



Sonja Christian Schad – Neue Naionalgalerie Berlin 1928

MCH DIGEST WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

Een maandelijkse wandeling door de medische literatuur

verschijnt maandelijks – September 2022

nr. 380



Inhoudstafel

Hete herfst en kille winter	4
Nascholingsprogramma academiejaar 2022-2023	5
Endocrinologie	7
Waarom het zinloos is systematisch Vit D spiegels te bepalen.....	7
Meer van hetzelfde.....	11
SGLT2 inhibitoren ook nuttig buiten diabetes?	12
Farmacologie	16
Oméga-3 : troubles du rythme cardiaque.....	16
ORL	17
VERTIGO	17
Orthopedie	21
Question What is the effect of a graded sensorimotor retraining intervention on pain intensity for adults with chronic low back pain?	21
Psychiatrie	23
Is serotonine gebrek de oorzaak van depressie??een verhaal van onzekerheid	23
Antidepressants remain an effective treatment for depression, even without the “chemical imbalance” explanation	23
Rubriek Medische Expertise	25
Haaranalyse in klinische toepassing.....	25
Rubriek Dieetleer	29
Tarweallergie en glutensensitiviteit bij kinderen	29
Rubriek Dermatologie/ Informatica	32
Kunnen gezondheidsapps bijdragen tot vroege opsporing van afwijkingen ?	32
Rubriek Dagelijkse Praktijk / Gynaecologie/Dermatologie.....	36

Zwangerschap en jeuk +/- huidafwijkingen.....	36
Rubriek Gastro-Enterologie	40
Pijn rechtsonder in de buik gedurende meerdere dagen	40
Bronnen	41

Hete herfst en kille winter

Martha heeft haar schaamte opzijgezet en familiejuwelen-met-herinneringen aangeboden bij een goudopkoper in de stad. De rekeningen moesten betaald.

De rijen bij de voedselbank worden steeds langer en blijken al aangevuld door de middenklasse. Scholen komen discreet tegemoet met afbetalingsplannen bij de start van het schooljaar. De *'working poor'* worden zichtbaar, ook bij tweeverdieners.

De galopperende inflatie roept herinneringen op aan de jaren 70, toen ze tot 16% steeg. Nederlandse bejaarden kunnen zich wellicht nog de hongervinter van 1944 herinneren. De schrikbarend stijgende energieprijzen hebben de Britten geïnspireerd tot de woordspeling *'eating or (h)eating'*.

Wanneer de jaarlijkse energiefactuur in het vervolg de maandelijkse wordt, zal het weerbericht voortaan met meer dan gewone interesse worden gevolgd.

Dat sancties tegen Rusland als een boemerang zouden terugkomen, stond in de sterren geschreven. Was men al de Russische boycot vergeten van bijvoorbeeld de Limburgse peren in 2014?

Zelfs Henry Kissinger, jarenlang republikeins minister buitenlandse zaken van de Verenigde Staten en niet bepaald een linkse rakker, heeft zijn bedenkingen bij de Oekraïne-aanpak door Europa, dat onder druk staat van de Verenigde Staten. Hij is een van die mensen die vinden dat naar de argumenten van Rusland moet worden geluisterd. Dat het niet onlogisch is dat Oekraïne of een deel ervan bij Rusland hoort. De realpolitiër waarschuwt ervoor dat Rusland en China worden samengedreven tot een zeer machtig geopolitiek blok. En dat terwijl samenwerking tussen Europa en buur Rusland zeer natuurlijk zou zijn.

Europa heeft zich wellicht in de voet geschoten, daar we door de bemoeienissen in Oekraïne vertrokken zijn voor jarenlange oorlog en onrust. Dat zet ook een domper op de vermeende eenheid van Europa: als puntje bij paaltje komt geldt nog altijd het principe van eigen volk eerst. Nu al verwijt men de Noren, weliswaar niet bij de Europese Gemeenschap maar wel bij de NATO, een kapitalistische reflex door de overwinsten van hun gasverkoop. Zij zitten op rozen en de kassa rinkelt: 1000 euro per week per inwoner alsjeblieft. De vraag van de premier om wat korting te geven viel voorlopig in dovemansoren

Ondertussen neemt de inflatie zienderogen toe en komen ook bedrijven in moeilijkheden door energieschaarste en toeleveringsproblemen. Energieschaarste was er natuurlijk ook al zonder de oorlog in Oekraïne.

Stagflatie zal men dan zeggen. Maar dat betekent ook verarming van de burger en men weet dat armoede ziek maakt en ziekte ook arm. De kloof tussen arm en rijk wordt steeds maar groter en dat kantelpunt kan een kritische grens bereiken. Volgens onderzoek vinden nu al 80% van de Belgen dat de ongelijkheid te hoog oploopt en dat er een herverdeling moet komen. De OCMW's van gemeenten en steden vrezen voor een tsunami van hulpvragen de komende winter. Vier op tien gezinnen spreken nu al spaargeld aan.

De verbetering van de bevolking groeit en wordt tot heden amper opgemerkt door het beleid. Zo is tenminste de perceptie. Maar perceptie is belangrijk en het gevoel hebben niet gehoord te worden legt dynamiet onder democratie en welvaartstaat. Zeker wanneer uit studies blijkt dat maar een derde van de Belgen vertrouwen heeft in de politiek. En dat in een Europa dat steeds meer naar extreemrechts en naar autoritaire regimes zwenkt.

De huidige situatie houdt alle risico's in voor een toenemende sociale onrust. Een hete herfst zou logisch zijn. En ook te begrijpen als mensen worden aangetast in hun waardigheid door een gebrek aan fatsoenlijk inkomen en een toekomstperspectief.

Laat ons hopen dat maatregelen zoals belastingen van de overwinsten en eerlijke verdeling van de belastingen de meest harde kantjes er af kunnen vijlen. En dat machthebbers niet machteloos zullen blijken.

Dr. Karel DE KOKER
bestuurder MCH



Nascholingsprogramma academiejaar 2022-2023

✓ **IN FUNCTIE VAN DE COVID-19 PANDEMIE KUNNEN FYSIEKE NASCHOLINGEN VERVANGEN WORDEN DOOR WEBINARS.**

WERKGROEP HUISARTSEN NASCHOLINGSCYCLUS (VERANTWOORDELIJKE PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS)

DERDE DONDERDAG VAN DE MAAND – VIA WEBINAR - AANVANG: 20.00U

- 15.09.2022 Titel: LUTS bij mannen en vrouwen
Spreker: dr. Evert Baten
Moderator: dr. Nele Van Pee
- 20.10.2022 Titel: Traject rond kindermishandeling
Spreker: dr. Jaan Toelen & dhr. K. Desair
Moderator: nog te bepalen
- 17.11.2022 Titel: Klinische navormingsavond Wezembeek-Oppem
- 24.11.2022 Titel: Klinische navormingsavond Leuven
- 15.12.2022 Titel: Urgenties in pediatrie
Spreker: dr. Inge Van Wambeke
Moderator: dr. Annelies Van Raemdonck
- 19.01.2023 Titel: Somatische zorg voor personen met EPA (Ernstige Psychiatrische Aandoeningen)
Spreker: prof. dr. Mieke Vermandere
Moderator: nog te bepalen
- 16.02.2023 Titel: Palliatieve sedatie: van richtlijn tot praktijk
Spreker: dr. Katleen Van Emelen en dr. Katharina Lobisch
Moderator: nog te bepalen
- 16.03.2023 Titel: Is alcohol drinken een probleem voor de huisarts?
Spreker: prof. dr. Bert Aertgeerts
Moderator: Nog te bepalen.
- 20.04.2023 Titel: Courante orthopedische klachten in de huisartsenpraktijk
Spreker: dr. Tom De Baere
Moderator: Nog te bepalen
- 15.06.2023 Titel: Wat de huisarts anno 2023 moet weten over (jong)dementie
Spreker: prof. dr. Mathieu Vandenbulcke en prof. dr. Jos Tournoy
Moderator: dr. Jo Lissaerde
-



WERKGROEP HUISARTSEN MIDDAGNASCHOLING MCH TWEEDE DINSDAG VAN DE MAAND – FYSIEKE NASCHOLING IN SYNTRA LEUVEN- **AANVANG: 12.00U**

- 11.10.2022 Titel: Infiltraties in de huisartsenpraktijk. Tips, tricks en testen op demonstratiemodellen.
Spreker: dr. Dirk Demedts
Moderator: dr. Jacqueline Van de Walle
- 08.11.2022 Titel: Palliatieve sedatie: van richtlijn tot praktijk
Spreker: dr. Katleen Van Emelen en dr. Katharina Lobisch
Moderator: dr. Jacqueline Van de Walle
- 13.12.2022 Titel: Gedwongen opname van een patiënt
Spreker: prof. dr. Joris Vandenberghe
Moderator: dr. Jacqueline Van de Walle
- 10.01.2023 Titel: Traject rond kindermishandeling
Spreker: dr. Jaan Toelen
Moderator: dr. Karel De Koker
- 14.02.2023 Titel: Seksualiteit en intimiteit in het WZC
Spreker: dr. Kristien Coteur
Moderator: dr. Jacqueline Van de Walle
- 14.03.2023 Titel: Positieve gezondheid in de huisartsenpraktijk. What's in it voor de huisarts?
Spreker: dr. Geert Pint
Moderator: dr. Jacqueline Van de Walle
- 09.05.2023 Titel: Labo update anno 2023
Spreker: Labo MCH
Moderator: Labo MCH
- 13.06.2023 Titel: Wat de huisarts anno 2023 moet weten over (jong)dementie
Spreker: prof. dr. Mathieu Vandenbulcke en prof. dr. Jos Tournoy
Moderator: dr. Jacqueline Van de Walle
-



Medische artikels

Endocrinologie

Waarom het zinloos is systematisch Vit D spiegels te bepalen

Routine vitamin D testing has been increasing owing to patient demand, attention in mass media, correlational studies connecting vitamin D to various health concerns, and physicians promoting its use. Recently, possible associations between vitamin D deficiency and severe covid-19 received scientific attention, fuelling renewed media attention and a rapid guideline from the National Institute for Health and Care Excellence (NICE) on appropriate indications for supplementation.

Box 1 presents a list of clinical conditions where testing vitamin D may be appropriate, but vitamin D tests are frequently requested without any of these clinical indications. Studies from the UK, US, Canada, and Australia suggest that 25% to 75% of vitamin D testing may be unnecessary. This can be potentially harmful to patients by leading to additional testing, and wastes valuable healthcare resources. In this article we offer an overview of evidence and guideline recommendations on routine vitamin D testing, (also known as vitamin D screening) and offer practical suggestions for reducing unnecessary testing.

Box 1

Commonly cited indications where vitamin D testing is appropriate:

- Rickets.
- Osteomalacia.
- Osteoporosis.
- Hyperparathyroidism.
- Malabsorption syndromes.
- Medications affecting absorption or metabolism of vitamin D (antifungals, HIV antiretroviral therapy, anticonvulsants, etc).
- Chronic kidney disease.
- Hypophosphatemia and hypo/hypercalcemia.
- Deeply pigmented skin.
- Isolated elevation of alkaline phosphatase.
- Evidence for change.

Several international guidelines recommend against routinely testing or screening for vitamin D in people with no clinical symptoms or risk of deficiency (box 2). These recommendations are based on evidence that in healthy adults, vitamin D levels are not associated with disease. Vitamin D supplementation is recommended population wide in northern climates such as in the UK during the winter and all year round in people with dark or pigmented skin whose vitamin D levels are lower. Those who are

advised to supplement with vitamin D can do so without testing.

