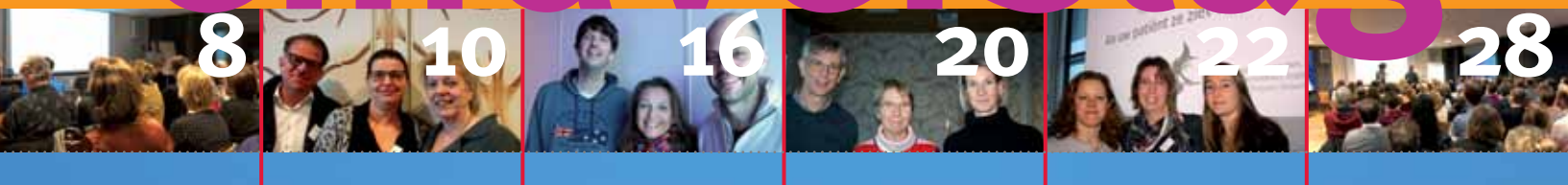


eindverslag



OverEINDse dagen
vanuit Levi

23 tot en met 26 januari 2019

Eindverslag is een jaarlijkse uitgave van adherente huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en specialisten Catharina Ziekenhuis en Máxima Medisch Centrum

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, Marieke Kerskes, Jolanda van den Oetelaar, Mark Scherders, Eveline van de Ven, Hettie Vogel

Fotografie Lennie van den Berg, Annemiek Brugman, Carlijn van Gils, Justin Pijpe, Susan Pruijsen, Hettie Vogel

Ontwerp en opmaak Ster design ontwerpbureau

Drukwerk Strijbos Grafische Groep

Oplage: 1.200 stuks.

Redactie Eindverslag,

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

**Inhoudsopgave**

Je moest eens (z)weten	4
Farmacogenetica	8
Complexe pijn bij kanker	10
Het benauwde kind	12
Mondproblemen bij de huisarts - een ver van mijn bed show?	16
Vaccinaties	20
Vlekken en flitsen; als uw patiënt ze ziet vliegen	22
Vulvaire afwijkingen bij kinderen	24
Van oppositie naar wederzijds begrip	28
Dikke kinderen; wat moet ik ermee op mijn spreekuur?	30
Rubrieken	
Reisleider	3
Reiziger	7, 19, 27
Reisafspraak	15

Reisleider



Heeft u het licht gezien?

Voor u ligt alweer het EINDverslag van onze recente congresreis naar Levi, Lapland. Het was de 4e lustrumreis en die moest speciaal zijn. Dat is zeker gelukt en wij kijken er dan ook met groot genoegen op terug.

De workshops tijdens het wetenschappelijk programma waren zeer goed voorbereid en werden enthousiast gepresenteerd. Inhoudelijk was het wederom boeiend en van een hoog niveau, waarbij eenieder actief meedeed.

De onderlinge kennismaking en interactie was een continuproces. Vanaf het verzamelen in de vertrekhal op Schiphol tot en met het wachten op de bagage bij terugkeer. De lange wachttijden en vertragingen die we zowel op de heen- als op de terugreis hadden, werden hier handig voor gebruikt.

De locatie was uniek waarbij de congreszaal een spectaculair uitzicht bood terwijl de sprekers ons meer inzichten verschaffen.

Gekleed in winteroveralls trotseerden we de extreme kou om op snowscootersafari te gaan en het dineren in zo'n overall in het ijsrestaurant van Snow Village was zeker een bijzondere ervaring.

Op vrijdagmiddag stonden sneeuwschoenwandelen of een huskytocht op het programma, gevolgd door een enerverende Pub Quiz in het typisch Lapse Samen Kammi restaurant waar de zalm- en rendiergerechten ons goed smaakten. Tot slot was er het traditionele slotfeest waarbij velen weer tot in de late uurtjes gedanst hebben. Ondanks het late tijdstip was iedereen zaterdagochtend present bij de slotpresentatie, waar enkelen van u 'poor metabolizers' voor ethanol bleken te zijn.

Een aantal collega's trotseerde de nachtelijke kou en waagde een poging om het Noorderlicht te zien. Dat is gelukt, sommigen hebben het licht letterlijk gezien! Al met al kijken we terug op een prachtige congresreis, ook al gaan er stemmen op of nascholen volgens deze formule nog wel van deze tijd is. Wij blijven overtuigd dat ons concept garant staat voor een hoog rendement op zowel het nascholen als het bevorderen van de onderlinge samenwerking, niet geheel toevallig de doelstellingen van Stichting OverEIND.

Inmiddels is het bestuur van Stichting OverEIND alweer begonnen met de voorbereiding van onze volgende reis, richting Italië. De eerste stap op weg naar het volgende lustrum. Gaat u volgend jaar ook weer mee?

Joep van Rens,
Voorzitter Stichting OverEIND

Je moest eens (z)weten

Door: Gertjan Halbesma, plastisch chirurg Catharina
Ziekenhuis, Mandy Prins, dermatoloog Máxima Medisch
Centrum, Hub Thijs, huisarts

Hyperhidrosis en hidradenitis zijn aandoeningen van de zweetklieren die vaak niet worden onderkend of waarbij de behandeling onvoldoende bekend is. Beide aandoeningen hebben voor de patiënt grote invloed op de kwaliteit van leven en bij beiden is er een rol weggelegd voor de huisarts om de juiste diagnose te stellen en behandeling te starten.

Anatomie

Er bestaan twee soorten zweetklieren: de eccrine klier en de apocriene klier. De eccrine zweetklier is verspreid over de hele huid aanwezig, we hebben er ongeveer 3 miljoen. De klier scheidt voor 99% water uit en is belangrijk voor de thermoregulatie van het lichaam. De uitvoergang mondt direct uit in de huid en de klier is cholinerg. Al vanaf jonge leeftijd is deze klier actief. De apocriene klier is een klier die axillair, mammair en anogenitaal aanwezig is. Van deze klier hebben we er ongeveer 2000, ze scheiden vooral vetten uit met daarin stoffen die bepalend zijn voor onze lichaamsgeur. Deze klieren worden actief in de pubertijd. De klier zit naast een haarzakje en de uitgang mondt hierin uit. Deze klier is adrenerg aangestuurd. (figuur 1).

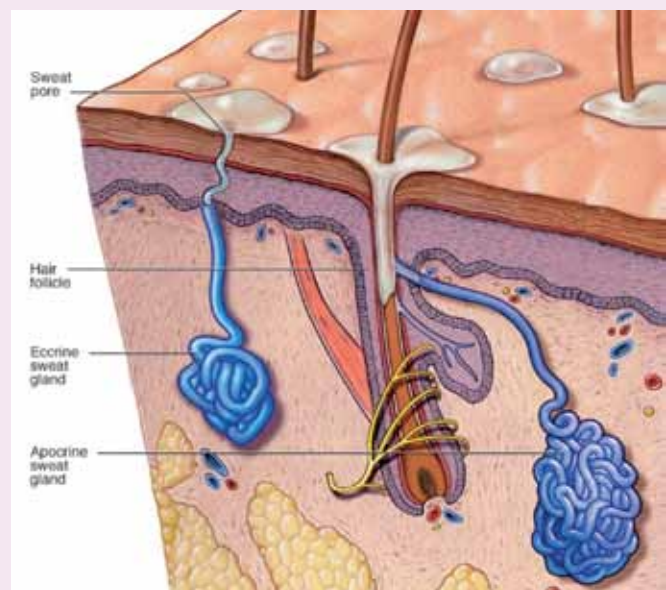
Hyperhidrosis

Zweten is iets dat we allemaal doen en wordt als heel normaal ervaren. We zweten als reactie op warmte of stress. 1-3% van de populatie heeft last van overmatig zweten. Er kan dan sprake zijn van dysfunctie van het autonome zenuwstelsel. Vochtplekken of onaangename geur leiden tot onzekerheid en sociaal mijndend gedrag.

Voor behandeling van hyperhidrosis is het nodig om te bepalen of de klachten primair of secundair en lokaal of gegeneraliseerd zijn. Primaire hyperhidrosis houdt minimaal zes maanden aan en moet voldoen aan zeker vier van de volgende criteria: primaire betrokkenheid van de eccrine dense gebieden (axillae / handen / voetzolen / craniofaciaal),



bilateraal en symmetrisch, 's nachts klachtenvrij, wekelijkse episoden, eerste symptomen < 26 jaar, positieve familie anamnese en/of verstoring van het dagelijks functioneren. Secundaire hyperhidrosis dient te worden uitgesloten als niet wordt voldaan aan bovenstaande criteria, bij klinische verdenking op onderliggende oorzaken kan de huisarts screenend lab verrichten of verwijzen naar de internist.



Figuur 1. © Mayo Foundation for medical education and research. All rights reserved.

Behandelingen hyperhidrosis
Tijdelijk
• OTC deodorants - Odorex xtra dry® / Syneo® / Deoleen (mét aluminium)® • R/ Antizweetvloeistof FNA / aluminium(hydroxy)chloride 15% of 20% oplossing of creme • Iontoforese • Anticholinergica • R/ Oxybutynine® 3 dd 2.5 mg, zonodig tot 3 dd 5 mg • R/ Glycopyrronium® (glycopyrrolate) 3 dd 2 mg • Botuline toxine intracutaan injecties (3-6 mnd effectief)
Behandelingen hyperhidrosis
Permanent
• MiraDry®: middels thermolyse (5,8 GHz microgolven) lokaal destructie van eccriene en apocriene zweetklieren • Chirurgie: endoscopische thoracoscopische sympathectomie • Biofeedback via psycholoog

Tabel 1. Behandel mogelijkheden hyperhidrosis

Behandelingen

Aluminium bevattende deodorants hebben een lokale blokkering van de zweetkanaaltjes, waardoor er tijdelijk minder zweetsecretie is. Dit kan ook worden bereikt door aluminium(hydroxy)chloride aan te brengen in lotion, creme of poeder. Voor de nacht op schone droge huid aanbrengen en in de ochtend afwassen, eventueel gecombineerd met een normale deodorant en bij irritatie kortdurend hydrocortison crème. Aanvankelijk moet dit dagelijks (5-7 dagen), na behaald effect is meestal 2 x per week voldoende.

Bij lokale hyperhidrosis aan met name handen en voeten kan iontoforese uitkomst bieden.

Na 10-15 behandelingen is er zweetreductie tot normaal, daarna is een onderhoudsbehandeling nodig 2-3 x per week 15 minuten. Bij regelmatig gebruik is de zweethoeveelheid weer terug naar een normale standaard.

Orale behandeling met anticholinergica: meest gebruikte is oxybutynine. Deze dient laag te worden gestart (1 x daags 2,5 mg) en langzaam stijgen tot maximaal 3 dd 5 mg of tot het gewenste resultaat is behaald. Remmende factor zijn meestal de bijwerkingen. Let hierbij op contra-indicaties voor anticholinergica en waarschuw voor kans op oververhitting.

Botuline toxine werkt erg goed voor axillaire hyperhidrosis, is veilig en effectief en wordt soms vergoed door de verzekering. Nadeel is het tijdelijk effect (3-6 maanden effectief). Bij behandeling van hyperhidrosis van handen is botuline

toxine meestal te pijnlijk. Er bestaat een definitieve oplossing middels thoracoscopische sympathectomie. Hierbij zijn goede resultaten behaald, dit is echter een behandeling met kans op ernstigere complicaties (pneumothorax, compensatoir zweten). Zie ook tabel 1.

De MiraDry® behandeling is een definitieve oplossing voor axillaire hyperhidrosis. Onder lokale verdoving wordt het gebied met zweetklieren in de oksels door lokale thermolyse verwijderd. Dit is niet invasief, geeft weinig downtime en geen blijvende bijwerkingen. Het leidt tot een afname in zweetklieren van gemiddeld 82%. Deze behandeling maakt zowel de eccriene als de apocriene zweetklieren stuk, dus werkt voor overmatig zweet maar ook voor geurproblemen. Meestal is één behandeling nodig, soms een tweede.

Hidradenitis

Hidradenitis is een ontsteking van het haarzakje met de apocriene zweetklier. De prevalentie is 1% en het komt meer voor bij vrouwen dan bij mannen (3:1). De etiologie is multifactorieel. Een erfelijke aanleg speelt een rol, evenals roken en overgewicht. Het wordt niet veroorzaakt door bacteriën, deodorants, scheren of slechte hygiëne.

