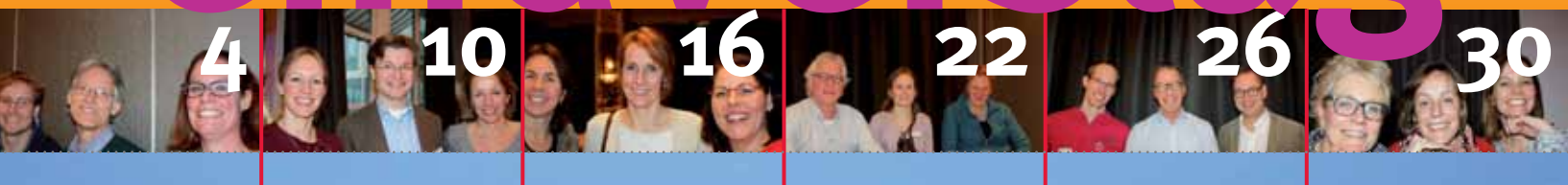


eindverslag



OverEINDse dagen
vanuit Lillehammer

1 tot en met 4 februari 2017

Colofon

Eindverslag is een gezamenlijke uitgave van Stichting OverEIND, HaCa en TransMáx. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen zonder bronvermelding.

Redactie Albert-Jan Aarnoudse, Hennie van Bavel, Elsje van Beek, Ronald Erdtsieck, Meggy Hurenkamp, Marieke Kerskes, Jolanda Oosterwaal, Mariëtte Oostindiër, Mark Scherders, Eveline van de Ven

Fotografie Roel Alewa, Eric Martin, Mariëtte Oostindiër, Susan Pruijsen, Maud Roelofsen

Ontwerp en opmaak Ster design ontwerp bureau

Drukwerk Strijbos Grafische Groep

Oplage: 1.100 stuks.

Redactie Eindverslag,

Postbus 1350, 5602 ZA Eindhoven, telefoon 040 - 239 84 05, e-mail: info@OverEIND.nl

**Inhoudsopgave**

Directe Orale AntiCoagulantie (DOAC)	4
Snowfever	10
Ketenzorg voor kwetsbare ouderen	14
MGUS: monoclonal gammopathy of undetermined significance	16
Zorgdebat dure geneesmiddelen	20
De forensische arts in het veld	22
Fractuurpreventie in een nieuw zorgpad	26
Let's talk about seks	30
Pluis of niet-pluis... in het kruis	32
Rubrieken	
Reisleider	3
Reiziger	13, 19, 29, 35

Reisleider



Voor u ligt weer het Eindverslag van de OverEINDse dagen 2017 in Lillehammer. Het zal u hoogstwaarschijnlijk ontgaan zijn, maar voor de organisatie was het vertrekmoment op woensdagmorgen uiterst spannend. Voor het eerst was het vertrek niet centraal georganiseerd en moest eenieder op eigen gelegenheid naar Schiphol reizen om op tijd te verzamelen in de vertrekhal. Als dat maar goed ging, want crowd-management bij artsen blijft een dingetje.

En het ging wonderwel goed, iedereen was op tijd en had er zin in. Helaas betekende dat niet dat we ook op tijd konden vertrekken. Door technische storingen bij de verkeersleiding kwamen we uiteindelijk bijna 2 uur later dan gepland in Oslo aan. Maar dat soort tegenslagen zijn we inmiddels wel gewend, ons avond- en middag programma werd snel aanpast en het congres kon met een vliegende start beginnen, hetgeen 's avonds in de bobslee nog eens dunnetjes werd overgedaan. Vanaf dat moment vloog de tijd voorbij. Leerzame workshops en uitdagende outdoor activiteiten op lange latten of met hyperenthousiaste sledehonden volgden elkaar in razend tempo op. Een prima hotel en goed eten hielden ons op de been, met als toppunt de traditionele afsluitende feestavond, ditmaal ruim voorzien van consumptiebonnen zodat ook de onderlinge kennismaking en communicatie vanzelf ging. Ondanks nachtelijke samenzang aan de piano in de hotellobby was iedereen weer present bij de afsluitende lezingen en voor we er erg in hadden waren we al weer op weg naar huis.

Als organisatie kijken wij terug op een van de meest geslaagde OverEINDse dagen, de winterse sferen en outdoor activiteiten in combinatie met uw inzet en enthousiasme waren volgens ons de sleutel tot succes. We zullen daarom in de toekomst vaker de mogelijkheden voor noordelijke bestemmingen overwegen.

Inmiddels zijn wij alweer bezig met de organisatie van de OverEINDse dagen 2018 in Andalusië in de overtuiging dat we in mediterrane sferen het succes van Lillehammer kunnen evenaren. We leggen de lat hoog voor 2018 en dagen u uit om met ons mee te gaan. Tot ziens in Andalusië.

Joep van Rens, voorzitter Stichting OverEIND



Directe Orale AntiCoagulantia (DOAC)

Door: Monique Brands, hematoloog Catharina Ziekenhuis,
Jos Dijkmans, huisarts Eindhoven, Laurens Nieuwenhuizen,
hematoloog Máxima Medisch Centrum

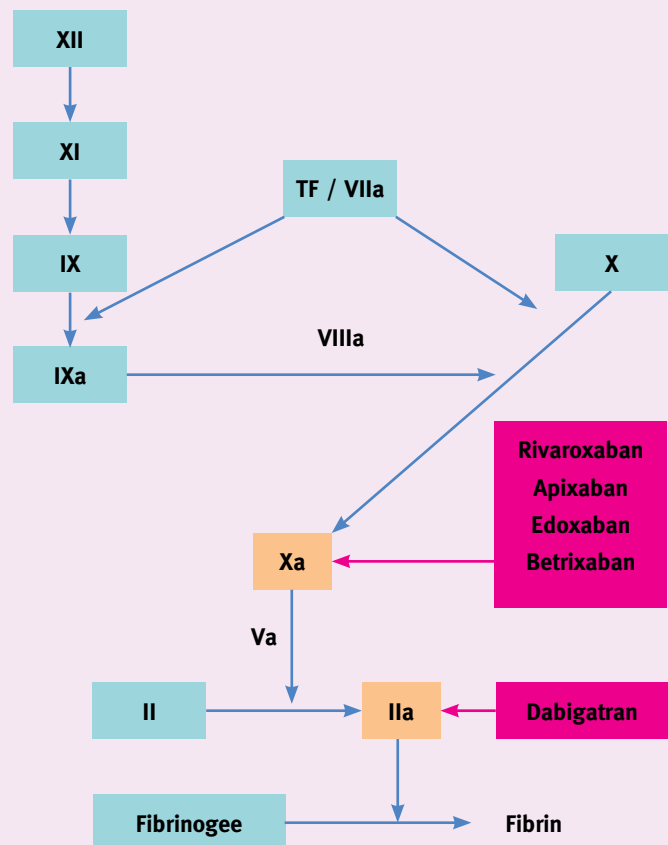
De Directe Orale AntiCoagulantia (DOAC), voorheen gekend als NOAC, is een groep anticoagulantia welke specifiek geactiveerd stoffactor X (rivaroxaban, apixaban, edoxaban), danwel geactiveerd stoffactor II (dabigatran) remmen. Daarmee wordt de bloedstollingscascade geblokkeerd.

De DOAC's zijn momenteel geregistreerd voor de preventie van veneuze tromboembolie bij heup en knie-operaties, bij de behandeling van atriumfibrilleren en bij de preventie en behandeling van veneuze tromboembolie.

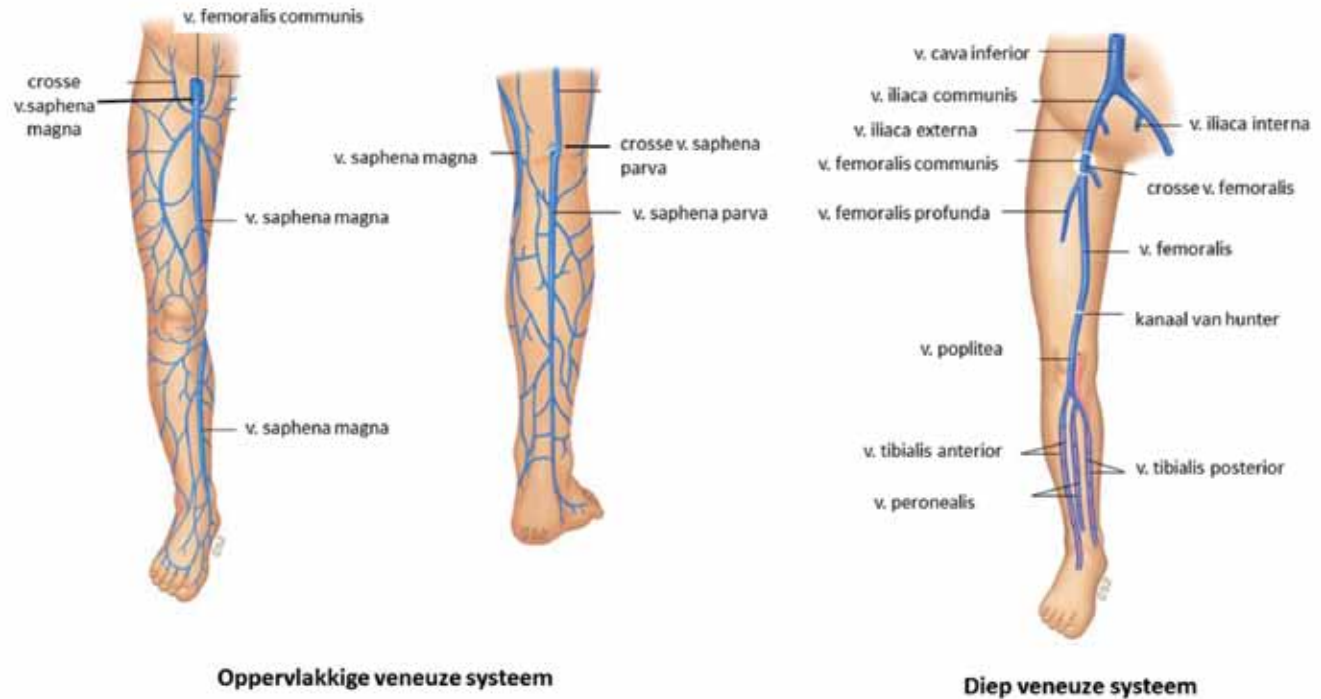
DOAC's werken snel met een tmax wisselend tussen 1-4 uur na inname. Ze zijn relatief ook weer snel uitgewerkt met een gemiddelde t_{1/2} van 9-14 uur. Strikte compliance is derhalve noodzakelijk. DOAC's worden in belangrijke mate renaal geklaard. Een beschikbare recente nierfunctie bepaling voor start van een DOAC is essentieel. Vanwege de renale klaring zijn DOAC's bij patiënten met een ernstige nierinsufficiëntie (<30ml/min) gecontraïndiceerd. DOACs zijn momenteel tevens gecontraïndiceerd in de zwangerschap, bij patiënten met veneuze tromboembolie met een maligniteit, patiënten met mechanische hartkleppen, patiënten met een lijnthrombose, patiënten met obesitas (>120kg) en patiënten met ernstige leverinsufficiëntie. Waakzaamheid is geboden bij patiënten een milde nierinsufficiëntie (30-50ml/min), milde leverfunctiestoornissen, maag/darm aandoeningen en bij CYP3A4 interactie (azolen, HIV remmers, rifampicine).

DOAC's en VTE

Uit diverse studies is gebleken dat de behandeling van veneuze tromboembolie met DOAC's als vergeleken met vitamine K antagonist even effectief is, maar bovenal veiliger is met minder bloedingscomplicaties. Daarom wordt er momenteel bij de behandeling van veneuze tromboembolie de voorkeur gegeven aan behandeling met DOAC's boven vitamine K antagonist. De DOAC's zijn voor de preventie en behandeling van veneuze tromboembolie niet onderling vergeleken. Derhalve is er geen duidelijke voorkeur voor een bepaalde DOAC.



Figuur 1. Werkingsmechanisme van DOAC's



Behandeling van veneuze tromboembolie
 Bij de behandeling van veneuze tromboembolie van de onderste extremititeit dient er onderscheid gemaakt te worden tussen patiënten met een oppervlakkige tromboflebitis, een kuit(spier) venetrombose, een diep veneuze trombose, een katheter gerelateerde trombose en een longembolie. In de onderste extremititeit wordt er een onderscheid gemaakt tussen het oppervlakkige veneuze systeem en het diepe veneuze systeem. Deze worden met elkaar verbonden middels de vena perforantes.

Oppervlakkige tromboflebitis of superficiële veneuze trombose
 Oppervlakkige tromboflebitis, of superficiële trombose is een aseptische ontstekingsreactie ten gevolge van trombusvorming in een oppervlakkige vene. De optimale behandeling van oppervlakkige tromboflebitis is onduidelijk. Behandeling met NSAID, pentasaccharides en LMWH zijn allen opties. Er zijn situaties die pleiten voor het gebruik van antistolling: uitgebreide oppervlakkige tromboflebitis (echografisch $\geq 5\text{cm}$), lokalisatie boven de knie, lokalisatie dichtbij de sapheno-femorale inmonding ($\leq 3\text{cm}$), ernstige symptomen, betrokkenheid van de vena saphena, eerder doorgemaakte veneuze tromboembolie, actieve maligniteit en recente operatie. Er is geen duidelijke voorkeur voor pentasaccharides of LMWH. Een compressiekous kan overwogen worden. Een controle echo hoeft niet te worden verricht.

