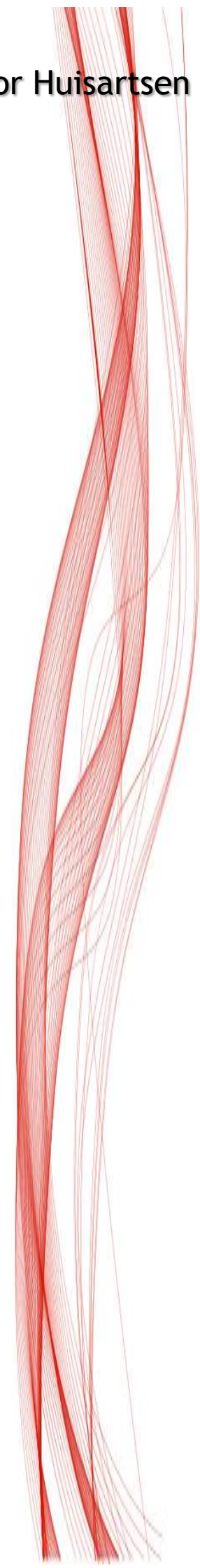




MCH opgericht door en voor Huisartsen

# Wetenschappelijke Tijdingen

Versijnt maandelijks  
Nummer 322  
oktober 2016  
Afgiftekantoor:  
Leuven Mail:  
P608708



## Inhoudsopgave

---

Voorwoord .....	2
50 jaar MCH, gesticht in Leuven - 500 jaar Utopia, gedrukt in Leuven .....	2
1. Agenda .....	3
2. De HAIO verwelkomingsdag was een groot succes! .....	6
3. Het symposium “Huisartsgeneeskunde 5.0” bracht realiteit .....	7
4. Huisarts tussen realiteit en science fiction .....	8
5. Medische Literatuur .....	9
<i>Shigella</i> species (bacillaire dysenterie): therapeutische aspecten .....	9
6. Medische artikels.....	11
6.1 Gastro-Enterologie.....	11
6.2 Hypertensie / Geriatrie .....	13
6.3 Seksuologie.....	14
6.4 Pediatrie / Chirurgie .....	16
6.5 Infectieziekten .....	17
6.6 Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk .....	19
6.7 Psychiatrie / Geriatrie .....	20
7. MCH-DIGEST.....	21
7.1 Een persoonlijke keuze.....	21
7.2 Cardiovasculair .....	21
7.3 Gastroenterologie.....	25
7.4 Gynaecologie .....	26
7.5 Infectieziekten .....	27
7.6 Orthopedie .....	28
7.7 Pneumologie .....	29
7.8 Reumatologie .....	30
8. Een frisse blik op huisartsgeneeskunde .....	34
Moderne technologie en levensstijlverandering.....	34
9. Specialisteninfo .....	35
10. Focus.....	36
11. Tentoonstelling MCH Leuven .....	37

### 50 jaar MCH, gesticht in Leuven - 500 jaar Utopia, gedrukt in Leuven

Utopia: je kan er deze herfst niet naast kijken in Leuven, tientallen manifestaties worden georganiseerd rond het vooruitstrevende boek van Thomas More, 500 jaar geleden gedrukt in Leuven op de persen van Dirk Martens, drukker uit Aalst.

Ou topos: (Grieks) geen plaats, onbestaande plek.

Eu topos: goede plek. Samen: een onbestaande goede plaats. More laat ons interpreteren.

Zes dromers, gevolgd door 14 andere huisartsen, legden 50 jaar geleden elk het equivalent van een middenklaswagen samen en stichtten een samenwerkende vennootschap met als doel de uitoefening van de huisartsengeneeskunde te vergemakkelijken en te verbeteren, en de samenwerking onderling en met de artsen-specialisten te bevorderen. Er werd een klein medisch labo ingericht, met daarnaast een radiografiedienst en een raadpleging met een tweetal specialisten.

Zij durfden dromen van een onbestaande plek voor huisartsen en patiënten.

Wat wij vandaag vanzelfsprekend vinden (labo met pick-up en resultaten snel bezorgd, specialist op verwijzing en verslag, nascholing op maat...) was toen nog utopie, onbestaand. In 50 jaar werd veel verwezenlijkt.

Sint-Thomas More (de man werd in vorige eeuw heilig verklaard) zijn Utopia-eiland is nog steeds onbestaand (utopisch).

MCH biedt een plek aan dromende durvers voor verbetering en verandering van het huisartsenwerk.

Wie voelt zich aangesproken?

E. Charlier  
Bestuurslid

# 1. Agenda

---

## Nascholingsprogramma academiejaar 2016-2017

### 1. Werkgroep Huisartsen Nascholingscyclus (verantwoordelijke dr. Birgitte Schoenmakers) derde donderdag van de maand - Grote vergaderzaal MCH Leuven - Aanvang: 21.00u

- 20.10.2016: Titel: Reumatologie: diagnostiek en opvolging i.s.m. de huisarts  
Spreker: dr. Veerle Taelman - reumatoloog MCH WO + UZ Leuven  
Moderator: dr. Wouter Van Mechelen
- 17.11.2016: Titel: Fertiliteitsexploratie vandaag  
Spreker: dr. Sylvie Gordts - Fertiliteit MCH Leuven + H. Hart Leuven  
Moderator: dr. Annelies Van Raemdonck
- 15.12.2016: Titel: Diëtiëk: zin en onzin over voedingshypes.  
Spreker: Patrick Mullie - voedingsexpert  
Moderator: (nog te bepalen)
- 19.01.2017: Titel: Ontwikkelingen in het landschap van de acute, niet-planbare zorg  
Spreker: dr. Chris Van der Mullen - Huisarts  
Moderator: dr. Sabine Van Baelen
- 16.02.2017: Titel: Hoe weerbaar en bevlogen blijven als huisarts  
Spreker: Charlotte Haarsma - klinisch psychologe  
Moderator: (nog te bepalen)
- 16.03.2017: Titel: Microbiële resistentie in WZC  
Spreker: dr. Johan Vliers - huisarts en apr. Marc Lontie - klinisch bioloog  
Moderator: (nog te bepalen)
- 20.04.2017: Titel: Diabetes update  
Spreker: Prof.dr. Chantal Mathieu - endocrinoloog KU Leuven  
dr. Geert Goderis - KU Leuven  
Moderator: (nog te bepalen)
- 18.05.2017: Titel: Verkorte ligduur: bijdrage van de huisarts  
Spreker: dr. Jo Lisaerde - Huisarts  
Moderator: (nog te bepalen)
- 15.06.2017: Titel: Evidence based medicine op de werkvloer; durven, doen of waarheid?  
Spreker: dr. Mieke Vermandere - Huisarts  
Moderator: (nog te bepalen)

---

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

- 11.10.2016: Titel: Het PSA dilemma: hoe kunnen we overbehandeling van prostaatkanker vermijden, zonder patiënten het recht op vroeg detectie te ontnemen?  
Spreker: Dr. Wouter Everaerts - uroloog MCH Leuven + KU Leuven  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 08.11.2016: Titel: Fertiliteitsexploratie vandaag  
Spreker: dr. Sylvie Gordts - Fertiliteit MCH Leuven + H. Hart Leuven  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 13.12.2016: Titel: Cholesterolbehandeling in 2016  
Spreker: prof. dr. Ann Mertens - endocrinoloog UZ Leuven  
Moderator: dr. Hendrik De Vis

- 10.01.2017 Titel: Rookstop (begeleiding)  
Spreker: te bepalen  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 14.02.2017: Titel: Hoe weerbaar en bevlogen blijven als huisarts  
Spreker: Charlotte Haarsma - klinisch psychologe  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 14.03.2017: Titel: (Bij) werking van het ziekteattest  
Spreker: dr. Lode Godderis - arbeidsgeneesheer  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 11.04.2017: Titel: (Paasvakantie 03/04 t/m 16/04)
- 09.05.2017: Titel: Verkorte ligduur: bijdrage voor de huisarts  
Spreker: dr. Jo Lisaerde - Huisarts  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 13.06.2017: Titel: Labo anno 2017: het Labo en het EMD  
Spreker: te bepalen  
Moderator: dr. Hendrik De Vis
- 

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

- 27.10.2016: Titel: NOAC's: casuïstiek en praktisch gebruik  
Spreker: prof. dr. Luc Jordaens - cardioloog St. Jan Brussel  
Moderator: dr. Noël Mortier
- 24.11.2016: Titel: Mythes in de voedingsadviezen. Kosten/baten voor patiënt en maatschappij  
Spreker: Katrien Meersseman - diëtiste WO, Nathalie Antonis - diëtiste  
Moderator: dr. Noël Mortier
- 22.12.2016: Titel: Neurobiologie van de depressie  
Spreker: te bepalen  
Moderator: dr. Veerle Fonteyn
- 26.01.2017: Titel: Implicaties en ethische aspecten van het digitaal delen van patiëntengegevens  
Spreker: dhr. De Cuyper  
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
- 23.02.2017: Titel: PSA en prostaatscarcinoom  
Spreker: dr. Peter De Wil - uroloog WO + Kliniek St. Jan  
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
- 23.03.2017: Titel: TBC en ZIKA: alles nieuw?  
Spreker: prof. dr. Steven Callens - internist infectioloog UZ Gent  
Moderator: dr. Noël Mortier
- 27.04.2017: Titel: Cognitieve revalidatie en neuropsychologisch onderzoek  
Spreker: dr. Astrid Görner - neuroloog MCH WO + H. Hart Leuven  
Moderator: dr. Luc De Pelecijn
- 18.05.2017: Titel: Evoluties in de organisatie van de 1<sup>ste</sup> lijnsgezondheidszorg  
Spreker: te bepalen  
Moderator: dr. Noël Mortier
- 22.06.2017: Titel: Inhalatietechnieken en toestellen - wat werkt?  
Spreker: te bepalen  
Moderator: dr. Noël Mortier
-

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

- 06.10.2016: Titel: Mini invasieve Heupchirurgie  
Spreker: dr. Bart Vingerhoeds - orthopedisch chirurg MCH Wezembeek-Oppem  
Moderator: dr. Paul Corty
- 01.12.2016: Titel: COPD en ASTHMA: de bomen en het bos: welke devices gebruiken: een objectieve kijk  
Spreker: dr. Isabelle Wauters, pneumoloog UZ Leuven  
Moderator: dr. Paul Corty
- 02.02.2017: Titel: EBM in de dagelijkse praktijk  
Spreker: te bepalen  
Moderator: dr. Paul Corty
- 27.04.2017: Titel: 'Mythes in de media'  
Spreker: Marleen Finoulst, Gezondheid en Wetenschap, Belgisch Centrum voor Evidenced Based Medicine?  
Moderator: dr. Paul Corty
- 01.06.2017: Titel: Diabetes type 2: het bos en de bomen  
Spreker: dr. Greet Vandistel, dr. Katrin Mortelmans en dr. Els Delaunay, endocrinologen H. Hartziekenhuis  
Moderator: dr. Paul Corty
- 

5. **NASCHOLINGSCYCLUS " Residentiële Ouderenzorg", verantwoordelijke dr. Johan Vliers, voorzitter commissie WZC (WoonZorgCentra), Locaties: afwisselend in WoonZorgCentra in de regio**

- 24.11.2016: Titel: Dagopvang, kortverblijf in het Leuvense, inloophuis  
Spreker: dr. Eric Triau - neuroloog  
Moderator: dr. Geert Van Boxem  
Locatie: WZC De Wingerd - Wingerdstraat 14, 3000 Leuven - tel 016 284790
- 

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

---

7. **Leuvense EBM-seminaries - A.C.H.G. verantwoordelijken dr. Bert Aertgeerts (CEBAM), dr. Jan Degryse, dr. Birgitte Schoenmakers woensdagavond (2 à 3x/jaar) - grote zaal MCH - 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 337468

Uitnodiging volgt.

---

8. **Symposia Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart in samenwerking met MCH en de K.G.K.L. - Verantwoordelijken dr. Lieven Peperstraete, dr. Nancy De Vadder - vijfde donderdag van de maand - Inlichtingen via Heilig Hartziekenhuis - Leuven, nucleaire geneeskunde tel. 016/209664 - 016/209665**

---

## 2. De HAIO verwelkomingsdag was een groot succes!

Tijdens de HAIO-dag verwelkomde MCH 21 enthousiaste HAIO's.



De aanwezige huisartsen in opleiding hebben alles geleerd over de werking van de polikliniek, het labo en Focus. Ook alle tools die ter beschikking staan van de huisarts zijn voorgesteld via een kleine demonstratie. Zo kunnen de HAIO's direct van start gaan bij hun praktijkopleiders.



MCH wenst alle huisartsen in opleiding een hele mooie carrière toe. Succes!

### 3. Het symposium “Huisartsgeneeskunde 5.0” bracht realiteit

#### Huisarts tussen realiteit en science fiction.

Viergangen of vijfsterren? Professionalisering van de navorming (huis)artsen

Spreker: Prof.dr. Birgitte Schoenmakers

Nieuwe organisatie en financiering van zorg: een perspectief vanuit de eerstelijns

Spreker: Prof.dr. Jan De Maeseneer

Synergie tussen neuronen en elektronen

Dr. Harrie Dewitte

Impact van de genetische revolutie op de medische praktijk

Spreker: Prof.dr. Jean-Jacques Cassiman

Rol van de nano-elektronica voor de precisiegeneeskunde in de huisartsenpraktijk

Dhr. Johan Van Helleputte

Het symposium ter ere van 50 jaar MCH werd in een prachtige setting gehouden met een recordaantal deelnemers en 5 bevolgen sprekers. Heeft u het symposium toch gemist dan kan u op de website [www.medischcentrumhuisartsen.be](http://www.medischcentrumhuisartsen.be) alle presentaties bekijken of hier [downloaden](#).





## 4. Huisarts tussen realiteit en science fiction

---

Iedere arts die pakweg twintig jaar aan de slag is, heeft in die korte tijd al een merkelijke evolutie gezien op diagnostisch, therapeutisch en organisatorisch vlak. De evolutie in kennen en kunnen stijgt volgens een exponentiële schaal. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor de geneeskunde.

Maar hoe zal de huisartsgeneeskunde en de geneeskunde tout court er binnen tien jaar dan wel uitzien? Als we in hetzelfde tempo blijven evolueren zouden we nog wel eens verbaasd kunnen staan toekijken. Zal ik enkele voorbeelden uitplukken?

Zelfdiagnose van de patiënt via Google en apps die op hun beurt leren van de input van de gebruikers, diagnostica vrij verkrijgbaar in het warenhuis waarmee patiënten zich voor een prikje kunnen prikken, elektronische communicatie met zorgverstrekkers en aankopen van medicatie via de e-commerce. Het zal vanzelfsprekend zijn dat de patiënt zijn eigen dossier beheert en het bij gelegenheid uitbesteedt aan o.a. de arts. Of dit allemaal science fiction is zal later moeten blijken. Alhoewel, wat veertig jaar geleden een onmogelijke fantasie leek, is nu dagelijkse kost voor de artsen van vandaag.

Op dit symposium maakten we een voorzichtige wandeling in de toekomst. Voorzichtig omdat de toekomst per definitie pas later werkelijkheid wordt en onderhevig is aan onnoemelijk veel randvoorwaarden, die we niet allemaal kennen of kunnen beheersen. Tegelijk dagen de vragen op naar de grenzen van de medische activiteit.

De arts als leerlingtovenaar, of wat ik al een keer de arrogantie van de geneeskunde noem. Maar wie weet hoe men zich binnen veertig jaar, gesteund door zoveel meer kennis van bv. moleculaire biologie, verkneukelt bij de geneeskunde van vandaag. Dat men zich dan verbaast dat mensen toen zo oud werden, ondanks de geneeskunde. Maar goed, artsen en wetenschappers kunnen niet anders dan handelen volgens de huidige kennis en mogelijkheden.

De ommezwaai naar andere technieken en organisatie kan revolutionair zijn, maar kennen betekent niet automatisch willen en kunnen.

Met het stijgen van de medische macht komen er ook steeds meer vragen naar ethische en deontologische aspecten. Denken we maar aan tere punten zoals een genetisch paspoort bij de geboorte en aan genetische manipulatie, laat staan aan klonen van de mens.