De ontstaanstheorie is dat er sprake is van folliculaire occlusie, hierdoor ontstaat dilatatie met retentie van keratine-producten en bacteriën, dit wordt verergerd door frictie, schuifkrachten en druk, waardoor er ruptuur en lekkage van de inhoud naar de dermis/subcutis ontstaat, waarop deze reageert met inflammatie van het haarzakje met de apocriene

klier. Het komt voor op plaatsen met apocriene zweetklieren. Na een eerste ontsteking treedt meestal binnen 3 maanden een recidief op. Klachten waarmee patiënten zich presenteren zijn ontstekingen, pijn, het ruikt en de fistels lekken. Er is een duidelijk verslechterde kwaliteit van leven en een hoge pijnscore.

Klinisch kan de aandoening worden herkend door recidiverende ontstekingen op plaatsen met apocriene klieren. Bij lichamelijk onderzoek is onderscheid van met name folliculitis van belang. Het grootste verschil met een folliculitis is het chronisch recidiverende karakter en klinisch de fistelvorming en verlittekening. De aandoening wordt middels de Hurley stadiëring verdeeld in drie maten van ernst. Vanaf Hurley stadium II is verwijzing naar de dermatoloog geadviseerd. (tabel 2).

Als behandeling zijn er algemene leefregeladviezen: stoppen met roken, afvallen en dragen van niet te strakke/schurende kleding en hygiënemaatregelen om secundaire infectie te voorkomen. Indien ontstekingen telkens recidiveren na scheren kan laserontharing worden geadviseerd. Gezien de hoge pijnscore is het tevens belangrijk aandacht te hebben voor pijnstilling.

Lokale therapie bestaat uit incisie en drainage in een acute fase en onderhoudsbehandeling met resorcinol 15% crème in de onderhoudsfase 1 x daags en bij exacerbaties tot 3 x daags. Kortdurend kan ook clindamycine 1% gel of lotion worden toegepast.

In de acute fase kan kortdurend 7-10 dagen antibiotica worden gestart (flucloxacilline, clinda- of claritromycine of amoxicilline/clavulaanzuur). Na de acute fase is het vaak nodig om recidieven te voorkomen en de ontsteking langduriger tot rust te brengen met een tetracycline. Advies is minocycline of doxycycline 100 mg 1 dd 1 gedurende 3-6 maanden. Indien ontstekingen blijven recidiveren en/of er fistels te zien zijn, dient te worden verwezen naar de tweede lijn. Daar zal worden behandeld met uitgebreidere antibioticacombinaties of een biological.

Na het kalmeren van de ontsteking zal aanvullend behandeling plaatsvinden middels deroofing en bij uitgebreidere aandoening totale excisie van het aangedane gebied. Dit kan dan worden gesloten per secundam of met een split skin graft of een plastiek.

Voor zowel hyperhidrosis als hidradenitis bestaat een NHG-standaard met daarin de besproken therapieën. Ook op thuisarts.nl staat goede uitleg.

Stadia Hurley	Hydradenitis Suppurativa	
Stadium 1	Abces(sen) zonder fistel- of littekenvorming mild: <2 huidgebieden met <5 abcessen matig en ernstig: >2 huidgebieden met >5 abcessen	
Stadium 2	Terugkerende abces(sen) met fistel- of littekenvorming, ver uit elkaar liggend (met normale huid er tussen)	
Stadium 3	(Bijna) aaneengesloten laesies, of meerdere onderling verbonden fistels en abcesholten zonder normale huid er tussen	

Tabel 2. De Hurley stadiëring

Reiziger



Na te zijn geënthousiasmeerd door Elsje van Beek om samen een keer een voordracht te houden op de OverEINDse dagen, leek me dat een erg leuk idee. Het onderwerp: kaakchirurgie. Hoewel de huisartsen niet de primaire verwijsgroep zijn voor de kaakchirurgie, leek me dit juist een mooie uitdaging hierover iets te vertellen. Zeker omdat ik weet dat er een behoorlijke onbekendheid is binnen de huisartspraktijk over deze discipline.

Na een vroege wekker, volgde een autorit samen met vier dames uit Waalre naar Schiphol waar we verzamelden voor de twee vluchten naar Finland. Behoudens een wat krap uitgevoerde zitplaats, verliep de reis voorspoedig. Met een kleine temperatuurdaling ten opzichte van Nederland, bereikten we uiteindelijk het prachtige Levi. Onderweg waren al de nodige contacten gelegd met andere deelnemers in een uitermate ontspannen sfeer.



Het programma zat behoorlijk vol dus 's avonds volgde meteen een sessie over farmacogenetica. Het programma ging de volgende dag door met presentaties over vlekken in het oog, kindergynaecologie, zweten, complexe pijn bij kanker en benauwde kinderen. Samen met Justin Pijpe en Elsje van Beek hebben we een presentatie over de kaakchirurgie gehouden, waarbij we aspecten zoals ontstekingen, trauma, slijmvliesafwijkingen en TMJ-klachten de revue lieten passeren. Uiteraard geïllustreerd door het nodige foto- en videomateriaal. Voor sommige collega's is wellicht de 'tandartsangst' niet geheel afgenomen na het zien van al die plaatjes en video's, in het slechtste geval is deze verergerd.



Naast het wetenschappelijke programma was er ook tijd voor ontspanning met een sneeuwscootertocht en een huskytocht in mijn geval. De temperatuur was inmiddels gezakt naar een dikke 20 graden onder nul maar dankzij de dikke kleding die we te leen hadden gekregen zitten alle vingers, oren en neuzen er nog aan. Op de laatste avond werd ook nog een pubquiz gehouden die door mijn vier reisgenotes en ondergetekende in elkaar was gedraaid. Kennis over onder andere de OverEINDse dagen (13 keer meegaan blijft nog een hele uitdaging), Finland (188.000 meren is erg veel) en medische series en muziknummers werd getest. Tussen alle sessies en activiteiten door werd rustig verder gegaan met het kennismaken en het gezellig praten met de deelnemers. Dit heeft ook zeker geleid tot een paar goede contacten.



Helaas was de spreekwoordelijke kers op de taart uiteindelijk een kleine citroen want het Noorderlicht is helaas aan mij voorbij gegaan. Uiteindelijk dan toch een reden om nog een keer terug te gaan.

Terugkijkend was mijn eerste deelname aan de OverEINDse dagen voor mijzelf zeer geslaagd en hopelijk zal er een vervolg komen in de toekomst.

Farmacogenetica

Door: Barbara Ambachtsheer, huisarts, Birgit Deiman, klinisch moleculair bioloog Catharina Ziekenhuis, Luc Derijks, ziekenhuisapotheker - klinisch farmacoloog Máxima Medisch Centrum

Er is een grote interindividuele variatie in de reactie op een geneesmiddel. Vele factoren hebben invloed op de geneesmiddelenrespons en op het ontstaan van bijwerkingen van geneesmiddelen. Eén van de factoren is de genetische variatie. Farmacogenetica beoogt de farmacotherapie voor de patiënt te verbeteren door rekening te houden met diens genetische variatie.

Het farmacogenetisch onderzoek is voornamelijk gericht op genetische variaties die invloed hebben op de werking van geneesmiddelmetaboliserende enzymen, transporteiwitten, receptoren en andere aangrijpingspunten voor geneesmiddelen. Deze genetische variaties kunnen leiden tot onvoldoende of juist toegenomen effectiviteit van geneesmiddelen en/of tot het optreden van bijwerkingen. Het in kaart brengen van deze genetische variaties bij een patiënt kan vervolgens leiden tot dosisaanpassingen of tot het voorschrijven van een ander geneesmiddel waarop de betreffende genetische variatie geen invloed heeft.

Een belangrijke groep geneesmiddelmetaboliserende enzymen zijn de cytochroom-P450-enzymen. CYP-450 enzymen die betrokken zijn bij het metabolisme van velerlei geneesmiddelen zijn CYP3A4, CYP2D6, CYP2C9, CYP2C19 en CYP1A2 (tabel 1).

Op grond van de genetische variaties wordt een genotype gedefinieerd. Het genotype beschrijft de genetische variaties in beide allelen van het gen dat codeert voor het enzym of receptor welke onderzocht is. Het grootste deel van de populatie heeft een 'normaal' genotype ofwel wildtype, aangegeven door achtervoegsel *1. De variant allelen hebben het achtervoegsel '*2, *3, *4', etc., bijvoorbeeld CYP2D6*4. Vooral van CYP2C19 en CYP2D6 zijn veel variant allelen bekend die de enzymatische activiteit beïnvloeden en relatief vaak voorkomen in de Kaukasische bevolking.



Het fenotype is de uitingvorm van een bepaald genotype, bijvoorbeeld de enzymactiviteit. Bij de farmacogenetica wordt gebruik gemaakt van het voorspelde fenotype dat wordt afgeleid uit het gevonden genotype. Er kunnen vijf (voorspelde) fenotypegroepen worden onderscheiden (tabel 2).

Farmacogenetica in de praktijk

Clopidogrel is een product wat onder andere door CYP2C19 wordt omgezet in zijn actieve metaboliet. Een variant allel wat resulteert in een verlaagde CYP2C19 activiteit leidt tot verminderde vorming van de actieve metaboliet en verminderde trombocytenaggregatieremming. Dragers van zo'n variant allel hebben een 3-4 maal verhoogde kans op ernstige cardiovasculaire complicaties zoals een myocardinfarct of stenttrombose. Bij poor en intermediate metabolizers wordt momenteel aanbevolen om een alternatief voor clopidogrel te overwegen, zoals prasugrel of ticagrelor. Prasugrel en ticagrelor zijn beide voor hun activiteit niet afhankelijk van CYP2C19. Het bloedingrisico is bij prasugrel wel verhoogd.

Veel antidepressiva (onder andere amitriptyline, nortriptyline, venlafaxine, clomipramine, imipramine, paroxetine) en antipsychotica (onder andere aripiprazol, haloperidol) worden voornamelijk gemetaboliseerd door CYP2D6. Ongeveer 10% van de Nederlandse bevolking is een poor metabolizer voor CYP2D6. Omdat er alternatieven voorhanden zijn die niet afhankelijk

Cytochroom P450 enzym	% geneesmiddelen via dit enzym gemetaboliseerd	Referentiewaarden: % (Kaukasische) bevolking*
CYP1A2	8-10%	?
CYP2C9	10-20%	2-5% PM, 15% IM
CYP2C19	8%	3-5% PM, 15% IM
CYP2D6	25%	5-10% PM, 10% IM, 3% UM
CYP3A4	50-60%	0,3% PM, 5% IM
CYP3A5	50-60%	20% expressor, 80% nonexpressor

Tabel 1. CYP450 enzymen betrokken bij geneesmiddelmetabolisme

PM=poor metabolizer, IM=intermediate metabolizer, UM=ultra-rapid metabolizer (zie tabel 2).

*<https://www.erasmusmc.nl/>

Fenotype	Metabolisme	Functionele allelen
Extensive metabolizers (EM)	normaal	twee functionele allelen
Intermediate metabolizers (IM)	vertraagd	één actief en één inactief allel, of twee verminderd actieve allelen of één inactief en één verminderd actief allel
Poor metabolizers (PM)	sterk vertraagd of geen	twee inactieve of sterk verminderd actieve allelen
Rapid metabolizers (RM)	versneld	één actief en één verhoogd actief allel
Ultrarapid metabolizers (UM)	sterk versneld	Allelduplicatie of twee verhoogd actieve allelen, in afwezigheid van inactieve allelen.

Tabel 2. Fenotypegroepen

zijn van CYP2D6 kan worden aanbevolen farmacogenetisch onderzoek te laten doen bij bijwerkingen of verminderde effectiviteit. Ook wordt voor deze doelgroep steeds vaker preventief farmacogenetisch onderzoek aangevraagd omdat het kan helpen bij het kiezen van de juiste farmacotherapie.

Twee voorbeelden waarbij farmacogenetica inmiddels standaard bij iedereen wordt toegepast in veel ziekenhuizen

zijn de geneesmiddelmetaboliserende enzymen dihydropyrimidinedehydrogenase (DPD) en thiopurinemethyltransferase (TPMT). DPD is verantwoordelijk voor het metabolisme van fluorouracil en TPMT speelt een cruciale rol in het metabolisme van thiopurines. Omdat de bijwerkingen op deze middelen ernstig en soms zelfs levensbedreigend kunnen zijn, wordt voorafgaand aan de therapie getest op de aanwezigheid van klinisch relevante varianten van deze

genen zodat, indien nodig, de dosis kan worden aangepast of er gekozen kan worden voor een alternatief.