Behandeling van oppervlakkige tromboflebitis of superficiële veneuze trombose

- Eerste keus: fondaparinux 2,5mg 1dd1 gedurende 45 dagen
- Tweede keus: LMWH 5000IE 1dd1 gedurende 6 weken
 Controleer eenmalig het trombocytenaantal op dag 7-9 na aanvang LMWH i.v.m. kans op HIT
- Derde keus: NSAID gedurende 6-12 dagen

*LMWH, laagmoleculairgewicht heparine; HIT, heparine-geïnduceerde trombocytopenie

Behandeling van een kuitvenetrombose

Aandachtspunten

- De voorkeur gaat uit naar behandeling met een DOAC, alternatief is behandeling met de combinatie van therapeutisch LMWH en vitamine K antagonisten
- Geef geen DOAC bij een actieve maligniteit, nierinsufficiëntie ($<30\text{ml/min}$), zwangerschap, of ernstige leverinsufficiëntie; voorzichtigheid bij nierinsufficiëntie ($30-50\text{ml/min}$)
- Behandel bij een actieve maligniteit alleen met monotherapie therapeutisch LMWH
- Behandel bij ernstige nierinsufficiëntie ($<30\text{ml/min}$) bij voorkeur met intraveneus ongefractioneerd heparine; alternatief LMWH met aanpassing van de dosering o.b.v. de aXa spiegels
- Controleer indien van toepassing eenmalig op dag 7-9 na aanvang LMWH het trombocyten aantal i.v.m. kans op HIT

Behandeling

- Indien geen ernstige symptomen of risicofactoren voor uitbreiding: expectatief beleid met controle echo na 1 week; bij uitbreiding behandelen gedurende 3 maanden
- Indien met ernstige symptomen of risicofactoren voor uitbreiding: direct starten met behandelen gedurende 3 maanden
- Eerste keus: rivaroxaban 15mg 2dd1 (dag 1-21), gevolgd door 20mg 1dd1 (vanaf dag 22)
- Tweede keus: apixaban 10mg 2dd1 (dag 1-7), gevolgd door 5mg 2dd1 (vanaf dag 8)
- Derde keus: therapeutische LMWH met vitamine K antagonist; minimaal 5 dagen LMWH met tenminste 2 dagen stabiele en INR 2-3 voordat LMWH gestopt kan worden

Behandeling van kuitspiervenetrombose

- Expectatief beleid met eventueel controle echo na 1 week
 - Bij ernstige symptomen: overweeg behandeling met therapeutisch LMWH gedurende 4 weken
- Controleer eenmalig het trombocyten aantal op dag 7-9 na aanvang LMWH i.v.m. kans op HIT

Kuitvenetrombose

Een geïsoleerde kuitvenetrombose wordt gedefinieerd als een trombose van de vena peroneus, vena tibialis posterior of de vena tibialis anterior zonder uitbreiding in de proximale vene. Uitbreiding naar proximaal wordt bij 8% van de patiënten gezien. Risicofactoren zijn positieve d-dimeer test, groot trombus ($\geq 5\text{cm}$), veneuze trombose in de voorgeschiedenis en de aanwezigheid van een permanente risicofactor.

Kuitspiervenetrombose

Een kuitspiervenetrombose wordt gedefinieerd als een trombose van de vena gastrocnemius of vena soleus zonder uitbreiding in proximale venen. De kans

op uitbreiding naar proximaal is ongeveer 4%.

Diep veneuze trombose

Bij een diep veneuze trombose wordt er onderscheid gemaakt tussen een idiopathische en uitgelokte (operatie, trauma, immobiliteit) diep veneuze trombose. Een eerste episode van een idiopathische DVT wordt gedurende 6 maanden behandeld met antistolling. Een uitgelokte DVT wordt behandeld met antistolling gedurende 3 maanden. Bij een recidief idiopathische diep veneuze trombose wordt er voor onbepaalde tijd behandeld met antistolling. Een diep veneuze trombose van de onderste en bovenste extremiteit wordt op dezelfde

wijze behandeld. Overweeg patiënten met een hoge klinische verdenking op een diep veneuze trombose in afwachting van bevestiging van de diagnose te behandelen.

Behandeling van diep veneuze trombose

Aandachtspunten

- De voorkeur gaat uit naar behandeling met een DOAC, alternatief is behandeling met de combinatie van therapeutisch LMWH en vitamine K antagonist
- Geef geen DOAC bij een actieve maligniteit, nierinsufficiëntie ($<30\text{ml/min}$), zwangerschap, of ernstige leverinsufficiëntie; voorzichtigheid bij nierinsufficiëntie ($30-50\text{ml/min}$)
- De nierfunctie dient recent ($<3\text{mnd}$) bepaald te zijn
- Behandel bij een actieve maligniteit alleen met monotherapie therapeutisch LMWH
- Behandel bij ernstige nierinsufficiëntie ($<30\text{ml/min}$) bij voorkeur met intraveneus ongefractioneerd heparine; alternatief LMWH met aanpassing van de dosering o.b.v. de aXa spiegels
- Overweeg trombolysen bij geselecteerde patiënten met trombose met bedreiging van een ledemaat
- Overweeg vena cava filter bij absolute contra-indicatie voor antistolling; deze dient bij voorkeur binnen 2 weken weer te worden verwijderd
- Patiënten met een bij toeval ontdekte DVT worden op dezelfde manier behandeld als patiënten met een symptomatisch DVT
- Controleer bij LMWH eenmalig op dag 7-9 na aanvang het trombocyten aantal i.v.m. kans op heparin-induced trombocytopenia (HIT); controleer bij ongefractioneerd heparine het trombocyten aantal conform hoofdstuk 12
- Thuisbehandeling van een DVT is gecontraïndiceerd bij sterk verhoogd bloedingsrisico, nierinsufficiëntie ($<30\text{ml/min}$), extreem overgewicht ($\text{BMI} > 50$ en/of gewicht $> 150\text{kg}$), bedreigd ledemaat, of psycho(sociale) redenen

Dosering DOAC

- Eerste keus: rivaroxaban 15mg 2dd1 (dag 1-21), gevolgd door 20mg 1dd1 (vanaf dag 22)
- Tweede keus: apixaban 10mg 2dd1 (dag 1-7), gevolgd door 5mg 2dd1 (vanaf dag 8)
- Let op nierinsufficiëntie
- Let op bij rivaroxaban en apixaban geen simultane behandeling met therapeutisch LMWH nodig

Dosering therapeutisch LMWH en vitamine K antagonist

- Start met vitamine K antagonist simultaan met LMWH zodra de diagnose gesteld is
- Combineer vitamine K antagonist en LMWH gedurende minimaal 5 dagen; stop LMWH na 5 dagen indien

tenminste 2 dagen stabiele en goede INR (streefwaarde 2,0-3,0)

- Dalteparine (Fragmin)
 - $<55\text{kg}$: 10.000IE 1dd1
 - $55-65\text{kg}$: 12.500IE 1dd1
 - $65-85\text{kg}$: 15.000IE 1dd1
 - $>85\text{kg}$: 18.000IE 1dd1
- Nadroparine (Fraxodi)
 - $<70\text{kg}$: 11.400IE 1dd1
 - $>70\text{kg}$: 15.200IE 1dd1
- Nadroparine (Fraxiparine)
 - $<70\text{kg}$: 5.700IE 2dd1
 - $>70\text{kg}$: 7.600IE 2dd1
- Opstartschema acenocoumarol <70 jaar: 6mg (dag 1), 4mg (dag 2), 2mg (dag 3), vervolg o.b.v. de INR
- Opstartschema acenocoumarol ≥ 70 jaar: 3mg (dag 1), 2mg (dag 2), 1mg (dag 3), vervolg o.b.v. de INR
- Bij verhoogd risico op bloedingen, slechte voedings-toestand, laag lichaamsgewicht hanteer opstartschema acenocoumarol 3mg (dag 1), 2mg (dag 2), 1mg (dag 3); vervolg o.b.v. de INR
- Opstartschema fenprocoumon <70 jaar: 12mg (dag 1), 6mg (dag 2), 3mg (dag 3); vervolg o.b.v. de INR
- Opstartschema fenprocoumon ≥ 70 jaar: 9mg (dag 1), 3mg (dag 2), $1,5\text{mg}$ (dag 3); vervolg o.b.v. de INR
- Bij verhoogd risico op bloedingen, slechte voedings-toestand, laag lichaamsgewicht hanteer opstartschema fenprocoumon 9mg (dag 1), 3mg (dag 2), $1,5\text{mg}$ (dag 3); vervolg o.b.v. de INR

Eerste idiopathische diep veneuze trombose

- Antistolling gedurende 6 maanden
- Steunkous drukklasse III gedurende 2 jaar

Uitgelokte diep veneuze trombose

- Antistolling gedurende 3 maanden
- Steunkous drukklasse III gedurende 2 jaar

Recidief idiopathische diep veneuze trombose

- Antistolling voor onbepaalde tijd
- Steunkous drukklasse III gedurende 2 jaar

Diep veneuze trombose en actieve maligniteit, dan wel chemotherapie of adjuvante behandeling

- Tenminste 6 maanden alleen therapeutisch LMWH en geen vitamine K antagonist; daarna overweeg omzetten naar vitamine K antagonist
- Steunkous drukklasse III gedurende 2 jaar

Behandeling van longembolie

Aandachtspunten

- De voorkeur gaat uit naar behandeling met een DOAC, alternatief is behandeling met de combinatie van therapeutisch LMWH en vitamine K antagonist
- Geef geen DOAC bij een actieve maligniteit, nierinsufficiëntie (<30 ml/min), zwangerschap, of ernstige leverinsufficiëntie; voorzichtigheid bij nierinsufficiëntie ($30-50$ ml/min)
- De nierfunctie dient recent (<3 mnd) bepaald te zijn
- Behandel bij actieve maligniteit alleen monotherapie met therapeutisch LMWH
- Behandel bij ernstige nierinsufficiëntie (<30 ml/min) bij voorkeur met intraveneus ongefractioneerd heparine; alternatief LMWH met aanpassing van de dosering o.b.v. de aXA spiegels
- Overweeg trombolysie bij geselecteerde patiënten met hemodynamische instabiliteit
- Overweeg vena cava filter bij absolute contra-indicatie voor antistolling; deze dient bij voorkeur binnen 2 weken weer te worden verwijderd
- Patiënten met een bij toeval ontdekte longembolie worden op dezelfde manier behandeld als patiënten met een symptomatisch longembolie
- Controleer bij LMWH eenmalig op dag 7-9 na aanvang het trombocyten aantal i.v.m. kans op heparin-induced trombocytopenia (HIT); controleer bij ongefractioneerd heparine het trombocyten aantal conform hoofdstuk 12
- Thuisbehandeling van een longembolie: zie paragraaf 4.5.1

Dosering DOAC

- Eerste keus: rivaroxaban 15mg 2dd1 (dag 1-21), gevolgd door 20mg 1dd1 (vanaf dag 22)
- Tweede keus: apixaban 10mg 2dd1 (dag 1-7), gevolgd door 5mg 2dd1 (vanaf dag 8)
- Let op nierinsufficiëntie
- Let op bij rivaroxaban en apixaban geen simultane behandeling met therapeutisch LMWH nodig

Dosering therapeutisch LMWH en vitamine K antagonist

- Start met vitamine K antagonist simultaan met LMWH zodra de diagnose gesteld is
- Combineer vitamine K antagonist en LMWH gedurende minimaal 5 dagen; stop LMWH na 5 dagen indien tenminste 2 dagen stabiele en goede INR (streefwaarde 2,0-3,0)

- Dalteparine (Fragmin)
 - <55 kg: 10.000IE 1dd1
 - 55-65kg: 12.5000IE 1dd1
 - 65-85kg: 15.000IE 1dd1
 - >85 kg: 18.000IE 1dd1
- Nadroparine (Fraxodi)
 - <70 kg: 11.400IE 1dd1
 - >70 kg: 15.200IE 1dd1
- Nadroparine (Fraxiparine)
 - <70 kg: 5.700IE 2dd1
 - >70 kg: 7.600IE 2dd1
- Opstartschema acenocoumarol <70 jaar: 6mg (dag 1), 4mg (dag 2), 2mg (dag 3), vervolg o.b.v. de INR
- Opstartschema acenocoumarol ≥ 70 jaar: 3mg (dag 1), 2mg (dag 2), 1mg (dag 3), vervolg o.b.v. de INR
- Bij verhoogd risico op bloedingen, slechte voedings-toestand, laag lichaamsgewicht hanteer opstartschema acenocoumarol 3mg (dag 1), 2mg (dag 2), 1mg (dag 3); vervolg o.b.v. de INR
- Opstartschema fenprocoumon <70 jaar: 12mg (dag 1), 6mg (dag 2), 3mg (dag 3); vervolg o.b.v. de INR
- Opstartschema fenprocoumon ≥ 70 jaar: 9mg (dag 1), 3mg (dag 2), 1,5mg (dag 3); vervolg o.b.v. de INR
- Bij verhoogd risico op bloedingen, slechte voedings-toestand, laag lichaamsgewicht hanteer opstartschema fenprocoumon 9mg (dag 1), 3mg (dag 2), 1,5mg (dag 3); vervolg o.b.v. de INR

Eerste idiopathische longembolie

- Antistolling gedurende 6 maanden

Uitgelokte longembolie

- Antistolling gedurende 3 maanden

Recidief idiopathische diep veneuze trombose

- Antistolling voor onbepaalde tijd

Longembolie en actieve maligniteit, dan wel chemotherapie of adjuvante behandeling

- Antistolling voor onbepaalde tijd
- Tenminste 6 maanden alleen therapeutisch LMWH en geen vitamine K antagonist; daarna overweeg omzetten naar vitamine K antagonist

Exclusiecriteria voor thuisbehandeling van longembolie (Hestia beslisregel)

Indien een van onderstaande vragen met 'ja' wordt beantwoord is thuisbehandeling gecontraïndiceerd

- Is de patiënt hemodynamisch instabiel?
- Is trombolyse of embolectomie nodig?
- Heeft de patiënt ernstige pijn waarvoor i.v. pijnmedicatie nodig is?
- Is zuurstofsuppletie nodig om de zuurstofsaturatie >90% te houden?
- Is de diagnose longembolie gesteld tijdens therapeutische antistollingsbehandeling?
- Is er een actieve bloeding of een hoog risico op een bloeding?
- Gastro-intestinale bloeding ≤14 dagen, herseninfarct ≤4 weken, operatie ≤ 2 weken, gekende stollingsstoornis, trombocytopenie ≤ 75x10⁹/L, ongecontroleerde hypertensie met systole ≥180mmHg of diastole ≥110mmHg
- Is er een medische of sociale reden voor ziekenhuisopname voor meer dan 24 uur?
Bijvoorbeeld infectie, maligniteit, geen mantelzorg
- Is de creatinineklaring volgens Cockcroft-Gault ≤30ml/min?
- Heeft de patiënt ernstig leverfalen?
- Is de patiënt zwanger?

Longembolie

Bij een longembolie wordt er onderscheid gemaakt tussen een idiopathische en uitgelokte (operatie, trauma, immobiliteit) longembolie. Een eerste episode van een idiopathische longembolie wordt gedurende 6 maanden behandeld met antistolling. Een uitgelokte longembolie wordt behandeld met antistolling gedurende 3 maanden.

Bij een recidief idiopathische diep veneuze longembolie wordt er voor onbepaalde tijd behandeld met antistolling. Overweeg patiënten met een hoge klinische verdenking op een longembolie in afwachting van bevestiging van de diagnose te behandelen.

Thuisbehandeling van longembolie

Thuisbehandeling van longembolie is veilig en lijkt toepasbaar bij ongeveer 50% van de patiënten. Patiënten met een longembolie mogen thuis worden behandeld indien alle vragen van de hestia beslisregel met 'nee' zijn beantwoord, zie tabel 4.