Financieel groeien de bomen niet tot in de hemel. Ook daar zullen keuzes moeten worden gemaakt. Hoeveel euro's wil de gemeenschap betalen voor een kwaliteitsvol levensjaar van de burger? En wat is een kwaliteitsvol leven? De performantie van de geneeskunde zal zorgen voor een vat vol maatschappelijke discussies en keuzes. Rationeel omgaan met de beschikbare middelen zal een dwingende plicht worden.

De vijf sprekers gunden ons een blik in de toekomst, niet via een kristallen bol, maar gesteund op feiten en realistische toekomstverwachtingen. Sprekers die inspireren, nieuwe ideeën hebben en ja, ook het beleid en de toekomst beïnvloeden.

Alhoewel de grenzen eindeloos lijken, zullen die ongetwijfeld worden gereguleerd door socio-economische, ethische en politieke factoren. Er zullen keuzes moeten worden gemaakt. Sociologen en filosofen hebben we vandaag niet in de aanbieding maar de sprekers kunnen ons helpen om te reflecteren over de potentiële maatschappelijke keuzes.

Dr Karel De koker

## 5. Medische Literatuur

### **Shigella species (bacillaire dysenterie): therapeutische aspecten**

#### **Dysenterie**

Hippocrates beschreef dysenterie, als een aandoening met frequente en pijnlijke defecatie met bloed en mucus. Op het einde van de 19de eeuw werd aangetoond dat *Entamoeba histolytica* de verwekker is van een zeldzame vorm van dysenterie die dikwijls gepaard gaat met leveraantasting. In 1906 kon Shiga aantonen dat de oorzaak van de meeste gevallen van dysenterie de naar hem genaamde *Shigella* bacterie was. Hij stelde vast dat er bij deze patiënten agglutininen tegen de bacterie aanwezig waren in het serum (1). Tijdens de eerste wereldoorlog was *Shigella* de belangrijkste oorzaak van ernstige diarree en tot op heden blijft shigellosis een belangrijk probleem tijdens militaire operaties (2).

De incubatietijd van een *Shigella* infectie bedraagt 1 tot 7 dagen (5). Zowel intestinale als systemische complicaties (neurologische aantasting, reactieve artritis, bacteriëmie, metabole stoornissen,...) zijn beschreven (5).

#### **Shigella**

*Shigella* is verwant met *Escherichia coli*, doch in tegenstelling tot *E. coli* is *Shigella* steeds onbeweeglijk en niet omkapseld (1). *Shigella* is zeer besmettelijk (vermoedelijk de meest besmettelijke bacterie). Minder dan 100 bacteriën zijn voldoende om bij gezonde personen de ziekte te veroorzaken (1). Dit verklaart mede de hoge besmettelijkheid van deze bacterie en het feit dat ze zich zeer gemakkelijk verspreiden binnen gemeenschappen (familie, kinderen, school). Ook in het Leuvense werden we in het verleden reeds geconfronteerd met outbreaks in scholen door *Shigella sonnei*. Shigellosis komt op wereldvlak voornamelijk voor bij kinderen tussen 6 maand en 10 jaar (1). In ons land is shigellosis vaak geassocieerd met reizen naar tropische bestemmingen (Afrika, Azië, Latijns-Amerika). De 47 serotypen van *Shigella* worden onderverdeeld in vier groepen: *Shigella dysenteriae*, *Shigella flexneri*, *Shigella boydii*, en *Shigella sonnei*. *S. sonnei* komt in ons land het meest voor. Uit data van het Nationaal Referentiecentrum voor *Salmonella* en *Shigella* van 2014 blijkt dat 290 van de 402 onderzochte *Shigella* stammen (67,8%) werden geïdentificeerd als *S. sonnei* (tabel 1) (3). In 2014 werd er in België slechts één *Shigella dysenteriae* type 1 (de Shiga bacil) gerapporteerd (3). *Shigella dysenteriae* type 1 produceert een Shiga toxine en kan het hemolytisch uremisch syndroom veroorzaken (6). Om deze reden behoort *S. dysenteriae* serotype 1 (de bacil van Shiga) tot de klasse 3 microorganismen en mag ze dus enkel gekweekt worden in aangepaste en beveiligde laboratoria. Uiteraard is het meestal niet mogelijk om op voorhand te voorspellen of deze bacterie zal geïsoleerd worden. In het labo van het MCH werden er tot nu toe twee gevallen van infectie met de Shiga bacil gediagnosticeerd, beiden kwamen uit Afrika. De Shiga bacil komt af en toe nog voor, meestal onder epidemische vorm, in ontwikkelingslanden. Het Shiga toxine komt eveneens voor bij diverse *E. coli* stammen (ondermeer bij bepaalde *E. coli* O157:H7) (1).

#### **Gevoeligheid voor antibiotica**

In het labo van het MCH werden van 2011 t.e.m. 2015 110 *Shigella* stammen geïsoleerd, waarvan 91 (83%) *S. sonnei*. De gevoeligheid van deze *Shigella* stammen is opgesomd in tabel 2. Veertien (13%) van de 110 *Shigella* waren resistent tegen Ciprofloxacine (en dus ook de andere fluorochinolonen). Tegen Co-Trimoxazole is de resistentie aanzienlijk (slechts 40% S) maar ook bij derde generatie cefalosporines observeerden we enkele gevallen van resistentie in het MCH (Cefotaxime 97% S). Met het testen van Azithromycine werd recenter gestart. Er waren 2 (18%) Azithromycine resistente *Shigella* stammen (beiden *S. sonnei*) op een totaal van 11 geteste stammen.

#### **Therapie**

Therapie wordt aanbevolen enerzijds om de symptomen te verminderen en anderzijds om een eradicatie van het organisme te bekomen, waardoor de infectie zich minder gemakkelijk kan verspreiden (6). Voor de behandeling van shigellosis worden een chinolone, Azithromycine en Ceftriaxone (bij kinderen) voorgesteld (1). De laatste jaren wordt er meer en meer melding gemaakt van resistentie tegen chinolonen en Azithromycine maar ook tegen derde generatie cefalosporines (Ceftriaxone) bij *Shigella* (4). Om die reden is een laboratoriumonderzoek met antibiogram aangewezen. Azithromycine-resistente *S. flexneri* 3a stammen hebben zich over de continenten verspreid bij homoseksuele mannen (MSM) in regio's waar shigellosis eerder zeldzaam is (5).

Tabel 1. *Shigella* spp. geïdentificeerd door het Nationaal referentielaboratorium in 2014

	aantal	percentage (%)
<i>Shigella dysenteriae</i>	7	1,24
<i>Shigella flexneri</i>	89	24,46
<i>Shigella boydii</i>	15	6,19
<i>Shigella sonnei</i>	290	67,80
<i>Shigella</i> spp.	2	0,31
Totaal	402	100

Tabel 2. Gevoeligheid (% S. gevoelig) van *Shigella* spp. (n=110) bepaald in het laboratorium van het MCH (2011-2015)

Cefotaxime (*)	Ciprofloxacine (%S)	Co-Trimoxazol (%S)
97,27	87,27	40,36

(\*) in het MCH wordt cefotaxime getest als derde generatie cefalosporine

#### Referenties

1. Dupont HL. 2010. Bacillary Dysentery: *Shigella* and Enteroinvasive *Escherichia coli*. In GL et al. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases. 8th ed. 2015, p 2569-2574.
2. Baker KS, Mather AE, McGregor H et al. 2014. The extant of World War 1 dysentery bacillus NCTC1: a genomic analysis. Lancet 384:1691-1697.
3. Jaarverslag 2014 van het Nationaal Referentiecentrum voor *Salmonella* en *Shigella*. WIV Brussel (vrij beschikbaar op het web).
4. Nüesch-Inderbilen M, Heini N, Zurfluh K et al. 2016. *Shigella* antimicrobial drug resistance mechanisms, 2004-2014. Emerging Infectious Diseases 22:1083-1085.
5. Baker KS, Dallman TJ, Ashton PM et al. 2015. Intercontinental dissemination of azithromycin-resistant shigellosis through sexual transmission: a cross-sectional study. Lancet Infect Dis 15:913-921.
6. UpToDate

Britt Van Meensel, Heidi Castryck, Marc Lontie

## 6. Medische artikels

---

### 6.1 Gastro-Enterologie

#### *Chronische, niet-bloederige diarree: mogelijke oorzaak*

Microscopische colitis is een overkoepelende term voor vormen van dikkedarmontsteking, die gekenmerkt worden door chronische, niet-bloederige diarree, een niet-afwijkend aspect van de colonmucosa bij endoscopie, en de aanwezigheid van specifieke histologische afwijkingen in de bipten.

*Casus:* een dame, 45 jaar, die al 4 jaar klachten vertoont van diarree, wordt naar het hospitaal verwezen, niet voor een 'second opinion', maar voor een 'third opinion':

#### • **Medische voorgeschiedenis:**

- Behalve reumatoïde artritis vertoont ze ook idiopatische gegeneraliseerde epilepsie.
- Verder is er psoriasis en een depressieve stoornis.
- Ze gebruikt als medicatie Etanercept, Fluvoxamine, Naproxen en Levetiracetam.
- Er was in twee andere ziekenhuizen een uitgebreide analyse uitgevoerd naar de oorzaak van de diarree:
  - Bacteriële en parasitaire infecties, coeliakie, ziekte van Crohn, colitis ulcerosa, exocriene pancreasinsufficiëntie, laxantiagebruik, voedselallergieën en lactose-intolerantie werden hierbij uitgesloten.
  - Biochemisch waren er geen tekens van malabsorptie.
  - Er werden geen macroscopische afwijkingen aangetoond bij ileoscopie.
  - In de willekeurig genomen colonbipten vond men het beeld van een specifieke, chronische ontsteking, maar aanvullende kleuringen werden niet verricht.

#### • **Actuele bevindingen:**

- De diarree is waterdun met een frequentie tot acht maal per dag **zonder** bloedbijmenging.
- De diarree heeft een sterk negatieve invloed op haar sociaal functioneren.

#### • **Verdere aanpak:**

- In het centrum besluit men, gezien de uitgebreidheid van de vorige onderzoeken, om allereerst de colonbipten te reviseren.
- Specifieke vraag is of er sprake kan zijn van een microscopische colitis.
- De patholoog beschrijft een beeld van chronische inflammatie in de lamina propria met een verdikte sub-epitheliale collageenband, passen bij het beeld van collageneuze colitis.
- In deze context worden Naproxen en Omeprazole uit voorzorg gestaakt en start patiënte met Budesonide 9 mg/dag.
- Binnen de paar dagen verdwijnt de diarree hiermee en na 4 maanden probeert men de Budesonide af te bouwen naar 6 mg/dag, maar helaas zonder succes.

#### *Incidentie van microscopische colitis:*

- Ligt in Nederland opvallend laag in vergelijking met internationale cijfers:
  - De gemiddelde jaarlijkse incidentie bedroeg in de periode 2000-2012 voor collageneuze colitis 1,8 en voor lymfocyttaire colitis 1,3 per 100.000 persoonsjaren.
  - Een recente review vermeldt daarentegen een wereldwijde incidentie van respectievelijk 4,1 en 4,9 per 100.000 persoonsjaren.
- In de periode 2000-2012 steeg de Nederlandse incidentie van microscopische colitis van 1,9 naar 5,4 per 100.000 persoonsjaren:
  - Betreft een statistisch significante stijging in de loop van de tijd die overeenstemt met observaties in internationale studies.
  - Het is niet duidelijk of dit een weerspiegeling is van een toegenomen ziektefrequentie, een toegenomen alertheid op microscopische colitis of beide.
- Wat opvalt is dat de aandoening 3-4 keer vaker voorkomt bij vrouwen en dat de leeftijd bij diagnose 60-65 jaar is.
- Men stelt gemiddeld genomen bij ongeveer 10% van de patiënten met chronische diarree de diagnose 'microscopische colitis', maar bij patiënten ouder dan 70 jaar is dit percentage +/- 20%.

#### *Klinisch beeld:*

- Het primaire symptoom is chronische diarree, vaak waterdun en hoogfrequent (5-15 keer per dag).
- Een grote groep patiënten rapporteert daarnaast buikklasten, continentieproblemen of gewichtsverlies, terwijl dehydratie en elektrolytenstoornissen eerder zeldzaam zijn.
- Er zijn ook nog de subtypes collageneuze colitis en lymfocyttaire colitis:
  - Ze geven dezelfde symptomen als microscopische colitis.
  - Toch lijkt lymfocyttaire colitis met lichtere verschijnselen te verlopen dan de collageneuze vorm.
- Microscopische colitis kenmerkt zich in vergelijking met prikkelbare darmsyndroom door een hogere leeftijd bij aanvang (>50 jaar), diarree sinds <12 maanden, gewichtsverlies, minder of minder ernstige buikklasten en de aanwezigheid van auto-immuunziekten.

- Het natuurlijke ziektebeloop kenmerkt zich door een plots begin, gevolgd door periodes met afwisselend meer en minder ziekteactiviteit:
  - De klachten kunnen jaren aanhouden en slechts een klein deel van de patiënten lijkt spontaan te herstellen.
  - Op de kwaliteit van leven heeft de chronische diarree een grote impact.

#### *Etiologie:*

- Diverse factoren spelen een rol bij het ontstaan van de aandoening:
  - Tot bijna 40% van de patiënten vertoont ook galzoutmalabsorptie.
    - Een causale oorzaak werd nochtans nooit aangetoond.
    - Meest betrouwbaar bij het vaststellen van deze malabsorptie is oraal toegediend radioactief gelabeld galzuur, namelijk Se-75-tauroselcholinezuur.
  - Geregeld ziet men bij de aandoening de aanwezigheid van auto-immuunaandoeningen, zoals reumatoïde artritis, schildklieraandoeningen en coeliakie, wat het vermoeden versterkt van een immunologische verklaring voor de ziekte.
- Er zijn andere onderzoeken die eerder wijzen in de richting van een gestoorde barrièrefunctie van de colonmucosa, al dan niet in combinatie met een genetische predispositie.
- Opvallend zijn de bevindingen van medicatiegebruik als uitlokkende factor:
  - Gaat vooral om middellang gebruik (3-12 maanden) van niet-steroidale pijnstillers, protonpompremmers (PPI's) of bepaalde antidepressiva.
  - Ze lijken duidelijk een verhoogde kans te geven op microscopische colitis.

#### *Diagnosestelling:*

- Men moet de diagnose overwegen wanneer een patiënt chronische, niet-bloederige, al dan niet waterdunne diarree vertoont:
  - Geldt vooral als patiënt in kwestie qua leeftijd of geslacht in het profiel past en als er oorzaken voor acute diarree afwezig zijn.
  - Een niet-afwijkend macroscopisch beeld van de colonmucosa en de aanwezigheid van specifieke histologische kenmerken zijn verder essentieel voor de diagnose.
  - Sowieso moeten andere oorzaken van chronische diarree uitgesloten worden.
- Vooralsnog lijken macroscopische mucosale afwijkingen zoals een toegenomen vaattekening, laceratie van de mucosa of oedeem niet frequent voor te komen, en zijn waarschijnlijk aspecifiek.
- Er zijn steeds meer aanwijzingen dat linkszijdig bipteren even sensitief is als rechtszijdig:
  - Toch blijft het advies gelden om bij verdenking in alle colonsegmenten diverse bipten te nemen op willekeurig gekozen plaatsen en in separate potjes op te vangen.
  - Feit is dat microscopische colitis wisselend voorkomt in de colonmucosa en dat andere mogelijke oorzaken van chronische diarree alzo betrouwbaar kunnen onderzocht worden.
- Er moet in de bipten minimaal sprake zijn van een toegenomen ontstekingsinfiltraat in de lamina propria, bestaande uit plasmacellen en lymfocyten.
- Wat betreft de diagnose 'lymfocyttaire colitis':
  - Er moet ook een toename zijn van het aantal intra-epitheliale lymfocyten.
  - Wil zeggen dat er meer dan 20 intra-epitheliale lymfocyten zijn per 100 epitheelcellen.
- Wat betreft de diagnose 'collageneuze colitis':
  - Men ziet een verdikte subepitheliale collageenband van meer dan 10 µm.
  - Men ziet ook regelmatig een loslating van het oppervlakte-epitheel.
- Een kleuring op CD-3, een Sirius-roodkleuring of een Gieson-kleuring kunnen als aanvullende immunohistochemische kleuringen helpen om de diagnosestelling te vergemakkelijken.
- Voldoen de histologische veranderingen niet volledig aan de bovengenoemde criteria voor collageneuze colitis of lymfocyttaire colitis, dan gebruikt men de diagnose 'incomplete microscopische colitis':
  - Hierbij vindt men een collageedikte van 5-10 µm.
  - De aanwezigheid van 10-20 intra-epitheliale lymfocyten volstaat ook voor de diagnose.