In het recent uitgebrachte standpunt van de NHG is een overzicht opgenomen van veel voorgeschreven geneesmiddelen in de huisartsenpraktijk waarvoor een doseringsadvies in het HIS aanwezig is en waarvoor farmacogenetisch onderzoek kan worden aangevraagd. Verder wordt er een beslisboom gepresenteerd aan de hand waarvan de keuze voor het wel of niet aanvragen van farmacogenetisch onderzoek kan worden gemaakt. Er zijn verschillende centra in Nederland waar farmacogenetisch onderzoek kan worden aangevraagd. In de regio Eindhoven wordt dit onderzoek uitgevoerd in het Catharina Ziekenhuis en deels in Máxima Medisch Centrum. Farmacogenetisch onderzoek kan rechtstreeks of via Zorgdomein bij beide ziekenhuizen worden aangevraagd maar ook bij de meeste omliggende ziekenhuizen en Diagnostiek voor U. De resultaten van het onderzoek worden vermeld in een uitgebreid rapport, eventueel met advies, en een paspoort dat patiënten mee krijgen. De relevante data kunnen helaas nog niet digitaal worden uitgewisseld met apothekers en huisartsen.

Kosten

Voor de eerste lijn geldt: als er een medische indicatie is worden de bepalingen in principe vergoed. Wel valt het onder het eigen risico van de patiënt. Voor de tweede lijn geldt: hier is ook een medische indicatie nodig, maar de kosten kunnen eventueel verrekend worden via de DOT.

Er zijn plannen om dit onderzoek in het basispakket van verzekeraars te krijgen.

Complexe pijn bij kanker

Door: Rianne van Rens, arts palliatieve geneeskunde,
Marlie Spijkers, huisarts SOG, Hans van Suijlekom,
anesthesioloog-pijnspecialist Catharina Ziekenhuis

Ondanks toegenomen aandacht en scholingen met betrekking tot pijn bij kanker, blijft dit een veelvoorkomend probleem. Recent onderzoek geeft een prevalentie van pijn aan bij 55% van de patiënten bij tumorgerichte behandeling, 39% na curatieve behandeling en 66% in de palliatieve fase, waarbij over het geheel gemiddeld 38% een NRS pijnscore heeft van gelijk of > 5. Inmiddels is er een nieuwe richtlijn pijn (conceptfase): 'Richtlijn pijn bij patiënten met kanker of gevorderde stadia van COPD of hartfalen'. Dit is een samenvoeging van de richtlijnen van 'Diagnostiek en behandeling pijn bij patiënten met kanker' (NVA, 2015) en 'Pijn in de palliatieve fase' (IKNL, 2016).

Aan de hand van casuïstiek met behulp van een PowerPoint presentatie zijn in een interactieve vorm de volgende onderwerpen aan de orde gekomen.

Een palliatieve casus wordt aan de hand van een multi-dimensionele benadering, met aandacht voor somatische, psychosociale en spirituele en/of existentiële aspecten in kaart gebracht.

Vormen van pijn

Circa 65% van de pijn bij kanker is nociceptieve pijn en 10% is zuiver neuropathisch. In 25% is er sprake van een mengvorm.

Het is belangrijk om deze vormen van elkaar te onderscheiden omdat de medicamenteuze behandeling verschillend is. Voor de diagnostiek van neuropathische pijn is neurologisch onderzoek noodzakelijk en de vragenlijst DN4 ondersteunend.

Stappenplan Nociceptieve pijn

In het nieuwe stappenplan voor de oncologische pijnbehandeling is geen plaats meer voor codeïne en tramadol. Het advies is om bij toename van de pijn, ondanks paracetamol en NSAID (stap 1), direct een sterkwerkend opioïd te starten (stap 2). De voornaamste redenen zijn het bijwerkingenprofiel



van codeïne en tramadol in combinatie met de mate van pijnstilling in vergelijking met een sterkwerkend opioïd. Stap 3 is opioïdrotatie.

Paracetamol heeft een morfinesparend effect hoewel dit niet in alle studies naar voren kwam. In de nieuwe richtlijn pijn wordt geconcludeerd: bij start met opioïden moet worden overwogen om paracetamol te continueren of toe te voegen. Het effect van paracetamol moet worden afgewogen tegen de nadelen van inname van (extra) medicatie. NB paracetamol oraal werkt sneller dan rectaal!

Opioïden

Uit onderzoek lijkt er geen verschil in effectiviteit aantoonbaar tussen sterk werkende opioïden bij de behandeling van pijn bij kanker.

Nieuw in de richtlijn is het opioïd *Tapentadol*, het heeft een zogenaamd duaal werkingsmechanisme: agonist op de morfine opioïd receptor en inhibitie van de re-uptake van noradrenaline. Tapentadol is wellicht een geschikt analgeticum bij een gecombineerde nociceptieve-/neuropathische pijn. Het bijwerkingsprofiel is, hoewel minder dan oxycodon® in studies, conform andere opioïden.

Methadon: door de lange halfwaardetijd, grote verdelingsvolume en individuele verschillen hoog risico op overdosering! Advies: alleen geven indien ervaring mee of in overleg

met zorgverleners met ervaring in het voorschrijven. Door de NMDA receptor werking heeft methadon een aanvullend werkingsmechanisme ten opzichte van andere opioïden.

Combineren van opioïden: hier doet de richtlijn geen uitspraak over, maar op basis van de verschillen in aangrijpingspunten/werkingsmechanismen van de opioïden kan het theoretisch meerwaarde hebben en gebeurt het ook wel in de praktijk. Consensus is er niet.

Nierfunctiestoornissen komen frequent voor bij patiënten met kanker. De actieve metabolieten van met name morfine kunnen accumuleren bij patiënten met een creatinineklaring van < 50 ml/min en zo tot bijwerkingen leiden. In de nieuwe richtlijn wordt de volgende aanbeveling geformuleerd, bij onderhoudsbehandeling met een opioïd bij eGFR van < 30 ml/min.

- 1 Fentanyl, 1e keus, (geen dosisaanpassing)
- 2 Alternatief: hydromorfon, oxycodon, tapentadol® (dosisaanpassing)
- 3 Morfine stoppen
- 4 Methadon, veilig, doch geen 1e keus.

NSAID bij nierfunctiestoornis: bij voorkeur niet bij eGFR van < 50 ml/min en bij eGFR van < 30 ml/min absolute contra-indicatie. De voor- en nadelen dienen afgewogen te worden bij patiënten in de terminale palliatieve fase.

Opioïdrotatie: bij onvoldoende analgetisch effect (100% equivalente dosis), bij bijwerkingen (75% equivalente dosis) of naar andere toedieningsvorm. In vernieuwde Palliarts app goede, handige omreken tabel!

Behandeling doorbraakpijn

Bij onvoorspelbare doorbraakpijn; geef snelwerkend fentanylpreparaat (ROO,

rapid onset opioïd, werking na 5-10 min, houdt 1-2 uur aan). Indien werkingsduur van ROO te kort, ga dan over naar een immediate release (IR) opioïd (werking na 15-30 min, houdt 3-4 uur aan). Bij voorspelbare doorbraakpijn kies een IR opioïd of een ROO, rekening houdend met de tijd die nodig is voor pijnstillend effect.

Stappenplan neuropathische pijn

Voor neuropathische pijn gebruiken we zogenaamde adjuvante analgetica. Deze komen uit de groep van de antidepressieva (onder andere amitriptyline, nortriptyline en duloxetine) dan wel de anti-epileptica (onder andere pregabalin, gabapentine en clonazepam).

Bij zuiver neuropathische pijn zijn dit de middelen van eerste keus, voeg eventueel in later stadium een opioïd toe (bij onvoldoende effect, pijnsyndromen kunnen veranderen).

Bij een mengvorm van neuropathische en nociceptieve pijn is starten met een sterk opioïd eerste keus, bij onvoldoende effect een adjuvant analgeticum toe te voegen.

Pijn bij botmetastasen is een gemengde pijn en wordt als zodanig medicamenteus behandeld. Radiotherapie geeft vaak goede symptoomcontrole. Bij uitgebreide osteoblastische botmetastasering kan een behandeling met radionuclide overwogen worden.

CIPN (chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie) is een veel voorkomende bijwerking van chemotherapie in de behandeling van kanker met veel fysieke en functionele klachten en een negatieve invloed op kwaliteit van leven. Deze vorm van neuropathische pijn wordt, met matig succes, behandeld met de diverse neuropathische pijn medicatie. Nieuw voor CIPN is de behandeling met een capsaïcine 8% huidpleister in de ziekenhuizen. Definitieve plaatsbepaling hiervan zal de komende jaren plaatsvinden middels studies. Vooralsnog blijft medicamenteuze behandeling de standaard (eerste keus duloxetine), doch bij ontbreken van effect is behandeling met capsaïcine 8% een optie.

Consultatiemogelijkheden: palliatieve teams van de ziekenhuizen en IKNL Consultatieteam.

Contactgegevens via app Palliarts.



Het benauwde kind

Door: Marianne Eijkemans, kinderarts Catharina Ziekenhuis
Annekien Jongbloet, huisarts, Titia Niers, kinderarts Máxima
Medisch Centrum

Kinderen met benauwdheidsklachten komen veel voor in de dienst. In deze workshop komen verschillende ziektebeelden voorbij die specifiek zijn voor de kindleeftijd. Het is van belang om het acuut benauwde kind gestructureerd te beoordelen. Begrip van de fysiologie en pathofysiologie helpt u in de beoordeling van kinderen met benauwdheid en hoorbare ademhaling. De aard van de hoorbare ademhaling kan u helpen in uw differentiaal diagnostische overwegingen.

De luchtwegen zijn onder te verdelen in bovenste luchtwegen (vanaf mond/neus tot aan de splitsing in de beide hoofdbronchi) en onderste luchtwegen (vanaf de carina verder naar distaal). En in extra thoracaal en intrathoracaal gelegen luchtwegen. De ziektebeelden die we de revue hebben laten passeren en die leiden tot dyspneu gaan allen gepaard met een vernauwing van de luchtweg. Lucht stroomt sneller in vernauwde luchtwegen en geeft daardoor in de luchtweg een lagere druk ter hoogte van de vernauwing (wet van Bernouille). Luchtwegen kunnen daardoor samenvallen. Luchtturbulentie, vibraties van de luchtwegwand of het elkaar raken van de luchtwegwanden geeft een hoorbare ademhaling zoals stridor of wheezing. Luchtwegen van kinderen zijn klein

Inspiratoir

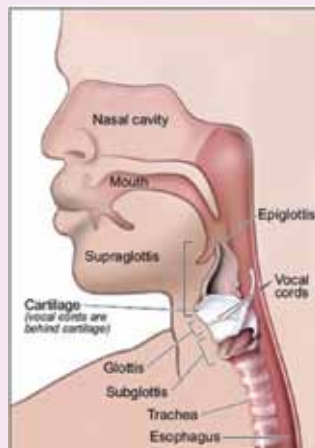
- **Supraglottisch**

Bifasisch

- **(Sub)glottisch**

Expiratoir

- **Intrathoracaal**



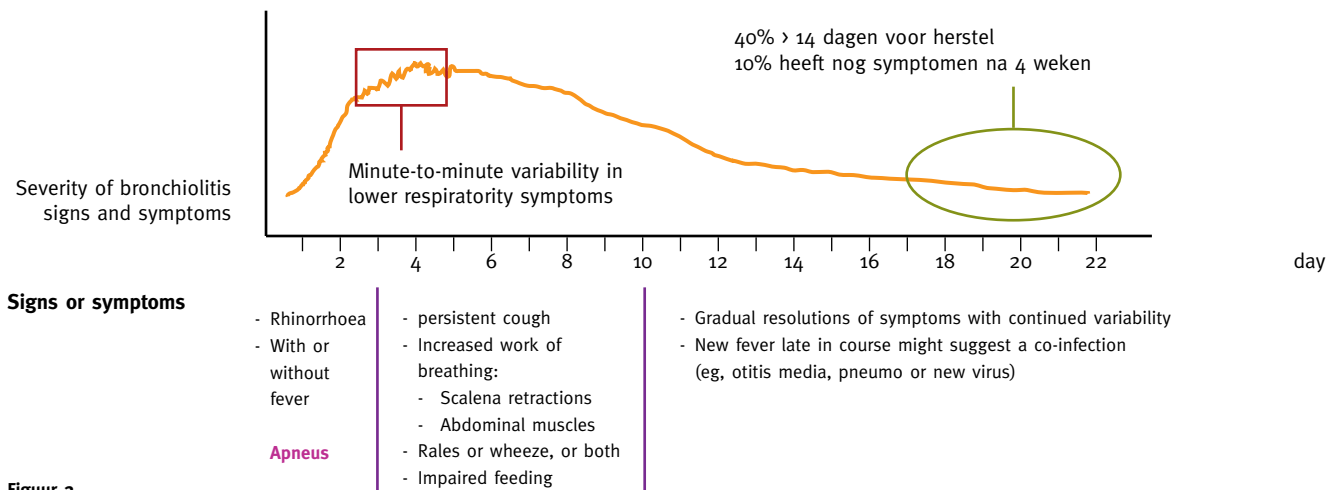
Figuur 1 Anatomie van de luchtwegen



en kinderen maken veel virale luchtweginfecties door. De flow van lucht door de luchtwegen is afhankelijk van de weerstand, die wordt bepaald door de straal van de luchtweg (Wet van Poiseuille). Een kleine vernauwing geeft daardoor een sterke toename van de weerstand en afname van de luchtflow. Stridor is een symptoom. De fase van de ademhaling waarin de stridor zich laat horen en deels het karakter van de stridor helpt om het niveau en (soms) de aard van de obstructie te bepalen (figuur 1). Een vernauwing van de luchtwegen intrathoracaal geeft een luchtwegvernauwing en wellicht hoorbare ademhaling bij de expiratie. Perifere bronchusobstructie geeft wheezing.