Box 2

International guidelines and recommendations on vitamin D testing:

British Society for Rheumatology

Vitamin D testing should be reserved for people at high risk of deficiency and avoided as part of routine investigation of widespread pain alone. Repeat testing is not normally indicated in people taking supplements

United States Preventive Services Task Force:

Current evidence is insufficient to assess the balance of benefits and harms of screening for vitamin D deficiency in asymptomatic adults
Choosing Wisely Canada Family Medicine
Don't routinely measure vitamin D in adults at low risk of deficiency

Osteoporosis Canada:

Monitoring of routine supplement use and routine testing of otherwise healthy individuals as a screening procedure are not indicated

National Institute for Health and Care Excellence (UK):

Only test vitamin D status if someone has symptoms of deficiency or is at very high risk



Royal Australian College of General Practitioners:

Routine screening for vitamin D deficiency is not recommended in populations at low risk of deficiency

Royal College of Pathologists of Australasia:

Routine screening of adults (including pregnant women), healthy infants, and children for vitamin D deficiency is not currently recommended

A systematic review published by the United States Preventive Services Task Force in 2021 did not identify any studies that showed vitamin D screening improved health outcomes or caused any direct harms. The costs of vitamin D testing is high—estimated to be £17m in the UK,²⁹ \$104.7m (£58m) in Australia,³⁰ \$30m

(£19.2m) in Canada, and \$293m (\$241m) in the US per year.

Barriers to change

Ingrained practice patterns of routine screening in primary care can be hard to change, even with well designed multi-component interventions. Confusion may arise about when vitamin D testing is indicated, including for end stage chronic kidney disease and malabsorption syndromes. Patients may request testing, which drives physicians to order the test to address patient expectations and avoid a potentially challenging conversation around why the test is not necessary. However, evidence from shared decision making literature in primary care shows that patients are satisfied if they feel that the

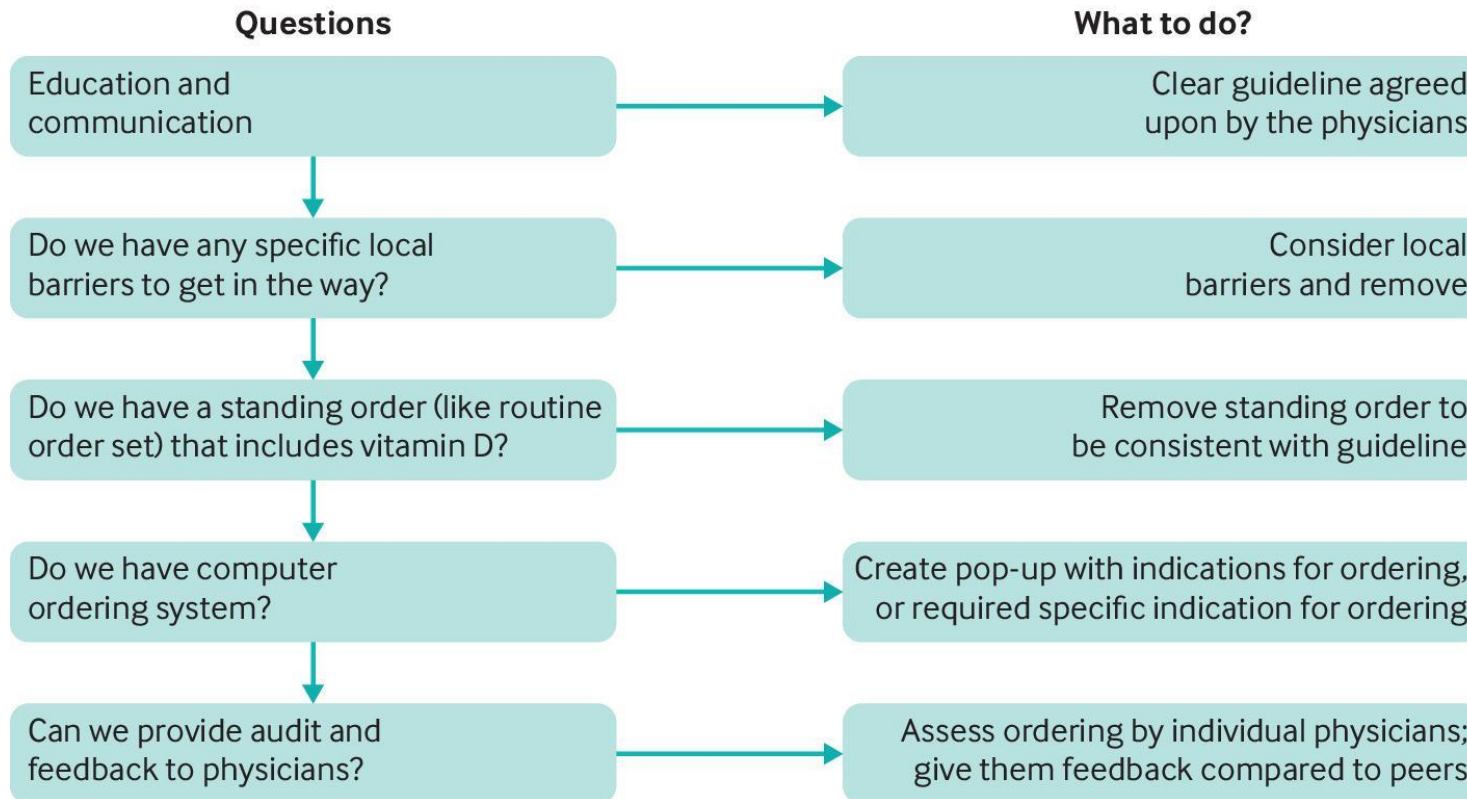
physician has listened to their concerns, even if they did not receive a requested test.

How should we change our practice?

Reducing vitamin D testing can be tackled at several levels, including the individual physician-patient interaction, the practice setting, and the broader health system. Multi-component interventions tend to be more effective than single interventions, and can include clinician and patient education, audit and feedback, order set changes, and clinical decision support (fig 1).³⁶ Practice groups or hospitals can reduce vitamin D testing by using specific interventions tailored to local context.

Fig 1





Guidance for reducing vitamin D testing in a practice setting

Individual consultation

Use the principles of shared decision making when discussing vitamin D testing with patients. Patients may have read claims in the lay press about benefits of vitamin D. Requests for vitamin D testing can create opportunities for patient engagement in their care. Specific language useful for shared decision making conversations are given in box 3. For example, it

is often helpful to explore what patients have heard that led to the request and to understand their main worries or concerns. This allows physicians to validate patient concerns before explaining that the test is probably unnecessary. Sharing materials to explain vitamin D testing and supplementation can be helpful

Box 3

Examples of questions and responses for a conversation with patients requesting vitamin D testing

Patient: "I would like a vitamin D level to test my status."

Physician (options to respond): "There is a lot of attention to vitamin D. What have you read or heard that leads you to? wonder about this?"

"I would like to understand what you are most concerned about that leads to your request."

Patient: "I've heard that deficiency in vitamin D can cause (... the disease or concern)."

Physician (validation): "Oh, I can understand your concern about (name it specifically)."



Perhaps I can tell you more about that issue and we can then decide together whether you need a vitamin D level or not.”

Physician (information exchange—brief and avoid medical jargon): Present key information about the patient’s specific concern; how we get vitamin D from sunlight or supplements; the groups at high risk of deficiency (indicating whether the patient falls in any of these), the best evidence about not testing but using supplementation (the patient resources in box 4 are useful to support this conversation).

Physician (checking and responding to questions): “What do you think of the information I presented? How does this fit for you?”

Address patient questions and come to shared decision.

Practice settings

Education alone is not sufficient for practice change, but it is important to provide information about the lack of utility of vitamin D testing. Engaging physicians in discussions about the evidence and getting agreement on the criteria for ordering vitamin D in their practice setting is an important first step. Agreement reached should be communicated broadly within the clinical setting.

Change strategies, such as audit and feedback, have been shown to reduce vitamin D testing in several settings. Demonstrating a gap in a physician’s own practice is highly motivating for

change and typically leads to approximately 5% change in practice. Reminders at the time physicians are ordering a vitamin D test, particularly with electronic physician ordering, are effective. Pop-up reminders can present appropriate indications for vitamin D testing, and such decision support tools have been shown to improve appropriate care broadly by 4-8%.

An example of a successful programme in a large academic hospital in Ontario, Canada, engaged physicians and dieticians in developing guidelines and a policy for vitamin D testing. Using this guideline, the computerised ordering system was modified so physicians were required to enter one of five specific indications for testing. These changes led to a 27% decrease in orders for vitamin D. Change strategies, such as audit and feedback or modification of order sets, need to be tailored to local contexts, with an understanding of specific barriers and facilitators of change.

System-wide changes

System-wide changes enacted across a jurisdiction by modifying order sets or changing remuneration practices are perhaps the most efficient strategies to reduce vitamin D testing. For example, in 2015 Alberta Health Services, a province-wide health system, introduced a new requisition for vitamin D testing. This required specific indications for ordering vitamin D testing based on the Choosing Wisely Canada recommendation, which had been broadly

circulated among the physicians. In the 12 month period after the revised requisition was introduced, testing declined by 91.4%. Other system-wide approaches have included decreases in funding or restricting ordering based on specialty type or setting, to reduce vitamin D testing. In Australia, new criteria were introduced into the Medicare payment system in 2014 such that vitamin D tests were not reimbursed unless patients were in specific high risk categories. The change resulted in a 47% reduction in testing. This was much lower than the change in Alberta, and suggests that funding restrictions without coexisting educational materials or rationale may be less effective. Another example of a system change was in the US Kaiser Permanente health system, which required physicians to affirm their order for vitamin D a second time in the computerised ordering system. Additionally, vitamin D testing was removed from the laboratory ordering preference list except for specialists who manage specific disorders requiring testing, including endocrinologists, nephrologists, and orthopaedic surgeons. System level interventions such as these are relatively straightforward and inexpensive to implement in settings where laboratory services or billing systems are centralised, but more difficult in decentralised settings.

<https://www.bmj.com/content/bmj/378/bmj-2022-070270/F1.large.jpg>



Meer van hetzelfde..

Background:

Vitamin D supplements are widely recommended for bone health in the general population, but data on whether they prevent fractures have been inconsistent.

Methods:

In an ancillary study of the Vitamin D and Omega-3 Trial (VITAL), we tested whether supplemental vitamin D3 would result in a lower risk of fractures than placebo. VITAL was a two-by-two factorial, randomized, controlled trial that investigated whether supplemental vitamin D3 (2000 IU per day), n-3 fatty acids (1 g per day), or both would prevent cancer and cardiovascular disease in men 50 years of age or older and women 55 years of age or older in the United States. Participants were not recruited on the basis of vitamin D deficiency, low bone mass, or osteoporosis. Incident fractures were reported by participants on annual

questionnaires and adjudicated by centralized medical-record review. The primary end points were incident total, nonvertebral, and hip fractures. Proportional-hazards models were used to estimate the treatment effect in intention-to-treat analyses.

Results:

Among 25,871 participants (50.6% women [13,085 of 25,871] and 20.2% Black [5106 of 25,304]), we confirmed 1991 incident fractures in 1551 participants over a median follow-up of 5.3 years. Supplemental vitamin D3, as compared with placebo, did not have a significant effect on total fractures (which occurred in 769 of 12,927 participants in the vitamin D group and in 782 of 12,944 participants in the placebo group; hazard ratio, 0.98; 95% confidence interval [CI], 0.89 to 1.08; P=0.70), nonvertebral fractures (hazard ratio, 0.97; 95% CI, 0.87 to 1.07; P=0.50), or hip fractures (hazard ratio, 1.01; 95% CI, 0.70 to

1.47; P=0.96). There was no modification of the treatment effect according to baseline characteristics, including age, sex, race or ethnic group, body-mass index, or serum 25-hydroxyvitamin D levels. There were no substantial between-group differences in adverse events as assessed in the parent trial.

Conclusions:

Vitamin D3 supplementation did not result in a significantly lower risk of fractures than placebo among generally healthy midlife and older adults who were not selected for vitamin D deficiency, low bone mass, or osteoporosis. (Funded by the National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases; VITAL ClinicalTrials.gov number, NCT01704859. opens in new tab.)

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2202106?query=featured_home



SGLT2 inhibitoren ook nuttig buiten diabetes?

Summary:

Sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors lower blood glucose by reducing the reabsorption of glucose in the kidney. They are a second-line therapy for type 2 diabetes. During clinical trials it was noticed that SGLT2 inhibitors had favourable effects on cardiovascular and renal disease. This led to further trials that included patients without diabetes.