Katheter gerelateerd trombose

Armvenetrombose kan op basis van de etiologie worden onderverdeeld in twee groepen: primaire arm vene trombose en secundaire arm vene trombose. De primaire arm vene trombose wordt op dezelfde wijze behandeld als een diep

veneuze trombose van het been, zie hierboven. Bij 75% van de patiënten met een armvenetrombose is er sprake van een secundaire armvenetrombose, meestal ten gevolge van een centraal veneuze katheter.

Behandeling van katheter gerelateerde trombose

Aandachtspunten

- Verwijder de katheter indien deze niet meer nodig is of affunctioneel is
- Laat de katheter in situ indien deze nog nodig is en functioneel is
- Het verwijderen van de katheter hoeft niet voorafgegaan te zijn door een periode van antistolling
- Controleer indien van toepassing eenmalig op dag 7-9 na aanvang LMWH het trombocyten aantal i.v.m. kans op HIT

Behandeling

- Start simultaan met vitamine K antagonist en LMWH zodra de diagnose gesteld is
- Combineer vitamine K antagonist en LMWH gedurende minimaal 5 dagen; stop LMWH na 5 dagen indien tenminste 2 dagen stabiele en goede INR (streefwaarde 2,0-3,0)
- Behandel gedurende 3 maanden, ook als de katheter verwijderd wordt
- Indien de katheter na 3 maanden nog in situ is, continueer de antistollingstherapie zolang de katheter in situ is

Snowfever

Door: Heidi Ammerlaan, internist-infectioloog Catharina Ziekenhuis; Marjolijn Wegdam-Blans, arts-microbioloog PAMM; Frank de Ruijter, huisarts

Tijdens deze presentatie hebben we geprobeerd aan de hand van drie casussen de deelnemers zelf aan het denken te zetten over niet meer zo zeldzame ziektebeelden bij de huisarts en op de eerste hulp door bijzondere activiteiten, verre reizen en de komst van meer buitenlandse patiënten.

Leptospirose / Ziekte van Weil

Een zoönose afkomstig van runderen, varkens en ratten, besmetting via excreta in bijvoorbeeld oppervlaktewater en modder. Wereldwijd voorkomend, in Nederland door buitensporten vaak in nazomer en herfst met een incubatietijd van 5 tot 14 dagen. Verloop: in begin griepachtig beeld met koorts, koude rillingen, hoofdpijn, spierpijn, gastro-intestinale klachten en soms geelzucht. Kan uitmonden in ernstig ziektebeeld met nierinsufficiëntie, icterus en een verhoogde bleedingsneiging waarvoor IC opname en nierdialyse nodig kunnen zijn. Ook na tijdige en adequate behandeling met benzylpenicilline kunnen er nog lang vermoeidheidsklachten zijn.

Hantavirus

Bekend onder veel verschillende namen uit de bunya virus familie die wereldwijd voorkomt als zoönose. In West Europa onder andere Puumala virus wat verspreid wordt via aerosolen die ontstaan uit excreta van muizen, denk dus aan schuren, vakantiewoningen, boerderijen en campings. In Nederland vaakst in Twente en Brabant. Beloop is veelal asymptomatisch, maar een griepachtig beeld met spierpijn, koorts, hoofdpijn en misselijkheid komt ook voor. Het kan ernstiger verlopen met hoge koorts, braken en nierinsufficiëntie. Met supportieve care en nefrologische expertise kan volledig herstel bereikt worden.

Salmonella

Typhus is een faeco-oraal vanuit dierlijk voedsel overgedragen importziekte in ons land. Ze komt in Midden Afrika, India en Indonesië wel uitgebreid voor. De non-typhi vormen spelen



soms wel op in locale besmettingshaarden in Nederland maar hebben een milder verloop. De ernst en incubatietijd (7 tot 14 dagen) zijn afhankelijk van het inoculum. De ziekte presenteert zich met koorts, hoofdpijn, verminderde eetlust en veranderd defecatiepatroon (diarree staat niet op de voorgrond). Later volgen: roseolen (25%), bradycardie (50%) en soms een delier. Complicaties kunnen bestaan uit een darmp perforatie of chronisch dragerschap. Bij een immuunstoornis kan een ernstig beloop verwacht worden.

Rickettsia

Rickettsiae zijn gramnegatieve, niet sporevormende, zeer veelvormige micro-organismen. Het zijn obligaat intracellulaire parasieten die zich alleen in het cytoplasma van eukaryote gastheercellen (meestal endotheelcellen) kunnen handhaven en vermenigvuldigen. Ze veroorzaken bij mensen een groot aantal ziekten waaronder vlektyfus, Rocky Mountains spot-



ted fever, African tick bite fever. Bij de gepresenteerde casus was sprake van African tick bite fever, meestal veroorzaakt door *Rickettsia conorii* subsp. *Conorii*. De vector is een teek. Incubatie tijd 1 week. Patiënt presenteert zich

met koorts, hoofdpijn, spierpijn en een maculopapulaire rash. Daarnaast is pathognomonisch een eschar, ook wel tache noire genoemd (zie foto): huidnecrose van enkele millimeters doorsnede ten gevolge van proliferatie van

rickettsia ter plaatse van de tekenbeet en daarmee compressie van de microcirculatie. Door middel van serologisch onderzoek kan de diagnose worden gesteld. De behandeling bestaat uit doxycycline gedurende 1 week.

CASUS PATIËNT J.V.

Context

Tijd Maandag, Net terug na week Ibiza, huwelijk nu 8 dg geleden, vrijgezellenfeest 12 dg,
SOC eigen bedrijf met varkens en geiten, waarin liefst zo weinig mogelijk antibiotica, full-time/hard werken, geen zieke dieren, wel geboortes, vriendin: wat vaginale afscheiding, zelf al canesten gekocht, lijkt te helpen, in tattoo shop wordt hygiënisch gewerkt, geen prikaccidenten, op Ibiza alleen in en om zwembad gelegen en 1 wandeling door natuur gemaakt
VG tonsillectomie, polsfractuur, komt bijna nooit op spreekuur
Med ibuprofen de laatste dagen tegen de griep, verder niet
Intox roken- alc: in weekenden met vrienden best stevige drinker (8+eh) verder niet, op all-inclusive nu misschien ook wel wat teveel genomen, niet geteld

Anam

moe, gewoon griep gevoel, koorts gehad tijdens vakantie (niet gemeten)
denkt zelf te hard gewerkt, zorgen over waarnemer in zijn bedrijf

Tractus

Neurol: helder, georiënteerd en adequaat, uitval- hoofdpijn+

KNO/Luchtw: niet benauwd, hoesten kuchje af en toe, pijn met ademen-keelpijn- snotterig iets

Hart: gb

MDL: misselijk+/-, braken-, minder eetlust+, diarree gehad in weekend, bloed bij def-, buikpijn-
Locom: tegen.spierpijn+
Urol: iets dysurie, plast 3x per dag

LO

Niet echt ziek
T 37,8 RR 135/89 pols 90 ra sat 100%
kleur wat bruin van de zon of wat gelig?
Recente Tattoo op de arm, rode plek op been (dd muggebult, tekenbeet, gestoten in zwembad)
Rode conjunctivae, witte sclerae
KNO wat opgezette klieren in de hals
Pulm VAG Cor \$-
Abd: perist n, wt, rbb randje lever voelbaar? verder soepel

Aanvullend onderzoek huisarts

Urinestick leuko 1+ ery1+ prot1+ nitr-
CRP (POCT) 30
Hb (POCT) 8,5

Lab

Soa kweek: chlamydia pos, verder neg
Urine kweek / DIP slide: geen groei

Dag 2

Vriendin belt: J.V. is doodziek, sinds gisteren niet geplast, welke termijn visite?
Als later op de dag dan belt vriendin zelf 112
A cwk/ademweg vrij

B snelle ademhaling 22/min, VAG, saturatie 96%, symm thoraxexcursies, geen cyanose
C RR 80/44, pols 122, cap refill vertraagd (2sec)
D somnolent, pupillen isocoor lichtreactief, niet nekstijf, kracht en sensibiliteit globaal intact, symmetrisch, glucose 6.2
E T 39,2, bleekgeel, enkele petechiën
- Geen perifeer oedeem, Abdomen: normale peristaltiek, wisselende tympanie, soepel, gevoelig maar niet drukpijnlijk, geen weerstanden, geen organomegalie, geen slagpijn nierloges
ECG SR, horizontale as, normale geleidingstijden, geen ST/T afwijkingen, R R'in V1/V2, mogelijk incompleet rechter bundeltakblok

Opname

acute nierinsuff / Sepsis met nierinsuff protocol, IC opname
Surviving sepsis campaign protocol
Vullen, bloedkweek, standaard schema cefuroxim IC opname
Inotropie, evt beademmen, dexametason, insuline, CAD erin: geen urine
Als geen Dialyse genoemd of niet gevuld dan alsnog overlijden
DD acute nierinsufficiëntie, hepatitis en sepsis
- Medicatie: NSAIDs
- Infectieus: hanta, EBV/CVM, leptospirose, bacteriëmie (urosepsis), hepatitispakket, HIV

Uitslagen van Klinisch Chemisch Laboratorium, Radiologie en PAMM van casus patiënt J.V.

Klinisch Chemisch Laboratorium

	Huisarts 02022017	Internist 03022017
Hematologie		
Leuko	13,6	15,0
Neutr	8	12
Lymfo	1	1
Mono	0,5	0,5
Eo	0,1	0,1
Lich.v.Dohle		+
Tox.korrel		++
Hb	8,6	7,6
Trombo	350	60
CRP	43	379
BSE	41	80

Chemie

CK		906
Trop	<0,1	
D-dimeer	1251	
Bili	25	
72		
ASAT	40	221
ALAT	53	300
GGT	61	212
Alk.Fos.	101	156
Amylase		56
LDH		230
Kreat	96	231
Ureum	10	12
Glucose	7,6	10,9
TSH	3,1	
Ca		2,0
Na		132
K		3,8
Lactaat		1,9

Stolling

APTT	34
PT	15.5

pCO ₂	32
pO ₂	94
bicarb	22
base excess	-1
SaO ₂	98%

Bloedgas

pH	7.45
----	------

Afdeling Radiologie

Onderzoek

Echo boven en onderbuik

Datum

03022017

Homogeen aspect van de pancreas. Normaal echoreflexiepatroon van het leverparenchym, geen focale lesions. Slanke intra- en extrahepatische galwegen. Kleine afwijking in de galblaas, waarschijnlijk poliep danwel steentje. Milde splenomegalie. Normale grootte ligging en aspect van de nieren, geen hydronefrose. Lege blaas. Slanke aorta abdominalis. Geen para-aortale of para-iliacale lymfadenopathie.

X thorax (zittend)

03022017

Slank cor en mediastinum. Geen aanwijzingen voor infiltraat of overvulling. Normaal beeld van hart en longen.

PAMM

Materiaal	Onderzoek	Uitslag	Datum
Urine	Leptospirose PCR	positief	02022017
Serum	IgG en IgM	positief	03022017

Tips bij terugkomende reizigers

- Kijk op de website: fevertravel.ch.
- Neem malariatetest en een volledig bloedbeeld bij alle patiënten die terugkeren uit een endemisch gebied met koorts.
- Overweeg een HIV test bij alle patiënten.
- Vergeet niet om in de DD de autochtone ziektes die je zou overwegen bij een niet-reiziger op te nemen
- Neem een volledige reisanamnese af (waar, wanneer, wat, seks, voeding, medicatie, profylaxe, tracti).
- Let bij lichamelijk onderzoek vooral op hepato-splenomegalie, lymfklierzwelling en inspecteer de gehele huid (eschar, exantheem, petechiën, purpura, icterus, inoculatiezweer, conjunctivale injectie).

Reiziger



Op woensdagochtend in alle vroegte stapte ik samen met mijn collega-huisartsen in de trein op weg naar Schiphol. Direct vonden er al intercollegiale overleggen plaats tussen 1e en 2e lijn. Het doel was al bereikt.

De at random indeling in het vliegtuig zorgde er voor dat er een mengelmoe van hulpverleners naast elkaar zat. Elkaar uitvragen naar persoon, beroep en hoe vaak iemand al naar de OverEINDse dagen was geweest. Voor sommigen de 18e keer! Voor mij een primeur. In de bus naar het hotel in Noorwegen konden we direct al genieten van een prachtig winters landschap. Na aankomst in Lillehammer gingen we van start met een interessant praatje over MGUS. Voor mij als beginnende huisarts heerlijk om de pathofysiologie weer eens te herhalen. Maar ook wat wel en niet in de 1e lijn thuishoort. De essentie van deze dagen naar mijn idee. Welke zorg is voor wie en hoe kunnen we elkaar bereiken. De avond werd afgesloten met een nascholing over seks. Het deed iedereen weer goed. Wakker schudden met her en der rode konen op de wangen. Voor de dare devils onder ons was er een bobslee race, waarbij de laatste ritten het snelst gingen. Voor de winnaars natuurlijk door goede technische handelingen. Anderen dachten door de toenemend gladder wordende baan. De waarheid ligt in het midden waarschijnlijk.



Mijn indruk van de nascholingen was zeer goed. Goed voorbereid, beide lijnen goed vertegenwoordigd en interactief. Chapeau! Snowfever vond ik persoonlijk heel boeiend. Leerzaam en mooi te zien hoe 1e en 2e lijn anamnese voeren en uiteindelijk tot de oplossing weten te komen. De gezamenlijk activiteit langlaufen was voor velen een uitdaging. Ik had zelf het idee als ervaren skiër dat ik het er makkelijk vanaf zou brengen. Echter een geheel andere techniek liet mij toch behoorlijk zwe-ten. Zowel bij deze als alle andere activiteiten een dank aan de dames van de organisatie. Alles tot in de puntjes geregeld.



Na een sportief debat over (te) dure geneesmiddelen konden de voetjes van de vloer. De 'interne' nam het voortouw en al snel was de vloer gevuld. Na het vinden van een piano ging het feestje tot in de late uurtjes door. Voor mij zeer geslaagde OverEINDse dagen. Ik kijk uit naar Andalusië.

Tot ziens!



Door: Marloes Cucciollilo
Huisarts te Best

Ketenzorg voor kwetsbare ouderen

Door: Anneke Dalinghaus, kaderhuisarts ouderengeneeskunde Eindhoven, Anne Jacobs, klinisch geriater en klinisch farmacoloog i.o. Catharina Ziekenhuis, Laura van Geffen, klinisch geriater Máxima Medisch Centrum

Door de vergrijzing worden steeds meer ouderen opgenomen in het ziekenhuis. 1,1 miljoen opnames in Nederlandse ziekenhuizen betreft mensen van 70 plus, dat is 30% van alle ziekenhuisopnames! Daarvan zijn er 300.000 kwetsbare ouderen. Van de kwetsbare ouderen komt 93% vanuit huis en gaat 83% weer naar huis terug. Elk jaar hebben er ongeveer 100.000 oudere patiënten functieverlies na een opname in een ziekenhuis, met diverse heropnames tot gevolg.