Bronchiolitis

Bronchiolitis is een virale infectie van de kleine luchtwegen (bronchiolen) en komt veel voor (20% van de kinderen <1 jaar). Het Respiratoir Syncytieel Virus (RSV) is de meest voorkomende verwekker, maar diverse virussen (Rhinovirus, Humaan Bocavirus, Enterovirus, Influenza) kunnen het beeld veroorzaken. Aanvullend onderzoek naar de verwekker is niet geïndiceerd. Klinische presentatie bestaat uit rhinorrhoe, hoesten, toegenomen ademarheid (figuur 2). Bij auscultatie hoort men vaak rhonchi, crepitaties en wheeze. De behandeling is ondersteunend: goed neustoilet, zuurstof op indicatie, soms salbutamol, voeding per sonde. Bij kinderen met een verhoogd risico op apneu (< 2 maanden, prematuren met postterme leeftijd < 2 maanden) wordt een opname voor monitorbewaking geadviseerd.



Figuur 2

Peuterastma

In de eerste 3 levensjaren heeft ongeveer 1/3 van de kinderen 1 of meer episodes gehad van een piepende ademhaling. Van de kinderen die in de eerste 3 levensjaren piepen is 60% klachtenvrij op de leeftijd van 6 jaar (transient wheeze) en piept 40% nog steeds (persistent wheeze). Transient wheeze komt significant vaker voor bij kinderen van rokende moeders en bij kinderen die uitsluitend piepen als ze verkouden waren. Persisterende wheeze is significant geassocieerd met eczeem bij het kind, positieve familieanamnese en sensibilisatie voor inhalatie allergenen. Verkoudheid is de belangrijkste uitlokker van klachtenepisodes. Het is belangrijk dat de arts het piepen bevestigt, omdat ouders soms andere geluiden aanduiden met piepen zoals voortgeleide slijmgeruisen uit de bovenste luchtwegen of een stridor. Alleen door een dokter geobjectiveerd expiratoir piepen is geassocieerd met brochusobstructie.

Salbutamol is effectief in het reduceren van klachten tijdens exacerbaties van piepen en benauwdheid bij jonge kinderen. De toediening met dosis aerosol met voorzetkamer is effectiever dan met een vernevelaar, mits het masker goed aansluit om het gezicht van het kind.

Zeker bij jonge kinderen is de depositie van medicamenten in de luchtwegen gering. Daarom mogen hoge doseringen salbutamol gegeven worden (6-8 dd 2-4 puffs bij hevige klachten). Er is geen indicatie voor prednison in de 1e lijn. Educatie en herhaalde educatie is erg belangrijk in de begeleiding van ouders. De kinderen met peuterastma (drie of meer episoden van piepen en benauwdheid, uitsluitend optredend in aansluiting op verkoudheid, zonder aangetoonde sensibilisatie voor een of meer inhalatieallergenen) vertonen een goede groei en goede ontwikkeling zonder aanwijzingen voor een onderliggende chronische longziekte. Bij alarmsymptomen als matige groei, klachten vanaf de geboorte, chronische natte hoest en afwezigheid van klachtenvrije periode dient gedacht te worden aan onderliggende aandoeningen als afweerstoornissen, CF/taaislijmziekte of een ander onderliggend luchtweg- of longprobleem.

Laryngitis subglottica

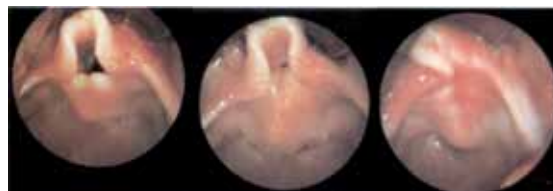
Laryngitis subglottica ('pseudokroep') wordt veroorzaakt door een virale hoge luchtweginfectie met daarbij zwelling van de larynx en bovenste deel van de trachea, waardoor er een typische blafhoest en inspiratoire stridor ontstaat. Voor inschatting van de ernst kan de

Westley Croup Score (figuur 3) gebruikt worden. Behandeling bestaat uit dexamethason orale drank (NB: iv vloeistof mag ook oraal gegeven worden 0,15 mg/kg), of indien niet beschikbaar budesonide verneveling 2 mg. Bij een acuut bedreigd kind wordt verneveld met adrenaline 1:1000 5 mg. Het is van belang het kind rustig te benaderen omdat bij onrust en huilen de luchtweg nauwer wordt. Stomen is niet bewezen effectief.

Laryngomalacie

Laryngomalacie is de meest voorkomende oorzaak van inspiratoire stridor op de zuigelingenleeftijd. Kinderen hebben een afwijkende, slappe larynx met een afwijkende vorm van de epiglottis en extra weefsel boven de arythenoiden. Tijdens inademing wordt het weefsel rond de arythenoiden en de epiglottis aangezogen en leidt tot (gedeeltelijke) afsluiting van de glottis (figuur 4). De stridor, 'gekakel' neemt meestal toe bij drinken, opwinding en rugligging. De meeste kinderen hebben een gunstig beloop en groeien over de klachten heen bij het groter worden van de luchtwegen. De diagnose wordt gesteld op basis van het klinisch beeld, aanvullend onderzoek is meestal niet noodzakelijk.

Figuur 4 Laryngomalacie



Tabel 3. Westely Croup Score

Aantal punten per kenmerk						
Kenmerk	0	1	2	3	4	5
Intrekkingen	geen	mild	matig	ernstig		
Stridor	geen	met sthetoscoop en/of bij opwinding	zonder sthetoscoop en/of in rust			
Cyanose ($SpO_2 < 92\%$)	geen				bij opwinding	in rust
Bewustzijn	normaal					verminderd
Ademgeruis	normaal	afgenomen	sterk afgenomen			

Mate van ernst Westleyscore	Symptomen	Beleid
Mild 0-2	Incidenteel blafhoest, geen of milde stridor in rust, geen of milde intrekkingen	Bij Westleyscore ≤ 5* Overweeg dexamethasondrank ** 0,15 mg/kg (max 15 mg) in een enkele gift*** Afhankelijk van ernst en thuissituatie naar huis of observatie (≥ 2 uur)
Matig 3-5	Frequent blafhoest, hoorbare stridor in rust, intrekkingen in rust, geen distress of agitatie	
Ernstig 6-11	Frequent blafhoest, evidente stridor in rust, intrekkingen, ernstige distress en agitatie	Bij Westleyscore > 5 Breng omgeving en kind tot rust, minimale interventie; dat wil zeggen geen invasieve diagnostiek/behandeling tenzij strikt nodig. Geef dexamethasondrank 0,6 mg/kg ** (max 15 mg) in een enkele gift. Overweeg adrenaline verneveling 5 mg 1:1000 Bij Westleyscore > 7; geef adrenaline; er is dan ook sprake van zuurstofbehoefte en/of een verlaagd bewustzijn. Adrenaline kan dan intubatie uitstellen of afwenden. Minimaal 2 uur observeren en kliniek objectiveren door middel van Westleyscore Overweeg zuurstoftoediening bij $O_2sat < 95\%$, maar niet als agitatie hierdoor toeneemt; dan evt. 'blow by' zuurstof geven door zuurstofslang bij neus/mond te houden
Dreigend respiratoir falen 12-17	Blafhoest, hoorbare stridor in rust (minder dan bij ernstige vorm), intrekkingen, lethargie/uitputting/verminderd bewustzijnsniveau	

Reisafsprak

Update RTA LRS

Tijdens de OverEINDse dagen naar Cascais in Portugal (2015) hebben Bas Bakx (huisarts), Hans van Hoof (fysiotherapeut), Jurgen Koster (anesthesioloog), Yvonne Raaijmakers (neuroloog) en Stijn Willems (fysio-manueel therapeut) een workshop verzorgd over het lumbaal radiculair syndroom. Recent is mede naar aanleiding van deze workshop en de voortschrijdende mogelijkheden voor pijnbehandeling bij een (acuut) LRS, de RTA LRS geupdate.

Kern van de afspraak is de doelstelling om onderscheid kunnen maken tussen LRS-patiënten die snel gezien en snel adequaat behandeld kunnen worden (waarbij de focus ligt op heftige/ moeilijk te couperen pijnklachten) versus patiënten met een (pseudo) radiculair syndroom die conservatief behandeld kunnen worden. Centraal in de RTA staat de afspraak dat een patiënt met een (acuut) LRS of een pseudo LRS altijd verwezen wordt naar de neuroloog en dat die triert en het vervolgbeleid zowel diagnostisch als therapeutisch indiceert.

Door: Mariëtte Oostindiër,
coördinator TransMáx



Mondproblemen bij de huisarts

- een ver van mijn bed show?

Door: Elsje van Beek, huisarts, Bas Mickers, kaakchirurg
Máxima Medisch Centrum, Justin Pijpe, kaakchirurg Catharina
Ziekenhuis

Veel patiënten met mondafwijkingen presenteren zich vaak primair bij de huisarts, terwijl er in de geneeskunde- en huisartsenopleiding weinig aandacht wordt besteed aan dit onderwerp. De huisarts is meestal goed op de hoogte van de meest voorkomende afwijkingen, zoals aften, herpes en Candida. 90% van de afwijkingen in de mond in de huisartsenpraktijk gaat na vier weken vanzelf weer over. Maar hoe kunnen (pre)maligne afwijkingen worden onderscheiden van benigne afwijkingen? Wat te doen (en wat niet) bij dentogene infecties bij de groeiende groep patiënten die niet zijn verzekerd voor tandheelkundige zorg? Hoe worden kaakgewrichtsklachten herkend en behandeld? Onderzoek en diagnostiek van trauma van het aangezicht is vaak lastig. Wat is de juiste handelswijze?

Orale pathologie

Door middel van een interactieve presentatie werden verschillende ziektebeelden gepresenteerd. Afwijkingen van tong, slijmvlies en lippen werden getoond met als belangrijkste vraag: 'pluis of niet pluis'. Een maligniteit is meestal ulcererend en geïndureerd. Het is klinisch niet altijd te onderscheiden van een traumatisch ulcus (bijvoorbeeld door een prothese of scherpe randen van elementen) of een traumatisch eosinofiel granuloom (als voorbeeld een patiënt die met haar tong speelde met haar retentie spalk achter de voortanden;



zie figuur). Bij verdenking op traumatisch ulcus door een slechtzittende prothese, dient de patiënt de prothese uit te laten voor twee weken. Herbeoordeling is altijd noodzakelijk, bij persisteren van afwijkingen insturen voor biopsie.

Lichen planus komt vermoedelijk bij 1% van de bevolking voor en presenteert zich in de mond bijna altijd bilateraal. Uitingsvorm verschilt (reticulair, erosief). Oorzaak is onduidelijk, het wordt gekenmerkt door remissies en exacerbaties. Alleen bij klachten symptomatische behandeling door middel van lokale corticosteroïden. Bij direct contact tussen een laesie en een amalgaamvulling kan vervanging van de restauratie worden overwogen. Het ontstaan van een plaveiselcelcarcinoom bij patiënten met lichen planus is zeldzaam.