In studies of heart failure, SGLT2 inhibitors were beneficial in treating patients with a reduced left ventricular ejection fraction. A recent study has also reported benefits in patients with a preserved ejection fraction.

In chronic kidney disease, SGLT2 inhibitors may reduce disease progression. However, a decline in the glomerular filtration rate may be seen at the start of treatment.

As most experience with SGLT2 inhibitors is in diabetes, patients without diabetes need to be aware of why they are being prescribed these drugs. Some of the potential indications for SGLT2 inhibitors beyond diabetes are not yet approved by regulatory authorities.

Introduction

Sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitors lower blood glucose and are an established second-line therapy in patients with type 2 diabetes. They increase glucose excretion by reducing its renal reabsorption. The drugs

currently available in Australia are dapagliflozin, empagliflozin and ertugliflozin.

Benefits beyond lowering glycated haemoglobin (HbA1c) have been reported in patients with type 2 diabetes who have multiple cardiovascular risk factors or established cardiovascular disease. Consistent reductions in hospitalisations due to heart failure and renal benefits have led to studies in patients with heart failure and chronic kidney disease. These have reported clear benefits regardless of the patient's diabetes status. SGLT2 inhibitors therefore have an emerging role in the treatment of heart failure and chronic kidney disease. In some cases, these new indications have not yet been approved by the Therapeutic Goods Administration (TGA)

SGLT2 inhibitors in type 2 diabetes

Several SGLT2 inhibitors have been evaluated in cardiovascular outcome trials in patients with type 2 diabetes. They include empagliflozin, canagliflozin, dapagliflozin and ertugliflozin. A consistent finding in all these trials was a reduction in hospitalisation due to heart failure. A meta-analysis of placebo-controlled trials reported a 22% relative risk reduction in cardiovascular death or heart failure hospitalisation. In patients randomised to SGLT2 inhibitor therapy, there was also a 38% relative risk reduction in composite renal outcomes, comprising worsening estimated glomerular filtration rate (eGFR) or creatinine, end-stage

kidney disease, kidney death or cardiovascular death.

SGLT2 inhibitors in heart failure

Heart failure can be classified according to left ventricular function. SGLT2 inhibitors have been studied in patients with reduced and preserved left ventricular ejection fraction.

Reduced ejection fraction

Two large randomised, double-blind, placebo-controlled trials have reported that SGLT2 inhibitors are beneficial for patients who have heart failure with a reduced left ventricular ejection fraction (40% or below), regardless of their diabetes status. The mechanism of this benefit is not fully understood. It may relate to the drug's natriuretic effect, enhanced erythropoiesis, beneficial changes in cellular energetics or reversal of adverse ventricular remodelling.

The DAPA-HF trial reported a 26% relative risk reduction in cardiovascular death or worsening heart failure in patients randomised to receive dapagliflozin. The magnitude of benefit was similar irrespective of the patient's background therapy for heart failure.

The EMPEROR-Reduced trial compared empagliflozin to placebo. It also found a significant relative reduction in cardiovascular death or heart failure hospitalisation. The combined risk was 25% lower in patients given



empagliflozin, mainly due to a lower risk of hospitalisation for heart failure.

Due to the results of these trials, both the American Heart Association/American College of Cardiology/Heart Failure Society of America and European Society of Cardiology heart failure guidelines have included SGLT2 inhibitors as first-line therapy for patients with heart failure and a reduced left ventricular ejection fraction.

Both dapagliflozin and empagliflozin are listed on the Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) for patient with heart failure with left ventricular ejection fraction less than or equal to 40%, who are receiving optimal standard chronic heart failure treatment, which must include a beta blocker and angiotensin-converting enzyme inhibitor/angiotensin receptor blocker/angiotensin receptor neprilysin inhibitor, unless contraindicated or cannot be tolerated.

[Preserved ejection fraction](#)

Patients who had heart failure with a preserved left ventricular ejection fraction were studied in the EMPEROR-Preserved trial. This reported a 21% relative risk reduction in the composite primary end point of cardiovascular death or heart failure hospitalisation in patients randomised to receive empagliflozin. This result was predominantly driven by a 29% relative risk reduction in heart failure hospitalisation. This is the first major outcome study of heart failure with a preserved left ventricular ejection fraction to show a benefit. The ongoing DELIVER

study is evaluating the safety and efficacy of dapagliflozin in heart failure with a preserved left ventricular ejection fraction, with results expected in 2022.

The most recent American Heart Association/American College of Cardiology/Heart Failure Society of America heart failure guidelines recommend the use of SGLT2 inhibitors in patients with heart failure with a preserved ejection fraction to reduce heart failure hospitalisations and cardiovascular mortality.

[SGLT2 inhibitors in chronic kidney disease](#)

The reported improvements in renal function with SGLT2 inhibitors probably relate at least partly to reduced intraglomerular pressure, but the mechanism of action remains an active area of investigation. The improved renal outcomes seen in patients with diabetes led to trials specifically investigating renal end points.

The DAPA-CKD trial studied patients with chronic kidney disease with or without type 2 diabetes (67.5% had diabetes). They had an eGFR of 25–75 mL/minute/1.73 m² and a urinary albumin:creatinine ratio (mg/g) of 200–5000. Compared with placebo, dapagliflozin led to a 39% reduction in the relative risk for a sustained fall in eGFR, end-stage kidney disease or death from cardiovascular or renal causes.

The benefits were similar in patients with and without diabetes. Recently, dapagliflozin has been approved by the TGA to reduce the

progression of proteinuric chronic kidney disease, however this indication is not listed on the PBS. The ongoing EMPA-KIDNEY trial is studying the effect of empagliflozin on cardiovascular and renal outcomes in patients with chronic kidney disease.

[SGLT2 inhibitor prescribing](#)

The SGLT2 inhibitors are generally well tolerated and the process of prescribing these drugs is relatively uncomplicated compared to other treatments for heart failure, with no requirement for dose titration in the majority of patients. SGLT2 inhibitors should not be used in patients with type 1 diabetes due to a significant increased risk of ketoacidosis. They should also not be used in patients who are pregnant or lactating or in patients requiring dialysis.

While most of the safety data were derived from patients with type 2 diabetes, recent studies that included patients without diabetes have reported a favourable safety profile. Indeed, there were no reported cases of ketoacidosis in the patients without diabetes enrolled in the DAPA-HF, EMPEROR-Reduced, EMPEROR-Preserved and DAPA-CKD studies. Postmarketing follow-up continues to be necessary as adverse drug reactions are often detected and these should be reported to the TGA. A reduction in systolic blood pressure due to volume depletion may be observed, which may require a reduction in diuretic dosing



provided there is no clinical evidence of congestion.

Considerations before prescribing

There are adverse effects and comorbidities to consider before starting SGLT2 inhibitors (Table).

Table - Adverse effects of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors

Adverse effect	Practice point
<p>Genitourinary infections</p> <ul style="list-style-type: none"> - Increased risk of mycotic infections. Candida vaginitis in women, balanitis in men (common >1%). - Urinary tract infections (largely non-severe and resolve quickly, common >1%). - Cases of necrotising fasciitis of the perineum (Fournier’s gangrene) have been reported (rare <0.1%). 	<p>Patient education: perineal hygiene and advice on signs and symptoms of urinary or genital infection, including fever and pain, tenderness or swelling in the genital area.</p> <p>Prompt assessment and treatment to avoid more serious systemic infections, including Fournier’s gangrene and necrotising fasciitis, urosepsis and pyelonephritis.</p>
<p>Ketoacidosis</p> <ul style="list-style-type: none"> - Postmarketing studies have reported an increased risk of ketoacidosis, especially during periods of acute illness or fasting (i.e. peri-procedural fasting, bowel preparation, low carbohydrate diet, excess alcohol consumption, vomiting or diarrhoeal illnesses) and reductions in insulin dose. - Ketoacidosis is rare (<0.1%) but can be life-threatening. It may occur even in the absence of elevated blood glucose. 	<p>Patient education regarding symptom monitoring and the importance of temporary cessation during periods of acute illness or fasting. Provide written sick-day plan.</p> <p>Refer to local guidelines regarding peri-procedural management. For example, Periprocedural Diabetic Ketoacidosis (DKA) wth SGLT2 Inhibitor Use (Alert Update September 2020).</p>
<p>Volume depletion/renal function</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volume depletion may occur due to a natriuretic and diuretic effect (infrequent 0.1–1%). - Temporary decline in renal function is due to tubuloglomerular feedback (common >1%). 	<ul style="list-style-type: none"> - Assess volume status and renal function at baseline. - May require adjustment of baseline diuretic therapy. - May reduce systolic blood pressure. - Consider monitoring of renal function in at-risk patients.
<p>Hypoglycaemia</p> <p>Risk is increased if co-prescribed sulfonylureas or insulin, or there is a history of frequent hypoglycaemic episodes (common >1%).</p>	<p>May require dose reduction of insulin and sulfonylureas.</p>
<p>Fracture risk</p> <p>An increased incidence of fractures was observed in a trial of canagliflozin (not available in Australia) in patients with type 2 diabetes and a high cardiovascular risk. However, these findings have not been observed in other</p>	<p>Assess harm versus benefit before prescribing.</p>

studies evaluating the safety of SGLT2 inhibitors.	
<p>Lower limb amputation</p> <p>An increased incidence of lower limb amputations was observed in a trial of canagliflozin (not available in Australia) in patients with type 2 diabetes and a high cardiovascular risk. However, these findings have not been observed in other studies evaluating the safety of SGLT2 inhibitors.</p>	Patient education regarding preventive foot care.

Renal function

A transient reduction in renal function is common when starting SGLT2 inhibitors due to their mechanism of action, but is not a reason to stop therapy, unless the decline progresses. Recheck renal function to confirm that this acute deterioration is not continuing. Ketoacidosis is uncommon, but life-threatening. SGLT2 inhibitors should not be used in patients with a history of ketoacidosis, unless under specialist supervision. It is more likely in patients with diabetes, or during periods of acute illness or fasting (peri-procedural fasting, bowel preparation, low carbohydrate diet, excess alcohol consumption, vomiting or diarrhoeal illnesses) and following reductions in insulin dose. Ensure a written plan about managing sick days is provided to all patients. While there are no specific sick-day plans for heart failure, the principles are similar to those used in diabetes. Consider ketoacidosis in patients taking SGLT2

inhibitors who present with signs and symptoms of metabolic acidosis, even if their blood glucose is not elevated.

Urogenital infections

While urinary tract infections are listed as adverse effects of SGLT2 inhibitors, recent randomised control trials have not reported a significant excess risk compared to placebo. Treat promptly if patients present with signs and symptoms of urinary tract infections to reduce the risk of progression to urosepsis or pyelonephritis. Fungal genital infections are more likely in patients treated with SGLT2 inhibitors and occur more commonly in women. These infections are usually mild. Cases of necrotising fasciitis of the perineum (Fournier’s gangrene) have been reported. Patients who present with pain, tenderness, erythema or swelling in the genital or perineal area should be urgently examined. Necrotising fasciitis is a medical emergency

Conclusion

In Australia, the uptake of SGLT2 inhibitors to treat patients with non-diabetic indications is evolving as it appears the benefits extend beyond glucose lowering. Their role in medical therapy for heart failure with either reduced or preserved left ventricular ejection fraction has been recognised in international guidelines, regardless of the patient’s diabetes status. Given the results of the DAPA-CKD study, it is likely that future guidelines will also recommend SGLT2 inhibitors in patients with proteinuric chronic kidney disease. The adverse effects of SGLT2 inhibitors are mainly known from studies in diabetes. Patients without diabetes will need advice on how the drugs are used in other conditions.

<https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/sodium-glucose-co-transporter-2-inhibitors-beyond-diabetes>

Farmacologie

Oméga-3 : troubles du rythme cardiaque

Une supplémentation en oméga-3 n'a pas d'efficacité démontrée pour prévenir un nouvel accident cardiaque après un infarctus du myocarde. Elle expose à des troubles du rythme cardiaque, parfois sources d'accident cardiovasculaire.