In 2015 werden de volgende aantallen patiënten in het Catharina Ziekenhuis opgenomen:

Totaal aantal opnames (>24u) in 2015	26.096
70-79 jaar	5.852 (22%)
80-89 jaar	3.391 (13%)
90 en ouder	546 (6%)

In het ziekenhuis concentreert men zich vooral op de **ziekte** waarvoor de oudere is opgenomen, terwijl er vaak functionele achteruitgang ontstaat door het niet goed coördineren van de zorg rond opname en ontslag van de patiënt. Door betere samenwerking tussen de hulpverleners kan er functionele achteruitgang worden voorkomen. Daarvoor is tijd en aandacht nodig en een hele goede communicatie tussen de hulpverleners in en buiten het ziekenhuis. Ook problemen rond andere zaken, zoals bijvoorbeeld medicatie, kunnen voorkomen worden door betere overdracht.

Kwetsbaarheid

Sinds 2013 is elk ziekenhuis verplicht om aan de poort de kwetsbaarheid te screenen met behulp van de VMS criteria, waarbij men vooral kijkt naar risico op delier, vallen, ondervoeding en functieverlies. Als deze kwetsbaarheidsscreening al heeft plaatsgevonden in de huisartsenpraktijk, kan er tijd en



moeite bespaard worden als deze gegevens beschikbaar zijn bij opname van de kwetsbare ouderen.

In de eerste lijn zijn er sinds 2011 steeds meer huisartsenpraktijken in Eindhoven en omstreken die meedoen aan het regionale zorgprogramma Ouderenzorg. De praktijkondersteuner (POH) brengt kwetsbare ouderen in kaart door middel van een gevalideerde vragenlijst, TraZAG (TRANsmuraal Zorg Assessment Geriatrie) genaamd. Vervolgens wordt er een individueel zorgplan gemaakt met persoonlijke doelen voor de patiënt. De POH werkt in het KIS (Keten Informatie Systeem), een web based programma, dat ook ingezien kan worden door specialisten in het ziekenhuis.

Pilot Transferzorg

Het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) heeft een budget uitgetrokken voor het onderzoek naar Transferzorg. Binnen dit programma is er in het AMC sinds 2012 een Transmurale Zorgbrug gestart onder leiding van Sophia van Rooij en Bianca Buurman, waarbij er met een 'warme overdracht' wordt gewerkt. In dit model wordt een wijkverpleegkundige ingeschakeld om de patiënt in het ziekenhuis te bezoeken vóór het ontslag, en aansluitend een aantal keren na thuiskomst. Het resultaat op de heropnames en de sterfte was spectaculair. De sterfte na dertig dagen was verminderd met 36%, ook na zes maanden was er nog een vermindering van sterfte met 26%. Naar voorbeeld van dit project is er in Zuidoost Brabant in september 2016 een Pilot Transferzorg gestart.

Uitgangspunt is het verbinden van pro-actieve zorg in de eerste lijn naar pro-actieve zorg in de tweede lijn en weer terug. Een prachtig transmurale project!

Knelpunten in de overdracht

Zoals gesteld, is het van belang dat bij het insturen van de patiënt het ziekenhuis op de hoogte wordt gebracht van de kwetsbaarheid, zodat vele problemen kunnen worden voorkomen.

Het grootste probleem hierbij, bleek het versturen van de gegevens vanuit de huisartsenpraktijk naar het ziekenhuis. De gegevens van de inkaarting van de POH ouderenzorg staan in Care2U, een KIS. Bij het insturen van een patiënt wordt er door de huisarts gebruik gemaakt van ZorgDomein, een beveiligde verbinding naar het ziekenhuis, alwaar de hoofdbehandelaar de verwijzing ontvangt. Stel dat het hier om een kwetsbare oudere gaat, dan zou het ziekenhuis hiervan zo spoedig mogelijk op de hoogte moeten zijn. Daarom wordt ook in deze pilot ingestoken op een 'warme' overdracht.

Warme overdracht

In de eerste lijn wordt er altijd gesproken van een casemanager (CM1), omdat behalve de POH ook een ZTB (Zorg Traject Begeleider) of een WVK (Wijkverpleegkundige) de eerst aangesproken zorgcoördinator kan zijn. In het ziekenhuis is het gebruikelijk om de kwetsbare oudere te volgen met een vaste verpleegkundige, geriatrieverpleegkundige of een contactverpleegkundige. Het geriatrisch consultteam, zoals het wordt genoemd fungeert dan als case-manager (CM2) in het ziekenhuis.

Transferzorg bestaat uit drie onderdelen:

- Thuisituatie
- Situatie in het ziekenhuis
- Naar huis of verpleegtehuis

Het structureren van deze zorg: in de thuissituatie na de opname moet de zorg weer snel opgepakt worden, waarbij er binnen 48 uur een hulpverlener een huisbezoek brengt, gevolgd door verdere huisbezoeken om allerlei zaken te regelen. Gespreksonderwerpen zijn bijvoorbeeld:

- Medicatie, in overleg met apotheker
- Ingezette thuiszorg voor persoonlijke verzorging
- Huishoudelijke hulp via het WMO loket
- Voeding, eventueel in overleg met een diëtiste
- Financiën, vergoedingen van hulpmiddelen
- Activiteiten, bijvoorbeeld dagopvang en dagbesteding
- Opzetten van een sociaal netwerk, bijvoorbeeld via WijEindhoven
- Mantelzorg begeleiding om mantelzorg te ontlasten
- Samenwerking met alle betrokken hulpverleners
- Beleidsafspraken bespreken en/of bijstellen
- Voorbereiding van eventuele controle bezoeken in het ziekenhuis

Het gaat om complexe zorg, die verschillende domeinen overschrijdt. Voor deze pilot is er transmurale samenwerking nodig. Zo moet in de huisartsenpraktijk het dossier op orde zijn en alle gegevens correct in Care2U gezet worden. Ook het HIS (Huisarts Informatie Systeem) moet voorbereid worden. Daarmee kan de informatie verzonden worden naar het geriatrisch team in het ziekenhuis. In de tweede lijn vergt het een aantal logistieke afspraken. Tijdens de opname zal de patiënt begeleid worden. Gedurende de pilot zal nauwkeurig bijgehouden worden hoeveel tijd de samenwerkende partijen hierin steken, zodat er ook een adequate honorering zal plaatsvinden, in ieder geval op termijn. Uit wetenschappelijk onderzoek is berekend dat er een grote kostenreductie te verwachten is. Namelijk elke dag dat een patiënt korter in het ziekenhuis ligt en gevolgd wordt door een casemanager eerste lijn, blijkt een besparing van ongeveer 700 euro op te leveren. Kortom een belangwekkend transmurale project, waarvoor wij met recht uw belangstelling vragen, zodat u kunt meedoen aan het vergroten van het welzijn en welbevinden van vele oudere patiënten!



MGUS: monoclonal gammopathy of undetermined significance

Door: Frederieke de Bever, huisarts, Joyce Curvers, klinisch chemicus Catharina Ziekenhuis en Lidwine Tick, internist Máxima Medisch Centrum

Multiple myeloom (MM) is een ziekte met een gemiddelde overleving van 6-7 jaar. De ziekte wordt jaarlijks bij 700 patiënten vastgesteld. Bij het multiple myeloom zijn plasmacellen (uitgerijpte B-cellen) maligne ontaard als gevolg van multiple genetische mutaties. De plasmacellen verdringen de normale hematopoietische ontwikkeling in het beenmerg en zorgen daarbij voor symptomatologie als hyperCalciëmie, Renale disfunctie, Anemie en Botlaesies, de zogenaamde CRAB-criteria.

Als gevolg van de abnormale proliferatie van 1 plasmacelkloon wordt een monoklonaal (dat wil zeggen met één specificiteit) immuunglobuline geproduceerd, dat in het eiwitspectrum terug te vinden is als een scherpe piek. Door de hoge eiwitconcentratie in het bloed is de bezinking verhoogd. Calcium stijgt als gevolg van osteoclastactiviteit in het bot. Door verdringing ontstaan anemie en botlaesies en door neerslag van de vrije lichte keten of de intacte immuunglobuline treedt nierfalen op. Behandeling voor patiënten bestaat uit chemotherapie, stamceltransplantatie en monoklonale antilichamen tegen B-cellen of plasmacellen. Helaas presenteert een groot deel van de MM patiënten zich in een vergevorderd stadium.

Monoclonal gammopathy of undetermined significance (MGUS)

MGUS is het voorstadium van Multiple myeloom en is daarmee een van de meest voorkomende premaligne afwijkingen. MGUS treedt op bij ongeveer 3,5% van de mensen ouder dan 50 jaar. MGUS geeft geen klachten met als uitzondering soms een neuropathie.

Deze patiënten worden 'bij toeval' gevonden, omdat bij hen onderzoek naar een monoklonale gammopathie is gedaan. Ze presenteren zich doorgaans met (een van de) klinische symptomen die kunnen passen bij MM; moeheid, (anemie



met) verhoogde bezinking, recidiverende infecties, nierfunctiestoornissen, polyneuropathie, botpijn, fracturen of osteoporose. Dit is voor specialisten een reden om een eiwitspectrum aan te vragen.

In afwezigheid van eindorgaanschade spreekt men van MGUS. Progressie van MGUS naar MM of gerelateerde ziekten treedt op bij ongeveer 1% van de patiënten per jaar (zie figuur 1). MGUS kan, naast een voorstadium voor MM, ook gevonden worden bij auto-immuunziekten, infecties, een lymfoom en huidaandoeningen. Wanneer de onderliggende aandoening behandeld wordt, zal de monoklonale gammopathie verdwijnen. Spontane regressie vindt plaats bij 2-5% van de patiënten. De meerderheid van deze patiënten heeft een lage concentratie M-proteïne.

Progressie van MGUS

De progressiesnelheid wordt bepaald door de snelheid van deling van de klonale B-cellen/plasmacellen in het beenmerg. Ook in het serum kan de toename van de monoklonale intacte immuunglobuline of de aangedane vrije lichte keten (kappa of lambda) gemeten worden.

Recent zijn een aantal risicofactoren voor progressie van MGUS naar MM gedefinieerd:

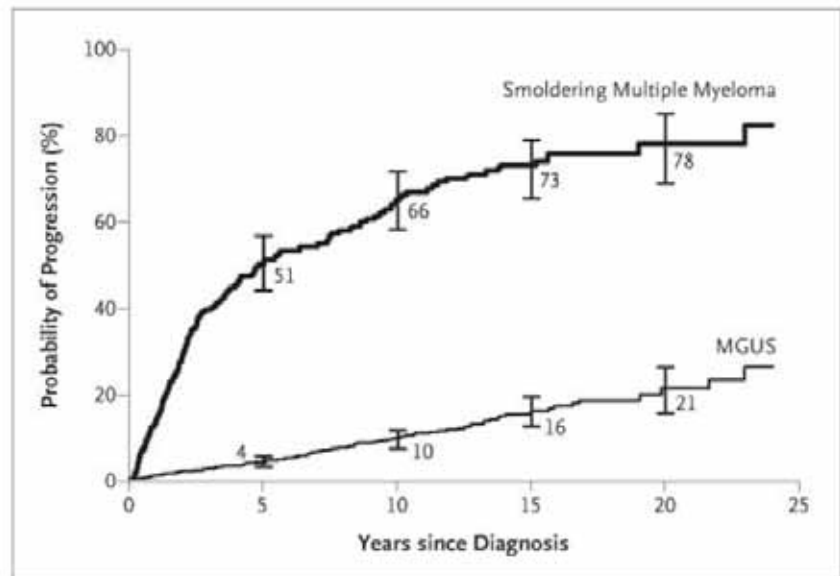
- Monoklonaal immuunglobuline groter dan 15 g/L
- Een monoklonaal immuunglobuline NIET van het type IgG

(of IgA, D, E, M)

- Abnormale ratio vrije lichte ketens kappa/lambda (/)

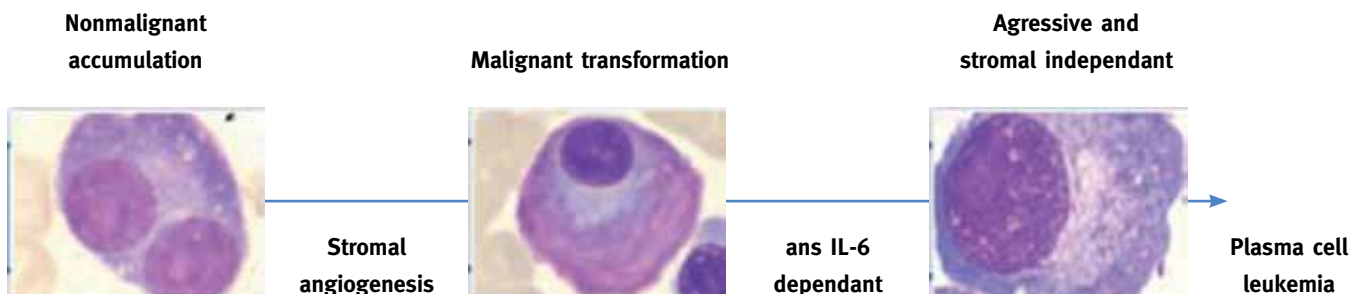
Wanneer een patiënt geen van de bovengenoemde risicofactoren heeft, is het risico op progressie 5% in 20 jaar. Deze populatie beslaat ongeveer 40% van de patiënten met MGUS. (Low-risk MGUS)

De overige 60% heeft 1, 2 of 3 risicofactoren met een oplopend risico op progressie van respectievelijk 21, 37, 58% in 20 jaar. Wanneer er eenmaal progressie naar het Smoldering MM wordt gevonden (alle biochemische kenmerken, maar nog geen eindorgaanschade) blijkt dat de helft van de patiënten in 5 jaar progressie vertonen naar MM. Dit risico op progressie neemt niet af, zelfs niet na 25 of 30 jaar follow-up.



Figuur 1: Kyle R et al. N Engl J Med 2007;356:2582-2590

Multiple myeloma precursor diseases



MGUS

- < 3 g M protein
- < 10% clonal BMPC's
- No MM-related end-organ damage
- 1%/yr risk of progression to MM

Smoldering myeloma

- ≥ 3 g M protein or $> 10\%$ clonal BMPC's
- No MM-related end-organ damage
- 10%/yr risk of progression to MM in the first 5 year

Multiple myeloma

- $\geq 10\%$ clonal BMPC's
- M protein in serum and/or urine
- ≥ 1 CRAB features of disease-related organ damage
 - C:** Calcium elevation $> 11,5$ mg/L or ULN
 - R:** Renal dysfunction serum creatinine > 2 mg/dL
 - A:** Anemia Hb < 10 g/dL or 2 g $<$ normal
 - B:** Bone disease lytic lesions or osteoporosis

Wel is het zo dat veel MGUS-patiënten oud zijn en uiteindelijk zullen overlijden ten gevolge van ziekten die niet met MGUS samenhangen.