*Behandeling:* de European Microscopic Colitis Group heeft recent een behandelalgoritme opgesteld, met als gevolg een sterke verbetering van de aanpak:

- In de evidence-based behandeling hebben voedingsvezels en bismutpreparaten niet langer een plaats.
- De eerste medicamenteuze optie bij actieve ziekte is orale **Budesonide**:
  - Bij 81% van de patiënten geeft Budesonide 9 mg/dag gedurende 6-8 weken een respons.
  - Bij 60-80% van de patiënten treedt er echter binnen de 3 maanden na het staken van deze medicatie een herhal in klachten op.
  - Bij 80% van deze patiënten verschijnt er opnieuw een remissie bij herinroductie van Budesonide 9 mg/dag, gevolgd door 6 maanden Budesonide 6 mg/dag als onderhoudsbehandeling.
- Er bestaat buiten Budesonide geen evidence-based behandeling voor microscopische colitis.

- Reageert de patiënt niet op Budesonide, dan geldt het advies om de richtlijnen te volgen voor de behandeling van patiënten met inflammatoire darmziekten:
  - Mogelijk is **Mesalazine** effectief, maar men besluit ook vaak om een **Thiopurine** te geven.
  - Nog een optie is het gebruik van **TNF- $\alpha$ -blokkers**, immers in een groep van 8 patiënten leken er 5 hiervan op te reageren, maar voor de indicatie 'microscopische colitis' zijn deze medicijnen niet geregistreerd.
  - Ook de Thiopurines en Methotrexaat zijn nog nooit in trialverband onderzocht.
- Naast de eerder genoemde medicijnen wordt **Loperamide** meestal als symptomatische behandeling toegepast.
- Enkel in uitzonderlijke omstandigheden wordt chirurgische interventie verricht, en dan alleen als laatste therapeutische optie.
- Alleen een totale colectomie leidt uiteindelijk tot een blijvende klachtenreductie, zo blijkt uit de beperkte literatuur ter zake.
- Mogelijk is medicatie een uitlokkende factor, en daarom is het raadzaam om voor het begin van de medicamenteuze aanpak de medicatielijst van de patiënt te overlopen:
  - Hierbij is een chronologisch verband tussen het medicatiegebruik en de klachten relevant.
  - Een pragmatische en doeltreffende behandeling kan dan zijn om met verdachte risicomedicatie te stoppen.
  - Nadien volgt dan een kortdurende herintroductie van deze medicatie, kwestie van de mogelijke oorzaak van de diarree te identificeren.
  - Deze stap wordt in de kliniek vaak overgeslagen omwille van de impact van microscopische colitis op het dagelijks functioneren en de effectiviteit van orale Budesonide.
  - Men begint dus direct met medicamenteuze behandeling, en het is ten andere ook niet bekend of de symptomen of de histologische afwijkingen merkbaar anders zijn als er sprake is van medicatie-geïnduceerde microscopische colitis.

#### *Beschouwing:*

- Internationaal, maar ook in Nederland, ziet men een duidelijke toename van het aantal patiënten met de diagnose 'microscopische colitis'.
- Nochtans ligt de incidentie in Nederland laag en niet-gepubliceerde Nederlandse gegevens tonen grote onderlinge verschillen tussen verschillende regio's qua aantal patiënten met de diagnose.
- De diagnose wordt mogelijk om verschillende redenen bij een substantieel aantal patiënten gemist:
  - Misschien worden de symptomen geduid als prikkelbare darmsyndroom.
  - Er wordt geen colonoscopie uitgevoerd.
  - Er wordt niet of onvoldoende gebiopteerd bij patiënten met chronische diarree en een macroscopisch niet-afwijkende colonmucosa.
  - Histologische afwijkingen worden niet herkend als tekens van microscopische colitis.
- Verder moet men alert zijn op de aanwezigheid van mogelijke uitlokkende of onderhoudende factoren, die dan, waar mogelijk, geëlimineerd moeten worden.

*Besluit:* het is dus van belang om bij langdurige, niet-bloederige diarree ook te denken aan microscopische colitis:

- Er is het chronisch karakter, de negatieve invloed op de kwaliteit van leven en de beschikbaarheid van een relatief eenvoudige en doeltreffende behandeling.
- Alertheid verhoogt dus de kans op een tijdige diagnosestelling en adequate aanpak.

Ned Tijdschr Geneeskd 16 april 2016 pag. 25-29

## 6.2 Hypertensie / Geriatrie

### *(Fitte) ouderen en aanpak van hypertensie*

Over streefwaarden voor de BD bestaat er na 40 jaar onderzoek nog altijd controversie, en dan vooral bij ouderen:

- Voor de systolische BD variëren de gepropageerde streefwaarden van 120 mmHg bij relatief gezonde ouderen tot 160 mmHg bij kwetsbare of zeer oude patiënten.
- Er bestaat echter over geen enkele patiëntencategorie consensus.
- In deze context kan men de vraag stellen of de systolische bloeddrukstreefwaarde bij patiënten met een hoog cardiovasculair risico <120 mmHg of <140 mmHg moet zijn.

#### *Onderzoek ter zake :*

- Gebeurde in een niet-geblindeerde studie:
  - Ruim 9000 patiënten uit de VS of Puerto Rico met een systolische BD tussen de 130 en 150 mmHg werden gerandomiseerd tussen een systolische bloeddrukstreefwaarde van <120 of <140 mmHg.
  - Ze waren ouder dan 50 jaar en vertoonden een verhoogd cardiovasculair risico.
  - Patiënten met DM of een doorgemaakte beroerte werden uitgesloten.

- Voornaamste resultaten:
  - De gemiddelde systolische BD in de groepen bedroeg 121 versus 136 mmHg.
  - Omwille van een gunstigere uitkomst in de intensieve behandelgroep werd het onderzoek na ruim 3 jaar afgebroken.
  - Er was namelijk 25% minder risico op acuut coronair syndroom, beroerte, hartfalen of cardiovasculaire sterfte.
  - In de intensief behandelde groep lag de totale sterfte eveneens een kwart lager, maar er waren wel meer bijwerkingen.
  - In de meeste subgroepen, t.t.z. man vs. vrouw, jonger of ouder dan 75 jaar, et cetera, was het voordeel van een lage streefwaarde ongeveer stabiel.

*Praktische consequenties:*

- Er was net een tendens naar een hogere streefwaarde betreffende het hypertensieveld voor oudere patiënten.
- Juist nu geeft dit onderzoek weer een krachtig tegengeluid, maar het is evenwel niet verstandig om bij alle ouderen plots naar 120 mmHg te spurten.
- Er zaten ten andere in het onderzoek relatief fitte ouderen en bovendien is de veiligheid en effectiviteit van sterke bloeddrukdaling, van bvb. 160 naar 120 mmHg, nog steeds omstreden.
- 't Is wel zo dat voor relatief fitte ouderen met een uitgangswaarde tot ongeveer 150 mmHg, mits goed verdragen, een daling naar 120-125 mmHg wel beter verdedigbaar geworden is op basis van dit onderzoek.

Ned Tijdschr Geneeskd 23 april 2016 pag. 37.

## 6.3 Seksuologie

### *Beleving van seksualiteit bij bepaalde specifieke populaties*

Het is algemeen bekend dat seksualiteit een belangrijk aandeel heeft in de kwaliteit van leven, maar voor chronisch zieken, patiënten met kanker en ouderen wordt dit nogal eens minder vanzelfsprekend gevonden.

*Casus:* betreft een 54-jarige samenwonende man die 2 jaar terug een fors myocardinfarct doormaakte, wat aanleiding gaf tot hartfalen.

- Verdere voorgeschiedenis:
  - Het hartfalen uit zich in de vorm van dyspneu tijdens ongebruikelijke lichamelijke inspanning (NYHA klasse II).
  - Als medicatie gebruikt hij Acetylsalicylzuur, Simvastatine, Enalapril, hydrochloorthiazide en Metoprolol.
  - Als hovenier heeft hij zijn werk moeten stopzetten naast zijn sportactiviteiten (hardlopen en fitness).
  - Sinds 2 jaar is zijn BMI toegenomen tot 31 kg/m<sup>2</sup> en zijn alcoholgebruik is toegenomen tot ongeveer 4 eenheden per dag.
- Verdere evolutie:
  - 2 jaar na zijn hartinfarct bezoekt hij zijn huisarts met de vraag om een erectieversterkend middel.
  - Seks met zijn partner, zegt hij, is sinds 2 jaar fors verslechterd.
  - Goede erecties zijn er niet meer en hij heeft minder vaak zin om op de wensen van zijn partner in te gaan.
  - Vermoedelijk gaat het volgens de huisarts om een voornamelijk somatisch bepaalde erectiele disfunctie, en hij schrijft Sildenafil 50 mg voor, een half uur in te nemen voor de te verwachten seksuele activiteit.
  - 4 maal gebruikt patiënt dit middel, maar het resultaat valt eigenlijk tegen.
  - De dosis wordt dan verhoogd naar 100 mg, maar ook dit heeft niet het beoogde effect, waarop hij besluit om de situatie te aanvaarden.
- Anderhalf jaar later:
  - Tijdens een controle bij de cardioloog vertelt patiënt over zijn erectiestoornissen.
  - Deze had naar aanleiding van zijn medicatiegebruik geïnformeerd naar zijn seksueel functioneren.
  - Blijkt dat patiënt redelijke erecties heeft als hij masturbeert tijdens het kijken naar porno.
  - Kennelijk is er volgens de cardioloog nog enige erectiele restfunctie en volgens hem kan verbetering van zijn levensstijl patiënt helpen om te voorkomen dat zijn erectievermogen verder achteruitgaat.
  - Patiënt wordt gemotiveerd om meer te gaan bewegen, af te vallen en het alcoholgebruik te verminderen en men besluit ook om de hydrochloorthiazide te vervangen door Furosemide.
- Weer een jaar later:
  - De verpleegkundige van de hartfalenpoli informeert naar het seksueel functioneren.
  - Patiënt vertelt dat hij weer naar behoren seks heeft met zijn partner.
  - Zijn BMI is afgezakt naar 24 kg/m<sup>2</sup>, hij loopt elke dag 3 keer een half uur met zijn hond, maar het alcoholgebruik is niet veranderd.
  - Er is geen sprake van toename van dyspneu, ondanks de wijziging van de medicatie.
  - Hij gebruikt nu ook zo nodig Tadalafil 20 mg met een gunstig effect op zijn erecties, een product dat hij aanvankelijk via internet bestelde, maar nu via de huisarts voorgeschreven krijgt.
  - Hij heeft door de langere werkzaamheid van Tadalafil minder last van de koppeling tussen het moment van inname en het moment van de seksuele activiteit.

### *Incidentie:*

- In 2012 vertoonde 19% van de mannen en 27% van de vrouwen in de leeftijdsgroep van 15-70 jaar in Nederland 1 of meer seksuele disfuncties.
- Deze prevalenties zijn niet zichtbaar in de huisartspraktijk en daar zijn een paar redenen voor:
  - Enerzijds is er een lage zorgbehoefte bij patiënten met seksuele problemen.
  - Patiënten kunnen namelijk oneigenlijke argumenten hebben om af te zien van seksuologische hulp.
  - Anderzijds bestaat er een onderrapportage in de huisartspraktijk.

### *Initiatie van een gesprek:*

- Vaak hopen en verwachten arts en patiënt dat de ander het gesprek over seksualiteit zal beginnen.
- Deze houding kan een beperking zijn van een netwerk van vele hulpverleners rond een patiënt.
- Er zijn dan ook een aantal situaties waarin de NHG-standaard 'Seksuele Klachten' aanbeveelt om op een bepaald moment proactief seksualiteit te bespreken:
  - Bij urogynaecologische klachten, een depressie, seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis.
  - Bij chronische lichamelijke aandoeningen, o.a. DM, COPD, maligniteiten en hart- en vaatziekten.
  - Bij chronisch gebruik van geneesmiddelen of een zieke of langdurig opgenomen partner.
- Bij vrouwen met borstkanker gaan depressieve klachten vaak samen met seksuele klachten.
- Bij patiënten met kanker is seksualiteit ten andere een van de belangrijkste psychosociale domeinen waarbinnen een probleem ervaren wordt, ten andere 5 jaar na de diagnosestelling van kanker is dit zelfs het belangrijkste domein.
  - Er zijn maar 2 eenvoudige vragen nodig die elke hulpverlener kan stellen om het onderwerp bespreekbaar te maken:
    - 'Leidt uw klacht/aandoening/behandeling tot verandering in seksualiteit?'
    - 'Sommige patiënten hebben bij deze klacht/aandoening/behandeling ook seksuele klachten, herkent u dat en heeft u hier last van?'
- Indien patiënt 2 maal bevestigend antwoordt en ook aangeeft om hiervoor hulp bij te wensen, dan kan de hulpverlener, afhankelijk van tijd, ervaring en expertise, zelf doorvragen of verwijzen.

### *Terug naar de casus:*

- Patiënt nam zelf het initiatief om zijn seksuele problemen bij de huisarts ter sprake te brengen.
- Doorvragen had teleurstelling en uitstel van behandeling kunnen voorkomen:
  - Bracht mee dat patiënt een andere fosfodiësterase (PDE)-5-remmer ging gebruiken.
  - Hij bestelde dit product via internet, was dus niet voorgeschreven door de huisarts.
  - Bij verkeerd gebruik kunnen deze middelen ernstige bijwerkingen geven bij cardiologische patiënten die niet goed geïnformeerd zijn.
- De huisarts trok te snel de conclusie dat zijn somatische problemen de enige oorzaak van zijn erectiestoornis zouden zijn:
  - In dergelijke gevallen kan het onderscheiden van een situatieve en gegeneraliseerde seksuele disfunctie behulpzaam zijn.
  - Zo had de huisarts kunnen vragen of er spontane erecties in de ochtend of in de nacht zijn en of er erecties zijn bij masturbatie of andere seksuele prikkeling.
- Een situatieve erectiestoornis sluit een louter somatische oorzaak uit en op die manier had de huisarts een psychosociale context via enkele vragen beter in beeld kunnen brengen:
  - 'Je kan vrijen zien als een extra lichamelijke inspanning, maar hoe sta je ertegenover om opnieuw te vrijen na uw hartinfarct?'
  - 'Welke gedachten gaan er door u heen als u merkt dat de erectie niet komt?'
  - 'Hoe reageert uw partner bij het uitblijven van uw erecties?'
- Moest de partner ook uitgenodigd geweest zijn, dan had de huisarts de relationele context nog beter kunnen inschatten.
- De NHG-standaard adviseert ten andere nadrukkelijk om, indien mogelijk, de partner bij de diagnosestelling en de besluitvorming over de aanpak te betrekken:
  - Mogelijk had de afstemming tussen de seksuele wensen van beide partners de werking van het eerste erectiemiddel kunnen bevorderen.
  - Mogelijk had de afstemming kunnen leiden tot andere therapeutische opties dan een medicamenteuze.
- Door een gezamenlijk gesprek kan de huisarts de communicatie over seksualiteit tussen partners stimuleren.

### *Verdere beschouwing:*

- De erectiele restfunctie kan bij een situatieve erectiestoornis verbeterd worden door in te grijpen op zowel de somatische als psychosociale factoren die aan het probleem bijdragen.
- Enige verbetering van de erectie kan optreden door verandering van de leefstijl, maar het is niet zeker dat dit effectief gebeurt en in welke mate.
- De effectiviteit van PDE-5-remmers kan daarnaast verbeterd worden door goede voorlichting, begeleiding en herhaling van de instructies in de follow-up.
- Men moet daarbij ook overwegen hoelang een PDE-5-remmer werkzaam is, want de lange werkingsduur van o.a. Tadalafil is een nadeel als behandeling met nitraten nodig blijkt.