Les acides gras oméga-3 polyinsaturés sont présents dans l'alimentation, notamment dans des poissons gras (saumon, thon, etc.) et leurs huiles. Ils sont aussi vendus en France avec le statut de complément alimentaire, ou de médicament, parfois à des posologies journalières allant jusqu'à 1 g ou plus. Depuis fin 2018, en raison de l'absence d'efficacité démontrée pour prévenir un nouvel accident cardiaque après un infarctus du myocarde (prévention secondaire), les médicaments contenant des esters éthyliques d'acide gras

oméga-3 polyinsaturés ne sont plus autorisés dans cette situation.

Une supplémentation en acides gras oméga-3 polyinsaturés expose notamment à des troubles digestifs, de l'acné, de l'eczéma, des augmentations des transaminases hépatiques ainsi qu'à des saignements.

Au cours d'essais cliniques, un surcroît de risque de fibrillations auriculaires a été mis en évidence chez des patients recevant des acides gras oméga-3 polyinsaturés. Une synthèse méthodique avec méta-analyse a rassemblé les essais randomisés ayant inclus au moins 1 000 patients avec une durée de suivi au minimum de 1 an. Il y apparaît qu'une supplémentation en acides gras oméga-3 polyinsaturés expose à une augmentation du risque de fibrillation auriculaire (rythme cardiaque irrégulier, avec risque d'accident vasculaire cérébral ou

d'embolie) ou de flutter auriculaire (rythme cardiaque très rapide), de façon statistiquement significative. L'augmentation du risque est observée dès 1 g par jour ; au-delà de 1 g par jour, le risque augmente d'environ 50 % par rapport à un placebo.

Compte tenu des risques, et de l'absence de bénéfice chez les patients en prévention cardiovasculaire primaire ou secondaire, une supplémentation en oméga-3 polyinsaturés est à déconseiller.

Chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires, un régime alimentaire diversifié de type méditerranéen est à privilégier.

©Prescrire 1er août 2022

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/64515/0/NewsDetails.aspx>



ORL

VERTIGO

Dizziness is a common presentation to emergency departments and primary care. It is defined as the sensation of disturbed or impaired spatial orientation without a false or distorted sense of motion. The estimated prevalence of dizziness in a general practice community sample varies across studies but is approximately 20%. Its prevalence increases with age.

While patients often use the word “dizziness” to describe their symptoms, this encapsulates a variety of distinct symptom clusters, including vertigo (box 1). Vertigo is a specific type of dizziness defined as the sensation of self motion when no self motion is occurring or the sensation of distorted self motion during an otherwise normal head movement. Acute vertigo represents up to 5% of all admissions to the emergency department.

Box 1

Specific definitions that are often included under the term “dizziness”:

- *Dizziness*—The sensation of disturbed or impaired spatial orientation without a false or distorted sense of motion.
- *Vertigo*—The sensation of self motion when no self motion is occurring or the sensation of distorted self motion during an otherwise normal head movement.

- *Light-headedness*—A feeling you are “going to faint”.
- *Imbalance*—A state of being out of equilibrium, or with loss of balance.
- *Gait disorder*—A problem or difficulty with walking.
- *Acute vestibular syndrome*—Sudden onset of vertigo, nausea, postural instability, and nystagmus lasting for ≥ 24 hours.
- *Transient vestibular syndrome*—Sudden onset of vertigo, dizziness, or unsteadiness lasting < 24 hours.

This article discusses the approach to patients presenting acutely to urgent care settings with dizziness: When to refer, when to image and when patients can safely be discharged with primary care follow up.

What not to miss:

The most common cause of acute vertigo is benign paroxysmal positional vertigo (BPPV), but in younger individuals vestibular migraine may be more common. However, 3% of patients presenting with vertigo will have had a stroke, and 35% of these strokes are missed. Patients discharged from emergency departments with “benign” dizziness are at a 50-fold increased risk of being hospitalised for stroke in the seven days following discharge compared with controls. Patients presenting with vertigo may

be misdiagnosed with benign inner ear disorders such as labyrinthitis or Ménière’s disease over far more common conditions such as BPPV and vestibular migraine. Good history and examination are crucial to reach the correct diagnosis and ensure that stroke or other sinister pathology is not missed (see infographic).

Central (brain) causes of acute vertigo are more likely than peripheral (inner ear) aetiologies to require urgent triage and management. Most patients with acute vertigo will have a non-life-threatening cause, but patients with “red flags” (box 2), including vascular risk factors or associated neurological symptoms and signs, should be prioritised for triage.

Box 2

Red flags for a patient presenting with acute vertigo

Mandatory brain imaging:

- Isolated, persistent (> 24 hours) vertigo of hyperacute (seconds) onset.
- Normal head impulse test.
- New onset headache.
- New onset unilateral deafness.
- Cranial nerve weakness or sensory loss (diplopia, dysphagia, dysarthria, facial weakness) or limb weakness or sensory loss.



- Severe (grade 3) ataxia¹³.

Acute brain imaging not required

- Subacute onset vertigo (several minutes or hours).
- No other associated neurological symptoms.
- No central neurological signs.
- An abnormal head impulse test.
- Unilateral hearing loss with typical history of Ménière’s disease (recurrent episodes of aural fullness, tinnitus, hearing loss, vertigo and nausea or vomiting lasting >30 minutes).

Acute vertigo is the most common symptom of posterior circulation stroke (47%), and isolated vertigo, nausea, and unsteadiness can be the sole presenting symptoms, making it hard to differentiate from a benign inner ear disorder: one of the reasons that these strokes are often missed. In many posterior circulation strokes there will be associated neurological signs, such as an occipital headache (28%), dysarthria (31%), or unilateral limb weakness (41%). Patients may not always volunteer these symptoms, so good history taking is paramount.

Other disorders not to miss that may present acutely with vertigo include infective causes (such as cerebral abscess, where the patient is typically systemically unwell) and inflammatory neurological disorders (such as multiple sclerosis, where the vertigo is usually accompanied by other central neurological

signs). Brain tumours, whether primary or metastatic, are part of the differential diagnosis, although these are less likely to present with acute vertigo, and more commonly present with focal signs (such as limb weakness) or progressive unsteadiness, headache, or vomiting (as signs of raised intracranial pressure).

What specific questions should you ask patients presenting with “dizziness”?

Most patients with acute vertigo will describe “dizziness”. Ask the patient what they mean by “dizziness” to identify whether this is vertigo or an alternative symptom such as light-headedness or non-vestibular symptoms (such as headache). Identifying whether the patient is describing spinning vertigo (where they see the world move around them) or an internal sensation of movement (spinning or swaying “inside the head”) does not help differentiate between the different causes of acute vertigo. Equally, vomiting is not a useful discriminating symptom for peripheral versus central causes, as it can occur in both.

Box 3 details the differential diagnoses for acute vertigo, following recent published diagnostic algorithms that focus on history and examination findings in patients with acute vertigo.

Box 3

Differential diagnosis in patients with dizziness

General medical

- Haematological—Anaemia, hyperviscosity syndromes.
- Cardiovascular—Postural hypotension, dysrhythmia, carotid sinus syndrome, valvular dysfunction.
- Metabolic—Hypoglycaemia, hypercalcaemia.
- Infectious—Sepsis, meningitis.
- Malignancy—Posterior fossa or brainstem tumours, paraneoplastic (cerebellar) syndromes.

Neurological

- Stroke.
- Multiple sclerosis.
- Malignant.
- Neuro-infectious.
- Neurodegenerative.
- Psychogenic.
- Migraine.
- Epilepsy.
- Microvascular compression (vestibular paroxysmia).

Otological

- Ménière’s disease.
- Benign paroxysmal positional vertigo.
- Post-traumatic syndrome.
- Perilymphatic fistula.
- Vestibular neuritis and labyrinthitis.
- Paget’s disease.
- Tumours.
- Autoimmune disorders.



The focus of the history should be on associated symptoms, timing of symptoms (whether episodic, acute, or chronic), and triggering events:

Timing: onset and duration

How quickly did the symptoms start? Acute onset of persistent vertigo (within seconds) is most common with stroke, whereas in vestibular neuritis or vestibular migraine onset is over several seconds or minutes. In BPPV the onset will be acute (over seconds) but will not be persistent (typically lasting only a few seconds).

Has this happened before?

Recurrent episodic vertigo is seen in BPPV, vestibular migraine, Ménière's disease, and vestibular paroxysmia (<1 in 2000 people).

Associated symptoms

Ask about new onset headache, new onset unilateral hearing loss (acute vertigo and hearing loss in a young adult (<40years) without vascular risk factors may be more suggestive of viral labyrinthitis), loss of sensation over the face or limbs, marked gait unsteadiness, speech disturbance, diplopia, or dysphagia, all of which point to a central (brain or brainstem) cause.

Ask about chest pain, palpitations, and breathlessness, which may indicate a cardiac cause such as arrhythmia (see box 3 for differential diagnoses of dizziness). Associated facial pallor, visual blurring, and muffling of sound can occur with orthostatic hypotension, and confusion can occur with hypoglycaemia.

Ask about vascular risk factors (age >65 years, existing ischaemic heart disease, diabetes, hypertension, previous stroke or transient ischaemic attack) as their presence will increase the suspicion of stroke in a patient with acute vertigo.

Triggers

Were there any triggers to the event? Dizziness triggered by turning over in bed or looking up are suggestive of BPPV; dizziness (particularly "light-headedness") on standing from sitting or lying is suggestive of orthostatic hypotension; trauma to the neck before onset of vertigo should raise suspicion for vertebral artery dissection. Ask about changes to medications or recent introduction of new ones (especially potentially vestibulo-toxic ones such as gentamicin).

What are the key clinical signs that will help with diagnosis?

Clinical examination of a patient presenting with acute vertigo can help in differentiating central from peripheral disorders. All patients should have a neurological examination, including assessment of cranial nerves and hearing. They should also have their gait examined.

Assess gait by asking the patient to walk a few steps (if they are able to) and to tandem walk (heel to toe). Most patients with dizziness (of any cause) will report unsteadiness, but in the context of a posterior circulation stroke this is typically severe: defined as an inability to maintain upright in a sitting or standing posture

even with the feet apart. Patients with central causes of acute vertigo are often unable to walk without falling, whereas patients with a peripheral vestibular lesion will be uncomfortable and reluctant to move but are still able to walk with minimal assistance.

A "bedside" assessment of hearing is of particular importance because patients with vertigo may not notice a loss of hearing (given the severity of the vertigo sensation). This can be done simply by rubbing your thumb and index finger over one ear, and then the other and asking about symmetry. Patients with anterior inferior cerebellar artery infarction may have isolated recurrent vertigo, fluctuating hearing loss, and/or tinnitus (similar to Ménière's disease) as the initial symptoms for one to 10 days before the permanent infarction.

All patients presenting with brief episodic acute vertigo or unsteadiness should undergo a Dix-Hallpike manoeuvre (see video at [https://www.bmj.com/content/366/bmj.](https://www.bmj.com/content/366/bmj)), particularly when the standard neurological examination is otherwise normal. This is because benign paroxysmal positional vertigo—the commonest cause of episodic vertigo worldwide—can only be diagnosed with a positional manoeuvre. In BPPV there will be torsional (and up-beating) positional nystagmus on the affected side only during a Dix-Hallpike manoeuvre. The presence of vertical positional nystagmus (such as downbeat nystagmus) or



prominent vomiting suggests a central cause (such as stroke or space occupying lesion).

In patients with acute and persistent vertigo (for >24 hours) and nystagmus (of any kind), a normal head impulse test (a measure of peripheral vestibular function), presence of direction-changing nystagmus (suggestive of a cerebellar pathology), skew deviation (vertical misalignment of the eyes), and abnormal bedside test of hearing (so called HINTS plus assessment), has a sensitivity of 99% and specificity of 97% for stroke.