Take to work message

Controle low-risk-MGUS door de huisarts?

Nadat de specialist diagnose en mate van risico heeft vastgesteld en de patiënt in een stabiele situatie verkeert, kan de 'low risk-MGUS' patiënt in principe ook door de huisarts gecontroleerd

worden. Nogmaals, dit betreft 40% van de patiënten gevonden met MGUS met een risico op progressie van 5% in 20 jaar.

Omdat dit slechts een zeer klein aantal patiënten per praktijk betreft en de huisarts dus weinig ervaring zal opdoen met deze controles, is het wenselijk dat de specialist bij terugverwijzing naar de huisarts een duidelijke instructie in de brief vermeldt. Tevens is een interpretatief commentaar van de laboratoriumbevindingen gewenst.

Volgens de presentatrices zou een RTA opgesteld moeten worden met de voorwaarden waaronder de low-risk-MGUS in de huisartsenpraktijk vervolgd kan worden. Daarin zou minimaal beschreven moeten staan:

- de controlefrequentie (over het algemeen jaarlijks),
- welke controles plaats moeten vinden (doorgaans analyses die het vermoeden op eindorgaanschade weerspiegelen: eiwitspectrum, BSE, Hb, calcium en Kreatinine/MDRD).

Bij afwijkende waarden van de controles (onder andere een verdubbeling van het monoklonale antilichaam) kan de huisarts laagdrempelig overleggen met de specialist over het te voeren beleid.



Reiziger



Another second drink

Een wetenschappelijk programma in combinatie met sportieve en sociale activiteiten in een oud Olympisch dorp klinkt als een geschikt congres om meer collega's in de regio (beter) te leren kennen. Deze verwachting bleek later zeker waar. Vanaf het vertrek van de reis tot aan terugkomst was er een continue kennismaking en interactie tussen de ongeveer 90 deelnemers. Bijna altijd was er wel ergens een raakvlak te vinden.



Nadat de heenvlucht met enige vertraging was begonnen, kon het wetenschappelijk programma in Lillehammer toch op tijd beginnen. Door de variëteit in de besproken onderwerpen, had je de ene keer wat meer en de andere keer wat minder affiniteit met het besproken onderwerp. Geneesmiddelen hebben bijna altijd wel enige rol in het betreffende onderwerp. In alle gevallen was het sowieso interessant om de bevologenheid van de collega's te zien, zodra ze over hun eigen vakgebied konden vertellen. Diverse ideeën en initiatieven waren er om de samenwerking en de zorg in de regio te kunnen verbeteren.



Uiteraard was er door de organisatie ruimte gereserveerd in het programma voor winterse activiteiten. Met op de eerste avond direct een bobsleewedstrijd op een Olympische baan. Al leek de bob meer een dubbelgevouwen gymmat, opgevouwen hierin met 4 collega's bleek deze bob toch met bijna 100 kilometer per uur de baan af te kunnen. De strijd was fel. Wie ging er winnen? Máxima, de 1e lijn of het Catharina? In de lijn van het congres was dit natuurlijk een gemengde bob. De langlaufles de dag erna was een leuke ervaring in de winterse natuur van Lillehammer. Het sportieve programma werd op de een na laatste dag afgesloten met een tocht met huskyhonden of alpine skiën. De pistes in Lillehammer lagen er mooi bij en zorgden ervoor dat enige competitie tijdens het skiën bij de deelnemers naar boven kwam.

Tussen al deze activiteiten door was er ook nog ruimte voor een sociaal programma. Al was de drank door de Noorse prijzen op rantsoen, heeft dit de pret natuurlijk niet bedorven. Na elke 'second drink' ging de kurk weer op de fles. Daar de Noorse bediening geen waterdicht systeem had, konden er meerdere 'second drinks' worden besteld. Zo werd de borrel bij het vuur toch net wat gezelliger. Op het afsluitende feest werd het second-drink-principe losgelaten. Er werd dan ook tot in de late uurtjes gedanst.

De combinatie van een wetenschappelijke programma verweven met een sportief en sociaal programma bleek een succes om veel collega's te spreken over diverse onderwerpen, dan wel of niet vak gerelateerd. Ik kijk er met veel plezier op terug. Tot volgend jaar met misschien another second drink!

Door: Maarten de Greef,
Apotheker Catharina Ziekenhuis.

Zorgdebat dure geneesmiddelen

Door: Mark Vermeulen, huisarts, Joost Janssen, longarts
Máxima Medisch Centrum, Ben van de Borne, longarts
Catharina Ziekenhuis, Ylva Onderwater, huisarts, Eric van de Laar, klinisch ethicus Catharina Ziekenhuis

In de gezondheidszorg zijn complexe ethische vraagstukken aan de orde van de dag.

Dit jaar is er geëxperimenteerd met een nieuwe werkvorm rondom zo'n vraagstuk: een plenair debat op de manier van het bekende Lagerhuis. Het bleek een schot in de roos.

‘Hoe houd je de zaal wakker, als je na een middag actief in de sneeuw, nog iets inhoudelijks wil doen?’ Dat kan maar op een manier was de overtuiging in de voorbereidingsgroep: dan moet het interactief zijn en over een spannend, controversieel onderwerp gaan. Een zorgdebat over dure geneesmiddelen bijvoorbeeld. Zo ongeveer is het gegaan, in de aanloop naar deze nieuwe activiteit op het congresprogramma. OK, er waren een paar tussenstappen: er lag een project over een nieuw oncologisch geneesmiddel: nivolumab. Maar daarover was twijfel gerezen of het niet te specialistisch was. Anderzijds was er ook de wens geopperd om een ethisch onderwerp op de agenda te zetten. Was er een mogelijkheid die twee te combineren? Iets ethisch over nieuwe oncolytics? Maar natuurlijk: welke vraag is controversiëler dan die over het prijskaartje aan een mensenleven. Wat mag een extra levensjaar kosten? Er waren drie korte introducerende lezingen voorzien en vervolgens een debat rond casuïstiek met telkens partijen die pro- en contrastpunten moesten verdedigen. Daarna werd er nog plenair gediscussieerd.

Verdringing en nutsdenken

In de eerste presentatie werden de ethische problemen van de huidige bekostigingssystematiek belicht, althans dat was de bedoeling. Het praatje paste niet helemaal in de ervoor bestemde tijd. Overall probleem is de verdringing: geld dat hier uitgegeven wordt, kan elders niet meer besteed worden en zo kunnen de kosten voor dure geneesmiddelen het geld voor andere noodzakelijke zorg opsouperen. De NVZ heeft de minister laten weten dat ziekenhuizen hierdoor in de proble-



men komen. Twee in het oog springende ethische problemen spelen in deze constellatie: de eerste is de spanning tussen de utilistische ethiek die achter de kosteneffectiviteitsberekeningen schuilgaat en de traditionele beroepsethiek van de dokter. Kosteneffectiviteitsdenken kijkt naar de grootst mogelijk winst op populatieniveau, het individu is hieraan ondergeschikt. De doktersethiek beoogt in denken en handelen de best mogelijke zorg voor elke individuele patiënt. Daar omheen wordt al het ander aan middelen en mogelijkheden gerangschikt. De spanning tussen die twee benaderingen komt nu ook de spreekkamer binnen.

Vrije marktsetting

Het andere probleem is het ontwikkelen van geneesmiddelen in een vrije marktsetting. Er is consensus onder gezaghebende economen (OESO) dat er een weeffout in het systeem zit. Een vrije markt veronderstelt keuzevrijheid. Bij consumptiegoederen kan dat, maar geneesmiddelen zijn geen consumptiegoederen. Onverenigbaar met vrije markten zijn voorts monopolieposities, zoals die door octrooien ontstaan. Vooral dit laatste maakt dat er prijzen gevraagd worden die in geen verhouding staan tot ontwikkelkosten en effectiviteit. In een context waar de ‘afnemers’ zich op de grens van leven en dood bevinden, zijn dergelijke bedrijfsvoeringspraktijken en prijssettingen ethisch niet te verantwoorden. Derhalve groeit ook de druk op overheden om hier een sterkere regulerende rol in te nemen. In Nederland is er thans de constructie van ‘de sluis’ als onderhandelingsinstrument van de overheid voor

acceptabelere prijzen. Voorts liggen er plannen om in internationaal verband te gaan werken aan andere publiek-private verhoudingen voor de geneesmiddelen-ontwikkeling.

Toepassing van dure geneesmiddelen

Vervolgens waren er twee presentaties over respectievelijk longkanker en astma, plus de dure geneesmiddelen die daarin gebruikt worden. Doel hiervan was de deelnemers ten behoeve van de discussie nadien de nodige achtergrond te geven over ziektebeeld, effectiviteit en kosten van de middelen. Zeer dure geneesmiddelen zoals nivolumab zijn inmiddels geïntroduceerd in het behandeltraject voor longkanker. Het is (nog) niet mogelijk om de patiënten te identificeren die winst gaan ondervinden van deze middelen. Er is nog geen goede biomarker beschikbaar. Het indicatiegebied is nu alleen nog tweede lijn bij vergevorderd stadium. De verwachting is dat het aantal middelen en het indicatiegebied gaan toenemen naar vroegere stadia van longkanker en ook in de eerste lijn bij vergevorderd stadium en naar andere maligniteiten. Het is dus een kwestie van tijd dat ook de huisarts geconfronteerd gaat worden met patiënten die deze middelen gebruiken. De vraag 'welke winst opweegt tegen welke kosten' blijft actueel. Welke parameter geeft de doorslag Overleving? Kwaliteit van leven?

Bij ernstig refractair astma hebben deze middelen zonder meer een toegevoegde waarde. Ze bewerkstelligen een vermindering van de exacerbatie-frequentie, een verbeterde longfunctie en hiermee ook de kwaliteit van leven. Een ander belangrijk voordeel is het steroïde-sparend effect. Iedere arts is bekend met de vaak dramatische bijwerkingen van langdurig gebruik van corticostero-

iden. Een bijkomend voordeel, bij een overwegend relatief jonge patiëntencategorie, is minder uitval uit het arbeidsproces. Voorwaarde voor dit alles is, dat er een adequate diagnosestelling (wat is het phenotype astma?) heeft plaatsgevonden en dat alle andere behandelbare zaken zijn aangepakt (gesaneerde woning, adequate inhalatietechniek, stoppen met roken, KNO-gebied gesaneerd, dysfunctioneel ademen aangepakt, bronchiëctasieën behandeld etc.).

Discussie

Hierna mocht de zaal dan eindelijk met de stellingen aan de slag. En warempel, de verhoopde revival deed zich voor en er ontspon zich een debat met veel strijd lust, engagement en humor. Er waren drie stellingen op basis van casuïstiek, met ziektebeeld, leeftijd en leefstijl als variabelen en telkens de vraag of betreffende patiënt, gezien de kosten, voor behandeling in aanmerking zou moeten komen. In het pro-contra-onderdeel met opponerende groepen waren dit de belangrijkste standpunten:

- Jong, dus heeft de maatschappij nog veel te bieden versus jong, dus straks plant ze zich voort en krijgt haar nageslacht het ook.
- Oud, en heeft jaren premie betaald, zorgt voor demente man en collecteert voor KWF versus te oud om in te investeren.
- Eigen schuld dikke bult, ongezonde

leefstijl = dikke pech versus een moeder met jonge kinderen verdient de zorg ongeacht levensstijl.

- Iedereen heeft recht op zorg versus er is niet genoeg geld voor iedereen dus we moeten kiezen.

In de plenaire discussie werd de sfeer wat reflectiever en werden er vragen gesteld bij de eigen verantwoordelijkheid als voorwaarde tot toegang tot zorg. Klopt de vooronderstelling die daarin besloten ligt over hoe mensen tot verstandig gedrag komen: 'inzien = willen = kunnen'? Ook werd de vraag gesteld of dit alles nu betekent dat de prijs van de behandeling daadwerkelijk en expliciet door de arts met de patiënt besproken en meegewogen moet gaan worden? Moet de dokter gaan calculeren en het belang van de groep zwaarder gaan wegen dan het individu dat voor hem zit, zoals dat in het kosteneffectiviteitsdenken gebruikelijk is? Dat zou een fundamentele verschuiving betekenen in het beroepsethos van de dokter. Is er niet veeleer winst te behalen, in kwaliteit van leven en kosten, door een ander gesprek te gaan voeren met kwetsbare ouderen? Moet alles wat kan?

Tot concrete oplossingen kwamen we helaas niet, maar een overtuiging werd alom gedeeld: een zorgdebat is voor herhaling vatbaar.



De forensische arts in het veld

Door: Anke-Nel Vos, huisarts, Charlotte Wetzels, patholoog
PAMM en Ton Gieling, forensisch arts GGD Brabant-Zuidoost

Het doel van een lijkschouw is een onderscheid te maken tussen een natuurlijk en een niet-natuurlijk overlijden. Indien mogelijk wordt ook de doodsoorzaak vastgesteld.

Alle (behandelende) artsen mogen een lijkschouw verrichten als zij er van overtuigd zijn dat er sprake is van een natuurlijk overlijden. De gemeentelijk lijkschouwer is als forensisch arts (FG) ingeschreven bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RSG) en daardoor gerechtigd om op verzoek van justitie, een lijkschouw te verrichten. De FG komt in actie als de behandelend arts niet overtuigd is van een natuurlijke dood, als er geen arts beschikbaar is of bij een duidelijk niet-natuurlijk overlijden.

Causale keten reconstrueren

Bij de lijkschouw is het de taak een causale keten van oorzaken te reconstrueren. Is hier sprake van een natuurlijk overlijden (ten gevolge van spontane ziekte, inclusief een complicatie van een 'lege artis' uitgevoerde medische behandeling) of een niet-natuurlijk overlijden (direct of indirect gevolg van een ongeval, geweld of andere van buitenaf komende oorzaak, schuld of opzet van een ander of zelfmoord)? Er mag besloten worden voor een natuurlijk overlijden als aanwijzingen voor een niet natuurlijke dood ontbreken. (conclusie/diagnose per exclusionem).

Belangrijkste vraag:

is de persoon overleden, controle door onderzoek hart en longen en pupilreactie (vervorming).