Leukoplakie is de meest voorkomende premaligne afwijking in de mond. Het is een witte verandering van het mondslijmvlies, diagnose wordt gesteld bij uitsluiting van andere afwijkingen. Het komt vijf keer vaker voor bij rokers. Leukoplakie van de tong komt relatief vaak voor bij niet-rokers. Het risico op maligne ontanding is groter bij voorkomen op de tong dan bij andere plaatsen in de mond, daarom is verwijdering bij deze lokalisatie geïndiceerd.



Uit: Mond- en kaakziekten. Van der Waal 2011

Dentogene infecties

Patiënten met dentogene infecties presenteren zich vaak in de huisarts-praktijk. Dit kan variëren van een pijnloze fistel tot een dreigend loge abces.



Aantasting van het tandglazuur door bacteriën kan leiden tot cariës (gaatjes), wat kan leiden tot een infectie van de tandzenuw (pulpitis). Klachten zijn pijn bij kou en warmte. Bij een irreversibele pulpitis is er een zeer heftige pijn, die alleen afneemt bij het drinken van



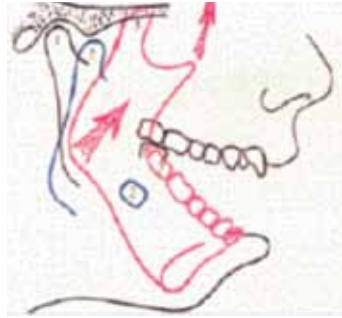
slokjes koud water. Oorzaken zijn een grote caviteit, trauma of een grote vulling. De behandeling wordt uitgevoerd door een tandarts, waarbij de geïnfecteerde zenuw wordt verwijderd (wortelkanaalbehandeling). Wordt dit niet gedaan, dan kan er een wortelpuntontsteking en in sommige gevallen een submucous abces ontstaan.

Hierbij is incisie en drainage de enige oplossing, antibiotica heeft geen rol van betekenis. Dit wordt meestal behandeld door de eigen tandarts. Als het abces in remissie is gegaan, kan de tandarts het oorzakelijke element behandelen. Een dentogene ontsteking kan zich uitbreiden naar de verschillende loges in het hoofdhalshoof gebied; in het meest extreme geval zelfs tot het mediastinum. Alarmsymptomen zijn een snelle progressieve ontsteking, dyspnoe, moeite met slikken, ernstige trismus en dreigende sepsis. Dergelijke patiënten dienen altijd te worden verwezen naar de kaakchirurg. Een cellulitis is een

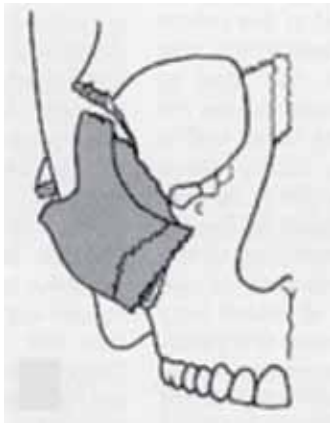
diffuse uitbreiding van de ontsteking met verspreiding van pus, behandeling bestaat dan uit intraveneus antibiotica (amoxicilline). Het is belangrijk voor de huisarts om bij een zwelling of fistel in de mond goed te kijken naar de tanden en kiezen en zo nodig te overleggen met de tandarts. Indien een patiënt niet is verzekerd, kan een kaakchirurg bij doorverwijzing het element slechts verwijderen. Gebitsrevisie voert een kaakchirurg niet uit.

Trauma tanden en aangezicht

Een uitgeslagen tand (avulsie) moet zo snel mogelijk worden teruggeplaatst, het liefst binnen 30 minuten. Deze patiënten moeten dus met spoed gezien worden, de kans op een succesvolle afloop is dan het grootst. De tand kan bewaard worden in de mond, in fysiologisch zout of in melk, maar niet in water. De patiënt wordt vervolgens verwezen naar een tandarts voor een endodontische behandeling.



Bij een patiënt met een aangezichts-trauma is het van belang te letten op kenmerken van een zygomafractuur - hypesthesie van de nervus infra-orbitalis, monocle hematoom, epistaxis, mondopeningbeperking en afvlakking van wangkoon. Fixatie vindt plaats met osteosynthesemateriaal onder algehele anesthesie.



Kaakgewricht

Het temporo-mandibular joint (TMJ) is een dubbelgewricht dat ons in staat stelt de mond te openen en te sluiten en die ons in staat stelt om te eten en te praten. Retractie en protrusie zijn mogelijk. Patiënten met craniomandi-



bulaire dysfunctie kunnen verschillende klachten hebben, zoals oorpijn, tinnitus, nekpijn, pijn bij eten, knappend gewricht tot beperkte mondopening. Behandeling varieert van leefregels, stressreductie, opbeetspalk, fysiotherapie tot operatief. Bij een beperkte mondopening kan er sprake zijn een discusluxatie (closed lock) in het gewricht, terwijl de mond bij een kaakluxatie juist open blijft staan. Een kaakluxatie kan worden verholpen door de duimen op de molaren te zetten en eerst caudaal en vervolgens dorsaal druk uit te oefenen.

Uit: Mondziekten en kaakchirurgie, Stegenga 2000



Reiziger



Een dag na de langste file in Nederland (>2000 km) door sneeuwval, vertrokken we vroeg in de ochtend naar Fins Lapland. Met meer dan 100 huisartsen, specialisten en bestuurders stonden we in vertrekhal twee. Meer dan 100 koffers moesten worden ingecheckt, het duurde dus wel even voordat we door de gate konden gaan. Gelukkig geen last van vertragingen en voldoende tijd om koffie te drinken en kennis te maken met de andere deelnemers.



Als kaakchirurg is het leuk om deel te nemen aan de OverEINDse dagen, omdat wij meestal weinig contact hebben met huisartsen, hoewel steeds meer pathologie naar ons wordt verwezen. De reis was een unieke kans om op een leuke en gezellige manier kennis te maken en kennis uit te wisselen. Na twee soepel verlopen vlieg-reizen kwamen we aan in Kittilä, alwaar we met de bus werden afgezet in ons hotel in Levi. Gelukkig had ik mij gehouden aan de paklijst die door de reisleiding was meegeleverd. Naast thermo-ondergoed, onderhandschoenen en muts, had ik ook mijn skibroek meegenomen. Het was niet voor niets, want de temperatuur werd niet hoger dan -25 graden Celsius. Na het passen van de thermo-overall (die over de skikleding heen moest), werd de avond voortgezet in een kleine, warme zaal in het hotel. Na een interessant verhaal over farmacogenetica (ik zal geen codeïne meer voorschrijven, aangezien het bij 10% van de patiënten niet werkt) gingen we met z'n allen dineren (rendiergehakt met saus van rode bessen is een populair gerecht). De avond werd voortgezet in bed, de nabijgelegen pub of in de buitenlucht (op zoek naar het Noorderlicht). Helaas heb ik het laatste niet mogen ervaren.



De ochtendsessie van de volgende dag vond plaats op een prachtige locatie bovenaan de piste, waar ik zelfs nog een rendier heb gespot. Het uitzicht was indrukwekkend, vooral omdat het vanaf 10.00 uur langzaam licht werd. Het middagprogramma bestond uit een excursie met een sneeuwscooter, wat een erg leuke ervaring was. Door de verwarmde handvaten weinig last van de kou. Dit was wel anders tijdens de Husky sleetocht de dag erna. Bevroren neuspunt en oorlel, ik had mijn muts niet helemaal goed aangetrokken (en het was -35 op de vlakte). Gelukkig geen blijvende schade en de dermatoloog die mee was, heeft enthousiast foto's gemaakt.

Samen met collega kaakchirurg Bas Mickers en huisarts Elsje van Beek hebben wij twee sessies verzorgd, welke goed werden ontvangen. Erg leuk om interactief met huisartsen en andere specialisten veelvoorkomende pathologie in (en rondom) de mond te bespreken. Hoewel het een druk programma was, zonder tijd voor een sauna (en dat terwijl er meer dan 2 miljoen sauna's zijn in Finland op 5,4 miljoen inwoners!) was de afwisseling tussen de bijeenkomsten, excursies en ontspanning meer dan de moeite waard!

Vaccinaties

Door: Corien Heemstra, huisarts, Lonneke van Onzenoort, kinderarts Máxima Medisch Centrum, Kees Verduin, arts-microbioloog PAMM

Er zijn weinig onderwerpen binnen de gezondheidszorg waarover zó veel bericht wordt in de media en die zó veel emoties losmaken als vaccinaties.

Aan de ene kant staat het nut van vaccinaties wetenschappelijk gezien buiten kijf. Bij artsen is er weinig discussie over het Rijksvaccinatieprogramma (RVP). Toch is ruim een kwart van de OverEIND-deelnemers niet ingeënt tegen de griep, afgelopen najaar!

Aan de andere kant leven er onder de bevolking zorgen over de veiligheid en werkzaamheid en blijft de vaccinatiegraad al een aantal jaren dalen, wereldwijd en in Nederland. Deze heeft op verschillende plaatsen nu zulke lage waarden bereikt, dat ziektes die eerst (vrijwel) waren uitgebannen de kop weer kunnen opsteken. Eindhoven is één van die plekken in de gevarezone, met een vaccinatiegraad rond de 87%. Voor bijvoorbeeld mazelen wordt een vaccinatiegraad van 90-95% noodzakelijk geacht om terugkeer van de ziekte in de populatie te voorkomen. In Nederland kennen we een unieke situatie met een hele lage vaccinatiegraad in een groot deel van Nederland, de 'bible belt'. De lage vaccinatiegraad in deze gebieden heeft ook geleid tot een uitbraak van ziekten waartegen gevaccineerd wordt in het RVP, bijvoorbeeld de mazelenepidemie in 2013-2014 in de bible belt.

Zegeningen en Zorgen

Zoals werd benoemd in de workshop: vaccinaties werken veelal erg goed en voorkomen een grote hoeveelheid ziekte en ook sterfte bij een zeer gering aantal, over het algemeen milde bijwerkingen zoals lokale roodheid, pijn, prikkelbaarheid of koorts. Het vaccinatieprogramma zit goed in elkaar. Het Rijksvaccinatieprogramma wordt aangepast aan de hand van het voorkomen van ziekten, zoals recent de toevoeging van de meningococcen ACWY vaccinatie bij een leeftijd van 14 maanden. Helaas worden veranderingen/verbeteringen slechts met lage snelheid doorgevoerd. Bepaalde ziektes, mazelen,



polio, difterie komen na vaccinatie niet voor, andere ziektes zien we helaas nog wel met enige regelmaat, zoals bof onder studenten, kinkhoest en influenza. Hoewel de bofvaccinatie dus niet altijd beschermt tegen het doormaken van de ziekte, beschermt het wel goed tegen complicaties. Voor kinkhoest zijn aanpassingen gedaan om juist de pasgeborenen goed te beschermen: de zwangere wordt gevaccineerd, de resultaten daarvan zijn goed. Daarom is de eerste vaccinatie tegen kinkhoest op de leeftijd van 2 maanden nu komen te vervallen. Een van de gezondheidsraadadviezen uit 2017 ten aanzien van de kinkhoest wordt echter onvoldoende opgevolgd, blijkt ook uit de poll onder de OverEIND-deelnemers. Dit raadt aan om werknemers die professioneel in aanraking komen met onbeschermd baby's te vaccineren tegen kinkhoest. Vaccinatie tegen influenza blijft een belangrijk thema. Bij ouderen en zieken werkt vaccinatie minder goed en het vaccin is niet altijd optimaal. Vooral een mismatch tussen de stammen in het vaccin en de ziekmakende stammen in het griepseizoen is een belangrijk probleem. Ook is bekend dat het vaccin gedurende het seizoen steeds minder goed werkt, omdat influenzavirussen erg snel veranderen (antigene drift). Gelukkig neemt de vaccinatiegraad onder personeel dat werkzaam is in zorg toe. Dat is vooral nodig om de patiënten op een geloofwaardige manier te kunnen overtuigen van het nut van vaccinaties, niet alleen omdat daarmee een belangrijk deel van dit personeel beschermd is.

Nieuwe vaccins die snel zouden moeten worden ingevoerd zijn meningokokkengroep B vaccinatie en rotavirusvaccinatie.