Imaging and further investigations (if appropriate before referral)

Routine serological investigations are rarely of diagnostic yield in patients with acute vertigo. However, finger prick glucose levels can help to rule out hypoglycaemia, calcium levels for hypocalcaemia or hypercalcaemia, and inflammatory markers (C reactive protein and erythrocyte sedimentation rate); urine dipstick may help identify infectious causes; and lying/standing blood pressure should be measured to explore the possibility of postural hypotension.

Urgent brain imaging is always indicated where acute vertigo is accompanied by other central neurological signs, such as cranial nerve signs, limb weakness, or severe acute occipital headache. Computed tomography (CT) is highly sensitive for haemorrhage but has little value in detecting the small posterior circulation infarctions that present with isolated acute vestibular syndrome (sudden onset of vertigo/dizziness or unsteadiness lasting for ≥24 hours). Where magnetic resonance imaging is less readily accessible, it should be prioritised for patients with acute vertigo and vascular risk factors.

Patients without cranial nerve or neurological limb (weakness or sensory loss) signs, normal ocular alignment (no skew deviation), normal hearing, and healthy-looking eardrums can be safely discharged. However, they should be advised to seek urgent medical advice if new neurological symptoms develop within the next 24 hours, and if vertigo symptoms persist beyond three days they should be referred to neurology for a further opinion (box 4).

Box 4

When and why to refer

The key features of a patient's history and examination that warrant acute referral for neurology review include:

Presence of any CNS signs—Gaze-evoked direction changing nystagmus (for example, nystagmus beats to the left when patient looks left and beats to the right when patient looks right); nystagmus on upwards or downwards gaze; marked gait ataxia; broken smooth pursuit; new onset unilateral hearing loss; loss of sensation over the face or limbs; speech disturbance.

Prolonged continuous and severe vertigo for >24 hours with no improvement and at least one vascular risk factor (age >60 years, hypertension, diabetes, smoking, obesity). Severe nausea and vomiting accompanied by acute vertigo, unable to tolerate oral fluids. First attack or newly suspected diagnosis of vestibular migraine.

<https://www.bmj.com/content/378/bmj-2021-069850>



Orthopedie

Question What is the effect of a graded sensorimotor retraining intervention on pain intensity for adults with chronic low back pain?

Findings

In this randomized clinical trial that included 276 participants, a graded sensorimotor retraining intervention, compared with a sham procedure and attention control, resulted in a statistically significant improvement in pain intensity at 18 weeks (estimated mean difference, 1.0 point on an 11-point numeric rating scale [range, 0-10 points]).

Meaning

Among patients with chronic low back pain, a graded sensorimotor retraining intervention, compared with a sham procedure and attention control, significantly improved pain intensity at 18 weeks, although the improvements were modest and further research in other patient populations is needed to understand the generalizability of the findings.

Abstract

Importance

The effects of altered neural processing, defined as altering neural networks responsible for perceptions of pain and function, on chronic pain remains unclear.

Objective

To estimate the effect of a graded sensorimotor retraining intervention (RESOLVE) on pain intensity in people with chronic low back pain.

Design, Setting, and Participants

This parallel, 2-group, randomized clinical trial recruited participants with chronic (>3 months) nonspecific low back pain from primary care and community settings. A total of 276 adults were randomized (in a 1:1 ratio) to the intervention or sham procedure and attention control groups delivered by clinicians at a medical research institute in Sydney, Australia. The first participant was randomized on December 10, 2015, and the last was randomized on July 25, 2019. Follow-up was completed on February 3, 2020.

Interventions Participants randomized to the intervention group (n=138) were asked to participate in 12 weekly clinical sessions and home training designed to educate them about and assist them with movement and physical activity while experiencing lower back pain. Participants randomized to the control group (n=138) were asked to participate in 12 weekly clinical sessions and home training that required similar time as the intervention but did not focus on education, movement, and physical activity. The control group included sham laser and shortwave diathermy applied to the back and sham noninvasive brain stimulation.

Main Outcomes and Measures

The primary outcome was pain intensity at 18 weeks, measured on an 11-point numerical rating scale (range, 0 [no pain] to 10 [worst pain imaginable]) for which the between-group minimum clinically important difference is 1.0 point.

Results

Among 276 randomized patients (mean [SD] age, 46 [14.3] years; 138 [50%] women), 261 (95%) completed follow-up at 18 weeks. The mean pain intensity was 5.6 at baseline and 3.1 at 18 weeks in the intervention group and 5.8 at baseline and 4.0 at 18 weeks in the control group, with an estimated between-group mean difference at 18 weeks of -1.0 point ([95% CI, -1.5 to -0.4]; P=.001), favoring the intervention group.

Conclusions and Relevance

In this randomized clinical trial conducted at a single center among patients with chronic low back pain, graded sensorimotor retraining, compared with a sham procedure and attention control, significantly improved pain intensity at 18 weeks. The improvements in pain intensity were small, and further research is needed to understand the generalizability of the findings.



Trial Registration

ANZCTR Identifier: ACTRN12615000610538

<https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2794765>



Psychiatrie

Is serotonine gebrek de oorzaak van depressie??een verhaal van onzekerheid

Antidepressants remain an effective treatment for depression, even without the “chemical imbalance” explanation

A recent umbrella review of evidence for the serotonin theory of depression was widely reported in UK media as showing that depression is not caused by low levels of serotonin or a “chemical imbalance” and therefore casting doubt on the use of selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) antidepressants by millions of people.

The review brought together existing systematic reviews, meta-analyses, and large dataset analyses on associations between depression and concentrations of serotonin and its metabolite 5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) in body fluids; serotonin 5-HT_{1A} receptor binding; serotonin transporter (SERT) levels measured by imaging or postmortem analysis; tryptophan depletion; SERT gene polymorphism; and SERT gene-environment interactions. It reported no consistent evidence to support the hypothesis that depression is caused by reduced serotonin activity, and called for acknowledgment that the theory is not empirically substantiated.

The polarising debate that ensued risks undermining the evidence based treatment of depression and causing harm to people who take or need SSRI antidepressants. Critics of the

review and its coverage noted that study selection was incomplete, as an omitted 2021 meta-analysis had concluded that changes in blood biochemistry, notably of L-tryptophan, were associated with depression. The umbrella review was dismissed as nothing new and limited because peripheral and indirect measures of serotonin concentration or activity tell us nothing about activity at receptors between neurons in the brain. Psychiatrists argued that use of SSRIs is not based on the simplistic theory that low serotonin causes depression but on clinical trial evidence.

Others, however, including the review’s lead author, interpreted the findings to imply that antidepressants do not work, suggesting they are barely distinguishable from placebos and may just numb emotions. These contentions are not supported by evidence, went beyond the findings of the review, and were not expressed in its conclusions. They could encourage sudden antidepressant cessation, causing withdrawal symptoms and risking relapse.

Public reaction on social media included fear, guilt, and feeling stigmatised for taking antidepressants on the one hand, and anger at

experts’ dismissal of the legitimate concerns of patients about medication on the other.

Clinical response

How should patients and clinicians navigate these challenges? First and foremost, good evidence from randomised controlled trials shows that antidepressants are effective in treating people with new episodes of both less severe and more severe depression, and that this is not merely because of the enhanced expectation of improvement among participants in active treatment arms who experience side effects and guess their treatment allocation. Around 25% of trial participants taking antidepressants experience a substantial effect, compared with around 10% taking placebos.

However, the review discusses an important point—that most of the public believes the chemical imbalance theory is established,¹⁵ and this is probably because general practitioners use it to justify prescribing antidepressants, although the only evidence cited to support this assertion was a small online survey. While most GPs surveyed acknowledged chemical imbalance as one possible cause of depression, they ranked it last among 13 biological, psychological, and social factors, suggesting



they believed in a much broader overall model of depression.

Unfortunately, the chemical imbalance explanation may have encouraged long term use of SSRIs because it falsely implies a serotonin deficiency needing long term replacement, perhaps for life. This false belief was identified in 10 qualitative studies of barriers and facilitators to discontinuing antidepressants when appropriate. SSRIs may cause side effects, including gastrointestinal bleeding and sexual dysfunction. Long term use of antidepressants may make it more difficult to come off treatment and is associated with an increased risk of serious adverse events in older adults. Therefore we should not tell people with depression that antidepressants correct an imbalance or deficiency of serotonin, or that they will necessarily need long term treatment.

Open and honest discussion with patients about the remaining uncertainties is essential. We do not know why antidepressants work well for some people and not others, or why they cause harm to some people, not others. Research into their biological and psychosocial mechanisms of action must continue. Trial evidence makes clear that the effect of antidepressants is on average modest. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) therefore recommends that psychological therapy should be offered first (if available) to people with a new episode of less severe depression unless they prefer antidepressant treatment, and that people with more severe depression are given a combination of antidepressant and psychological treatment.

NICE recommends that clinicians advise people taking antidepressants for a first episode to take them for at least six months after recovery. Roughly half of patients treated for nine months

or more may be able to taper off antidepressants without relapsing and needing to restart. People needing treatment for a second episode of depression are at greater risk of relapse after discontinuation, particularly if symptoms persist that are serious enough to impair daily activities, or their depression has an ongoing underlying cause. They may be advised to continue antidepressants for two years before considering stopping treatment again.

Trust between the prescriber and the person with depression is of paramount importance for a good outcome. An initial time frame for treatment should therefore be agreed, with frequent contact until symptoms have receded. Personal continuity of care should be offered at six monthly regular reviews of longer term treatment, to optimise knowledge of the person and their situation.

<https://www.bmj.com/content/378/bmj.o1993>

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst



Rubriek Medische Expertise

Haaranalyse in klinische toepassing

Men kan gebruikmaken van haaranalyse om blootstelling aan diverse stoffen te analyseren:

- Uitsluiten van een vermeende blootstelling aan genotmiddelen, type drugsgebruik of roken, vormt één van de indicaties van haaranalyse.
- Het risico op blootstelling aan een stof in combinatie met een specifiek klinisch beeld vormt ook een aanleiding voor haaranalyse.

Casus:

Een dame, 51 jaar oud, wordt verwezen naar de polikliniek Interne Geneeskunde om haar rookgedrag vast te stellen op basis van haaranalyse op nicotine.

Voorgeschiedenis:

- Elders in het land werd ze gezien voor een longtransplantatietraject omwille van een onderliggende systeemziekte met pulmonale betrokkenheid.
- Er werd aldaar bij herhaalde urinecontroles eenmalig een verhoogd Cotinine aangetroffen, het afbraakproduct van nicotine.
- Omdat dit zou passen bij actief roken werd ze op basis van deze bevinding afgewezen voor een longtransplantatie.

Huidige toestand:

Ze ontkent die bevinding stellig, maar in die vorige periode bevond ze zich wel in gelegenheden waar gerookt werd, zoals op overdekte verwarmde terrassen.

Verdere actuele aanpak:

- Er wordt een haaranalyse verricht op nicotine en Cotinine bij een maximale haarlengte van 16 cm.
- Er volgt een analyse van 5 cm, op basis waarvan iets te zeggen valt over de periode waarbinnen de urinecontroles verricht werden.
- De gevonden nicotinaarden liggen lager dan 5,7 microgram per haar, de afkapwaarde voor actief rookgedrag.
- Actief roken kan men op basis hiervan uitsluiten, maar incidenteel (mee)roken, dat de verhoogde Cotinine-waarden tijdens eerdere urinecontroles mogelijk verklaard heeft, valt met haaranalyse niet uit te sluiten.

Verder verloop:

Patiënte kan nadien elders met het transplantatietraject verder gaan.

Verdere beschouwing:

Haaranalyse kan informatie geven over blootstelling gedurende een tijdsperiode, tot wel maanden terug, en dat is een groot voordeel in tegenstelling tot bloed- en

urineonderzoek, dat slechts over enkele dagen informatie heeft en geeft.

Na inhalatie wordt nicotine snel geabsorbeerd en in de lever in Conicotine en andere metabolieten omgezet:

- In urine wordt ongeveer 5% als onveranderd nicotine teruggevonden en ongeveer 10% in de vorm van Conicotine.
- Voor nicotine bedraagt de plasmahalfwaardetijd 0,5 tot 2 uur en voor Conicotine 6-16 uur.
- Nicotine is om die reden tot enkele dagen na gebruik in urine aantoonbaar in de vorm van Conicotine.
- Nicotine wordt echter ook in haar ingebouwd, en de normale achtergrondconcentratie en afkapwaarde voor actief dan wel passief meeroken zijn respectievelijk 5,0 en 5,7 microgram per gram haar.