Andere belangrijke zaken:

- om wie het gaat (bij onbekende identiteit moet de politie en de FG, worden ingeschakeld)
- wat is de toedracht van het overlijden (wie waren aanwezig, is er sprake van ziekte, recente ziekenhuisopname, ongeval, wanneer voor het laatst gezien is het lichaam verplaatst na het overlijden?)
- informatie van de omgeving (drankflessen, medicatiestrips,



afscheidsbrief, ongeopende post of kranten)

- lijkvinding ja/nee? (datum overlijden en/of plaats overlijden niet bekend)
- Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij Kinderen (NODOK) procedure bij overlijden jonger dan 18 jaar

Vroege postmortale veranderingen:

Lijkvlekken, lijkstijfheid, afkoeling en indroging (zie onder andere bijgevoegd schema)

Late postmortale veranderingen:

Ontbinding, rotting, mummificatie, adipocere, skelettering

Niet pluissignalen

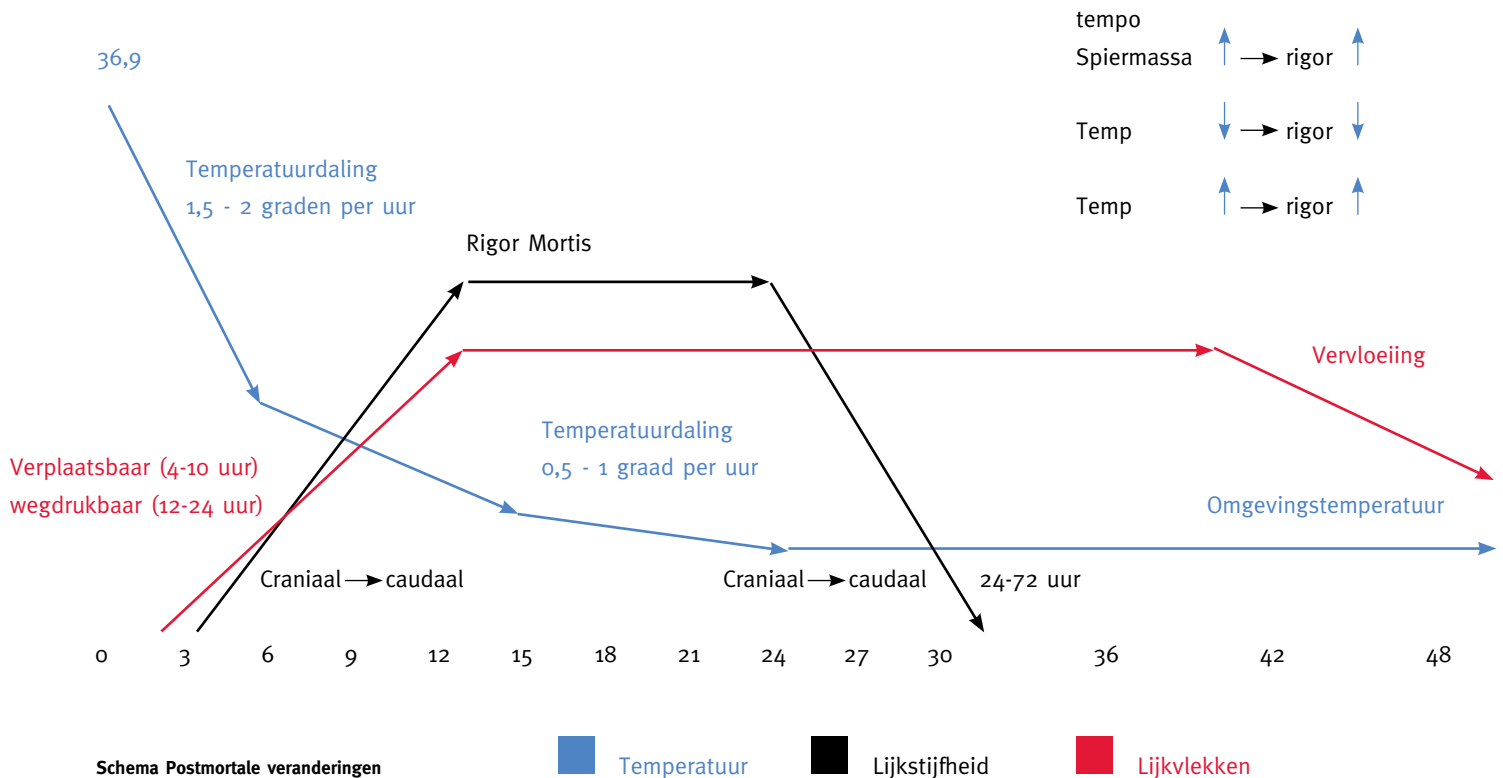
Vreemd gedrag van omstanders, signalen uit de omgeving (sporen van bloed, afwijkende ligging bijvoorbeeld onder aan een trap), afwijkingen aan het lichaam (verwondingen, petechiën op oogleden, binnenkant lippen, hals, achter oren en niet verklaarbaar door ziekte (meningitis of stollingsstoornis), afwijkende kleur lijkvlekken.

Samenwerking met de FG: zie onder andere kader

- Bij twijfel; bij verwantschap tussen arts en overledene, overledene 'dood' binnengebracht op SEH, geen arts aanwezig (bij twijfel mag het lichaam niet verplaatst worden).

Samenwerkingsafspraken bij (te verwachten) overlijden tussen 23.00 en 07.00 uur, in zorginstelling/verpleeghuis na

Calliphora/ Lucilia (blauw/groen)	eitjes	Uitkomen ei	maden volgroeid	popstadium	openen poppen, lege huls Nieuwe generatie
	1 uur	1 dag	4 dagen	7 dagen	11 dagen



bijvoorbeeld collumfractuur: de schouw mag uitgesteld worden tot de volgende ochtend.

Euthanasie

Bij voorkeur vantevoren contact met FG (0880031153). Beperkte schouw, FG verzorgt A en B formulier en kennisgeving aan Officier van Justitie en toetsingscommissie.

Obductie als kwaliteitsinstrument

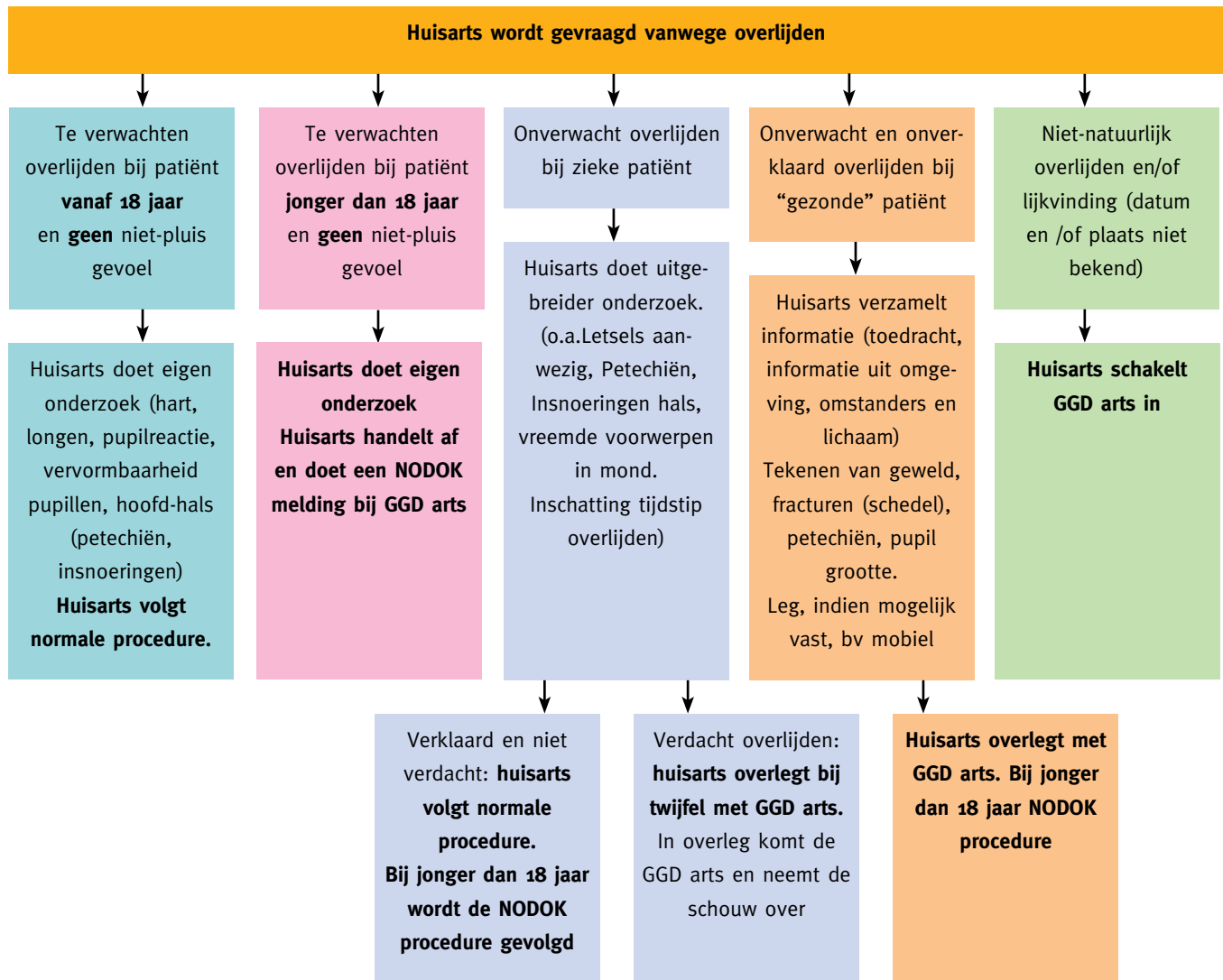
Na overlijden van een patiënt dient zich de vraag aan of een obductie van aanvullende waarde kan zijn. De afgelopen decennia worden er wereldwijd minder

obducties aangevraagd. Verklaringen hiervoor zijn toegenomen vertrouwen in verbeterde beeldvormende technieken en verminderde aandacht voor obductieonderwijs tijdens de geneeskunde studie. Tevens is er tegenwoordig vaker onduidelijkheid rond regiehouderschap, omdat er meerdere artsen betrokken zijn bij het behandeltraject. Obductie blijft echter een essentieel middel om de kwaliteit van het eigen handelen en de kwaliteit van het ziekenhuis te bewaken. Bij ongeveer 30% van de obducties worden onverwachte, klinisch relevante, bevindingen gedaan, die een vermoedelijke rol hebben gespeeld bij het overlijden van de patiënt. Verder kan het

ook belangrijk zijn om de tijdens het leven gestelde of vermoede diagnose te bevestigen.

Procedure obductie-aanvraag

In het geval van natuurlijk overlijden of indien het lichaam is vrijgegeven door de Officier van Justitie en na een niet natuurlijk overlijden bestaat er de mogelijkheid om een klinische obductie aan te vragen. Voor de regio Eindhoven verzorgt stichting PAMM de pathologie en klinische obducties. Overleden patiënten kunnen vanuit 1e en 2e lijn ter obductie worden aangeboden in het Elkerliek ziekenhuis, St Anna ziekenhuis, Máxima Medisch Centrum en



Bereikbaarheid GGD arts (Forensisch arts) 088 0031 153

het Catharina Ziekenhuis. Obductie-aanvragen vanuit de 1e lijn lopen in overleg met de dienstdoende patholoog. Deze is altijd bereikbaar via de portier van het Catharina Ziekenhuis. De huisarts en patholoog stellen in overleg vast dat er sprake is van een medische indicatie (bijvoorbeeld plots overlijden op jongere leeftijd of als er potentieel sprake is van een erfelijke aandoening). De overledene moet met het aanvraag-

formulier (te downloaden via www.pamm.nl) en de verklaring van natuurlijk overlijden naar het mortuarium van een van de ziekenhuizen worden gebracht. Verder moeten enkele gegevens worden ingesproken op het antwoordapparaat van PAMM (040 - 239 61 15). De obductie wordt uitgevoerd op de eerstvolgende werkdag.

Obductieverslag

Het voorlopig obductieverslag wordt binnen 2 werkdagen verstuurd naar de aanvrager. Binnen 6 weken volgt het definitieve verslag. Bij een schedelobductie (waarvoor apart toestemming moet worden gevraagd) volgt het definitieve verslag binnen 3 - 6 maanden.

Kosten

Wanneer een obductie wordt aangevraagd vanuit de 1e lijn zijn de transportkosten naar het mortuarium van het ziekenhuis en de ligdagen in het mortuarium voor rekening van de nabestaanden, de kosten voor de obductie zelf zijn voor rekening van de PAMM.

Weefseldonatie in de 1e lijn

In de eerste lijn vonden tot nu toe opvallend weinig weefseldonaties plaats: in 2015 in heel Nederland 107 terwijl er 3000 tot 5000 potentiële donoren waren. Nienke Kessels, toen een wakkere AIOS huisartsgeneeskunde

zet zich in om dit aantal te verhogen. Zij is thans huisarts en tevens projectleider van de pilot 'Weefseldonatie in de eerstelijns'. Deze pilot is in november 2016 gestart in zeven huisartsenposten in Oost Brabant. Door de triagisten van de huisartsenposten en de visite autochauffeur in te schakelen, het papierwerk te standaardiseren en de huisartsen bekend te maken met de donatie procedure zijn in 5 weken reeds 11 weefseldonoren aangemeld. Veelbelovend en de pilot loopt door. Het doel van mijn voordracht was dan ook de aanwezige huisartsen en specialisten oudergeneeskunde nog eens

te stimuleren om in de eigen praktijk en tijdens de dienst meer weefseldonaties te laten plaatsvinden. Schot voor de boeg dan ook: waarom niet in het gesprek in de eigen praktijk over het levenseinde ook de folder voor donorregistratie aan de patiënt te geven? En bij een terminale patiënt met wie dit besproken is, kun je als huisarts natuurlijk al een stuk van formulier C invullen en een medicatie overzicht en de voorgeschiedenis achterlaten in overleg met de patiënt. Formulieren zijn te bestellen via www.transplantatiestichting.nl Het kost tijd, maar we helpen dan wel een stukje leven door te geven.



Fractuurpreventie in een nieuw zorgpad

Door: Luc Maartens, huisarts Eindhoven, Paul de Baat, orthopedisch chirurg Groot Eindhoven, Ronald Erdtsieck, internist-endocrinoloog Máxima Medisch Centrum

Osteoporose werd op de OverEINDse dagen zes jaar geleden in Florence voor het eerst als onderwerp besproken. In 2012 verscheen de nieuwe NHG-standaard. Deze droeg echter niet meer de naam 'Osteoporose', maar 'Fractuurpreventie'. De reden hiervoor was dat het niet meer zo zeer draait om osteoporose als een ziektebeeld dat behandeld moet worden. Het doel is namelijk om vroegtijdig patiënten te identificeren die een verhoogd risico lopen op een nieuwe fractuur. Er kan dan behandeling worden gestart om herhaalde fracturen te voorkomen.

