nieuw praktijkgebouw. Waar gaan we staan over 30 jaar als praktijk was toen de vraag en welke infrastructuur hebben we daar voor nodig? In omringende landen zoals de UK en Nederland is dat veel duidelijker.

Het is duidelijk dat er niet snel duidelijkheid te verwachten valt vanuit de politiek. Dus als mensen zich afvragen waarom we met velen samen onze schouders zetten onder pilootprojecten zoals Zorgzaam Leuven dan weet u het bij deze. We zoeken zelf oplossingen i.p.v. te wachten op het beleid dat geen duidelijke keuzes maakt. Wie wil meedoen, kijk zeker eens op www.zorgzaamleuven.be. Alle constructieve input is welkom want we hebben nog veel werk samen.

Met dank aan dr. Gijs Van Pottelbergh

Focus:

Enkele toelichtingen bij de activiteiten van onze commissies MCH Focus: Commissie Ouderenzorg - dr. Johan Vliers, voorzitter

Op donderdag, 26 september verzamelden de leden CRA's van de commissie Ouderenzorg voor een overleg.

Volgende punten werden besproken:

- rondvraag nieuwe voorzitter.
- Planning Nascholingscyclus Residentiële Ouderenzorg: afspraken eerste nascholingsavond, samen met apothekers?
- Bespreking WZC's uit regio.
- Rondvraag en varia: suggesties nieuwe naam 'commissie Ouderenzorg'?

Volgend overleg van commissie Ouderenzorg zal plaatsvinden op donderdag, 6 februari 2020.

HAIO-dagen MCH

Op 8 en 15 oktober verzamelden de jonge artsen (HAIO's) voor een kennismakingsmoment met MCH. We kunnen terug spreken van een geslaagde editie. Tijdens het goed gevuld ochtendprogramma probeerden we zoveel mogelijk praktische zaken door te geven aan de nieuwe HAIO's. Vooral het labo en het werken met Lab Online kwam goed aan bod, alsook een rondleiding in het labo. De polikliniek werd bezocht, zo leerden ze meer over de samenwerking met de specialisten en was er een kort bezoek aan de dienst medische beeldvorming.

Bedankt aan alle HAIO's die erbij waren, zeker voor jullie positieve feedback. "Veel bijgeleerd, handige tips, de specialist en de biologen gaven een gevoel van bereikbaarheid", om maar enkele quotes te citeren van de HAIO's.

In maart 2020 staat de volgende HAIO-dag op het programma dan start er opnieuw een nieuwe lichter HAIO's bij de praktijkopleiders.

REMINDERS!

Commissie Permanente Vorming - prof. dr. Birgitte Schoenmakers - MOST WANTED!

- 'Most wanted: moderatoren voor de avondvorming van het MCH (derde donderdag om 20 uur). Je leidt de avond in en modereert de vragen na de presentatie. Je krijgt daarvoor onze eeuwige dank én... een dubbel aantal accrediteringspunten. Aanmelden kan bij Birgitte.Schoenmakers@kuleuven.be of Mireille Van den Broeck (focus@mchlvwo.be).'