Na inname wordt arseen binnen 4 dagen bijna volledig via de urine uitgescheiden:

- Voor Sulfhydrylgroepen in keratine en andere eiwitten in haar vertoont arseen een hoge affiniteit.
- Deze sterke binding heeft als voordeel dat arseen in haar uitstekend aan te tonen is.



- Nadeel is dat ook uitwendige blootstelling aan arseen tot binding aan haar leidt.

Haargroei en monsterafname:

Bij haargroei zijn er 3 fasen: de groeifase (anageen), de overgangsfase (katageen) en de rustfase (telogeen):

- De groeifase: vanuit het bloed worden stoffen in haar ingebouwd en kunnen er vanuit talg en zweet stoffen het haar binnendringen.
- De rustfase: stoffen kunnen van buitenaf het haar blijven binnendringen, maar ze kunnen niet meer via het bloed ingebouwd worden.

Meestal wordt er voor haaranalyse hoofdhaar gebruikt:

- Gemiddeld groeit hoofdhaar 1 cm per maand.
- Bij de patiënt wordt voor een analyse over een tijdsperiode van 3 maanden een pluk van minimaal 3 cm afgeknipt.
- Dit gebeurt zo dicht mogelijk bij de hoofdhuid zodat haar van de meest recente periode gebruikt wordt.
- Een aantal mm haar blijft bij het afknippen in de hoofdhuid achter.

Men kan dus blootstelling in de week voorafgaand aan de analyse niet bepalen, en dus blijft urine- en bloedonderzoek hiervoor van belang.

Ongeveer 50 haren met een dikte van circa 5 mm moet deze pluk bevatten:

- Die haren worden langs de hoofdhuid aan de achterzijde van het hoofd afgeknipt:
- De haargroei is daar het meest constant, maar als de patiënt kaal is kan er eventueel analyse van andere lichaamsbehaaring, zoals oksel- of schaamhaar plaatsvinden.
- In vergelijking met hoofdhaar bevinden deze haren zich echter minder lang in de groeifase, en dat maakt dat de concentraties verschillen.

Concentraties vallen over het algemeen hoger uit dan in hoofdhaar omdat zweet en talg tijdens de rustfase zorgen voor extra binnendringen van medicatie, drugs en andere toxische stoffen, vooral dan in een warm en vochtig klimaat zoals onder de oksel.

Er is nog een nadeel van het gebruik van oksel- en schaamhaar: het is namelijk lastiger om een periode van 1 maand te markeren door het tragere groeitempo, terwijl dit wel kan bij hoofdhaar.

Stabiliteit van stoffen in hoofdhaar:

Stoffen blijven erg stabiel eenmaal ze in het haar zijn opgeslagen en dat verklaart dan ook waarom ze meerdere maanden later teruggevonden worden.

De stabiliteit van stoffen in het hoofdhaar wordt wel beïnvloed door verschillende factoren:

- Dat kan gaan om de manier van haarverzorging en de mate van pigmentatie, die afhankelijk is van de concentratie melanine in het haar.
- Zo heeft cocaïne bvb.: een sterke affiniteit met melanine, en donkerder haar bevat meer melanine waardoor er dus meer cocaïne ingebouwd wordt.

Het 'stijlen' van haar kan leiden tot een verhoogde concentratie metabolieten van cocaïne en cannabis.

Vergeleken met onbehandeld haar zorgen bleken en permanent voor verlaagde concentraties opiaten en cocaïne:

- Er kunnen fout negatieve resultaten optreden door dit soort bewerkingen van het haar.
- Dit geldt mogelijk ook voor andere stoffen dan opiaten en cocaïne.

In mindere mate hebben verven en gebruik van shampoo effect op haaranalyse.

Derhalve is de interpretatie van de uitslag van haaranalyse complex en dient haaronderzoek als aanvulling op overige diagnostiek gezien te worden.

Mogelijkheden voor haaranalyse in Nederland:

Geneesmiddelen:

Om blootstelling aan diverse genotsmiddelen te controleren door bepaling van het genotsmiddel zelf en eventuele metabolieten is haaranalyse een bekende methode.

Zo is er veel vraag naar haaranalyse om mogelijk gebruik van cocaïne vast te stellen:



- Bij de militair Marco Kroon werd in 2010 borsthaar afgenomen voor onderzoek naar bezit en gebruik van harddrugs.
- Uit de haaranalyse bleken er verhoogde concentraties cocaïne en xtc aanwezig te zijn.
- Omdat niet met voldoende zekerheid gesteld kon worden dat deze vaststelling het gevolg was van drugsbezit en drugsgebruik, besloot de rechtbank om dit resultaat niet mee te nemen in de uitspraak.

Bij gebruik van cocaïne wordt dit in het lichaam zeer snel in Benzoyllecgonine omgezet:

- Wordt er uitsluitend cocaïne gevonden zonder Benzoyllecgonine, dan mag men niet concluderen dat cocaïne gebruikt is.
- Er kan immers niet bewezen worden dat de cocaïne door de patiënt ingenomen is.
- Contaminatie van het haar met cocaïne is dan ook een verklaring voor de gevonden concentraties cocaïne.
- Of in het geval van Marco Kroon de metaboliet Benzoyllecgonine tevens bepaald is, is niet geweten.

Er is tot slot geen onderscheid te maken tussen bewust gebruik of bvb.: toediening door derden.

Zware metalen:

Op verschillende manieren kunnen patiënten met zware metalen in contact komen, en dat kan zowel opzettelijk als beroepsmatig of hobbymatig.

Denk maar aan tandartsen (amalgam), mijnwerkers (kwik bij goudwinning) of glas-in-loodwerkers (loodvergiftiging).

Het meest wordt een haaranalyse aangevraagd voor lood, kwik en arseen, maar analyse van lood in haarmonsters is wellicht echter minder zinvol:

- Lood kent immers door binding aan het bot een zeer lange eliminatiehalfwaardetijd.
- Dat maakt dat lood langdurig in bloed en urine aantoonbaar is.

Overige toepassingen: medicatietrouw en endocrinologie:

Om medicatie in te stellen en therapietrouw te monitoren wordt haaranalyse nog weinig toegepast.

Het lijkt mogelijk om een kwantitatieve bepaling uit te voeren om aan te tonen dat de patiënt medicatie heeft ingenomen, maar het is lastig om een adequate dosis-tijdsrelatie te interpreteren:

- Tussen de concentratie in het bloed en in het haar is er namelijk geen eenduidige relatie.
- Dit hangt af van factoren zoals haarkleur, haarstyling en andere invloeden van buitenaf.

Per medicijn zijn er ook geen normaalwaarden bekend, en dat zal individueel en per medicijn onderzocht moeten worden.

Tenslotte kan haaranalyse ingezet worden voor bepalingen van hormonen:

- Cortisolbepaling is hier een voorbeeld van.
- Men kan met haaranalyse de lange termijn blootstelling aan cortisol meten om bvb.: het syndroom van Cushing te diagnosticeren.

Terug naar de casus:

- Ze werd in eerste instantie voor een longtransplantatie afgewezen wegens vermeend actief roken, een conclusie gebaseerd op een minimaal verhoogde concentratie van nicotine in de urine.
- Er werd hierbij echter onvoldoende stilgestaan bij andere mogelijke verklaringen, zoals passief meeroken.
- Er is ook onvoldoende gebruik gemaakt van de mogelijkheden om actief rookgedrag te diagnosticeren.
- Hierbij heeft het transplantatietraject ernstige vertraging opgelopen, en dat had men kunnen voorkomen door eerdere inzet van haaranalyse na twijfel over nicotinegebruik.

Besluit:

Door de complexe interpretatie is haaranalyse niet alleszeggend, maar in selecte gevallen kan het een belangrijke aanvulling vormen op de



huidige diagnosestelling naar blootstelling aan zowel genotmiddelen als zware metalen. Mogelijk kunnen toekomstige ontwikkelingen haaranalyse ook bruikbaar maken om therapietrouw te evalueren en hormoonspiegels te monitoren:

- Groot voordeel is dat (de mate van) blootstelling in de voorafgaande maanden kan bepaald worden.
- Dit is in tegenstelling tot slechts (enkele) dagen bij bloed- en urineonderzoek.

Haaranalyse wordt tot op heden nog relatief weinig gebruikt, maar men moet zich realiseren dat deze mogelijkheid in Nederland bestaat, en dus moet men niet met de handen in het haar zitten, maar het analyseren !

Ned Tijdschr Geneeskd 14 januari 2022 pag. 6-10.



Rubriek Dieetleer

Tarweallergie en glutensensitiviteit bij kinderen

Ouders wensen geregeld te weten of hun kind een glutenovergevoeligheid of tarweallergie vertoont:

- Op de sociale media wordt namelijk veel aandacht geschonken aan glutenvrij eten en het groeiende aanbod aan glutenvrije producten.
- Maakt dat die ouders met een aantal vragen ter zake bij hun arts terechtkomen.

Regelmatig zoeken ouders ook een medische verklaring als hun kinderen vaal last hebben van buikpijn of een moeizame stoelgang:

- Dat artsen een onderscheid kunnen maken tussen de verschillende glutengerelateerde aandoeningen is dus belangrijk.
- Dat is nodig om overdiagnose te voorkomen en de juiste behandeling te kunnen instellen.

Achtergrondinformatie over granen:

Gaat om zaden van grassen en rond een graankorrel zit het kaf, dat meestal oneetbaar is. Zelf bestaat het graan uit de meelkern, de zemelen en de kiem en in de twee laatstgenoemden zitten de meeste voedingsstoffen:

- Al 12.000 jaren eten mensen granen en ze cultiveren ze al ruim 9000 jaar.

- Ze groeien gemakkelijk in verschillende klimaten, hebben een hoge voedingswaarde en zijn makkelijk te verwerken.

Mensen halen momenteel ongeveer de helft van hun calorische waarde uit de granen in de voeding:

- Strikt vermijden van granen is dus erg lastig omdat het gebruik ervan in producten zo wijd verspreid is.
- Meestal worden granen in het dieet geïntroduceerd wanneer een kind tussen de 4-6 maanden oud is.
- Tarwe is in de westerse wereld het meest populaire graan.

Gluten komt enkel voor in granen, maar niet alle granen bevatten gluten:

- Men vindt gluten in gerst, rogge en tarwe (spelt, bulgur, couscous, kamut).
- Gierst (millet en sorghum), teff, maïs en rijst zijn glutenvrij.
- Strikt genomen is haver glutenvrij, maar is vaak gecontamineerd met gluten.

Omdat bij coeliakie gluten levenslang strikt vermeden moet worden, is het belangrijk om weten waar gluten in zit en ook bij granenallergie is er meestal sprake van een allergie tegen de gluteneiwitten:

- Als een product glutenbevattende granen of haver bevat, is men in Nederland verplicht om dit op het etiket te vermelden.
- Men gebruikt op voedingsetiketten veel termen voor ingrediënten die van granen gemaakt zijn.

Mout, griesmeel, bloem, volkoren en meel zijn enkele veelgebruikte aanduidingen voor (bewerkte) granen, maar de term 'meel' kan ook misleidend zijn:

- Meel is in principe altijd gemaakt van granen.
- Soms wordt het woord echter ook gebruikt voor andere vermalen voedingsmiddelen, zoals amandelen, quinoa, boekweit, amarant en lupine.

IgE-gemedieerde tarweallergie:

Er zijn IgE-antistoffen tegen allergene eiwitten uit tarwe bij een tarweallergie en er is een acute reactie na inname van tarwe bevattende producten.

Na koemelk- en kippeneiwitallergie is in vele landen tarweallergie de meest voorkomende voedselallergie bij jonge kinderen:

- Uit een grote Europese studie bleek een prevalentie van zelf-gediagnosticeerde tarweallergie van 3,6%.