- Soms kunnen cardiologische patiënten seksuele interactie vermijden uit angst voor angineuze klachten, ritme-stoornissen of een recidief van het myocardinfarct, maar de kans op dit laatste is zeer klein.
- In de volgende situaties moeten seksuele activiteiten wel ontraden of aangepast worden:
  - Stabiele angor pectoris met klachten bij geringe inspanning.
  - Hartfalen met dyspneu in rust bij geringe inspanning.
  - Niet optimaal behandeld hartfalen.
- Bij erectieproblemen hebben artsen en verpleegkundigen dus een belangrijke educatieve rol.

**Besluit:**

- Artsen kunnen door het betrekken van seksualiteit in de anamnese het belang ervan in de kwaliteit van leven voor chronisch zieken, patiënten met kanker en ouderen tot uiting brengen.
- Zo kan men voorkomen dat deze mensen inboeten op kwaliteit van leven en gaan dwalen in de gezondheidszorg of op internet.
- Meestal leidt wachten op het initiatief van patiënt of collega tot uitstel.

Ned Tijdschr Geneeskd 30 april 2016 pag. 23-26.

## 6.4 Pediatrie / Chirurgie

### **Een kind met een lokale zwelling in het onderbeen**

Kinderen vertonen relatief weinig wekedelen zwellingen, en meestal zijn kleine traumata de oorzaak voor zo'n zwelling, maar toch kan een zwelling in de onderste extremiteiten een maligniteit zijn, hoewel eerder zeldzaam:

- Omwille van de langzame groei komen pijn en functieverlies zelden voor.
- Het is dan ook soms lastig om op basis van anamnese en het lichamenlijk onderzoek onderscheid te maken tussen maligne en benigne afwijkingen.

**Incidentie:**

- Bij volwassenen komt 1% van de maligniteiten voort uit de weke delen, bij kinderen is dit 8% !
- Literatuurgegevens ter zake zijn beperkt beschikbaar.
- Het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief registreerde in de periode van 1 januari 1999 tot 1 januari 2004 de volgende bevindingen:
  - Bij kinderen tot de leeftijd van 19 jaar werd 1474 maal dergelijk tumor of zwelling gevonden.
  - De incidentie van tumoren van de onderste extremiteit bij kinderen waarvoor een biopsie noodzakelijk wordt geacht, was 79,3 per 100.000 kinderen, dus blijft waakzaamheid aangewezen.

**Casus:** een meisje, 15 jaar oud wordt gezien door de huisarts omwille van een zwelling in het linkerbovenbeen:

- Anamnese:
  - De zwelling bestaat sinds 1 week zonder alarmsymptomen of voorafgaand trauma.
  - Haar medische voorgeschiedenis is blanco.
- Lichamenlijk onderzoek:
  - De huisarts palpeert een kleine, solitaire, vast-elastische zwelling in de subcutis.
  - Hij denkt aan een fibroom en wil de patiënte terugzien als de zwelling groter wordt.
- Verder verloop:
  - 5 maanden later meldt ze zich opnieuw, want de zwelling lijkt toegenomen en er is pijn bij druk.
  - Bij lichamenlijk onderzoek is er nu ook sprake van een irregulair en vast aanvoelende zwelling, waarop de huisarts patiënte naar de polikliniek Chirurgie verwijst.
- Verdere bevindingen:
  - Bij palpatie voelt men een vast aanvoelende zwelling aan de voorzijde van het linkerbovenbeen met een doorsnede van circa 2 cm.
  - De zwelling lijkt vast te zitten aan de fascia lata.
  - Er bevindt zich een ietwat vergrote lymfeklier in de linkerliesstreek, maar verder zijn er geen afwijkingen.
- Aanvullende echografie:
  - Toont een 1,5 bij 2 cm grote, grotendeels scherp afgrensbare, echoarme en solide afwijking.
  - Deze oogt in eerste instantie benigne.
  - De zwelling van de lymfklier in de lies is op het ogenblik van de echografie verdwenen.
- Verdere aanpak:
  - Via een lengte-incisie wordt de afwijking in toto geëxideerd.
  - Histopathologisch onderzoek laat een granulaire celtumor zien zonder aanwijzingen voor een maligniteit.
  - Na ongeveer 6 maanden komt patiënte nog eenmaal op controle, alles oké !

**Beschouwing:**

- Er is vaak sprake van een onschuldige oorzaak, zoals een gering trauma, bij een wekedelen zwelling in het been van een kind, maar soms is er geen duidelijke oorzaak te vinden.

- Men moet dan een chondroom of osteochondroom, een cyste, fibreuze dysplasie en maligne oorzaken zoals een osteosarcoom in overweging nemen.
- Een lipoom, atheroom of fibroom komen vaak voor op volwassen leeftijd en zijn op kinderleeftijd minder waarschijnlijk, maar bij adolescenten moeten ze zeker in de differentiaaldiagnose voorkomen.

*Terug naar de casus:*

- Er was bij nadere diagnostiek sprake van een granulaire-celtumor, een zeldzame wekedelen tumor die uitgaat van neurale cellen of schwanncellen.
  - Voorkeurslocaties zijn de hoofd-halsregio en de tong.
  - Meestal is de tumor benigne, maar maligne ontaarding met kans op metastasering komt voor bij 2% van de patiënten.
  - Bij maligne ontaarding zijn de tumoren meestal gelokaliseerd in de extremiteiten.
  - Men kan een goed beeld krijgen over diepte en doorgroei van de tumor via MRI-scan.
- Behandeling: bestaat uit chirurgische lokale resectie, waarbij de kans op recidief 2-8% is bij radicale excisie en 21-50% bij irradicale excisie.

*Besluit:*

- Op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek valt het onderscheid tussen een benigne en maligne wekedelen tumor bij kinderen in de onderste extremiteit moeilijk te maken.
- Wanneer de diagnose niet eenduidig is met mogelijke groei van de zwelling, verontrustend lichamelijk onderzoek of ongebruikelijk langzaam herstel na trauma, dan is aanvullend (beeldvormend) onderzoek of zelfs excisie (met histopathologisch onderzoek) nodig voor het stellen van de juiste diagnose.

Ned Tijdschr Geneesk 7 mei 2016 pag. 35-38.

## 6.5 Infectieziekten

### *Varianten van neonatale infectie met het HSV-virus*

Elke huisarts en kinderarts zal zich bewust zijn van de risico's van een infectie door herpes-simplex virus (HSV) bij de neonaat:

- De diagnose 'HSV-infectie' wordt echter toch vaak met enige vertraging gesteld.
- Als de neonaat alleen maar cutane verschijnselen vertoont, wordt dan ook gewacht met antivirale behandeling.
- Nochtans kan vroegtijdige behandeling van de neonaat verspreiding naar het CZS voorkomen.

*Pathofysiologie:*

- Er bestaan 2 typen van herpes-simplex virus, ook wel bekend als HSV-1 en HSV-2.
- Ze bestaan uit dubbelstrengs DNA en zijn met PRC aan te tonen:
  - HSV-1 is vooral bekend om zijn orale laesies en laesies in het gelaat.
  - Bij HSV-2 gaat het om genitale laesies.
  - In feite is in de laatste decennia deze scheiding geleidelijk gaan vervagen, want tegenwoordig worden er vaker genitale laesies gevonden die door HSV-1 veroorzaakt zijn.
- HSV dringt bij besmetting via de slijmvliezen van de orofarynx, genitalia of conjunctiva het lichaam binnen:
  - Het HSV-virus blijft vervolgens in de autonome ganglia latent aanwezig.
  - Bepaalde factoren zoals stress, UV-licht, traumata, menstruatie en koorts kunnen reactivatie van het virus uitlokken.
  - Transplacentaire overdracht kan ook, maar is zeldzaam (5% van de neonatale infecties met HSV).
- Bij de neonatale infecties staat perinatale transmissie op de voorgrond (85%), gevolgd door postnatale transmissie (10%), vooral via een koortslip.
- Het risico op verticale transmissie naar de neonaat bedraagt 57% wanneer een zwangere vrouw een primaire genitale infectie doormaakt zonder dat ze IgG-antistoffen heeft tegen HSV-1 en HSV-2:
  - Dit risico daalt naar 25% wanneer zij een genitale herpesinfectie doormaakt terwijl ze IgG-antistoffen heeft tegen het andere HSV-type.
  - Het transmissierisico daalt naar 2% bij een genitale infectie met een type waartegen de moeder al IgG-antistoffen heeft.
  - De maternale antistoffen hebben dus mogelijk een beschermend effect.
- Vermits een positieve uitslag niet voorspelt of er daadwerkelijk transmissie zal plaatsvinden van moeder op kind, heeft routinematig screenen op HSV in de zwangerschap geen toegevoegde waarde.

*Incidentie:*

- In 2008 liet een onderzoek in Nederland een seroprevalentie voor HSV-1 zien van 67% onder volwassenen in de eerste lijn.
- In 2015 toonde een Amerikaans onderzoek een seroprevalentie van 58% voor HSV-1 en van 17% voor HSV-2 bij mensen in de leeftijdscategorie van 14-49 jaar.

- In Nederland ligt de incidentie van neonatale herpesinfecties rond de 3,2 per 100.000 levendgeborenen, waarbij de helft van de geïnfecteerde pasgeborenen besmet is met HSV-1.

#### *Symptomatologie:*

- Bij de neonaat kan een HSV-infectie zich met een scala van symptomen presenteren, uiteenlopend van alleen huidverschijnselen zonder systemische klachten tot multiorgaanfalen, en er zijn grofweg 3 vormen te onderscheiden met elk hun eigen incubatietijd en mortaliteitscijfers:
  - **Huid-oog-mondvariant** ('skin-eye-mouth HSV disease'):
    - Komt voor bij 40-45% van de herpesinfecties.
    - De typische huidlaesies bestaan uit geclusterde vesikels met een erythemateuze rand.
    - De vesikels zijn in het begin van het ziektebeeld niet altijd aanwezig.
    - Het beeld van een bacteriële superinfectie kan de vesikels ook overschaduwen.
    - Vaak zijn de ooglaesies asymptomatisch, maar ze kunnen ook gepaard gaan met forse tranen, pijn aan het oog en conjunctivitis.
    - De ooginfectie kan zonder adequate lokale therapie leiden tot cataract en chorioretinitis.
    - Bij alle kinderen met een HSV-infectie is een regelmatige controle bij de oogarts ten zeerste aanbevolen.
    - De orale laesies: ze bestaan uit ulceraties van de mond, het gehemelte en de tong.
    - Bovengenoemde 3 laesies kunnen afzonderlijk voorkomen, maar ook in combinatie, en bij deze laatste variant kunnen andere klinische symptomen neonataal ontbreken zodat de HSV-infectie niet dadelijk onderkend wordt.
    - Transmissie naar het CZS vindt alsnog plaats bij 5-10% van de neonaten die een adequate intraveneuze behandeling met Aciclovir krijgen.
    - Bij ontbreken van of een inadequate behandeling ligt dit risico aanzienlijk hoger op 50-60%, en de incubatietijd van deze variant bedraagt 7-14 dagen.
  - **Herpesencefalitis:** hier is het CZS betrokken:
    - Klinisch kan een herpesencefalitis zich uiten met insulpen, tremoren, lethargie, geprikkeldheid, voedingsproblemen of een bolle fontanel.
    - Er is bij 1 op de 3 neonaten met een herpesinfectie sprake van deze variant.
    - De typische cutane laesies worden ook maar bij 60-70% van de neonaten met een herpesencefalitis gevonden.
    - In vergelijking met de huid-oog-mondvariant ligt de incubatietijd aanzienlijk langer, en varieert tussen de 2 en 6 weken.
    - De mortaliteit bedraagt 80-85% en van de overlevende kinderen houdt 50% blijvende neurologische schade.
  - **Gegeneraliseerde variant:** hierbij zijn meerdere orgaansystemen betrokken:
    - Gaat om de huid, de slijmvliezen, het CZS, de longen, de bijniere en de lever.
    - Bij deze variant is bij 60-70% van de neonati het CZS aangedaan en bij slechts de helft zijn er cutane laesies zichtbaar en de incubatietijd bedraagt 4-11 dagen.
    - De mortaliteit bedraagt 80-85% en 50% van de overlevende kinderen behoudt blijvende neurologische schade.

#### *Recidiefrisico:*

- Reactivatie kan tijdens het leven regelmatig optreden omdat HSV na de eerste infectie latent aanwezig blijft.
- Vooral in het eerste levensjaar is er sprake van een hoog risico op herhaling:
  - Gebeurt bij 60-80% van de kinderen met de huid-oog-mondvariant.
  - In dat eerste jaar kunnen ze 1-12 recidieven doormaken.
  - Meestal treedt er van herpesencefalitis geen recidief op.

#### *Diagnosestelling en aanpak:*

- Bij verdenking op moet er een snelle verwijzing naar de kinderarts plaatsvinden.
- Er volgt een afname van materiaal voor aanvullende diagnostiek met PCR - blaasvocht, oogvocht, materiaal van orale laesies en een lumbale punctie.
- Direct na de afname moet de neonaat Aciclovir intraveneus toegediend krijgen.
- Als men een gegeneraliseerde vorm vermoedt, dan moet ook PCR van het bloed uitgevoerd worden om de diagnose snel te kunnen stellen.
- Is de maternale anamnese negatief voor herpes simplex, dan moet men bij de moeder serologisch onderzoek op HSV uitvoeren.
- Serologisch onderzoek bij de neonaat heeft geen toegevoegde waarde.

#### *Behandelingschema's:*

- In geval van de huid-oog-mondvariant bij neonaten is een intraveneuze behandeling gedurende 14 dagen aangewezen.
- Bij aandoening van het CZS dient de behandeling minstens 21 dagen te duren:
  - De intraveneuze behandeling kan maar worden gestaakt als de PCR op HPV in de liquor negatief geworden is.

- Vermits er in het eerste levensjaar een hoog risico bestaat op recidieven, geldt het advies om de behandeling nog 6 maanden oraal voort te zetten.
- Resistentie tegen Aciclovir is zelden beschreven.

#### *Korte beschouwing:*

- Wanneer een moeder geen evidente genitale letsels vertoont en bij afwezigheid van neurologische symptomen, gaat men zelden over tot een lumbale punctie.
- Toch is een lumbale punctie volgens de literatuur wel het overwegen waard, omdat bij 25% van de neonaten met huidafwijkingen door HSV ook PRC van de liquor een positieve uitslag geeft.

#### *Besluit:*

- Zorgprofessionals zullen maar enkele keren in hun carrière een neonatale herpesencefalitis tegenkomen, want het gaat om een relatief zeldzaam ziektebeeld, wel met mogelijk ernstig verloop.
- De huid-oog-mondvariant is minder bekend, waarbij kinderen tijdens hun eerste contact met de arts geen andere klachten hebben dan huid-of slijmvliesafwijkingen:
  - Toch is ook bij deze de vroegtijdige herkenning, verwijzing en behandeling van levensbelang.
  - Progressie naar het centrale zenuwstelsel en herpesencefalitis kunnen hiermee vaak worden voorkomen, met een aanzienlijke verlaging van mortaliteit en morbiditeit als gevolg.

Ned Tijdschr Geneeskd 14 mei 2016 pag. 24-28.

## 6.6 Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk

### *Ouderen met (gemetastaseerde) kanker: welke zijn de opties ?*

Vaak hebben huisarts en (de oudere) patiënt geen contact tussen een verwijzing naar de specialist omwille van een vermoeden van een maligniteit en het starten van de behandeling:

- De diagnosestelling gebeurt door de specialist en hij bespreekt dan ook de behandelopties met de patiënt.
- Er wordt echter door het NHG-Standpunt Oncologische zorg in de huisartsenpraktijk een actieve rol geadviseerd voor de huisarts in deze tussenperiode omdat dit de continuïteit van de zorg ten goede komt.

*Casus:* meneer Pieters is een 79-jarige boer die zijn land verkocht heeft.