Weerstand en Mythen

Hoe men denkt over vaccineren wordt bepaald door meerdere factoren. Een hiervan is het vertrouwen dat men heeft in de overheid en daarmee in het RIVM/ het Rijksvaccinatieprogramma en de Jeugdgezondheidszorg. In Nederland is het vertrouwen in verpleegkundigen en artsen hoog, ze staan respectievelijk op de 3^e en 5^e plaats van de beroepen die het meeste vertrouwen genieten (ter vergelijking: politici staan op de laatste plaats).

Daarnaast blijkt ook dat mensen die hun kinderen niet of gedeeltelijk hebben laten vaccineren hun kennis over vaccinaties hoger inschatten dan mensen wiens kinderen het RVP volledig hebben doorlopen. Wanneer dezelfde groepen worden getoetst op feitelijke kennis over vaccinaties, blijkt echter dat de laatste groep significant beter scoort dan de mensen die niet (volledig) hebben laten vaccineren.

Als redenen voor niet vaccineren of twijfelen over vaccineren geven mensen vooral aan zorgen te hebben over de bijwerkingen van vaccinaties. Daarnaast schatten ze de kans op het krijgen van de ziekte laag in of zijn ze van mening dat de ziekten waartegen gevaccineerd wordt weinig ernstig zijn. Tenslotte is er twijfel over de effectiviteit van de vaccins en de informatie over vaccins. De zorgen die mensen uiten wisselen iets per vaccinatie en per land. Opvallend is dat meisjes die de HPV vaccinatie moesten ondergaan angst voor de prik als reden opgaven voor niet willen vaccineren terwijl ouders in het algemeen dit (mogelijk sociaal wenselijk) niet vaak doen. Aangezien de redenen voor niet vaccineren multifactorieel bepaald zijn, moet ook de aanpak ervan multifactorieel zijn.

Wat kunnen wij doen?

- Aanspreken van de niet-vaccinerende populatie

Luister naar de zorgen, ontcracht de mythes, zorg dat je kennis up to date is (zie onder), spreek de emoties aan door eigen ervaringen te vertellen. In de poll bleek, dat velen van ons die - helaas - hebben.

- Verbeteren van gemak van en toegang tot vaccinaties

- 8 van de ongeveer 20 ongevacceerde dokters gaf aan de grieprik vergeten te hebben vorig jaar. Zeker in het ziekenhuis kan dus nog wat verbeterd worden aan het gemak om een vaccinatie te halen. Ook voor uw patiënten kan dit van doorslaggevende betekenis zijn.
- *Pijnreductie bij injecties en ingrepen*
Tweederde van u prikt wel eens in een kind. Zorg voor afleiding

bij de kleinsten, gebruik eventueel topicale anaesthetica. Het kind stevig laten vloeken is ook mogelijk, maar kan sociaal minder wenselijk zijn.

- *Aandacht voor beeldmateriaal*
Vermijd afbeeldingen van naalden/spuiten/huilende kinderen bij de promotie van vaccinaties

- Het goede voorbeeld geven

Buiten het medisch nut heeft het laten vaccineren van jezelf nog een andere functie: het geeft een signaal af aan de buitenwereld. Juist werkers in de gezondheidszorg wekken vertrouwen; daardoor wordt ons voorbeeld eerder gevolgd dan dat van politici.

- Bekende personen als ambassadeur inschakelen

We hopen op een positief antwoord van Hare Koninklijke Hoogheid prinses Ariane!



Vlekken en flitsen; als uw patiënt ze ziet vliegen

Door: Susan Pruijsen, huisarts, Margriet van der Reis, oogarts Catharina Ziekenhuis, Pit Vermeltfoort, oogarts Máxima Medisch Centrum

Het zien van vlekken en/of flitsen is een klacht die geregeld in de spreekkamer van de huisarts gehoord wordt. Het kan lastig zijn voor patiënten om hun klacht goed te omschrijven. Echter een goede anamnese, hoewel niet eenvoudig, kan je als huisarts helpen om een waarschijnlijkheids- of werkdiagnose te stellen en daarmee een verder beleid in te kunnen stellen. Meestal hebben we nader onderzoek van de oogarts nodig om definitief vast te stellen wat er aan de hand is. Om te weten op welke termijn de huisarts het best kan verwijzen geeft de waarschijnlijkheidsdiagnose en de NHG-standaard visusklachten uit 2001 ons een (beperkt) handvat.

Voor een goede werkdiagnose is de anamnese belangrijk. De arts probeert duidelijkheid te krijgen over monoclair of binoclair voorkomen; of het een bewegende of vastzittende vlek betreft; of er sprake is van flitsen, met eventuele kartelranden. Tevens van belang is de duur en/of frequentie van de klachten en het moment van ontstaan. Wat betreft de voorgeschiedenis kunnen refractieafwijkingen en eerdere oogheelkundige operaties of traumata worden uitgevraagd.

Vlekken

Glasvochttroebelingen

Meebewegende vlekken, troebelingen of mouches volantes zijn troebelingen in het glasvocht die een schaduw op het netvlies werpen. Deze kunnen in allerlei vormen worden waargenomen. Troebelingen van het glasvocht geven een schaduw op het netvlies en zijn beter zichtbaar op een lichte achtergrond. Deze kunnen ontstaan in de loop van de jaren en ook op jongere leeftijd. Kenmerkend is dat ze langer bestaan zijn.



Achterste glasvochtmembraanloslating

Het proces van loslaten van het glasvocht aan de achterzijde wordt achterste glasvochtmembraanloslating genoemd. Een achterste glasvochtmembraanloslating treedt op vanaf ongeveer 50 jaar. De symptomen zijn acuut ontstane klachten van lichtflitsen en/of vlekjes meestal met een acute grote bewegende vlek en soms een verminderde visus. Er bestaat een risico op het krijgen van een netvliesscheur (retina defect). Risicofactoren voor het krijgen van een netvliesscheur zijn hogere myopie, een positieve familie anamnese (voor netvliesloslating) of een belaste oogheelkundige voorgeschiedenis (zoals trauma of een staaroperatie). De differentiaaldiagnose bij vlekken is een achterste glasvochtmembraanloslating, netvliesscheur, netvliesloslating, glasvochtbloeding en overige oorzaken (zoals bijvoorbeeld uveitis). De behandeling van een netvliesscheur bestaat uit een laserbehandeling rondom de scheur om een netvliesloslating te voorkomen.

Bij een verdenking van een acuut ontstane achterste glasvochtmembraanloslating, dus een nieuwe acuut bewegende vlek in beeld of lichtflitsen die ontstaan zijn in de afgelopen twee weken, adviseren wij om binnen 48 uur door te verwijzen/te overleggen met een oogarts.

Symptomen	Diagnose
Meebewegende vlekken, troebelingen of mouches volantes.	Glasvochttroebelingen
Acuut ontstane klachten van lichtflitsen en/of vlekjes. Meestal met een acute grote bewegende vlek en soms een verminderde visus.	Achterste glasvocht membraanloslating
Vastzittende vlek (gezichtsvelduitval), vlekjes, flitsen en verminderde visus.	Netvliesloslating
Centrale flikkeringen en visusdaling.	Fotopsiën

Overzicht symptomen en diagnoses.

Netvliesloslating

Bij een netvliesloslating hebben patiënten een vastzittende vlek (gezichtsvelduitval) naast dezelfde soort klachten als bij een achterste glasvochtmembraanloslating (flitsen/vlekken/verminderde visus). Een netvliesloslating treedt met name op in de leeftijdsklasse 50-60 jaar en het komt ongeveer 1 op de 10.000 personen per jaar voor. Differentiaal diagnostisch kan er bij een vastzittende vlek gedacht worden aan macula degeneratie, veneuze of arteriële vaatocclusie of glaucoom. De behandeling van een netvliesloslating bestaat uit een vitrectomie, waarbij de prognose beter is indien de macula aanliggend is. Belangrijk voor de uiteindelijke uitkomst is om patiënten op tijd door te sturen. We adviseren om bij een verdenking op een netvliesloslating te verwijzen binnen 24-48 uur.

Fotopsiën

Fotopsiën zijn lastig voor de patiënt te beschrijven. Dit begint al bij de vraag of ze unilateraal of bilateraal zijn. Unilaterale lichtflitsen zijn meestal oogheelkundig te verklaren. De meest voorkomende oorzaak is een glasvochtmembraanloslating. Zoals eerder uitgelegd, is de visus dan meestal goed en de patiënt kan een acute bewegende grotere vlek in beeld waarnemen. Dit laatste is niet altijd het geval. Een andere minder voorkomende oogheelkundige verklaring van fotopsiën is een choroïdale neovascularisatie bij

bijvoorbeeld exsudatieve maculadegeneratie. De flikkeringen zitten dan centraal en er is dan sprake van een visusdaling. Bilaterale lichtflitsen kunnen ook een oogheelkundige achtergrond hebben, bijvoorbeeld een bilaterale achterste glasvochtloslating. Zeldzamer als onderliggende pathologie is een chorioretinopathie (infectieus, auto-immun, paraneoplastisch, vasculair). Niet oogheelkundige oorzaken van fotopsiën zijn bijvoorbeeld medicatie (digitalis), hypoglykemie en vooral ook migraine. Bij een anamnese van fotopsiën die passen bij migraine (duur < 30 minuten, kartelranden, tijdelijk scotoom) kan de patiënt gerustgesteld worden. Bij een verdenking op een glasvochtmembraanloslating, exsudatieve maculadegeneratie of twijfel is overleg met een oogarts te overwegen voor een verwijzing met voorrang.

Conclusie

Een oogheelkundige anamnese kan lastig zijn, maar als uw patiënt acuut vlekken en/of flitsen ervaart, monoculair, met daarbij gezichtsvelduitval is de kans groot dat er sprake is van een achterste glasvochtmembraanloslating of een netvliesloslating. Hiervoor is een verwijzing naar de oogarts binnen 24-48 uur noodzakelijk. Dit geldt ook voor patiënten waarbij er een plotse toename van vlekken is. De NHG-standaard visusklachten uit 2001 geeft advies over spoedverwijzing naar

de oogarts bij het zien van vlekken en flitsen samen.

Bij het voorkomen van (acuut) ontstane vlekken zonder flitsen en voor alle overige vlekken in het zichtveld van uw patiënt zou een regionale transmurale afspraak waarin advies word gegeven over wanneer te verwijzen naar de oogarts een goed handvat kunnen bieden.



Vulvaire afwijkingen bij kinderen

Door: Sjors Coppus, gynaecoloog Máxima Medisch Centrum,
Simone Kuppens, gynaecoloog Catharina Ziekenhuis,
Chantal Staal, huisarts

Bij ongeveer 5 per 1000 meisjes treedt er in de kind-jaren een vulvovaginitis op. Vulvovaginitis is verreweg de meest frequente gynaecologische klacht op de kind-leeftijd, waarbij hulp gevraagd wordt aan de huisarts, kinderarts of gynaecoloog. Meestal ontstaan de klachten na het 3^e levensjaar als de meisjes 'zelfstandig' naar toilet gaan en buiten het zicht van de ouders. Exogene oorzaken als zandbak, zwembad, bubbelbad kunnen ook uitlokken de factoren zijn. Wij spreken van specifieke of aspecifieke vulvovaginitis.

Specifieke vulvovaginitis kan veroorzaakt worden door een specifieke verwekker, zoals respiratoire of faecale pathogenen, enterobius, corpus alienum of een SOA. De behandeling is dan ook specifiek op de verwekker gericht. Candida is zelden de oorzaak omdat de candida een zuur milieu vereist en dit bij het prepuberale meisje zonder oestrogenen, niet het geval is.

Maar meest voorkomend is echter de a-specifieke vulvovaginitis, zonder een duidelijke verwekker. Adviezen aan-gaande toiletgewoontes (goede afveegrichting, mictie met gespreide benen, gewoon wit wc-papier), douchen in plaats van in bad met weinig/geen zeep en verder behandeling met ondersteunende maatregelen zoals zitbadjes met zeezout, sudocrème, Emlacrème®, kortdurend corticoïden crème klasse 1



of 2, kunnen het probleem verhelpen.

Enkele afbeeldingen van vulvaire afwijkingen (candida, luiierdermatitis, impetigo bullosa, lichen sclerosus, aglutinatie labiae, soa's, trauma's) worden besproken.