Osteoporose is de snelst toenemende ziekte uit de top 5 van chronische ziekten in West-Europa. In Nederland breekt elk uur een vrouw boven de 50 jaar haar heup als gevolg van osteoporose. De sterkste voorspeller voor het ontstaan van een nieuwe fractuur is het oplopen van een fractuur na het 50e levensjaar. Deze kans is het grootst in het eerste half jaar na de eerste fractuur. Het 'number needed to treat' (NNT) is voor fractuurpreventie gunstiger dan voor bijvoorbeeld preventie van cardiovasculaire incidenten door behandeling van hypertensie of hypercholesterolemie.

Osteoporosepoli's

Deze feiten hebben geleid tot het ontstaan van zogenaamde osteoporosepoli's. Eigenlijk zou de naam 'fractuurpreventiepoli' beter zijn. Patiënten die op de regionale SEH's fractuurbehandeling hebben gekregen, krijgen een oproep voor deze poli. De regio Eindhoven behoort samen met Maastricht, Enschede en Amsterdam/Alkmaar tot de 'osteoporose-voorlopers' in Nederland. Helaas stagneert de doorontwikkeling hiervan. Er is in de regio momenteel geen sprake van een samenhangende en sluitende zorgketen op dit gebied. Deze constatering leidde tot het opstellen van een plan voor een nieuw zorgpad, gedragen door goede transmurale afspraken.

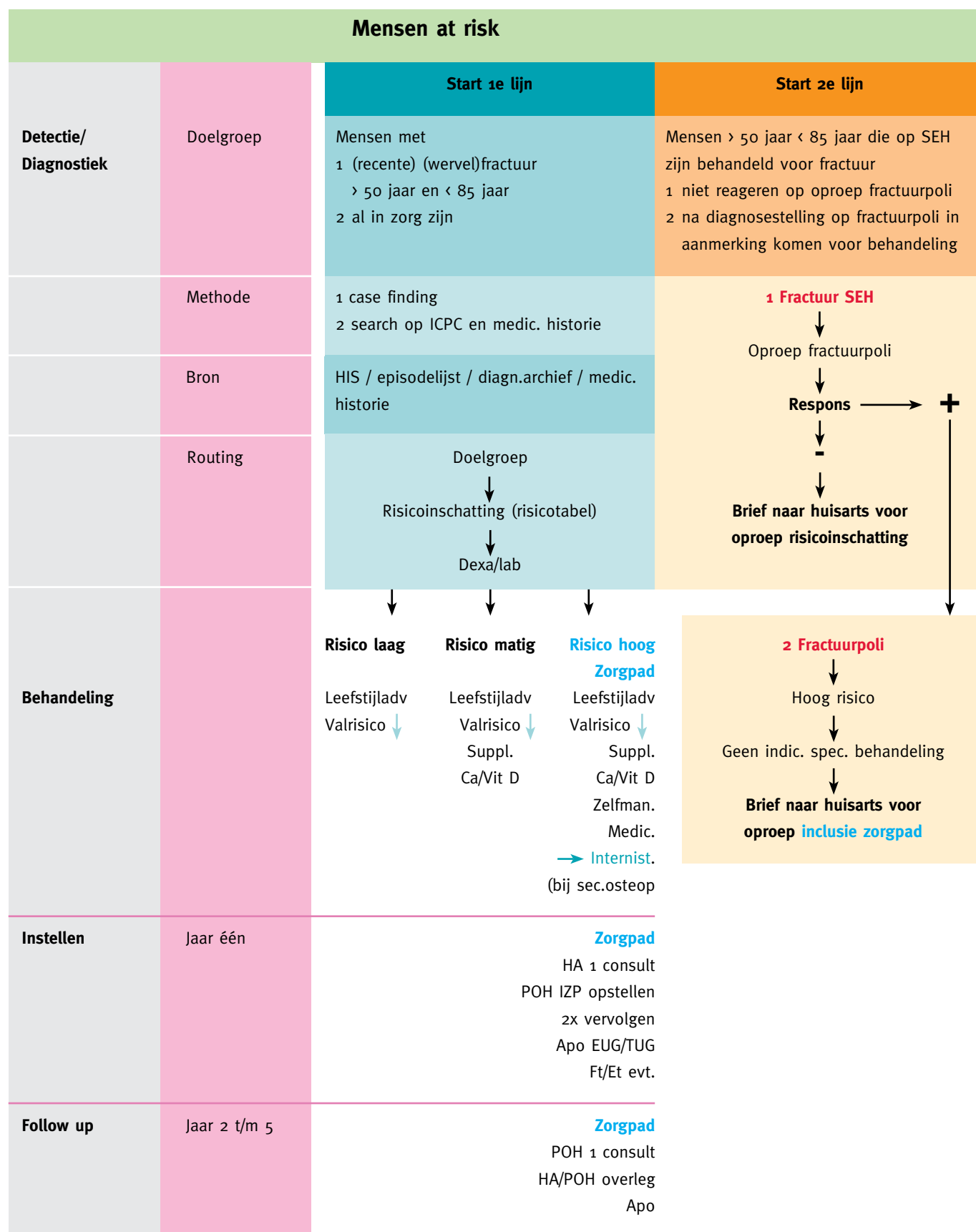


Huidige situatie

We hebben de stand van zaken rondom de osteoporose-zorg in onze regio geanalyseerd. Deze is als volgt in enkele kernelementen samen te vatten:

- Meer dan 90% van de mensen die medicatie gebruikt voor osteoporose stopt hier voortijdig mee, de meeste zelfs al binnen een jaar;
- Slechts 35% van de mensen met osteoporose wordt gevonden;
- Er is sprake van onderbehandeling door gebrekkige transmurale werkafspraken;
- Van alle patiënten die via de regionale SEH's worden opgeroepen komt slechts 30-40% daadwerkelijk op de fractuurpreventiepoli. De huisarts krijgt weliswaar bericht als de patiënt de oproep niet heeft beantwoord, maar die onderneemt doorgaans geen actie om de patiënt te bewegen dat onderzoek alsnog te laten doen. Hierdoor wordt de mogelijkheid gemist om een mogelijke preventieve interventie te starten.

* Zorgpad Fractuurpreventie. Opera, augustus 2013.



Figuur 1. Schema Routing. Projectplan fractuurpreventie door zorgpad osteoporose

Beoogde situatie

Met het nieuwe Zorgpad ‘Fractuurpreventie’ willen we bereiken dat de juiste zorg op de juiste plek wordt geboden. Het gaat om een pakket van interventies die alleen in samenhang zinvol zijn en toegevoegde waarde hebben: Detectie - Diagnostiek - IZP opstellen Behandeling - Continuïteit (vervolgen). Dit is de reden om voor een zorgpad te willen kiezen.

Zorgpad Fractuurpreventie

1 Detectie van patiënten die ‘at risk’ zijn

Patiënten ouder dan 50 jaar die een wervelfractuur of een recente niet-wervelfractuur hebben, lopen een sterk verhoogd risico op het oplopen van een nieuwe fractuur. Bij deze patiënten gaat de huisarts na of er in de tweede lijn diagnostiek en follow-up (afspraken) met betrekking tot osteoporose (behandeling) hebben plaatsgevonden. Indien dit niet het geval is, bepaalt de huisarts het risico op een nieuwe fractuur op basis van beeldvormende diagnostiek en een valrisico-inventarisatie.**

** NHG-standaard Fractuurpreventie, 2e herziene versie, 2012.

2 Vangnet non-responders

Veel patiënten worden ‘gemist’ omdat ze niet reageren op de oproep voor osteoporose-diagnostiek en follow-up.

De huisarts dient als ‘vangnet’ te fungeren om deze patiënten toch hieraan te laten deelnemen. Zodra de osteoporosezorg in de eerste lijn goed geborgd blijkt, kan op termijn de detectie van osteoporose na fractuurbehandeling in de eerste lijn worden belegd.

3 Advies en behandeling

Aan patiënten met een verhoogd fractuurrisico dient de huisarts leefstijladviezen te geven en behandeling in te stellen, volgens de richtlijnen van de NHG-standaard.

4 Follow-up

De huisarts zal deze groep patiënten vervolgen en de therapietrouw bevorderen gedurende de jaren waarin behandeling is geïndiceerd.

Osteoporotische wervelfracturen

De wervelfractuur is de fractuur die het vaakst met osteoporose is geassocieerd. Slechts een minderheid ervan wordt klinisch herkend. Wervelinzakkingen kunnen grote en blijvende nadelige gevolgen hebben, zeker als ze tot kyfoserig (wigvorming) leiden of als ze niet genezen/vastgroeien. Er zijn diverse relatief nieuwe operatietechnieken waarmee wervelfracturen op minimaal invasieve wijze kunnen worden gecorrigeerd en gestabiliseerd. Hiermee kunnen patiën-

ten snel en veilig weer worden gemobiliseerd en kan hun stabilans sterk worden verbeterd. Dit is een internationaal geaccepteerde en veilige methode. Verwijzing naar de orthopedisch chirurg dient men daarom te overwegen bij patiënten ouder dan 50 jaar met een wervelfractuur en:

- Forse en/of progressieve kyfose
- Forse, niet controleerbare pijn
- Lang persisterende pijn
- Neurologische verschijnselen

Workshop in Lillehammer

Tijdens de workshop werden eerst alle bovenstaande theorieën en overwegingen besproken. Daarna werd een schema (figuur 1) besproken dat de basis van het nieuwe zorgpad zou moeten vormen. Tenslotte was er ruimte voor discussie en werd de bereidheid gepeild om dit zorgpad te implementeren. De reactie hierop was positief! Een belangrijke voorwaarde is onder andere het implementeren van kennis bij zowel huisartsen als praktijkondersteuners. Met instemming van de aanwezige deelnemers zal een start worden gemaakt met de nieuwe regionale transmurale afspraak en daarna met het onderbrengen van patiënten in het nieuwe zorgpad Fractuurpreventie. Wordt vervolgd!



Reiziger



Is er een S.O. in de zaal?

De transmurale zorgbrug is een mooi initiatief om de zorg voor kwetsbare ouderen van ziekenhuis naar thuis beter over te dragen. De geschetste problemen van het ontbreken van de overdracht kwamen helaas ook voor in het verpleeghuis. Gelukkig was er een specialist ouderengeneeskunde (S.O) in de zaal, die ook hiervoor de aandacht vroeg in het project. Dit is een van de voorbeelden wat het netwerken op de OverEINDse dagen tot een succes maakt.

Ik mocht dit jaar voor het eerst mee als jonge klare namens onze vakgroep. Een mooie inspirerende omgeving, een goede mengelmoes tussen specialisten en huisartsen en diverse onderwerpen maken het succes. Voeg daaraan toe de tot in de puntjes verzorgde organisatie door VVAA en de succesformule is compleet.

'Wat heb je daar gedaan dan', vroegen ze thuis. We hebben een zorgdebat gehouden over dure geneesmiddelen, waarbij een kwetsbare oudere dame, die vrijwilligerswerk deed wel of niet recht had op een duur geneesmiddel van 1,3 ton. Diverse voor- en tegenargumenten kwamen aan bod en ieder kon er het zijne van denken. Ook moesten we vol in de ankers tijdens de hondenslee tocht. Als we dat niet deden, gingen de honden er te vroeg vandoor. Tel daarbij een sereen wit sneeuwlandschap bij op en je hebt een ervaring voor het leven.

Door het praatje van de seksuoloog probeer ik in de dagelijkse praktijk het onderwerp seksualiteit en intimiteit een plaats te geven in mijn reguliere intake gesprekken in het verpleeghuis. Dat je spierpijn kunt krijgen van het langlaufen was te verwachten, maar gelukkig konden we dat allemaal wegdansen op de disco-avond. Al met al een geweldig mooie netwerkreis, die ik graag nog een keer ga meemaken.



Door: Mark Bax, Specialist
Ouderengeneeskunde, Vitalis
Behandelgroep



Let's talk about seks

Door: Riët Daniel, Gezondheidszorgpsycholoog en seksuoloog
Archipel, Marjolein Oerlemans huisarts, Minouche van Rumste,
gynaecoloog Catharina Ziekenhuis

Het beeld dat ouderen geen seks hebben, klopt dat? Als je naar de cijfers kijkt, blijkt dat ook bij ouderen boven de 65 jaar, seks er gewoon is.

Van de Nederlandse ouderen tussen de 55 en 64 jaar heeft 87% van de mannen en 69% van de vrouwen in het afgelopen half jaar seks gehad. Onder 65- tot 70-jarigen is dat 82% en 54%. Onder de 70- tot 80-jarigen is dat respectievelijk 54% en 21%. De afname van seksualiteit bij ouderen wil niet zeggen dat de seksuele interesse bij hen vermindert. Uit diverse onderzoeken blijkt dat de coïtusfrequentie weliswaar afneemt maar het plezier in seks aanwezig blijft. Mannen zijn gemiddeld seksueel actiever, rapporteren een hogere seksuele kwaliteit en zijn geïnteresseerder in seks dan vrouwen. Geconcludeerd kan worden dat er geen rechtstreeks verband is tussen seksueel functioneren en seksuele tevredenheid.

Seksualiteit en ouder worden

Met het ouder worden, verandert het seksleven niet altijd in positieve zin. In de loop der jaren daalt het testosteron. Dit gaat gepaard met verminderde seksualiteit en bijvoorbeeld minder goede erecties. Bij vrouwen ontstaat er een lage oestrogeen spiegel na de menopauze. Dit kan atrofie van de vagina en daaropvolgend dyspareunie veroorzaken. Maar ook op psychisch en relationeel vlak verandert er veel. Vooral de vierde levensfase (75+) gaat gepaard met verliezen: van de partner, andere dierbaren, status, aantrekkelijkheid, psychische en lichamelijke gezondheid. Veel chronische ziekten, zoals kanker en diabetes, doen hun intrede tussen de 55 en 75 jaar. Dit kan een negatief effect hebben op seksueel functioneren en seksueel welzijn. Veel medicijnen verminderen seksuele verlangens of veroorzaken orgasme- of erectieproblemen. Men kan veel informatie terug vinden in folders via rutgers.nl en via sites van de patiëntenorganisaties.



Diagnostiek

De meest voorkomende seksuele problemen en seksuele disfuncties hebben bij ouderen vooral te maken met het verlies van seksuele interesse, opwindingsproblemen, pijn en de gevolgen van het gemis van partner.