- Verdere geschiedenis:
  - Hij is in de boerderij blijven wonen, want hij is gesteld op zijn zelfstandigheid en is het liefst de ganse dag buiten.
  - Via zijn huisarts belandt hij met een longontsteking in het ziekenhuis.
  - Op de röntgenfoto ziet men afwijkingen die mogelijk maligne zijn.
  - Nadere diagnosestelling bevestigt de diagnose stadium-IV longkanker.
- Verdere aanpak:
  - Men start met chemotherapie, waarbij patiënt aanvankelijk baat lijkt te hebben, maar na de tweede kuur krijgt hij koorts.
  - Hij neemt direct contact op met het ziekenhuis, wordt opgenomen en overlijdt binnen enkele dagen.
- Korte beschouwing:
  - In feite is alles gegaan volgens de richtlijn en de familie is niet ontevreden.
  - En toch is er iets dat bij de huisarts knaagt: wilde patiënt deze chemotherapie wel echt?

*Waarde en relevantie van en voor de huisarts:*

- Per jaar wordt in Nederland bij ongeveer 100.000 personen kanker vastgesteld.
- 40% hiervan is tussen de 60 en 75 jaar en 30% is 75 jaar of ouder.
- De laatste jaren is er steeds meer aandacht voor gezamenlijke besluitvorming.
- De meeste patiënten stellen het op prijs om bij de besluitvorming betreffende de behandeling betrokken te worden:
  - Patiënten met kanker prefereren hierbij over het algemeen een actievere rol dan andere patiënten.
  - De gewenste rol in de besluitvorming verschilt bij patiënten met een gemetastaseerde maligniteit per soort beslissing, m.a.w. als kwaliteit van leven belangrijker wordt, willen patiënten een grotere rol hebben.
- De huisarts is bovendien vaak verantwoordelijk voor zorg in de laatste levensfase:
  - Het is dan belangrijk om te weten wat er voorafging in het ziekteproces.
  - Van belang is ook om te weten welke afwegingen er gemaakt zijn.

*Welke is de stand van zaken in de literatuur?*

- Doordat er steeds meer behandelingen komen neemt het belang van goede besluitvorming bij gemetastaseerde maligniteiten toe.
- Verder is de aandacht voor potentiële negatieve gevolgen van sommige behandelingen ook toegenomen, en op die manier wordt chemotherapie in de laatste maanden van het leven als indicator voor slechte zorg aanzien.

- Recent was er een review die de redenen onderzocht die ouderen hebben voor het al of niet accepteren van een behandeling:
  - In verschillende onderzoeken verschillen de factoren sterk.
  - Nochtans lijkt de aanbeveling van de behandelende arts een belangrijke factor te zijn.
  - Het is dan ook van belang dat verschillende behandelaars onderling goed communiceren, kwestie van ver-warring bij de patiënt te voorkomen.
  - Oudere patiënten benoemen ten andere zelf een aantal belangrijke doelstellingen:
    - De effectiviteit van de behandeling van de aandoening.
    - Verbetering en behoud van fysieke functie.
    - Het bewaren van onafhankelijkheid.
    - Vermindering van de belasting voor zorgverleners.
    - Aan het in leven blijven, vermindering van pijn en het vermijden van ziekenhuisopname wordt er lage pri-oriteit gegeven.
- Het is dan ook essentieel dat een arts goed op de hoogte is van de wensen en waarden van zijn patiënt om gedeelde besluitvorming te waarborgen.

**Besluit:**

- Patiënten met kanker vinden gedeelde besluitvorming wel belangrijk, maar toch is de aanbeveling van een arts de belangrijkste factor in het al dan niet accepteren van een behandeling.
- Levensverlenging staat vaak niet bovenaan de lijst van welke doelen ouderen met gemetastaseerde kanker belangrijk vinden, zo blijkt uit verschillende onderzoeken.
- Van wezenlijk belang lijkt expliciteren van de voorkeuren van de patiënt om de optimale behandeling voor ongeneeslijke kanker bij de oudere patiënt vast te stellen.

Huisarts & Wetenschap 59(4) april 2016 pag. 165.

---

## 6.7 Psychiatrie / Geriatrie

### ***Eenzame oudere mannen met een depressie sterven sneller***

In de Longitudinal Ageing Study Amsterdam werden 2878 Nederlandse ouderen geïnccludeerd die in 1992 gemid-deld 70 jaar oud waren, en waarbij de volgende parameters werden overlopen:

- De onderzoekers stelden bij aanvang van de studie vast of de deelnemers leden aan een depressieve stoornis en of ze eenzaam waren.
- Er werd daarbij onderscheid gemaakt tussen ‘sociale’ en ‘emotionele’ eenzaamheid:
  - Bij sociale eenzaamheid is er een gebrek aan betekenisvolle sociale contacten en een sociaal netwerk.
  - Mensen met emotionele eenzaamheid ervaren een tekort aan intieme contacten en gehechtheid.
- Bij de mannelijke deelnemers kwam sociale eenzaamheid significant meer voor (25 vs. 21%).
- Bij de vrouwen zag men meer emotionele eenzaamheid (33 vs. 23%).
- De combinatie met depressie leidt bij mannen voor beide types tot overmatige sterfte.
- Depressie en eenzaamheid beïnvloeden elkaar volgens de auteurs negatief:
  - Bij een depressie verliest men sociale contacten en vereenzaamt men.
  - Eenzaamheid kan dan weer leiden tot depressieve gevoelens en een slechtere prognose.
- De auteurs hebben wel geen directe verklaring voor het verschil tussen vrouwen en mannen, behalve het feit dat mannen genetisch en immunologisch anders reageren op stress dan vrouwen.

**Aanpak:**

- Wat er ook van zij, het is dus van belang om bij de behandeling van depressieve mannen vast te stellen of zij ook eenzaam zijn:
  - Als dat zo is, dan moet de behandeling niet alleen gericht zijn op het verminderen van depressieve symp-tomen.
  - Het moet zich ook richten op verbetering van het sociale netwerk en interpersoonlijke relaties.

**Besluit:**

- 19 jaar na het starten van de studie was 64% van de geïnccludeerden overleden.
- Oudere mannen met een depressie gaan eerder dood als zij daarnaast nog eenzaam zijn.
- De combinatie van eenzaamheid en een depressieve stoornis maakt voor oudere vrouwen geen verschil op de overleving.

Ned Tijdschr Geneesk 21 mei 2016 pag. 5.

---

## 7. MCH-DIGEST

---

### 7.1 Een persoonlijke keuze

Volgens een Deens artikel in BMJ zijn de NOAC's beter en veiliger dan de Vit K antagonisten: toch het einde van een tijdperk en PTT, sorry INR bepalingen?

Hoe intensief hypertensie behandelen? Enkele jaren geleden was de tendens zo ongeveer the lower the better, recent slaat de slinger weer in de andere richting: ook bij ouderen (75 plus) leest men in JAMA is 120 beter dan 140. La donna e mobile.

Ticagrelor (Brilique) een plaatjesremmer blijkt in secundaire preventie van CVA, myocardinfarct, overlijden op korte termijn, 90 dagen, niet beter dan aspirine (NEJM).

Een studie in de VS, gepubliceerd in LANCET, toont nog maar eens aan dat er een verband is tussen fijne stofdeeltjes en coronaire calcificatie. Het verkeersarm cq luw maken van Leuven is misschien een goed idee?

Meer over hypertensie, nu bij diabetes type 2: ook in BMJ gaat de slinger naar een strenge aanpak het zijn ditmaal de Zweden die ons trachten te overtuigen.

Ik citeer letterlijk het besluit van een bijdrage in JAMA over colorectale kanker screening, ik kan het niet beter zeggen: Conclusions and Relevance: Colonoscopy, flexible sigmoidoscopy, CTC, and stool tests have differing levels of evidence to support their use, ability to detect cancer and precursor lesions, and risk of serious adverse events in average-risk adults. Although CRC screening has a large body of supporting evidence, additional research is still needed.

Een banaal anaal probleem, maar vervelend en pijnlijk: hoe hemorroïden best behandelen: invasief of met rubber band? Je leest het in LANCET.

Phytotherapie voor menopauzale klachten is waarschijnlijk een winstgevend bedrijf, maar of het ook werkt, en zo ja, significant, dat is een ander verhaal volgens JAMA.

In BMJ breekt men de zoveelste lans om minder antibiotica voor te schrijven voor respiratoire infecties. Er zou een verwaarloosbaar aantal pneumonies en keelabcessen kunnen het gevolg zijn, maar dat weegt niet op tegen de voordelen, minder resistente stammen!

Een Noorse studie in BMJ: bij volwassenen met een meniscusscheur is fysiotherapie superieur aan een artroscopische ingreep. Het lijkt een verhaal van 'we hebben de middelen, we hebben de techniek, dus lets go'. If you only have a hammer you see nails everywhere.

Is er een nieuwe wonderdrug op komst voor astma (een oraal middel, ten andere)? Toch even afwachten en bekijken, stelt men in BMJ.

Tenslotte, als besluit van deze lange vakantie Digest een cursus jicht, uit Australian Prescriber.

---

### 7.2 Cardiovasculair

#### NOACs beter dan Vit K antagonisten?

##### Abstract

##### Objective:

To study the effectiveness and safety of the non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (novel oral anticoagulants, NOACs) dabigatran, rivaroxaban, and apixaban compared with warfarin in anticoagulant naïve patients with atrial fibrillation.

##### Design:

Observational nationwide cohort study.

##### Setting:

Three Danish nationwide databases, August 2011 to October 2015.

##### Participants:

61 678 patients with non-valvular atrial fibrillation who were naïve to oral anticoagulants and had no previous indication for valvular atrial fibrillation or venous thromboembolism. The study population was distributed according to treatment type: warfarin (n=35 436, 57%), dabigatran 150 mg (n=12 701, 21%), rivaroxaban 20 mg (n=7192, 12%), and apixaban 5 mg (n=6349, 10%).

**Main outcome measures:**

Effectiveness outcomes defined a priori were ischaemic stroke; a composite of ischaemic stroke or systemic embolism; death; and a composite of ischaemic stroke, systemic embolism, or death. Safety outcomes were any bleeding, intracranial bleeding, and major bleeding.

**Results:**

When the analysis was restricted to ischaemic stroke, NOACs were not significantly different from warfarin. During one year follow-up, rivaroxaban was associated with lower annual rates of ischaemic stroke or systemic embolism (3.0% v 3.3%, respectively) compared with warfarin: hazard ratio 0.83 (95% confidence interval 0.69 to 0.99). The hazard ratios for dabigatran and apixaban (2.8% and 4.9% annually, respectively) were non-significant compared with warfarin. The annual risk of death was significantly lower with apixaban (5.2%) and dabigatran (2.7%) (0.65, 0.56 to 0.75 and 0.63, 0.48 to 0.82, respectively) compared with warfarin (8.5%), but not with rivaroxaban (7.7%). For the combined endpoint of any bleeding, annual rates for apixaban (3.3%) and dabigatran (2.4%) were significantly lower than for warfarin (5.0%) (0.62, 0.51 to 0.74). Warfarin and rivaroxaban had comparable annual bleeding rates (5.3%).

**Conclusion:**

All NOACs seem to be safe and effective alternatives to warfarin in a routine care setting. No significant difference was found between NOACs and warfarin for ischaemic stroke. The risks of death, any bleeding, or major bleeding were significantly lower for apixaban and dabigatran compared with warfarin

<http://www.bmj.com/content/353/bmj.i3189>

---

**Hypertensie bij 75-plussers: target 120 of 140?****Importance:**

The appropriate treatment target for systolic blood pressure (SBP) in older patients with hypertension remains uncertain.

**Objective:**

To evaluate the effects of intensive (<120 mm Hg) compared with standard (<140 mm Hg) SBP targets in persons aged 75 years or older with hypertension but without diabetes.

**Design, Setting, and Participants:**

A multicenter, randomized clinical trial of patients aged 75 years or older who participated in the Systolic Blood Pressure Intervention Trial (SPRINT). Recruitment began on October 20, 2010, and follow-up ended on August 20, 2015.

**Interventions:**

Participants were randomized to an SBP target of less than 120 mm Hg (intensive treatment group, n = 1317) or an SBP target of less than 140 mm Hg (standard treatment group, n = 1319).

**Main Outcomes and Measures:**

The primary cardiovascular disease outcome was a composite of nonfatal myocardial infarction, acute coronary syndrome not resulting in a myocardial infarction, nonfatal stroke, nonfatal acute decompensated heart failure, and death from cardiovascular causes. All-cause mortality was a secondary outcome.

**Results:**

Among 2636 participants (mean age, 79.9 years; 37.9% women), 2510 (95.2%) provided complete follow-up data. At a median follow-up of 3.14 years, there was a significantly lower rate of the primary composite outcome (102 events in the intensive treatment group vs 148 events in the standard treatment group; hazard ratio [HR], 0.66 [95% CI, 0.51-0.85]) and all-cause mortality (73 deaths vs 107 deaths, respectively; HR, 0.67 [95% CI, 0.49-0.91]). The overall rate of serious adverse events was not different between treatment groups (48.4% in the intensive treatment group vs 48.3% in the standard treatment group; HR, 0.99 [95% CI, 0.89-1.11]). Absolute rates of hypotension were 2.4% in the intensive treatment group vs 1.4% in the standard treatment group (HR, 1.71 [95% CI, 0.97-3.09]), 3.0% vs 2.4%, respectively, for syncope (HR, 1.23 [95% CI, 0.76-2.00]), 4.0% vs 2.7% for electrolyte abnormalities (HR, 1.51 [95% CI, 0.99-2.33]), 5.5% vs 4.0% for acute kidney injury (HR, 1.41 [95% CI, 0.98-2.04]), and 4.9% vs 5.5% for injurious falls (HR, 0.91 [95% CI, 0.65-1.29]).

**Conclusions and Relevance:**

Among ambulatory adults aged 75 years or older, treating to an SBP target of less than 120 mm Hg compared with an SBP target of less than 140 mm Hg resulted in significantly lower rates of fatal and nonfatal major cardiovascular events and death from any cause.

**Trial Registration:**

clinicaltrials.gov Identifier: NCT01206062

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2524266>

---

**Preventie van recidiverend cerebrovasculair event: aspirine of Ticagrelor (BRILIQUE)?****Background:**

Ticagrelor may be a more effective antiplatelet therapy than aspirin for the prevention of recurrent stroke and cardiovascular events in patients with acute cerebral ischemia.

**Methods:**

We conducted an international double-blind, controlled trial in 674 centers in 33 countries, in which 13,199 patients with a nonsevere ischemic stroke or high-risk transient ischemic attack who had not received intravenous or intraarterial thrombolysis and were not considered to have had a cardioembolic stroke were randomly assigned within 24 hours after symptom onset, in a 1:1 ratio, to receive either ticagrelor (180 mg loading dose on day 1 followed by 90 mg twice daily for days 2 through 90) or aspirin (300 mg on day 1 followed by 100 mg daily for days 2 through 90). The primary end point was the time to the occurrence of stroke, myocardial infarction, or death within 90 days.

**Results:**

During the 90 days of treatment, a primary end-point event occurred in 442 of the 6589 patients (6.7%) treated with ticagrelor, versus 497 of the 6610 patients (7.5%) treated with aspirin (hazard ratio, 0.89; 95% confidence interval [CI], 0.78 to 1.01; P=0.07). Ischemic stroke occurred in 385 patients (5.8%) treated with ticagrelor and in 441 patients (6.7%) treated with aspirin (hazard ratio, 0.87; 95% CI, 0.76 to 1.00). Major bleeding occurred in 0.5% of patients treated with ticagrelor and in 0.6% of patients treated with aspirin, intracranial hemorrhage in 0.2% and 0.3%, respectively, and fatal bleeding in 0.1% and 0.1%.

**Conclusions:**

In our trial involving patients with acute ischemic stroke or transient ischemic attack, ticagrelor was not found to be superior to aspirin in reducing the rate of stroke, myocardial infarction, or death at 90 days. (Funded by AstraZeneca; ClinicalTrials.gov number, NCT01994720.)

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1603060>

---

**Fijne stofdeeltjes en coronaire calcificatie: een nieuw bewijs van positieve associatie****Background:**

Long-term exposure to fine particulate matter less than 2.5 µm in diameter (PM<sub>2.5</sub>) and traffic-related air pollutant concentrations are associated with cardiovascular risk. The disease process underlying these associations remains uncertain. We aim to assess association between long-term exposure to ambient air pollution and progression of coronary artery calcium and common carotid artery intima-media thickness.