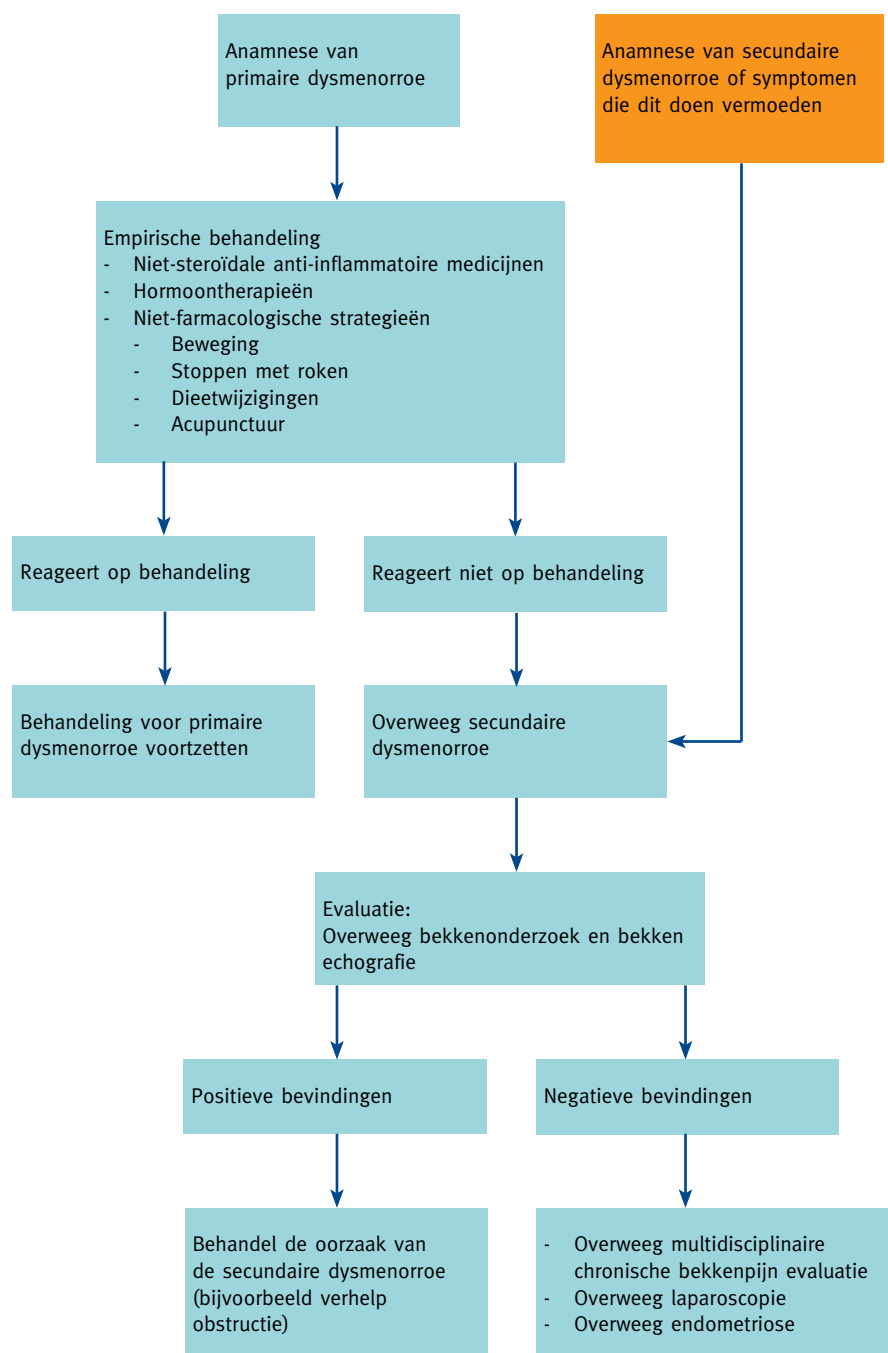
Anatomie

De vaginale mucosa en flora van de neonat en adolescent lijken, vanwege de oestrogene stimulatie, op elkaar. Doordat oestrogene stimulatie de groei van de labiae minora stimuleert, kan de leeftijd van het meisje geschat worden. Er is geen relatie tussen de hymenale diameter in millimeters en de leeftijd van het meisje (dit werd eerder wel gedacht).

Gynaecologisch onderzoek van het meisje vindt bij voorkeur plaats in rugligging met gespreide benen, waarbij het kind eventueel op schoot van moeder is.

	Neonaat	Kind	Asolescent
Hymen	Verdikt	Bleek	Doorzichtig
Labia minora	Niet a vue	Plat en klein	Groot opponerend
Vagina	Lage pH, rugae	pH neutraal, dun	Lage pH, rugae
Flora	Lactobacillus	Gemengde flora	Lactobacillus

Tabel 1: presentatie anatomische structuren



Tabel 2: Stroomschema behandeling pijnlijke menstruatie

Bij inspectie is het belangrijk planmatig alle anatomische structuren (labia majora, minora, hymen, anus, urethra, vaginaal slijmvlies, eventuele fluor etc) te beschrijven, zodat niets vergeten wordt.

Door tractie aan de labia en door het kind te laten persen, kan het hymen

beter geïnspecteerd worden waarbij vooral aandacht moet uitgaan naar de hymenale rand tussen 5-8 uur (tabel 1). Gebruik geen speculum en bij afnemen van kweken (met nat gemaakte kweekstok) wordt het hymen (dat zeer dun en pijnlijk is) vermeden.

Het Centrum voor Sexueel Geweld (CSG) wordt ingeschakeld bij vermoeden van seksueel misbruik waarbij sporen veilig gesteld moeten worden. Sporen kunnen tot 7 dagen gevonden worden. Het Landelijk Expertise Centrum Kindermishandeling (LECK) kan hulp bieden bij die gevallen waarbij bij het lichamelijk onderzoek een vermoeden van kindermishandeling is, en een gecombineerde kindergeneeskundige en forensisch-medische beoordeling aangevraagd is.

Take home messages vulvaire afwijkingen

- Oorzaak vulvovaginitis is meestal a-specifiek.
- Pre-puberaal is Candida zelden een probleem.
- Centrum voor seksueel geweld bij sporenonderzoek.
- Sporen aanwezig tot 2-7 dagen.
- Bij twijfel bevindingen: LECK.

Pijnlijke menstruaties bij adolescenten

Het tweede deel van de workshop behandelde pijnlijke menstruaties bij adolescenten en wanneer hierbij aan pathologie te denken. Het is een veelvoorkomend probleem, dysmenorroe is de nummer 1 oorzaak van kort schoolverzuim; 12% van de meiden tussen 14-18 jaar verzuimt iedere maand op school als gevolg van pijn bij de menstruatie. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire dysmenorroe (tabel 2). Primaire dysmenorroe komt veel voor met een prevalentie van 50-90%, en begint meestal als meisjes regulair ovulatoir worden, meestal 6-12 maanden na de menarche. De diagnose wordt op de anamnese gesteld, een lichamelijk onderzoek is niet nodig. De behandeling is empirisch waarbij een NSAID de 1^e keus is, welke men start 1 tot 2 dagen voor de

menstruatie en gedurende de menses continueert. Hormonale therapie in de vorm van orale anticonceptie, of progestativa is een goed alternatief, waarbij geen voorkeur bestaat voor een bepaalde therapievorm. De behandeling kan geïndividualiseerd worden. Secundaire dysmenorroe daarentegen is een teken van een onderliggend lijden, zoals endometriose, obstructie van cervix of een uterusanomalie. Over de rol van echoscopie werd gediscussieerd, gezien de lage prevalentie maar ernstige consequenties van het missen van een dergelijke afwijking. Endometriose is de meest voorkomende oorzaak van secundaire dysmenorroe, waarbij de tijd tot het stellen van de diagnose in Nederland nog steeds 7 tot 10 jaar bedraagt. De piekincidentie ligt tussen het 30^e en 45^e jaar, maar 2/3

van de patienten geeft aan dat klachten voor het 20^e levensjaar zijn begonnen. Indien men een laparoscopie verricht bij vrouwen met secundaire dysmenorroe die onvoldoende op OAC of NSAID's reageren, dan wordt bij 50-70% endometriose gevonden. Gelukkig wordt bij adolescenten vaak een vroeg stadium van de ziekte gevonden, hoewel de ernst van de afwijkingen geen duidelijke relatie met de klachten kent. Het karakter van de endometriose is anders dan op oudere leeftijd; er worden meer verse laesies gezien, welke meer metabool zijn, meer prostaglandine synthese hebben en daardoor mogelijk pijnlijker zijn. Het is belangrijk om de familie-anamnese goed na te vragen: bij het aangedaan zijn van een 1^e graads familielid is de kans op endometriose 9x vergroot.

Omgekeerd biedt dit ook bij dochters van bekende endometriosepatiënten een mogelijkheid tot primaire preventie door het op relatief jonge leeftijd al starten van een continue pil.

Concluderend is dysmenorroe bij adolescenten minder onschuldig dan het lijkt. Vraag bij dysmenorroeklachten consequent naar klachten en symptomen die kunnen wijzen op onderliggend lijden. Aarzel in dergelijke gevallen niet om aanvullende diagnostiek aan te vragen, en doe dat ook als een behandeling met NSAID's of orale anticonceptiva faalt. De grote invloed van de pijn op de kwaliteit van leven en de mogelijk grote consequenties van een onderliggend lijden zoals endometriose vragen om een zorgvuldig diagnostisch proces.



Reiziger



Om meerdere redenen heb ik deelgenomen aan het congres OverEINDse dagen. Het was de combinatie van nieuwe informatie en nieuwe sociale contacten, de inhoudelijke waarde van de presentaties en de accreditatiepunten die ik daarvoor heb gekregen én het gezellig samenzijn en het gevoel 'een dagje weg' te zijn.



De informatie die wij hebben gekregen in Levi werd aangevuld met prachtige ervaringen van gezelligheid, excursies, dagtochten, gesprekken met collega's, enz. Ik heb gemerkt dat informatie op die manier lang blijft hangen. Ik heb veel meer ideeën gekregen over nieuwe zorgpaden, verschillende disciplines in de zorg, ontwikkeling en samenwerking van zorgverleners.

Samenwerking betekent voor mij heel veel: ik werk transmuraal, met veel collega-huisartsen. Door dit soort reizen wordt de drempel voor communicatie veel lager. Als de communicatie verbetert, zal ook de samenwerking van specialisten en huisartsen beter worden.

Dat is de meerwaarde van deze reis.



Door: Galina Flor,
specialist ouderengeneeskunde

INTERCULTURELE COMMUNICATIE EN KLINISCH ETHISCH OVERLEG

Van oppositie naar wederzijds begrip

Door: Anneke Dalinghaus, huisarts, Nico Debets, geestelijk verzorger Catharina Ziekenhuis, Petra Douwes, internist-nefroloog Catharina Ziekenhuis, Kamal El Mokayad, reumatoloog Máxima Medisch Centrum, Eric van de Laar, ethicus Catharina Ziekenhuis, Louis Lieverse, internist Máxima Medisch Centrum, Hans Rutten, huisarts, Judith Wilmer, klinisch geriater Catharina Ziekenhuis

Artsen en familieleden willen de beste zorg voor de patiënt. Samen beslissen wordt daarin ook steeds belangrijker. Soms is het echter niet gemakkelijk om elkaar te vinden, als patiënt en/of familie verwachtingen hebben die wij als artsen onverstandig of onverantwoord achten. Moeilijk wordt het als we deze keuzes of voorkeuren bovendien niet goed begrijpen omdat we de cultuur of levensbeschouwing van de ander niet kennen. 'Niet vertellen', 'niet sederen', 'niet stoppen' zijn voorbeelden van verzoeken die artsen in verlegenheid kunnen brengen, zodanig dat er conflictueuze situaties kunnen ontstaan.

Achtergrond

In deze workshop willen we verhelderen dat de achtergrond van deze problematiek samenhangt met verschillen in waardepatronen. Om te schetsen waar we in Nederland vandaan komen, gaf Anneke Dalinghaus een inleiding over het ontstaan van Multiculturaliteit.

De kern van haar verhaal was, dat Nederland een lange geschiedenis kent van immigratie, denk aan de Gouden Eeuw, aan de komst van vele Hugenoten, maar ook een grote groep Joden. Na de 2e Wereld Oorlog kwam er vooral arbeidsmigratie op gang door de enorme vraag naar goedkope en ongeschoolde arbeidskrachten voor de groeiende industrie. In de jaren 60-70 gingen de fabrieken zelfs actief op zoek, eerst in Europa, bv Spanje, maar later ook in Turkije en Marokko. Toen in 1973 de oliecrisis kwam en de fabrieken hun productie naar andere landen gingen verplaatsen, ontstond er een grote werkloosheid, juist op het moment dat de gezinshereniging op gang kwam.