- De prevalentie van middels voedselprovocatie bewezen tarweallergie bedroeg slechts 0,1%.

Er zijn geen goede data beschikbaar over de prevalentie van tarweallergie in Nederland:

- Het lijkt erop dat introductie van tarwe voor de leeftijd van 6 maanden tarweallergie kan voorkomen.
- Bij kinderen met atopie en eczeem komt tarweallergie vaker voor.
- Op de allergeniciteit heeft verhitting van tarwe geen invloed.

Meestal doet een tarweallergie zich in het eerste levensjaar voor, want juist dan wordt tarwe geïntroduceerd:

- Acuut (< 1 uur) na inname ontstaan de symptomen.
- Kunnen bestaan uit urticaria, angio-oedeem, buikpijn, spugen, diarree, rhinoconjunctivitis, benauwdheidsklachten en hypotensie.

Sensibiliteitsonderzoek kan bij acute allergische reacties op tarwe ingezet worden om de diagnose te stellen:

- Men kan een huidprik met tarwe uitvoeren of men kan in het bloed specifiek IgE tegen tarwe bepalen.
- Hoe hoger de bevonden waarde van het specifiek IgE gericht tegen tarwe, hoe groter de kans bestaat op een klinisch relevante allergie.

Er bestaan door de botanische verwantschap veel overeenkomsten tussen de verschillende granen:

- In de huidpriktesten is er hierdoor vaak kruisreactiviteit en ook bij serologisch onderzoek naar specifiek IgE tegen granen.
- Waarschijnlijk is dit lang niet altijd klinisch relevant.

Men kan met andere woorden stellen dat het feit dat er aantoonbare antistoffen tegen granen zijn, dit niet altijd inhoudt dat er daadwerkelijk sprake is van een allergie voor al die granen:

- Meer dan 65% van de mensen die voor graspollen gesensibiliseerd zijn vertoont ook een sensibilisatie voor tarwe.
- Nochtans kunnen vrijwel al deze mensen gewoon tarwe eten.

Gaat om antistoffen die tegen kruisreagerende suikerstructuren gericht zijn, en deze geven in de praktijk geen aanleiding tot klachten bij inname van tarwe.

Wordt er op jonge leeftijd (onder de 4 jaar) een sensibilisatie gevonden voor tarwe, dan lijkt deze wel specifiek voor een klinisch relevante tarweallergie, vermits er op die leeftijd vaak nog geen sensibilisatie bestaat voor graspollen.

Klinisch relevante allergie voor tarwe is bij een verdachte anamnese en specifiek IgE tegen tarwe waarschijnlijk, en dan dient patiënt tarwe te vermijden:

- Meestal worden sporen wel verdragen.

- Een dubbelblinde, placebogecontroleerde provocatietest kan men bij twijfel wel uitvoeren.

Andere granen en aanverwanten: welke houding is aangewezen ?

Biologisch gezien lijkt spelt zeer sterk op tarwe en dient men dus te vermijden.

Biologisch lijken rogge en gerst ook sterk op tarwe, maar de literatuur geeft aanwijzingen dat sommige kinderen hiervoor mogelijk wel tolerant zijn:

- Er is hiernaar nog verder onderzoek nodig.
- Als het kind nog geen rogge of gerst gegeten heeft, maar de wens is er wel, dan verricht men eerst een provocatietest.

Biologisch gezien staan rijst en maïs een stuk verder van tarwe en kunnen in principe wel gegeten worden.

Dal geldt ook voor boekweit, quinoa, soja en peulvruchten, want dit zijn geen granen en kunnen dan ook welig gebruikt worden om granen te vervangen.

Jonge kinderen met een tarweallergie stuurt men best altijd naar een gespecialiseerde diëtist, want zo krijgen hun verzorgers begeleiding bij het lezen van voedsel-etiketten en het aanbieden van een volwaardig dieet.

Ontstaan van tolerantie voor tarwe:

Meestal worden kinderen met een IgE-gemedieerde tarweallergie tolerant voor tarwe,



maar dat duurt wel langer dan bij kippenewit- en koemelkallergie:

- 30-70% van de kinderen is op de basisschoolleeftijd tolerant.
- Op de leeftijd van 7 jaar is circa 50% tolerant voor tarwe en op 16-jarige leeftijd 70-95%.

Om de eventuele ontstane tolerantie aan te tonen zijn klinische tolerantietesten gewenst:

- Een aantal parameters lijken geassocieerd met een lagere kans om tolerant te worden.
- Gaat o.a. om een hogere IgE-titer gericht tegen tarwe, anafylaxie in de eerste drie levensmaanden en eerder respiratoire problemen na tarwe-expositie.
- Geldt ook voor een positieve sensibilisatie voor omega-5-gliadine, dat men in het serum kan meten met alleergeencomponentendiagnostiek.

Op dit ogenblik bestaat er nog geen immunotherapie voor tarweallergie.

Eerste pogingen in die richting gaven bedroevende resultaten:

- Relatief vaak deed er zich een anafylactische reactie voor.
- De tolerantie bleef na het staken van de immunotherapie matig.
- Incidenteel deed er zich een eosinofiele oesofagitis voor.

Glutensensitiviteit:

Wordt ook nog 'non-Coeliac Wheat Sensitivity' (NCWS) genoemd en is een relatief nieuwe entiteit met een grote overlap met het prikkelbare darmsyndroom (PDS). Men moet glutensensitiviteit overwegen bij klachten die duidelijk met de ingestie van tarwe samenhangen en waarbij coeliakie en IgE-gemedieerde tarweallergie uitgesloten zijn.

De klachten, gerelateerd aan glutensensitiviteit, zijn zeer divers en verbeteren na tarwenvrij dieet:

- Gaat om intestinale symptomen: diarree, buikpijn, meteorisme en flatulentie.
- Betreft ook extra-intestinale symptomen zoals eczeem, vermoeidheid, hoofdpijn, concentratiestoornissen en zelfs psychische stoornissen.

Bij kinderen lijkt de prevalentie laag, maar is niet precies bekend omdat er veel diagnose is door de ouders, maar kinderen met atopie vertonen een verhoogd risico.

Een onderliggend pathofysiologisch substraat is nog niet bekend, maar voor diagnose en begeleiding kan men de hulp inroepen van een gespecialiseerde diëtist:

- Om de diagnose te stellen wordt er meestal een strikt glutenvrij dieet van 4-8 weken afgesproken met daarna een (liefst dubbelblinde) provocatie/herintroductie.

- Gezien er geen sprake is van IgE-gemedieerde allergie kan deze provocatie/herintroductie veilig thuis plaatsvinden.

De prognose van NCWS is onduidelijk, maar als een patiënt een tarwenvrij dieet volgt, is begeleiding door een diëtist van belang om deficiënties te voorkomen.

Besluit:

Coeliakie, IgE-gemedieerde tarweallergie en glutensensitiviteit: gaat om 3 verschillende aandoeningen, maar toch zijn ze alle drie aan de ingestie van granen gerelateerd.

Men kan relatief eenvoudig onderscheid maken tussen deze aandoeningen mits een goede anamnese, lichamelijk onderzoek en beperkt aanvullend onderzoek en vermits beleid en prognose verschillend zijn, is dit onderscheid van groot belang.

Na een gedegen anamnese en lichamelijk onderzoek moet men een goede differentiaaldiagnose opstellen, wanneer een kind zich aanbiedt met klachten die mogelijk in verband staan met de inname van granen:

- Het beeld is het meest verdacht voor een IgE-gemedieerde allergie bij acute reacties op granen.
- Zijn er subacute of mogelijke klachten in reactie op granen, dan moet men denken aan coeliakie
- Glutensensitiviteit is een diagnose per exclusionem.

Ned Tijdschr Geneeskd 21 januari 2022 pag. 8-13.



Rubriek Dermatologie/ Informatica

Kunnen gezondheidsapps bijdragen tot vroege opsporing van afwijkingen ?

Smartphoneapplicaties (apps) worden in de gezondheidszorg voor steeds meer doeleinden toegepast, waarbij zelfdiagnostiek één van de toepassingen is:

- Hierbij kan een patiënt zelf aandoeningen opsporen met een smartphone.
- De potentie van deze apps is groot en de toepassing ervan past in de tijdsgeest.
- Het is echter onduidelijk hoe zorgvuldig dit gebeurt.

In dit opzicht laten de huidige apps die huidkanker helpen opsporen nog te wensen over, en vandaar volgt hier een bespreking van een aantal specifieke apps voor de opsporing van huidkanker die door meerdere zorgverzekeraars aangeboden worden.

Voorbeeld uit de praktijk:

Een dame, 40 jaar oud, verschijnt bij haar huisarts omwille van een huidafwijking:

- Ze heeft via de website van haar zorgverzekeraar een app gedownload – Skinvision – waarmee ze huidvlekjes kan laten beoordelen.
- Volgens de app heeft ze mogelijk huidkanker en moet ze een arts raadplegen.

Ze maakt zich hierdoor ongerust en begeeft zich naar de huisarts die oordeelt dat het gaat om een verruca Seborrhoica, een veel voorkomende goedaardige huidafwijking.

Ondanks uitleg aan de hand van plaatjes en informatie van de website www.thuisarts.nl is patiënte er niet gerust in:

- Ze vertelt dat de app voor 95% betrouwbaar is en ze wil naar de dermatoloog verwezen worden om het huidplekje te laten verwijderen.
- De huidafwijking wordt uiteindelijk verwijderd omwille van haar aanhoudende onrust.

Histopathologisch onderzoek van de afwijking bevestigt de diagnose van de huisarts.

Toepassing van apps bij de opsporing van huidkanker:

Vermits huidkanker steeds vaker voorkomt is aandacht voor opsporen van huidkanker belangrijk:

- Ondanks de coronapandemie werd in 2020 bij 77.000 Nederlanders huidkanker vastgesteld.
- Het ging bij 6787 personen om een melanoom.
- Zo consulteren patiënten ook regelmatig hun huisarts om verdachte huidafwijkingen te beoordelen, namelijk

ongeveer 94 consulten per 1000 patiënten.

- Bij deze consulten gaat het in 1 op 10 gevallen om een maligne huidafwijking.

Als patiënten met hun smartphone foto's kunnen maken van voor een maligniteit verdachte plekken op de huid, dan wordt de drempel om diagnostiek te verrichten verlaagd:

- Hierbij beoordeelt slimme software de huidafwijking.
- Door deze zelfdiagnostiek kan men komen tot minder onnodige consulten bij de huisarts of dermatoloog, maar ook tot een vroegere opsporing van huidkanker.

Op de behandeling en de prognose van patiënten met huidkanker heeft deze vroege opsporing een gunstige invloed, en kan mogelijk leiden tot een reductie van de gezondheidskosten, dit als neveneffect.

Aangezien smartphones door het grootste deel van de Nederlanders gebruikt worden – inclusief door ouderen – ligt de inzet van smartphones voor de hand.

Betrouwbaarheid van smartphoneapps:

In The BMJ uit begin 2020 stond een relevant overzichtsartikel met een beschrijving van de diagnostische test eigenschappen van bestaande apps voor de opsporing van huidkanker.



De auteurs identificeerden 6 apps en daarvan hadden er 2 een CE-certificering, namelijk Skinscan en Skinvision, maar de conclusies waren niet mals van aard:

- De onderbouwing van alle bestudeerde smartphoneapps was onvoldoende.
- Slechts enkele kleinschalige diagnostische accuratessestudies werden er gevonden.
- Wat betreft de opzet en uitvoering waren die studies beperkt.

Er waren enkel van de Skinvision meerdere evaluatiestudies te achterhalen:

- Deze app had een sensitiviteit van 88% en een specificiteit van 79%.
- Op basis van de resultaten van een evaluatiestudie leidde een update van de SkinVision-app tot een sensitiviteit van 95,1% en een specificiteit van 78,3%.

Omwille van het risico op vertekening in die studie lieten de onderzoekers deze resultaten buiten beschouwing.