**Methods:**

In this prospective 10-year cohort study, we repeatedly measured coronary artery calcium by CT in 6795 participants aged 45-84 years enrolled in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis and Air Pollution (MESA Air) in six metropolitan areas in the USA. Repeated scans were done for nearly all participants between 2002 and 2005, for a subset of participants between 2005 and 2007, and for half of all participants between 2010 and 2012. Common carotid artery intima-media thickness was measured by ultrasound in all participants at baseline and in 2010-12 for 3459 participants. Residence-specific spatio-temporal pollution concentration models, incorporating community-specific measurements, agency monitoring data, and geographical predictors, estimated concentrations of PM<sub>2.5</sub> and nitrogen oxides (NOX) between 1999 and 2012. The primary aim was to examine the association between both progression of coronary artery calcium and mean carotid artery intima-media thickness and long-term exposure to ambient air pollutant concentrations (PM<sub>2.5</sub>, NOX, and black carbon) between examinations and within the six metropolitan areas, adjusting for baseline age, sex, ethnicity, socioeconomic characteristics, cardiovascular risk factors, site, and CT scanner technology.

**Findings:**

In this population, coronary calcium increased on average by 24 Agatston units per year (SD 58), and intima-media thickness by 12 µm per year (10), before adjusting for risk factors or air pollutant exposures. Participant-specific pollutant concentrations averaged over the years 2000-10 ranged from 9.2-22.6 µg PM<sub>2.5</sub>/m<sup>3</sup> and 7.2-139.2 parts per billion (ppb) NOX. For each 5 µg PM<sub>2.5</sub>/m<sup>3</sup> increase, coronary calcium progressed by 4.1 Agatston units per year (95% CI 1.4-6.8) and for each 40 ppb NOX coronary calcium progressed by 4.8 Agatston units per year (0.9-8.7). Pollutant exposures were not associated with intima-media thickness change. The estimate for the effect of a 5 µg/m<sup>3</sup> higher long-term exposure to PM<sub>2.5</sub> in intima-media thickness was -0.9 µm per year (95% CI -3.0 to 1.3). For 40 ppb higher NOX, the estimate was 0.2 µm per year (-1.9 to 2.4).



**Interpretation:**

Increased concentrations of PM<sub>2.5</sub> and traffic-related air pollution within metropolitan areas, in ranges commonly encountered worldwide, are associated with progression in coronary calcification, consistent with acceleration of atherosclerosis. This study supports the case for global efforts of pollution reduction in prevention of cardiovascular diseases.

**Funding:**

US Environmental Protection Agency and US National Institutes of Health.

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)00378-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)00378-0/fulltext)

---

**Diabetes type 2: hoe streng hypertensie behandelen? Nu weer in de andere richting: STRENG!****Abstract****Objectives:**

To compare the risk associated with systolic blood pressure that meets current recommendations (that is, below 140 mm Hg) with the risk associated with lower levels in patients who have type 2 diabetes and no previous cardiovascular disease.

**Design:**

Population based cohort study with nationwide clinical registries, 2006-12. The mean follow-up was 5.0 years.

**Setting:**

861 Swedish primary care units and hospital outpatient clinics.

Participants 187 106 patients registered in the Swedish national diabetes register who had had type 2 diabetes for at least a year, age 75 or younger, and with no previous cardiovascular or other major disease.

**Main outcome measures:**

Clinical events were obtained from the hospital discharge and death registers with respect to acute myocardial infarction, stroke, a composite of acute myocardial infarction and stroke (cardiovascular disease), coronary heart disease, heart failure, and total mortality. Hazard ratios were estimated for different levels of baseline systolic blood pressure with clinical characteristics and drug prescription data as covariates.

**Results:**

The group with the lowest systolic blood pressure (110-119 mm Hg) had a significantly lower risk of non-fatal acute myocardial infarction (adjusted hazard ratio 0.76, 95% confidence interval 0.64 to 0.91; P=0.003), total acute myocardial infarction (0.85, 0.72 to 0.99; P=0.04), non-fatal cardiovascular disease (0.82, 0.72 to 0.93; P=0.002), total cardiovascular disease (0.88, 0.79 to 0.99; P=0.04), and non-fatal coronary heart disease (0.88, 0.78 to 0.99; P=0.03) compared with the reference group (130-139 mm Hg). There was no indication of a J shaped relation between systolic blood pressure and the endpoints, with the exception of heart failure and total mortality.

**Conclusions:**

Lower systolic blood pressure than currently recommended is associated with significantly lower risk of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes. The association between low blood pressure and increased mortality could be due to concomitant disease rather than antihypertensive treatment

**What is already known on this topic**

- Hypertension is one of the major risk factors for cardiovascular disease, and the management of hypertension is a high priority in the treatment of type 2 diabetes
- Recent hypertension guidelines have raised the target blood pressure for patients with diabetes from below 130 mm Hg to below 140 mm Hg because of a lack of conclusive randomised studies to support the lower goal, together with observational studies showing a J shaped relation between blood pressure and complications

**What this study adds**

- Lower systolic blood pressure than currently recommended is associated with a significantly lower risk of cardiovascular events in patients with type 2 diabetes
- Adjustment for comorbidity, mainly by exclusion of patients with previous cardiovascular disease, eliminates the J curve relation between blood pressure and stroke, myocardial infarction, and coronary heart disease
- The association between low blood pressure and increased mortality might be caused by concomitant disease rather than antihypertensive treatment

<http://www.bmj.com/content/354/bmj.i4070>

## 7.3 Gastroenterologie

### Screenen voor colorectaal carcinoom: ja maar

**Importance:**

Colorectal cancer (CRC) remains a significant cause of morbidity and mortality in the United States.

**Objective:**

To systematically review the effectiveness, diagnostic accuracy, and harms of screening for CRC.

**Data Sources:**

Searches of MEDLINE, PubMed, and the Cochrane Central Register of Controlled Trials for relevant studies published from January 1, 2008, through December 31, 2014, with surveillance through February 23, 2016.

**Study Selection:**

English-language studies conducted in asymptomatic populations at general risk of CRC.

**Data Extraction and Synthesis:**

Two reviewers independently appraised the articles and extracted relevant study data from fair- or good-quality studies. Random-effects meta-analyses were conducted.

**Main Outcomes and Measures:**

Colorectal cancer incidence and mortality, test accuracy in detecting CRC or adenomas, and serious adverse events.

**Results:**

Four pragmatic randomized clinical trials (RCTs) evaluating 1-time or 2-time flexible sigmoidoscopy (n = 458 002) were associated with decreased CRC-specific mortality compared with no screening (incidence rate ratio, 0.73; 95% CI, 0.66-0.82). Five RCTs with multiple rounds of biennial screening with guaiac-based fecal occult blood testing (n = 419 966) showed reduced CRC-specific mortality (relative risk [RR], 0.91; 95% CI, 0.84-0.98, at 19.5 years to RR, 0.78; 95% CI, 0.65-0.93, at 30 years). Seven studies of computed tomographic colonography (CTC) with bowel preparation demonstrated per-person sensitivity and specificity to detect adenomas 6 mm and larger comparable with colonoscopy (sensitivity from 73% [95% CI, 58%-84%] to 98% [95% CI, 91%-100%]; specificity from 89% [95% CI, 84%-93%] to 91% [95% CI, 88%-93%]); variability and imprecision may be due to differences in study designs or CTC protocols. Sensitivity of colonoscopy to detect adenomas 6 mm or larger ranged from 75% (95% CI, 63%-84%) to 93% (95% CI, 88%-96%). On the basis of a single stool specimen, the most commonly evaluated families of fecal immunochemical tests (FITs) demonstrated good sensitivity (range, 73%-88%) and specificity (range, 90%-96%). One study (n = 9989) found that FIT plus stool DNA test had better sensitivity in detecting CRC than FIT alone (92%) but lower specificity (84%). Serious adverse events from colonoscopy in asymptomatic persons included perforations (4/10 000 procedures, 95% CI, 2-5 in 10 000) and major bleeds (8/10 000 procedures, 95% CI, 5-14 in 10 000). Computed tomographic colonography may have harms resulting from low-dose ionizing radiation exposure or identification of extra-colonic findings.

**Conclusions and Relevance:**

Colonoscopy, flexible sigmoidoscopy, CTC, and stool tests have differing levels of evidence to support their use, ability to detect cancer and precursor lesions, and risk of serious adverse events in average-risk adults. **Although CRC screening has a large body of supporting evidence, additional research is still needed.**

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2529492>

---

### Hemorroïden: invasief of rubber band

Optimum surgical intervention for low-grade haemorrhoids is unknown. Haemorrhoidal artery ligation (HAL) has been proposed as an efficacious, safe therapy while rubber band ligation (RBL) is a commonly used outpatient treatment. We compared recurrence after HAL versus RBL in patients with grade II-III haemorrhoids.

**Methods:**

This multicentre, open-label, parallel group, randomised controlled trial included patients from 17 acute UK NHS trusts. We screened patients aged 18 years or older presenting with grade II-III haemorrhoids. We excluded patients who had previously received any haemorrhoid surgery, more than one injection treatment for haemorrhoids, or more than one RBL procedure within 3 years before recruitment. Eligible patients were randomly assigned (in a 1:1 ratio) to either RBL or HAL with Doppler. Randomisation was computer-generated and stratified by centre with blocks of random sizes. Allocation concealment was achieved using a web-based system. The study was open-label with no masking of participants, clinicians, or research staff. The primary outcome was recurrence at 1 year, derived from the patient's self-reported assessment in combination with resource use from their general practitioner and hospital records. Recurrence was analysed in patients who

had undergone one of the interventions and been followed up for at least 1 year. This study is registered with the ISRCTN registry, ISRCTN41394716.

**Findings:**

From Sept 9, 2012, to May 6, 2014, of 969 patients screened, 185 were randomly assigned to the HAL group and 187 to the RBL group. Of these participants, 337 had primary outcome data (176 in the RBL group and 161 in the HAL group). At 1 year post-procedure, 87 (49%) of 176 patients in the RBL group and 48 (30%) of 161 patients in the HAL group had haemorrhoid recurrence (adjusted odds ratio [aOR] 2.23, 95% CI 1.42-3.51;  $p=0.0005$ ). The main reason for this difference was the number of extra procedures required to achieve improvement (57 [32%] participants in the RBL group and 23 [14%] participants in the HAL group had a subsequent procedure for haemorrhoids). The mean pain 1 day after procedure was 3.4 (SD 2.8) in the RBL group and 4.6 (2.8) in the HAL group (difference -1.2, 95% CI -1.8 to -0.5;  $p=0.0002$ ); at day 7 the scores were 1.6 (2.3) in the RBL group and 3.1 (2.4) in the HAL group (difference -1.5, -2.0 to -1.0;  $p<0.0001$ ). Pain scores did not differ between groups at 21 days and 6 weeks. 15 individuals reported serious adverse events requiring hospital admission. One patient in the RBL group had a pre-existing rectal tumour. Of the remaining 14 serious adverse events, 12 (7%) were among participants treated with HAL and two (1%) were in those treated with RBL. Six patients had pain (one treated with RBL, five treated with HAL), three had bleeding not requiring transfusion (one treated with RBL, two treated with HAL), two in the HAL group had urinary retention, two in the HAL group had vasovagal upset, and one in the HAL group had possible sepsis (treated with antibiotics).

**Interpretation:**

Although recurrence after HAL was lower than a single RBL, HAL was more painful than RBL. The difference in recurrence was due to the need for repeat bandings in the RBL group. Patients (and health commissioners) might prefer such a course of RBL to the more invasive HAL.

**Funding:**

NIHR Health Technology Assessment Programme

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)30584-0/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)30584-0/abstract)

---

## 7.4 Gynaecologie

### Phytotherapie voor menopauzale klachten?

**Importance:**

Between 40% and 50% of women in Western countries use complementary therapies to manage menopausal symptoms.

**Objective:**

To determine the association of plant-based therapies with menopausal symptoms, including hot flashes, night sweats, and vaginal dryness.

**Data Sources:**

The electronic databases Ovid MEDLINE, EMBASE, and Cochrane Central were systematically searched to identify eligible studies published before March 27, 2016. Reference lists of the included studies were searched for further identification of relevant studies.

**Study Selection:**

Randomized clinical trials that assessed plant-based therapies and the presence of hot flashes, night sweats, and vaginal dryness.

**Data Extraction:**

Data were extracted by 2 independent reviewers using a predesigned data collection form.

**Main Outcomes and Measures:**

Hot flashes, night sweats, and vaginal dryness.

**Results:**

In total, 62 studies were identified, including 6653 individual women. Use of phytoestrogens was associated with a decrease in the number of daily hot flashes (pooled mean difference of changes, -1.31 [95% CI, -2.02 to -0.61]) and vaginal dryness score (pooled mean difference of changes, -0.31 [95% CI, -0.52 to -0.10]) between the treatment groups but not in the number of night sweats (pooled mean difference of changes, -2.14 [95% CI, -5.57 to 1.29]). Individual phytoestrogen interventions such as dietary and supplemental soy isoflavones were associated with improvement in daily hot flashes (pooled mean difference of changes, -0.79 [-1.35 to -0.23]) and vaginal dryness score (pooled mean difference of changes, -0.26 [-0.48 to -0.04]). Sev-

eral herbal remedies, but not Chinese medicinal herbs, were associated with an overall decrease in the frequency of vasomotor symptoms. There was substantial heterogeneity in quality across the available studies, and 46 (74%) of the included randomized clinical trials demonstrated a high risk of bias within 3 or more areas of study quality.

#### **Conclusions and Relevance:**

This meta-analysis of clinical trials suggests that composite and specific phytoestrogen supplementations were associated with modest reductions in the frequency of hot flashes and vaginal dryness but no significant reduction in night sweats. However, because of general suboptimal quality and the heterogeneous nature of the current evidence, further rigorous studies are needed to determine the association of plant-based and natural therapies with menopausal health.

<http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=2529629>

---

## 7.5 Infectieziekten

### **Minder antibiotica voor respiratoire infecties: niet meer of verwaarloosbaar aantal complicaties, een zeer grote studie is overtuigend**

Fresh reassurance that reducing prescribing is safe

Primary care is increasingly becoming the focus of antimicrobial stewardship in the fight against the global crisis of antibiotic resistance. This is where the greatest tonnage of antibiotics is prescribed—perhaps three quarters of all used in medical care. Respiratory tract infections are the group of infections most commonly treated with antibiotics, principally made up of otitis media, sore throat, cough (“acute bronchitis”), rhinosinusitis, and undifferentiated infections.

Among this group, however, the antibiotic trade-off between benefits and costs—counting resistance among the latter—is least favourable. Respiratory tract infections are spontaneously remitting illnesses often caused by viruses, although it is difficult or even impossible to differentiate viral from bacterial cases in primary care. Strong evidence from Cochrane reviews shows that antibiotics on average reduce the duration of illness by less than a day. Accordingly we should conserve antibiotics in primary care so that resistance—which is directly amplified by antibiotic use—is minimised, and even reversed. An apparently simple solution would be to explain clearly to all interested parties that the benefits of antibiotics for patients with respiratory tract infections are lack lustre at best.

Solutions are rarely that simple however. There are many reasons why primary care doctors prescribe antibiotics for people with respiratory tract infections. Apart from unrealistic misconceptions among both patients and practitioners about the effectiveness of antibiotics, another important reason centres on safety. Primary care doctors worry about missing a serious infection masquerading as a common self limiting one, perhaps early in its evolution. Meningitis and other life threatening illnesses are notorious for sometimes presenting as undifferentiated respiratory tract infections. This worry may well manifest itself in the form of an antibiotic prescription “just in case.” Antibiotic prescribing rates might depend on primary care doctors’ tolerance of risk.

We have known for nearly half a century that primary care doctors prescribe antibiotics at widely different rates. This invites the question of whether the patients of low prescribing doctors fare less well than those of high prescribers. We can answer that (“not much”) with some precision in relation to illness symptoms and common complications using systematic reviews and meta-analyses of randomised controlled trials.