Sinds 1990 zijn de wetten aangepast en kunnen de arbeids-



migranten hun opgebouwde rechten behouden, ook als ze naar hun land terugkeren wegens een verminderde vraag naar arbeid in Nederland. Op dit moment werken ongeveer 250.000 arbeidsmigranten in Brabant, vooral uit Oost-Europese landen. In Eindhoven heeft een derde van de bevolking een migranten achtergrond.

Islam

Judith Wilmer interviewde Kamal el Mokayad. Of zoals Judith het formuleerde: "Everything you always wanted to know about Islam, but was afraid to ask!" Ze spraken onder andere over hoe de Islam aankijkt tegen ziekte en lijden, wat de rol is van de patiënt, de familie en de zorgverlener, en hoe de zorgverlener in zijn/haar communicatie daar rekening mee kan houden.

Een tip van Kamal el Mokayad was om in de communicatie met de patiënt of diens familieleden dóór te vragen naar de achterliggende omstandigheden. Bijvoorbeeld bij het weigeren van een bepaalde behandeling. En indien nodig de hulp in te schakelen van een geestelijke verzorger of een Imam. Deze kan helpen om cultureel gerelateerde opvattingen en geloofsstandpunten te onderscheiden. Door begrip over en weer komt er soms een soepelere communicatie op gang.

Eye-opener: een toegift op het verhaal is deze verheldering op de beleving van 'het lot' in de islam. Naast het lot van



figuur 1: het zand-
lopermodel van Wolf
en Dahhan

de mens is er ook een bepaalde mate van eigen keuze. Het is het lot van een mens wat hij of zij op het levenspad tegenkomt. De manier waarop hij of zij besluit daarmee om te gaan is echter zijn of haar eigen keuze. En niet de beslissing van Allah! Allah brengt ons door middel van ons lot in situatie om keuzes te maken. De keuzes vormen onze test in dit leven.

Interculturele communicatie

Nico Debets gaf een betoog over Interculturele communicatie. Hij sprak over het belang van interculturele communicatie, over valkuilen en hoe deze te omzeilen.

Het belang ligt in het gegeven dat de gezondheidstoestand van mensen met een migratieachtergrond slechter is. Ze liggen langer in het ziekenhuis, worden vaker heropgenomen en scoren lager op patiënttevredenheid. En de sleutel om daarin verbetering in te brengen is: betere communicatie.

Aan de hand van het zandlopermodel

van Wolf en Dahhan liet Nico zien wat nou precies van belang is in een intercultureel arts-patiëntconsult. Ten eerste dat het gesprek een zandlopervorm heeft. Dat betekent dat bij een verschil in culturele achtergrond in verhouding tot de anamnese en het lichamelijk onderzoek, meer aandacht uit moet gaan naar de bespreking van de hulpvraag en de bespreking van het beleid. Ten tweede dat expliciet aandacht moet worden besteed aan hoe de patiënt zijn klachten beleeft, wat het vermoeden van de patiënt is over de oorzaak van de klachten en wat de verwachtingen zijn met betrekking tot onderzoek en behandeling.

Om ons bewust te worden van onze valkuilen en blinde vlekken in ons omgaan met en denken over de ander, gaf Nico ons 'het raadsel van de chirurg'. Een raadsel dat laat zien dat onbewuste vooroordelen, ons vermogen om logisch na te denken behoorlijk in de weg kunnen staan. Na dit raadsel werden nog enkele valkuilen besproken zoals onze

neiging tot stereotyperen en onszelf te zien als 'better than average', onze culturele bril en onze culturele wijze van communiceren. En tot slot de tijdsdruk die een goed gesprek in de weg kan staan.

Nico sloot zijn betoog af met de volgende aanbevelingen om valkuilen te omzeilen.

- Wees je bewust van onze neiging tot stereotyperen en zet de culturele bril eens af.
- Verken de belevingswereld van de ander.
- Herken verschillen met eigen opvattingen en maak deze bespreekbaar.
- Stem je wijze van communiceren af op de ander.
- Je hoeft geen antropoloog te zijn: de patiënt is de beste informant over zijn culturele achtergrond en over wat voor hem/haar van waarde is.

Klinisch Ethisch Overleg

Maar wat nou als de communicatie stopt en er toch knelpunten blijven? Het Klinisch Ethisch Overleg werd gepresenteerd als een gespreksvorm om met ethische vragen en dilemma's om te gaan.

Onderdeel van het Klinisch Ethisch Overleg is het uitwisselen van gezichtspunten en het wisselen van perspectief. Als oefening gingen we aan de slag met een casus van Hans Rutten, die een moreel dilemma poneerde. Mensen uit de zaal werden gevraagd naar hun eigen gezichtspunt en uitgenodigd om zich te verplaatsen in het gezichtspunt van de ander.

Er ontstond een levendige dialoog, waar we ongetwijfeld nog veel langer mee bezig zouden kunnen zijn. Hans Rutten gaat met Eric van der Laar een cursus ontwikkelen om deze materie van een Moreel Beraad of Klinisch Ethisch Overleg nog verder uit te werken.

Dikke kinderen: wat moet ik ermee op mijn spreekuur?

Door: Imke Bertrams-Maartens, kinderarts Máxima Medisch Centrum, Meggy Hurenkamp, huisarts, Angelique Roeleveld-Versteegh, kinderarts Catharina Ziekenhuis

Uit prevalentiecijfers blijkt dat kinderen tussen de 4 en 12 jaar net zo vaak ernstig overgewicht hebben als kinderen tussen de 12 en 18 jaar. Recent onderzoek laat zien dat 90% van de kinderen die overgewicht hebben op de leeftijd van 3 jaar ook overgewicht heeft op jongvolwassen leeftijd en dat een snelle gewichtstoename tussen de 2-6 jaar een belangrijke voorspeller is voor dit overgewicht. Signalering en preventie vanaf jonge leeftijd is daarom noodzakelijk.

Definitie overgewicht en obesitas

- Bij kinderen 0-2 jaar: Voor het bepalen van overgewicht en obesitas in deze leeftijdsgroep wordt de voorkeur gegeven aan gewicht naar lengte. Er is sprake van overgewicht bij gewicht naar leeftijd $\geq$ 95ste percentiel bij kinderen van 0,5 tot 2 jaar en er is sprake van excessieve gewichtstoename indien de toename $\geq$ 0.67 SD is op enig moment.
- Bij kinderen >2 jaar: De BMI afkappunten voor overgewicht en obesitas zijn vastgesteld volgens de internationale cut off points (zie NHG standaard obesitas, tabel 1).

Bespreekbaar maken overgewicht

Wat is de rol van de huisarts in de signalering en preventie van overgewicht bij (jonge) kinderen?

Overgewicht blijft voor veel huisartsen een lastig onderwerp om bespreekbaar te maken. Een van de redenen is dat ouders bijna nooit bij de huisarts komen met deze hulpvraag. De helft van de ouders herkent het overgewicht van eigen kind niet en bijna 90% is hierover niet bezorgd. De huisarts heeft daarom een belangrijke signalerende rol. Echter, er is vaak een drempel bij het bespreekbaar maken van overgewicht in de spreekkamer en minder dan een kwart van de huisartsen berekent regelmatig het BMI van een kind.



- Maak overgewicht bespreekbaar middels motiverende gespreksvoering
- Meet en weeg kinderen laagdrempelig
- Bereken BMI (<https://www.berekenen.nl/bmi/kind>)
- Beoordeel groeicurve (groeiboekje of via TNO groei-calculator)

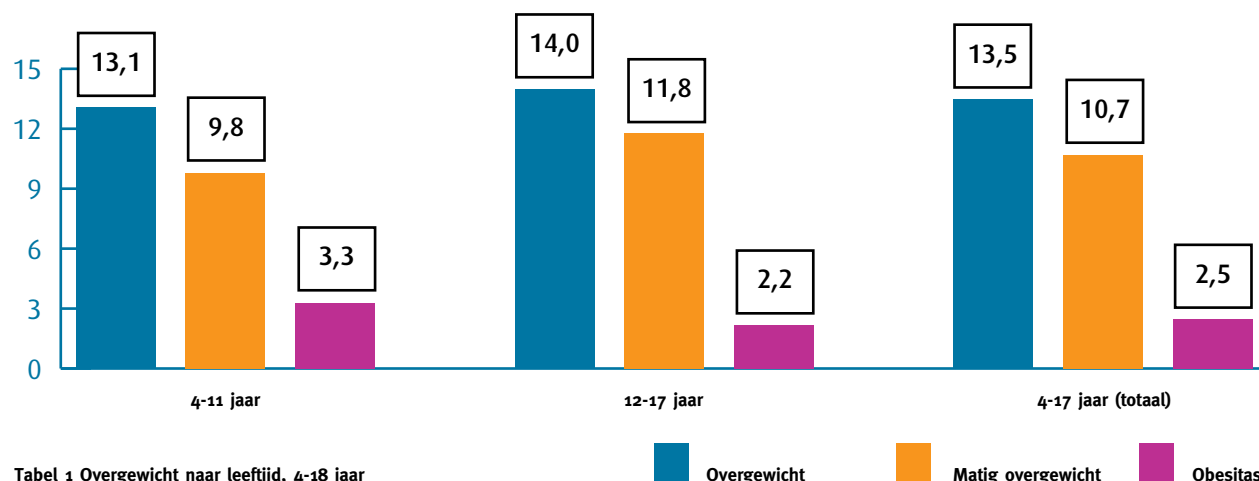
Aanvullend onderzoek

Diagnostiek met als doel het opsporen van co-morbiditeit en complicaties van obesitas. Dit is van belang om een inschatting te maken of verwijzing naar de tweede lijn is geïndiceerd. Overige diagnostiek is in de eerste lijn niet noodzakelijk.

- Bloeddrukmeting bij kinderen >5 jaar.
- Screenend onderzoek naar gestoorde glucose intolerantie bij kinderen >10 jaar middels nuchtere venapunctie.
- Bij lichamelijk onderzoek kan worden gelet op de aanwezigheid van acanthosis nigricans. Dit is een huidafwijking waarbij de huid donker verkleurt (hyperpigmentatie) en verdikt (hyperkeratose) wat een uiting kan zijn van insulineresistentie.

Alarmsymptomen bij onderliggende medische oorzaak

Een zeer klein percentage van de kinderen ($<2\%$) heeft een onderliggende medische oorzaak voor het overgewicht. Deze



Tabel 1 Overgewicht naar leeftijd, 4-18 jaar

kans wordt groter bij de aanwezigheid van alarmsymptomen. De alarmsymptomen voor een onderliggende medische oorzaak van obesitas zijn:

- 1 kleine of afbuigende lengte,
- 2 een extreem vroeg ontstaan van obesitas (<5 jaar),
- 3 een afwijkende neurologische ontwikkeling en/of
- 4 aanwijzingen voor een syndromale afwijking en
- 5 medicatiegebruik.

Een volledig ingevulde groeicurve die het groeibeloop van jongs af aan laat zien is daarom essentieel om de lengte-groei te beoordelen.

Behandeling in eerste lijn

Kinderen met graad 1 en 2 obesitas zonder co-morbiditeit kunnen via de huisarts en/of JGZ worden behandeld. Voor de aanpak van overgewicht en obesitas is ketenzorg in een multidisciplinaire setting noodzakelijk. De interventie vindt bij voorkeur zo dicht mogelijk bij huis/in de wijk plaats. Ouders moeten hierbij actief worden betrokken. Er zijn veel lokale preventieprogramma's waarvan de jeugdarts vaak het beste op de hoogte is. Overleg dus laagdrempelig en werk samen.

Deze programma's zijn gericht op het bevorderen van lichamelijke activiteit en

gezonde voeding. Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt dit ingevuld met het in de dagelijkse praktijk toepasbare Overbruggingsplan, bestaand uit veelbelovende BOFT-gedragingen:

- stimuleren van Bewegen en Buiten spelen,
- dagelijks Ontbijten,
- reductie van Frisdranken en andere gezoete dranken en
- Fastfood en reductie van (energierijke)
- Tussendoortjes, Tv-kijken en computeren.

Take home messages

- Signalering en interventie op jonge leeftijd is noodzakelijk.
- Overgewicht bij kinderen is zelden de hulpvraag.
- Weeg en meet een kind, bereken BMI.
- Maak overgewicht/obesitas bespreekbaar.
- Maak gebruik van JGZ en multidisciplinaire interventieprogramma's in de omgeving.

WERK SAMEN!