Het is belangrijk onderscheid te maken tussen 'seksueel functioneren' en 'seksualiteitsbeleving'. Seksueel functioneren verwijst naar het lichamelijk seksueel reageren. Problemen in dit domein worden seksuele disfuncties genoemd en staan als zodanig beschreven in de DSM-V. Seksualiteitsbeleving verwijst naar de individuele beleving die iemand heeft ten aanzien van seksualiteit; wat betekent seksualiteit voor deze persoon? Een seksueel probleem ontstaat als een betreffende persoon geen positieve beleving heeft van zijn seksualiteit. Een seksuele disfunctie en een seksueel probleem kunnen los van elkaar voorkomen. Een man met een erectiestoornis heeft een disfunctie. Echter, als hem dit niet stoort heeft hij geen seksueel probleem. Ook kan iemand een seksueel probleem hebben zonder dat er sprake is van een seksuele disfunctie, bijvoorbeeld omdat de vrij frequentie (te) laag is. Dus niet iedereen met een seksuele disfunctie heeft een seksueel probleem en niet iedereen met een seksueel probleem heeft een seksuele disfunctie.

Let's talk about seks

Praten over seksualiteit lijkt in Nederland in het algemeen steeds gewoner te worden. In zorgrelaties echter, blijkt het praten over seksualiteit allesbehalve vanzelfsprekend. Veel

artsen weten zich geen raad met dit onderwerp; ook niet als de patiënt er zelf over begint. Veel patiënten hebben wel degelijk vragen over seksualiteit, maar vinden het ook moeilijk deze te bespreken. Bovendien stellen de meeste patiënten dat de professional het initiatief moet nemen om het gesprek hierover te beginnen. Een actieve houding van de huisarts dan wel specialist is dan ook belangrijk. Wetende dat veel ziekten en medische behandelingen seksuele consequenties kunnen hebben, zijn al voldoende redenen om met ouderen op voorhand een gesprek te beginnen over seksualiteit.

Bij een gesprek over seksualiteit moet een gemeenschappelijke taal gevonden worden. Die taal moet concreet genoeg zijn om misverstanden te voorkomen en aansluiten bij zowel de medicus en de patiënt. Diverse benaderingen kunnen worden gebruikt worden bij een

pro-actief professioneel gesprek over seksualiteit.

Seksuele problemen vragen een geïntegreerde multidisciplinaire aanpak. Het gebruik van het PLISSIT model kan de medicus helpen voor zichzelf te bepalen waar diens competenties liggen in de behandeling van problemen op het seksuele vlak. Stapsgewijs kan de arts bepalen welke competenties hij/zij goed beheerst en wanneer de patiënt doorverwezen moet worden. Op deze manier blijft het probleem niet liggen en krijgt de patiënt uiteindelijk de hulp die nodig is, ook al is dit na een doorverwijzing. Psycho-educatie alleen al kan ondersteunend werken en voorkomen dat de patiënt verdere hulpverlening nodig heeft. Patiënten informeren over bijvoorbeeld het principe van 'Use it or Lose it' en uitleg geven dat passende seksuele prikkels nodig zijn ('Seks is niet spontaan') kan hen weer motiveren,

initiatieven te nemen tot seksuele activiteit. Daarnaast is een scala van praktische adviezen te geven om lichamelijke beperkingen te omzeilen. Ongeacht welke ingang voor behandeling gekozen wordt, de kans op succesvolle behandeling neemt af als niet aan zowel lichamelijke, psychische en sociale variabelen gedacht wordt.

De belangrijkste boodschap is:

Maak seksualiteit bespreekbaar!

- Wees pro-actief: overwin je koudwatervrees en leg een link vanuit je professie naar seksualiteit en intimiteit
- Kies een manier die bij je past en die aansluit bij de patiënt
- Doe dit structureel bij alle patiënten, niet alleen bij de leukste
- en vergeet de partner niet!



Pluis of niet-pluis... in het kruis

Door: Annekien Jongbloet, huisarts Bergeijk, Ralph Hermans, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis en Erik Boss, gynaecoloog Máxima Medisch Centrum

Tijdens de interactieve sessie over vulvopathologie kwamen de volgende leerdoelen aan de orde:

- anamnese bij vulvopathologie
- normale anatomie van de vulva en beschrijving afwijkingen
- lichen sclerosus
- lichen planus
- Vulvaire intraepitheliale neoplasia (VIN)
- candida infectie

Anamnese

- Is er sprake van jeuk, pijn, brandend gevoel?
- Zijn de klachten inwendig of uitwendig gelokaliseerde klachten, is de vagina betrokken?
- Wat is de lokalisatie (hanteer een tekening)?
- Wanneer zijn de klachten begonnen/aanleiding?
- Zijn er veranderingen aan huid?
- Zijn er andere plaatsen op het lichaam met klachten (huid/mondslimvlies), allergie?
- Wat is de algemene, gynaecologische en seksuele anamnese?

De anatomie van de vrouwelijke geslachtsorganen is weergegeven in foto 1 en 2.

Hanteer tijdens het lichamelijk onderzoek een spiegel zodat uw patiënte inzicht krijgt in de problematiek.

De volgende termen kunt u hanteren ter beschrijving van dermatologische afwijkingen van de vulva. Zie tabel.

Vulvaire dermatosen

Veel voorkomende vulvaire dermatosen zijn lichen sclerosus (foto 3) en lichen planus (foto 4). De etiologie van lichen sclerosus en lichen planus is onbekend, mogelijk spelen auto-immuunziektes een rol. Lichen planus kan door geneesmiddelengebruik geïnduceerd worden bijvoorbeeld NSAID's, beta-blokkers, lithium en ACE remmers.



Lichenoïde beelden kunnen gepaard gaan met architectuurverlies van uitwendige genitalia. Bij lichen planus staat een scherp gemarkeerde roodheid ter hoogte van de introitus op de voorgrond. Bij lichen sclerosus is hypopigmentatie van de aangedane huid een kenmerk (foto 4 witverkleuring). Bij lichen ruber planus kunnen er ook aan de binnenzijde van het wangslimvlies laesies voorkomen. Het natuurlijk beloop is met pieken en dalen.

Extra genitale laesies van lichen sclerosus op romp en extremiteiten worden beschreven. De kans op maligne onttaarding maakt, ook bij een rustig lichenbeeld, levenslange controle gewenst. Onderhoudsbehandeling bestaat uit klasse IV corticosteroïdenzalf waarbij een hoeveelheid zalf opgebracht dient te worden (afbouw schema nadat aanvankelijk dagelijks gesmeerd is). De corticosteroïden moeten bij het verdwijnen van de klachten worden gecontinueerd gedurende enkele (twee à drie) dagen van de week. Hierdoor treden minder exacerbaties op en is de kans op maligne onttaarding lager. Bij lichen ruber planus kunnen er ook aan de binnenzijde van het wangslimvlies laesies voorkomen. De behandeling van vestibulaire laesies geschiedt bij voorkeur met (intermitterende) lokale toepassing van corticosteroïden klasse IV zalf, of intravaginale applicatie van diënestrolcrème waarin 10% hydrocortisonacetaat.

Voorts dient bij lichen sclerosus en planus dagelijks een hydraterende crème gehanteerd te worden (lanette vaseline 50/50% of cetomacrogolcrème FNA).

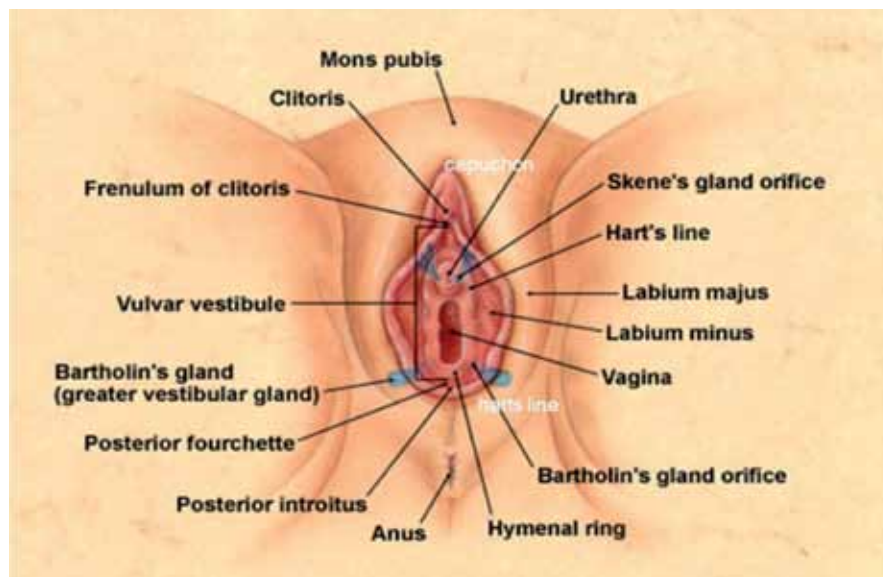


Foto 1 en 2: anatomie van de vulva

Vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN):

Vulvaire intra-epitheliale neoplasie (VIN) is een pre-maligne afwijking van de vulva, geclassificeerd als usual VIN of differentiated VIN. VIN kan zonder zichtbare afwijkingen bestaan. Vaker zijn er laesies te zien in de vorm van verkleuring (rood, wit, grijs, bruin), met vlakke of meer geprononceerde verhevenheden. Klachten kunnen bestaan uit jeuk, pijn, branderigheid en seksuele problemen. Gerichte biopsen leveren de diagnose. Usual Vin is een HPV 16, 18 en 31 geselekteerde aandoening die met name bij jongere vrouwen voorkomt. Een gecompromitteerde immuun status als gevolg van medicatie of HIV is predisponerend voor het ontstaan van usual VIN. De aandoening is bovendien ook sterk geassocieerd met roken. Bij 25% van de patiënten met een usual VIN komen ook andere genitale intra-epitheliale neoplasieën voor, met name aan de cervix. Differentiated VIN daarentegen is geassocieerd met vulvaire lichen sclerosus. Dit type VIN heeft een hogere kans op maligne ontleding en presenteert zich unifocaal.

Macula 'vlekje'	Kleurverandering in niveau van de huid
Papel 'bultje'	Circumschripte solide verhevenheid van de huid < 1 cm
Erytheem	Wegdrukbaar roodheid van de huid
Erosie	Defect van de epidermis
Ulcus	Defect tot in de subcutis
Excoriatie	Defect dieper dan erosie, met puntbloedinkjes
Ecchymose	Bloeduitstorting in de huid of slijmvlies
Lichenificatie	Vergroving van het huidreliëf
Fissuur (rhagade)	Inscheuring van de huid



Foto 3



Foto 4

De kans op invasief carcinoom van de vulva is voor onbehandelde usual VIN patiënten 5.7% en voor differentiated VIN 32.8%.

Usual VIN kan met immuun moduleerende crème behandeld worden (Aldara drie maal per week). Daarnaast wordt lasercoagulatie en lokale excisie toegepast. Patiënten met usual VIN dienen een stop-rokenadvies te krijgen. Differentiated VIN dient chirurgisch benaderd te worden

Candida

Recidiverende (vulvo-)vaginale candido-



Ook in Noorwegen is de vulva een actueel onderwerp ...

sis is een ziektebeeld dat gekenmerkt wordt door episoden van vulvodynie met gegeneraliseerd erytheem of het gevoel van een gezwollen vulva. Bij vele patiënten is er een relatie met de menstruatie of met de coïtus. Dyspareunie komt ook vaak als klacht voor. Er is sprake van een overgevoeligheidsreactie op Candida, hoewel een infectie lang niet altijd aangetoond kan worden. De meest voorkomende Candidaspecies zijn *C.albicans*, *C.tropicalis*, *C.glabrata* en *C.parapsilosis*. Behandeling kan plaatsvinden met lokale en/of systemische antimycotica. Bij veelvuldige recidieven kan gedurende 6 maanden op dag 5 of dag 20 van de cyclus een fluconazol pil worden geadviseerd. Een candida-infectie is geen SOA, is onschuldig en kan vanzelf overgaan.



Besteed aandacht aan gevolgen voor de seksuele relatie. Ontraad coïtus bij dyspareunie.

Behandel alleen bij hinderlijke klachten. Behandel een recidief als bij een eerste infectie. Bij frequente recidieven: verricht een candidakweek met gisttypering. Overweeg dan profylactische maandelijkse behandeling of on demand behandeling.

Wees alert op een andere oorzaak van de klachten en ga beïnvloedbare factoren na (diabetes mellitus, antibiotica- of corticosteroïdgebruik).

Hoofdprijswinnaars van de quiz en tekenopdracht waren huisarts Bas van Galen (groep 2), en uroloog Erik Vrijhof (groep 1). Nogmaals gefeliciteerd met jullie kennis!



Reiziger



Skol op Lillehammer!

Als startend vaatchirurg in Máxima Medisch Centrum werd mij op het hart gedrukt dat de OverEINDse dagen dé perfecte manier zou zijn om kennis te maken met de regio. Hoewel ik al 10 jaar in het MMC rondloop, blijkt het contact met de eerste lijn toch beperkt. Ik had dan ook grote verwachtingen van de OverEINDse dagen. Het zou een combinatie zijn van nascholing, netwerken en een vermakelijk sociaal programma. Nu heb ik begrepen dat er dit jaar voor het eerst voor een winterse bestemming was gekozen: het olympisch dorp Lillehammer wel te verstaan!



Dit bleek voor mij een schot in de roos. Het winterse landschap en de Noorse gastvrijheid creëerden een knusse gezellige sfeer waarbij het onderling contact tussen huisartsen en specialisten direct zeer prettig en open was. Goede gesprekken aan tafel onder het genot van allerlei Noorse gerechten en een glas wijn leverde direct veel gemeenschappelijke interesse en vragen op omtrent onder andere vasculaire zorg in de regio. De uiteenlopende workshops zorgden voor veel discussie en waarvan ik persoonlijk een hoop heb opgestoken. Onder andere hoe om te gaan met niet-natuurlijke doodsoorzaken, seksualiteit bij ouderen en als klap op de vuurpijl 'niet pluis in het kruis'. Heb nooit geweten dat daar zo veel mis kon gaan. Het debat over dure geneesmiddelen was ook een eye-opener. Bewustwording omtrent de kosten van dergelijke middelen is de eerste stap, nu nog durven om hier een vervolg aan te geven.



Als fervent wintersporter vond ik de sociale activiteiten fantastisch. Lillehammer heeft een fantastisch winters landschap. Wanneer ga je nog ooit met 80 km/u van een olympische bobsleebaan af of laat je jezelf voorttrekken op een slede door een hele roedel aan husky honden? Langlaufen bleek toch ook lastiger en ook zwaarder dan ik op voorhand had verwacht. In de avond waren de diners goed verzorgd met een geslaagde feestavond op vrijdag. Ik kan overigens iedereen aanraden om een keer een avond te tafelen met gynaecologen en urologen. Dat levert bijzondere gespreksonderwerpen op.

Tenslotte wil ik de organisatie en alle sprekers bedanken voor hun inzet en uitstekende begeleiding gedurende het gehele congres. Ik hoop in de toekomst zeker nog een keer deel te nemen.

Door: Maarten Loos
Vaatchirurg
Máxima Medisch Centrum



Tot volgend jaar in Andalusië!