But what about rarer, more dangerous complications of respiratory tract infections, that are too infrequent to be captured by trials? This was investigated in a linked paper by Gulliford and colleagues (doi:10.1136/bmj.i3410) using an enormous database of electronic health records, capturing 7% of all primary care consultations in the United Kingdom, roughly 45 million patient years of information. They divided the practices into fourths by antibiotic prescribing rates and compared the incidence of rare serious infections between the highest and lowest fourths. The authors included new cases of pneumonia, quinsy (peritonsillar abscess), mastoiditis, empyema, meningitis, intracranial abscess, and Lemierre’s syndrome (a rare anaerobic septicaemia arising from the throat). They tested the hypothesis that a low antibiotic prescribing rate might be associated with a higher incidence of serious infections.

The analysis found an association between low antibiotic prescribing and incidence of pneumonia and quinsy, but not the other serious infections. The size of the effect is important. The authors model this as one more case of pneumonia in each practice each year and one more case of quinsy in each practice every decade for every 10% drop in antibiotic prescribing. An average practice in the UK has 7000 patients.

Looking at this from an individual doctor's point of view, in the UK where there is one primary care doctor for roughly every 1500 people, reducing antibiotic prescribing by 10% would mean risking one extra case of pneumonia every four or five years and one extra case of quinsy every 40 to 50 years. There was no association between prescribing rates at the practice level and incidence of mastoiditis or the really frightening conditions that can initially present as apparently innocuous respiratory tract infections—namely, meningitis, empyema, intracranial abscess, and Lemierre's syndrome. The study's large size means it is unlikely to be underpowered, and this demonstration of the small level of risk may help to convince doctors and patients that reducing antibiotic prescribing in primary care is a safe option. Alone, these findings are unlikely to be a major factor in changing practice. There are many other influences on antibiotic prescribing, such as the urge for patients to want, and primary care doctors to offer, something when there are few other treatment options; the notion among many doctors that the ongoing crisis in antibiotic resistance is not their problem, the inertia built in to old prescribing habits, time pressures, the affordability of antibiotics, and so on. We urgently need multiple, sustainable, cost effective interventions to address the problem of overprescribing, including delayed prescriptions and shared decision making. The findings of Gulliford and colleagues can support these interventions by providing specific and quantified reassurance for everyone about the safety of reducing antibiotic prescriptions for acute respiratory tract infections.

<http://www.bmj.com/content/354/bmj.i3482>

---

## 7.6 Orthopedie

### Partiële meniscusscheur: invasief of conservatief behandelen?

#### Abstract

#### Objective:

To determine if exercise therapy is superior to arthroscopic partial meniscectomy for knee function in middle aged patients with degenerative meniscal tears.

#### Design:

Randomised controlled superiority trial.

#### Setting:

Orthopaedic departments at two public hospitals and two physiotherapy clinics in Norway.

#### Participants:

140 adults, mean age 49.5 years (range 35.7-59.9), with degenerative medial meniscal tear verified by magnetic resonance imaging. 96% had no definitive radiographic evidence of osteoarthritis.

#### Interventions:

12 week supervised exercise therapy alone or arthroscopic partial meniscectomy alone.

#### Main outcome measures:

Intention to treat analysis of between group difference in change in knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS4), defined a priori as the mean score for four of five KOOS subscale scores (pain, other symptoms, function in sport and recreation, and knee related quality of life) from baseline to two year follow-up and change in thigh muscle strength from baseline to three months.

#### Results:

No clinically relevant difference was found between the two groups in change in KOOS4 at two years (0.9 points, 95% confidence interval -4.3 to 6.1;  $P=0.72$ ). At three months, muscle strength had improved in the exercise group ( $P\leq 0.004$ ). No serious adverse events occurred in either group during the two year follow-up. 19% of the participants allocated to exercise therapy crossed over to surgery during the two year follow-up, with no additional benefit.

#### Conclusion:

The observed difference in treatment effect was minute after two years of follow-up, and the trial's inferential uncertainty was sufficiently small to exclude clinically relevant differences. Exercise therapy showed positive effects over surgery in improving thigh muscle strength, at least in the short term. Our results should encourage clinicians and middle aged patients with degenerative meniscal tear and no definitive radiographic evidence of osteoarthritis to consider supervised exercise therapy as a treatment option.

Trial registration [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov) (NCT01002794)

<http://www.bmj.com/content/354/bmj.i3740>

## Met commentaar:

A highly questionable practice without supporting evidence of even moderate quality

With 150 000 knee arthroscopies carried out in the United Kingdom each year, and about five times that number in the United States, arthroscopic partial meniscectomy—keyhole surgery for middle aged to older adults with knee pain to trim a torn meniscus—is one of the most common surgical procedures. Considering the enormous volume, it is natural to think that there is compelling evidence for the procedure being beneficial. Remarkably, this is not so.

It is barely a decade since the publication of the first controlled trial addressing knee arthroscopy using placebo surgery as a comparator. Since then a series of rigorous trials, summarised in two recent systematic reviews and meta-analyses, provide compelling evidence that arthroscopic knee surgery offers little benefit for most patients with knee pain. The latest nail into what should be a sealing coffin appears in a linked paper by Kise and colleagues (doi:10.1136/bmj.i3740): a rigorous comparison between exercise therapy alone and arthroscopic partial meniscectomy alone (without any postoperative rehabilitation) in adults with a degenerative meniscal tear. The authors found no between group difference in patient reported knee function at the two year follow-up, but greater muscle strength in the exercise group at three months.

How did this situation—widespread practice without supporting evidence of even moderate quality—come about? Orthopaedic surgeons used to treat young people presenting after an injury with a “locked knee” (an inability to fully extend the painful knee because of a meniscus tear lodged between the articular surfaces) by trimming the torn meniscus in open surgery. Once arthroscopy became technically possible, this procedure could be done conveniently. With no support aside from biological rationale, the indication crept from locked knees in young patients to all patients of all ages with knee pain and meniscus tears of any sort; tears which, on magnetic resonance imaging, have proved poorly associated with symptoms.

Essentially, good evidence has been widely ignored. Arthroscopic surgery for knee pain continues unabated, albeit under different procedure and billing codes. There are many possible reasons for reluctance in the orthopaedic community, including perverse financial incentives and an understandable difficulty in relinquishing cherished and long held beliefs: it is therefore no surprise that medical reversals (disinvestments in ineffective treatments) are generally slow.

Orthopaedic surgeons are unlikely to endorse these explanations, preferring to argue that the trials do not reflect the real world: they are “explanatory” or “mechanistic” trials, instead of being “pragmatic” or “practical.” If only we tested the procedures in patients reflective of actual clinical practice in the settings in which arthroscopic partial meniscectomy is actually delivered, they argue, we would see a different result.

We are at the point where any careful scrutiny, by, for instance, public health administrators or officials of an insurance company, would conclude that the estimated two million arthroscopic partial meniscectomies undertaken globally each year at a cost of several billion US dollars is potentially nothing but medical waste. Because frontline practitioners and local commissioners have not responded appropriately to the evidence, it follows that system level measures that result in more appropriate use of scarce medical resources are necessary—and perhaps urgently required.

If we were to generously give advocates of arthroscopic partial meniscectomy the benefit of the doubt we might allow that under such high stakes circumstances, acting to severely limit these procedures could be considered precipitous and premature. Accepting this line of argument, we would undertake the practical, real world trials embedded in the flow of practice that could satisfy orthopaedic surgeons’ concerns about the current evidence.

Which of these two options (or perhaps, to some degree, both) we should take is a matter requiring urgent societal debate and rapid resolution. In a world of increasing awareness of constrained resources and epidemic medical waste, what we should not do is allow the orthopaedic community, hospital administrators, healthcare providers, and funders to ignore the results of rigorous trials and continue widespread use of procedures for which there has never been compelling evidence.

---

## 7.7 Pneumologie

### Is er een nieuwe wonderdrug voor astma??

Research commentators have urged caution over the results of a study of a new asthma drug that has been hailed as a “game changer,” saying that much larger trials are needed.

Last weekend newspapers carried stories with headlines such as, “Asthma pill provides hope to millions of sufferers and could replace inhaler,” “Asthma drug ‘game changer’ could revolutionise treatment,” and

“First new asthma pill in 20 years hailed as ‘wonder drug’ by sufferers.”

A press release from the University of Leicester, UK, which led the research, described fevipiprant, a prostaglandin D2 receptor 2 (DP2 receptor) antagonist, as “The first new asthma pill for nearly 20 years [that] has the power to significantly reduce the severity of the condition.”

It reported the findings of a trial in 61 patients who took fevipiprant in addition to their usual treatment. The results, published in *Lancet Respiratory Medicine*, showed that fevipiprant led to significant reductions in eosinophilic airway inflammation in the sputum and bronchial submucosa.

The study—funded by Novartis Pharmaceuticals, the National Institute for Health Research (NIHR), and the European Union (AirPROM)—was designed primarily to examine the effects of fevipiprant on sputum eosinophil count, a measure of airway inflammation used in assessing the severity of asthma. Typically, people who do not have asthma have an eosinophil count of <1%, while those with moderate to severe asthma have a count of around 5%.

Patients in the study were randomly assigned to 225 mg of fevipiprant twice a day for 12 weeks or to placebo in addition to their standard medicine. Over the study, sputum eosinophil percentage decreased from a mean of 5.4% (95% confidence interval 3.1% to 9.6%) to 1.1% (0.7% to 1.9%) in the fevipiprant group and from 4.6% (2.5% to 8.7%) to 3.9% (2.3% to 6.7%) in the placebo group.

The study also measured change in asthma symptoms as a secondary outcome, as well as various exploratory outcomes including change in forced expiratory volume in one second (FEV1), lung volumes using body plethysmography, and health related quality of life.

The press release quoted Chris Brightling, one of the researchers, as saying, “Most treatments might improve some of these features of disease, but with fevipiprant improvements were seen with all of the types of tests [some of which were significant].”

“We already know that using treatments to target eosinophilic airway inflammation can substantially reduce asthma attacks. This new treatment, fevipiprant, could likewise help to stop preventable asthma attacks, reduce hospital admissions and improve day to day symptoms—making it a ‘game changer’ for future treatment.”

The press release also included comments from a participant in the fevipiprant study arm who said, “I knew straight away that I had been given the drug. I felt like a completely different person. I had more ‘get up and go,’ I was less wheezy, and for the first time in years I felt really, really well. For me, it felt like a complete wonder drug.”

Commenting on the coverage of the research, Carl Heneghan, director of the evidence based medicine centre at the University of Oxford, said, “Whilst this trial looks at the surrogate measure of eosinophils counts it has not provided an answer for its effects on exacerbations—the important clinical outcomes. Furthermore, the small number of patients from a single centre needs replicating in much larger, longer trials.

“Therefore, tempering headlines with ‘maybe,’ ‘possibly,’ or ‘perhaps’ would be more appropriate at this current stage in the research of this novel treatment for asthma patients.”

Hans Michael Haitchi, associate professor in respiratory medicine at the University of Southampton, said that the results were “very exciting and promising” but that “further studies are needed to confirm the safety of this new drug and also to find out if asthma attacks can be reduced or prevented in this particular patient group when more patients are treated with this new pill in multiple research centres over a much longer period

<http://www.bmj.com/content/354/bmj.i4379>

---

## 7.8 Reumatologie

### Een cursus jicht

#### Introduction:

Gout is one of the most common inflammatory arthropathies. Studies suggest a prevalence of 1.7% in Australia and 2.7% in New Zealand, with higher rates in Maori and islander populations. The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) in the USA and studies in New Zealand, China and the UK have shown that gout and hyperuricaemia are increasing in prevalence. A study of its prevalence in Aboriginal Australians in 1965 found an absence of gout, but in 2002, the prevalence had risen to 9.7% in men and 2.9% in women. The prevalence of gout in the USA in 2007-08 was 6%, but the prevalence of hyperuricaemia was 21%.

Hyperuricaemia is defined as a serum uric acid more than 0.36 mmol/L in women and more than 0.42 mmol/L in men. About 10% of people with hyperuricaemia develop gout, but 80-90% of patients with gout are hyperuricaemic. The chance of developing gout increases with increasing serum concentrations of uric acid. Why only a minority of those with hyperuricaemia develop clinical gouty arthritis is unclear. At present, there is insufficient evidence to recommend treatment of asymptomatic hyperuricaemia to prevent gouty arthritis, chronic kidney disease or cardiovascular events.

Despite the high prevalence of gout and the availability of safe and effective therapies, there remains considerable practice variation in diagnosis and management.

#### **Pathophysiology:**

Gout results from a raised total body uric acid concentration with consequent deposition of crystals in joints and occasionally elsewhere. Unlike most mammals, humans lack the enzyme capable of degrading uric acid. Humans tend to have far higher urate concentrations and these are linked to a constellation of clinical conditions, most notably gout.

There are two important factors that influence uric acid concentrations in the body. These are the amount of uric acid produced and the clearance of uric acid from the body. Approximately two-thirds is removed by renal clearance and one-third by intestinal clearance.

#### **Clinical features:**

Monosodium urate crystals typically form in relatively cooler parts of the body including the metatarsophalangeal joint of the big toe, the joints of the feet, knees, elbows and hands. The crystals may also deposit in the soft tissues around joints and form tophi which can also occur on the cartilage of the ears.

Gout usually presents as a painful monoarthritis that spontaneously resolves over a few days to one to two weeks. It occurs more commonly in males after puberty, and in females after menopause. Gout is characterised by recurrent flares of severe joint inflammation, but most patients are asymptomatic between attacks.

#### **Diagnosis:**

For a definitive diagnosis of gout, urate crystals must be demonstrated in synovial fluid or in the tophus. Synovial fluid should be analysed by polarised light microscopy. Once the definitive diagnosis has been made, repeat attacks do not require diagnostic aspiration unless there is a suspicion of joint sepsis. A normal or low serum urate does not exclude the diagnosis of acute gout, because the concentration may not be elevated during an acute attack.

First metatarsophalangeal joint involvement, local erythema, maximal inflammation within 24 hours and hyperuricaemia are suggestive of gouty arthritis, however a response to colchicine and the presence of tophi have a higher diagnostic usefulness. Some imaging modalities such as ultrasound and dual-energy CT scan may be helpful if the diagnosis is uncertain.

Several drugs used for treatment of comorbid conditions can alter serum urate concentrations. Losartan, atorvastatin, fenofibrate and calcium channel blockers all have weak urate-lowering properties. Low-dose aspirin and diuretics, particularly thiazide diuretics, increase serum urate. If possible, thiazide diuretics should not be used to treat hypertension in people with gout.

It is important not to overlook other causes of hyperuricaemia. These include renal diseases and myeloproliferative disorders.

#### **Treatment of acute attacks:**

The management of acute attacks focuses on the prompt treatment of inflammation and pain with the use of anti-inflammatory drugs. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), colchicine or corticosteroids are the first-line options, with the choice of drug being influenced by patient comorbidities and concomitant drugs.

Low-dose colchicine has similar efficacy to high-dose colchicine with an adverse-effect profile not significantly different from placebo. The Australian Medicines Handbook recommends 1 mg as soon as possible, then 500 micrograms one hour later (maximum 1.5 mg per course). Do not repeat the course within three days.

Colchicine is a substrate of both cytochrome P450 3A4 and P-glycoprotein so it may interact with antineoplastic drugs, calcium channel blockers (diltiazem and verapamil), calcineurin inhibitors, digoxin, dabigatran, macrolide antibiotics and protease inhibitors.

Short-term NSAIDs (3-5 days) are effective during an acute attack. All drugs in this class have equal efficacy.

Oral prednisolone 35 mg daily has been shown to effectively treat the symptoms of acute gout,<sup>11</sup> however



15-20 mg daily is often recommended. It can usually be stopped after 3-5 days.

### **Urate-lowering therapy:**

After management of an acute attack, urate-lowering therapy should be considered in those with gout and at least one of the following:

- tophi
- two or more attacks a year
- chronic kidney disease (stage 2 or worse)
- urolithiasis.

The goals of therapy are to maintain serum uric acid concentrations below a concentration at which urate crystals can form. Preventing the formation of urate crystals reduces the likelihood of joint inflammation, but there is no clear consensus about when to start.

A target serum uric acid of less than 0.30 mmol/L is recommended when tophi are present, otherwise less than 0.36 mmol/L is sufficient. Urate-lowering therapy should be titrated until the target is achieved. Long-term maintenance of the target concentration is recommended. Combination therapy may be required depending on the patient's tolerance and response to therapy. Investigation and treatment of conditions that predispose to gout such as the metabolic syndrome should also be undertaken.

Healthy lifestyle advice should include maintenance of ideal body weight and avoidance of excess alcohol, sugar-sweetened drinks and other known triggers identified for the individual.<sup>1</sup> There is little evidence to support a relationship between a larger consumption of meat and the risk of triggering an attack in those with established gout. Avoidance of some risk factors such as seafood should be weighed against their possible cardiovascular health benefits.

### **Prophylaxis:**

When starting urate-lowering therapy, concomitant prophylaxis should be provided for a minimum of six months to prevent flares of gout. It is common for flares of gout to occur when starting treatment and when changing the dose. Preventing these flares is a goal of treatment. NSAIDs and low-dose colchicine are first line and low-dose prednisolone is second line.

Colchicine is equal to NSAIDs for long-term prophylaxis, however short-term NSAIDs or oral glucocorticoids may be appropriate depending on the patient's comorbidities and drugs. A dose of 500 microgram (one tablet) of colchicine twice daily for people with normal renal function, and 500 microgram daily in those with renal impairment, may be considered.

### **Xanthine oxidase inhibitors:**

Xanthine oxidase catalyses two relevant reactions - the production of hypoxanthine from xanthine and the formation of uric acid from hypoxanthine. The inhibition of xanthine oxidase therefore reduces not only uric acid production but also the production of the uric acid precursor.

#### Allopurinol:

Allopurinol is the first-line drug for urate-lowering therapy. It is a purine analogue which competitively inhibits xanthine oxidase, reducing the production of uric acid.

In patients with normal renal function, allopurinol should be started at a dose of 100 mg daily for the first month. Increase the daily dose by 50 mg every 2-4 weeks until the target serum uric acid concentration is reached. Plasma urate concentrations can be measured monthly during this titration phase and doses higher than 300 mg daily are often required to reach the target. Allopurinol therapy should not be stopped in the event of an acute gout flare and can be safely started during an acute attack.

Previously, based on studies published in the 1980s, renal function limited the maximum daily dose of allopurinol. However, basing the dose on creatinine clearance results in only 19% of patients reaching the target serum urate.<sup>8</sup> The final dose of allopurinol needed to reach the target is predicted by the pre-treatment urate concentration, not renal function. Higher doses are required in patients with higher pre-treatment serum urate concentrations.

In patients with renal impairment, allopurinol should be started at a low dose and escalated more slowly than in other patients to achieve the target urate concentration. For example, patients with an estimated glomerular filtration rate less than 30 mL/minute may start at 50 mg every second day. The maximum dose of allopurinol required to reach the target should be determined by tolerability, not renal function.

#### Adverse effects:

Drinking plenty of liquids and eating little and often can help to reduce the most common adverse effects of nausea or vomiting. Less commonly, allopurinol can cause a rash or flaking of the skin. Allopurinol must be

ceased and medical advice sought promptly if any rash develops, especially if the very rare adverse effects of mouth ulceration or a severe skin rash develop. Other adverse effects include altered taste, drowsiness and diarrhoea.

A rare but potentially fatal adverse event is allopurinol hypersensitivity syndrome. This is characterised by rashes (e.g. Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis), eosinophilia, leucocytosis, fever, hepatitis and renal failure. The mortality is reported to be as high as 27%. The mechanisms leading to allopurinol hypersensitivity syndrome are unclear. Risk factors for its development include female sex, age, renal impairment, diuretic use and, in some ethnic groups, the HLA-B\*5801 genotype. (People of Asian descent, especially the Han Chinese, have a higher frequency of the HLA-B\*5801 allele.) A higher starting dose and quick escalation are associated with an increased risk of developing allopurinol hypersensitivity syndrome. Approximately 90% of cases occur within the first three months of starting treatment. For patients who start allopurinol successfully, there is no association between the maintenance dose and allopurinol hypersensitivity syndrome. This supports the notion of a 'start low and go slow' approach to allopurinol dosing, especially in those with risk factors for hypersensitivity syndrome.

#### Febuxostat:

Febuxostat is a new xanthine oxidase inhibitor but, unlike allopurinol, it is not a purine analogue. It has been effective in a number of trials and is approved in Australia for the treatment of gout in patients who are unable to tolerate allopurinol. Febuxostat is metabolised by the liver and renal excretion is not a major route of elimination. A dose of febuxostat 40 mg per day is clinically equivalent to allopurinol 300 mg in efficacy. If the serum uric acid is greater than 0.36 mmol/L after 2-4 weeks of therapy, febuxostat 80 mg once daily is recommended.

Febuxostat has relatively few drug interactions. It may be safe to use in patients with renal impairment, however the efficacy and safety of febuxostat has not been fully evaluated in patients with a creatinine clearance less than 30mL/minute. Also, there are some concerns about possible cardiovascular events associated with febuxostat and it costs more than allopurinol. Febuxostat is contraindicated in patients with ischaemic heart disease or congestive heart disease and, like allopurinol, is not recommended in patients taking azathioprine or mercaptopurine.

#### **Uricosuric drugs:**

Uricosurics promote the renal excretion of uric acid and are effective for controlling serum urate. Drugs such as probenecid inhibit organic anion transporters (OATs) in the kidney, which are responsible for the reabsorption of filtered uric acid. Caution is required in those with a history of kidney stones because uricosurics can precipitate uric acid stones. In patients at risk of renal calculi, if no other option is available, increased fluid intake and urinary alkalinisation may be considered. Probenecid is effective in patients with impaired renal function, contrary to previously held beliefs.

Benzbromarone is a potent uricosuric drug that is available in many countries but not Australia. It is effective as a sole drug in the treatment of gout. When used as add-on therapy in combination with allopurinol, more than 90% of patients reach a serum urate concentration of less than 0.30 mmol/L.

Lesinurad is another uricosuric drug that is currently in clinical trials. It is an inhibitor of uric acid transporters in the renal tubule (urate anion exchanger 1 (URAT1) and organic anion transporter 4 (OAT4)).

#### **Uricases:**

Uricases (such as rasburicase, a recombinant urate oxidase) metabolise urate to a more soluble form which is then excreted in the urine. They are highly effective at reducing serum urate and treating patients with severe gout, however they are not approved in Australia for this indication. As uricases are proteins, allergic reactions such as rashes, urticarial and bronchospasm are potential complications, especially after repeated infusions.

#### **Conclusion:**

The burden of gout is growing worldwide, due to the increasing number of people with conditions that predispose them to hyperuricaemia such as hypertension, obesity, diabetes, chronic kidney disease and the use of diuretics. Urate-lowering therapy reduces the risk of further attacks of gout, but prophylaxis against flares is required until the maintenance dose is stabilised.

[https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/the-management-of-gout?utm\\_medium=email&utm\\_source=16-08-02&utm\\_campaign=aus-prescriber](https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/the-management-of-gout?utm_medium=email&utm_source=16-08-02&utm_campaign=aus-prescriber)

## 8. Een frisse blik op huisartsgeneeskunde

---

### Moderne technologie en levensstijlverandering

Een onderwerp waar zeer veel over te doen is, zeer veel over ontwikkeld wordt en tot nu toe niet echt gek veel fatsoenlijk onderzoek over gedaan werd.

Bij deze wel een stuk degelijk uitgevoerd onderzoek, ik bespaar u het hele artikel en laat u zelf de conclusie ontdekken op basis van het lange abstract.

#### Effect of Wearable Technology Combined With a Lifestyle Intervention on Long-term Weight Loss

##### The IDEA Randomized Clinical Trial

John M. Jakicic, PhD1; Kelliann K. Davis, PhD1; Renee J. Rogers, PhD1; Wendy C. King, PhD2; Marsha D. Marcus, PhD3; Diane Helsel, PhD, RD4; Amy D. Rickman, PhD, RD, LDN5; Abdus S. Wahed, PhD6; Steven H. Belle, PhD7

JAMA. 2016;316(11):1161-1171. doi:10.1001/jama.2016.12858.

##### ABSTRACT

###### Importance:

Effective long-term treatments are needed to address the obesity epidemic. Numerous wearable technologies specific to physical activity and diet are available, but it is unclear if these are effective at improving weight loss.

###### Objective:

To test the hypothesis that, compared with a standard behavioral weight loss intervention (standard intervention), a technology-enhanced weight loss intervention (enhanced intervention) would result in greater weight loss.

###### Design, Setting, Participants:

Randomized clinical trial conducted at the University of Pittsburgh and enrolling 471 adult participants between October 2010 and October 2012, with data collection completed by December 2014.

###### Interventions:

Participants were placed on a low-calorie diet, prescribed increases in physical activity, and had group counseling sessions. At 6 months, the interventions added telephone counseling sessions, text message prompts, and access to study materials on a website. At 6 months, participants randomized to the standard intervention group initiated self-monitoring of diet and physical activity using a website, and those randomized to the enhanced intervention group were provided with a wearable device and accompanying web interface to monitor diet and physical activity.

###### Main Outcomes and Measures:

The primary outcome of weight was measured over 24 months at 6-month intervals, and the primary hypothesis tested the change in weight between 2 groups at 24 months. Secondary outcomes included body composition, fitness, physical activity, and dietary intake.

###### Results:

Among the 471 participants randomized (body mass index [BMI], 25 to <40; age range, 18-35 years; 28.9% nonwhite, 77.2% women), 470 (233 in the standard intervention group, 237 in the enhanced intervention group) initiated the interventions as randomized, and 74.5% completed the study. For the enhanced intervention group, mean baseline weight was 96.3 kg (95% CI, 94.2-98.5) and 24-month weight 92.8 kg (95% CI, 90.6-95.0). For the standard intervention group, mean baseline weight was 95.2 kg (95% CI, 93.0-97.3) and 24-month weight was 89.3 kg (95% CI, 87.1-91.5). Weight change at 24 months differed significantly by intervention group (estimated mean weight loss, 3.5 kg [95% CI, 2.6-4.5] in the enhanced intervention group and 5.9 kg [95% CI, 5.0-6.8] in the standard intervention group; difference, 2.4 kg [95% CI, 1.0-3.7];  $P = .002$ ). Both groups had significant improvements in body composition, fitness, physical activity, and diet, with no significant difference between groups.

###### Conclusions and Relevance:

Among young adults with a BMI between 25 and less than 40, the addition of a wearable technology device to a standard behavioral intervention resulted in less weight loss over 24 months. Devices that monitor and provide feedback on physical activity may not offer an advantage over standard behavioral weight loss approaches.

---

Met dank aan dr. Willy Storms, dr. Leslie Vander Ginst en dr. Gijs Van Pottelbergh

## 9. Specialisteninfo

---

Op 19 oktober 2016 start **dr. Els Delaunay** in MCH-Leuven met een raadpleging algemene endocrinologie.



Dr. Delaunay studeerde geneeskunde aan de KU Leuven en promoveerde als arts in 2010. Ze vervolgde haar opleiding met een specialisatie in de interne geneeskunde, waarbij ze koos voor de subspecialisatie endocrinologie in het Universitair Ziekenhuis in Leuven onder leiding van Prof. dr. Mathieu.

In 2016 behaalde zij het diploma van master na master in de endocrinologie.

Ze hecht veel belang aan een goede samenwerking met collega's en een goede vertrouwensband tussen arts en patiënt.

Vanaf 1 oktober 2016 zal zij starten als staflid van de dienst endocrinologie in het H. Hartziekenhuis Leuven.

### Interessegebieden:

- Algemene endocrinologie, kaderend in een bredere internistische visie.
- Haar interesse gaat ook uit naar de functie die de endocrinoloog heeft in preventie.

### Dr. Els Delaunay is meertalig:

- Moedertaal: Nederlands
- Goede kennis: Frans en Engels
- Basiskennis: Spaans

### Raadpleging:

**Woensdag van 9.00 tot 12.00 uur, om de 14 dagen**

Zoals gebruikelijk zijn deze raadplegingen mits verwijzing en na afspraak.

## 10. Focus

---

### Enkele toelichtingen bij de activiteiten van onze commissies MCH Focus:

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

Op 13 september 2016 vergaderde de Vesalius Koepel met haar verschillende leden Huisartsenkringen in het MCH-Leuven.

Volgende agendapunten werden ondermeer behandeld:

- Bepalen lidgeld 2016.
- Zorgregio's: tussentijds rapport zorgregioverdeling (dr. N. Claes).
- Veiligheid huisartsen- project Praag (dr. J. Van der Donckt)
- Project 1733: stand van zaken.
- Chronic care projecten: stand van zaken.

De volgende overlegvergadering van Vesalius Koepel zal plaatsvinden op 10 januari 2017 in het Medisch Centrum voor Huisartsen te Wezembeek-Oppem.

---

### Commissie Ouderenzorg - dr. Johan Vliers, voorzitter.

Op 15 september 2016 verzamelden de CRA's van de commissie Ouderenzorg voor een volgende overlegvergadering in MCH Leuven.

Volgende agendapunten werden besproken:

- Nieuwe CRA-opleidingen: waar? wanneer? regio? organisatie?
- Nascholingscyclus Residentiële Ouderenzorg: overzicht 2016 + bepalen thema's nieuwe onderwerpen nascholingsdata 2017.
- MRSA-nascholing (planning met apr. M. Lontie) op donderdag 16/03/2017, Werkgroep HA MCH
- Nieuw rustoord Wijgmaalbroek

Volgend overleg van Commissie Ouderenzorg zal plaatsvinden op 16 november 2016.

## 11. Tentoonstelling MCH Leuven

---

### Marleen CLOOTS - oktober 2016

#### Studies:

Middelbare Graad: 3 jaar Handel, Miniemen Leuven  
3 jaar Publiciteits-Grafiek, Coloma Mechelen  
Hoge Graad: 6 jaar Schilderen, Slac Leuven  
4 jaar Tekenen, Slac Leuven  
5 jaar Vrije Grafiek, Slac Leuven

Marleen begon al te tekenen in de Academie op 13-jarige leeftijd te Aarschot. Ze had prompt een eerste prijs gewonnen, verstuurd door haar logopedist, in Brussel. Kreeg een grote schildersvalies en een fototoestel Olympus. Kunstwerk: "De boerderij", gemengde techniek. Ze is slechthorend.

#### Selecties schilderijen:

'98: F. Van der Cammenprijs Merchtem ("Zaaddoosjes")  
'98: Lazarusprijs Rumst ("Tafel & stoel")  
'98: Wolvertem-Meise ("Maïs I & II")  
'99: Anton-Diezprijs Bredene ("Oude loods met stro")  
'00: Spectraal Gent, Sleidinge ("Struiken a/d Dijle")  
'01: Broeder Max Stichting Tessenderlo ("Zonder titel I & II")

#### Tento's schilderijen en grafiek, tekeningen:

'97 Botassart Bouillon & Univ. Huisartsenpraktijk Leuven '98 PBE Lubbeek groepstentoonstelling  
'99 Kunstwandeling Schriek '00 Kunstmarkt Gent, Sleidinge '00 Kunstwandeling Schriek '00 Cultuurcafé, Wentelsteen Leuven '01 Sted. Openb. Bib. Aarschot '03 Kunstkring Ogenblik Wilrijk & Lindepoort Mechelen (tolkenstudenten) '05 Kunstkring Ogenblik Begijnhof, 't Convent Lier '12 Kunstkring Ogenblik Universiteitsbib. Leuven '13 Kunstkring Ogenblik Lier

Website Marleen: [www.facebook.com/ClootsMarleen](http://www.facebook.com/ClootsMarleen)

Website Dove-Slechthorende kunstenaars: [www.facebook.com/Kunstkring.Ogenblik](http://www.facebook.com/Kunstkring.Ogenblik)

Marleen volgde de laatste jaren les, Vrije Grafiek bij Benoni, in Leuven. Met milieuvriendelijke inkt worden de werken gedrukt, met de etspers.

In de zoektocht naar harmonie vindt ze steeds nieuwe inspiratie om verder te gaan in de volgende werken.