Gebruik van de SkinVision-app in de huidige gezondheidszorg:

Er moet voldaan worden aan een aantal zaken, alvorens een gezondheidsapp in de dagelijkse praktijk als diagnosticum toegepast kan worden:

- a) De meeteigenschappen en de diagnostische eigenschappen, zoals sensitiviteit en specificiteit: ze moeten in een gecontroleerde omgeving en in de dagelijkse praktijk getoetst zijn.

b) De gebruiksvriendelijkheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de app: deze moeten beoordeeld worden.

Het gaat hem finaal om de klinische effectiviteit, om het geheel van bedoelde en onbedoelde gevolgen van de gezondheidsapp en dus om de balans tussen gewenste en ongewenste uitkomsten.

Patiënten kunnen momenteel de SkinVision-app downloaden in een van de appstores en kunnen die kosteloos gebruiken om huidplekken te monitoren en een risico op huidkanker te schatten.

Huidchecks kunnen verder plaatsvinden door middel van het ingebouwde algoritme:

- Per huidcheck kan de gebruiker een bedrag betalen of een kwartaalabonnement afsluiten voor onbeperkt gebruik.
- Momenteel wordt de applicatie volledig vergoed door de zorgverzekeraars OHRA, Nationale Nederlanden, VGZ, CZ en just CZ.
- Voor veel gebruikers is de betaalbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en toegankelijkheid dus geen probleem.

De app slaat aan bij gebruikers, zo blijkt uit cijfers van Google Play Store, immers, op het moment van het schrijven is de app meer dan een half miljoen keer gedownload, en ook in de Apple App Store is SkinVision een populaire medische app.

De betrouwbaarheid van de applicatie in de dagelijkse praktijk is echter een groot struikelblok:

- De ontwikkelaars van de SkinVision-app liet bij navraag naar cijfers aan de Consumentenbond weten dat de app 200.000 keer gebruikt is, waarbij 800 gevallen ontdekt werden van huidkanker.
- Combineer je deze cijfers met de eerdergenoemde sensitiviteit en specificiteit uit het BMJ-artikel, dan betekent dit ook dat de app 42.609 patiënten verwezen heeft voor verdere diagnosestelling en 109 gevallen gemist heeft van huidkanker.

De positief voorspellende waarde van de app is op basis van deze gegevens slechts 1,9%, terwijl de negatief voorspellende waarde juist hoog is (99%): beoordeelt de app de huidafwijking als niet verdacht, dan klopt dit vrijwel altijd.

Bij gebruik van de app in de spreekkamer van de huisarts, waar het risico op huidkanker bij verdachte afwijkingen ongeveer 10% bedraagt, wordt de positief voorspellende waarde ongeveer 30%, terwijl de negatief voorspellende waarde nauwelijks daalt:

- De eerder genoemde sensitiviteit van 88% en specificiteit van 79% zijn echter omgeven met onzekerheid.
- Komt omdat de diagnostische accuratessestudie uitgevoerd werd in



een geselecteerde populatie en ondergecontroleerde condities.

De onderliggende algoritmes zijn daarnaast aan verandering onderhevig:

- Vaststellen dat de SkinVision-app veilig en betrouwbaar genoeg is voor gebruik in de klinische praktijk, is dus niet goed mogelijk.
- Er is dus verdere evaluatie nodig om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen.

Veel vragen zijn nog niet beantwoord:

- Wie zijn de patiënten die de app in de dagelijkse praktijk gebruiken?
- Bereikt de app mensen met verhoogd risico op huidkanker, de beoogde doelgroep dus?
- Hoe wordt de app ingezet: als screeningsmethode of als alternatief voor een bezoek aan de huisarts omwille van een verdachte huidafwijking?
- Welke is de echte gezondheidswinst bij het gebruik van deze app?
- Leidt het gebruik van deze applicatie tot meer gerichte zorg en vroegere opsporing van huidkanker in vergelijking met de huidige diagnostische methoden?
- Is de app ook kosteneffectief of leidt ze vooral tot meer angst voor huidkanker, over-diagnostiek en een toename van het aantal verrichtingen?

- En finaal: wordt dit alles ook onafhankelijk onderzocht?

Het is opmerkelijk dat meerdere zorgverzekeraars deze applicatie nu al vergoeden, hoewel er dus veel onbeantwoorde vragen zijn.

Toekomstperspectieven:

Het gebruik van apps voor zelfdiagnostiek, zoals de genoemde SkinVision-app, zal wellicht de komende jaren een grote vlucht gaan nemen:

- Voor ons als dokters is het van belang om actief aan deze ontwikkeling deel te nemen.
- We kunnen er zo voor zorgen dat deze apps daadwerkelijk bij de juiste persoon en op de juiste plaats aangeboden worden.

Momenteel is de SkinVision-app gericht op zelfzorg, en dat kan via een module die de gebruiker zelf betaalt ofwel via de zorgverzekeraar.

Zorgt deze aanpak voor verbetering van de zorg rondom verdachte huidafwijkingen en tegelijk voor een goedkopere zorg, dan kan dit tot volgende consequenties leiden:

- De rol van huisarts of dermatoloog zal dan kunnen bestaan uit het beoordelen van de door de app als verdacht aangemerkte huidafwijkingen + de daaruit volgende zorg en nazorg.
- Dokters kunnen de app dan ook gaan aanbevelen als opsporingsmethode onder hun eigen patiëntenpopulatie.

Een alternatief zou een meer gerichte inzet, zoals het concept van een 'app on recept' kunnen zijn;

- Huisartsen en dermatologen hebben hier een sturende rol bij de inzet van de app.
- Aan hun dan de bepaling bij welke patiëntengroep en bij welke huidafwijkingen de app wordt ingezet.

De verwachting is hoe dan ook dat de applicatie steeds beter gaat functioneren door het zelflerende vermogen in de praktijk:

- Aan deze verbetering dragen vragen van de patiënt over gezondheidsuitkomsten na het bezoek aan een arts ook bij.
- Voor de appontwikkelaars van SkinVision pleit het dat ze zich blijven inzetten voor het valideren van hun product.

De komst van een nieuwe Europese regelgeving voor medische hulpmiddelen, waar medische software onder valt, leidt er tot slot ook toe dat de kwaliteit van medische apps verbetert.

Besluit:

Momenteel is zelfdiagnostiek naar en van huidkanker mogelijk via een applicatie op de smartphone.

In de medische zorg is de toepassing van apps veelbelovend, maar de betrouwbaarheid ervan is momenteel nog onvoldoende onderzocht

- Zo is het niet bekend of gebruik van deze apps ook tot betere en vroegere



opsporing leidt van huidkanker en daardoor ook tot een betere prognose.

- Desondanks zijn er al sommige verzekeraars die gebruik van dergelijke apps wel vergoeden.

Het is wenselijk om in de praktijk een nieuwe gezondheidsapplicatie geleidelijk en gecontroleerd te introduceren, en dit in samenwerking met zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Zo kan men ongewenste indicatieverbreding en gezondheidsschade voorkomen.

Ned Tijdschr Geneeskd 28 januari 2022 pag. 43-46.



Rubriek Dagelijkse Praktijk / Gynaecologie/Dermatologie

Zwangerschap en jeuk +/- huidafwijkingen

Als huisarts moet je extra alert zijn wanneer een zwangere vrouw omwille van een jeukende afwijking op raadpleging komt, want sommige jeukende zwangerschapsdermatosen brengen risico's met zich mee voor de zwangere en het ongeboren kind.

Differentiaaldiagnose:

Er treden hormonale en fysiologische veranderingen op in de huid tijdens de zwangerschap:

- Bestaande huidafwijkingen kunnen daardoor verergeren of juist verminderen.
- Er kunnen echter ook nieuwe, sterk jeukende afwijkingen ontstaan.
- 14 -20% van alle zwangeren heeft last van zwangerschapsjeuk.

Voor de differentiaaldiagnose is het eerste belangrijke onderscheid dat tussen zwangerschapsjeuk en jeuk die niet exclusief gerelateerd is aan zwangerschap:

- Men kan bij dat laatste punt bvb. denken aan een bestaand eczeem dat toeneemt.
- Men kan ook denken aan een lokale huidallergie bij een middel tegen striae.

Het is vervolgens van belang of de jeuk al dan niet gepaard gaat met huidafwijkingen.

Is de jeuk gebonden aan de zwangerschap en zijn er geen (evidente) huidafwijkingen, dan staat zwangerschapscholestase hoog in de differentiaaldiagnose:

- Men ziet hier een stijging van de concentratie galzouten met als gevolg jeuk.
- Deze jeuk komt vaak voor op de handpalmen en voetzolen en neemt overdag toe en vaak ook 's nachts.

Zwangerschapscholestase is geassocieerd met risico's voor de foetus, zoals vroeggeboorte.

Maakt dat afwijkende laboratoriumwaarden voor galzouten en leverfunctie een indicatie vormen voor verwijzing.

Staat het eenmaal vast dat het om een zwangerschapsdermatose gaat, dan staan er 5 jeukende afwijkingen in de differentiaaldiagnose:

- Prurigo gestationis (prurigo of pregnancy, PP).
- Zwangerschapseczeem.
- Pruritische zwangerschapsfolliculitis (pruritic folliculitis of pregnancy, PFP).
- Polymorphic eruption of pregnancy of pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy (PEP/PUPPPP).
- Pemphigoid gestationis (PG), ook wel herpes gestationis genoemd.

PP, PFP en zwangerschapseczeem lijken klinisch, histopathologisch en immunologisch op elkaar, zoveel bleek uit een observationeel onderzoek:

- Deze 3 worden daarom meestal samengevoegd onder de verzamelnaam 'atopic eruption of pregnancy' (AEP), hoewel niet iedereen het daarmee eens is.
- Hierbij gaat het om ongeveer de helft van de vrouwen met zwangerschapsjeuk.

Aan de hand van lokalisatie, mate van uitbreiding en kenmerkende efflorescenties, maar vooral aan de zwangerschapstermijn waarin ze het vaakst optreden, kunnen de 5 zwangerschapsdermatosen van elkaar onderscheiden worden:

- De jeuk ontstaat bij driekwart van de patiënten met AEP in het eerste of tweede trimester.
- Daarentegen komen PEP/PUPPPP en PG vooral in het derde trimester en postpartum voor.

Leveren anamnese en lichamelijk onderzoek geen duidelijke diagnose op, dan kan een biopsie door de dermatoloog uitkomst bieden.

Prurigo gestationis (PP):

Etiologie:



Is onbekend: een atopische predispositie kan meestal niet aangetoond worden, immers het serum-IgE is slechts bij sommige patiënten verhoogd.

Incidentie:

PP wordt vrij vaak vastgesteld: 1 op de 300-450 zwangerschappen.

Presentatie:

- Er ontstaan kleine (< 0,5 cm), meestal gegroepeerde erythemateuze papels en noduli op de (strekzijden van de) extremiteiten tijdens het eerste of tweede trimester.
- Door krabbeffecten en inflammatie van het krabben verergeren ze soms.
- PP manifesteert zich zelden op de romp.

Verder verloop en beleid:

- Vaak trekken de laesies na enkele weken tot 3 maanden post partum weg en bij volgende zwangerschappen varieert de kans op een recidief.
- Voor moeder en kind is PP hinderlijk, maar ongevaarlijk en men kan de jeuk en de uitslag bestrijden met indifferente middelen, topicale corticosteroiden of antihistaminica.

Zwangerschapseczeem:

Incidentie:

- Treedt op bij 7-10% van alle zwangerschappen, met hetzelfde klinisch beeld als dat van eczeem buiten de zwangerschap.

- Het gaat bij 20% van de gevallen om opflakking van een al bestaand eczeem, en de overige 80% krijgt het voor het eerst.

Etiologie:

- Deze opflakking lijkt bij sommige mensen geassocieerd te zijn met atopie.
- Mogelijk ligt de oorzaak bij een sterke toename van IgE, noodzakelijk om de zwangerschap niet af te stoten.

Presentatie:

- Constitutioneel eczeem in het eerste of tweede trimester.
- Men ziet erytheem en schilferende plekken vooral in het gelaat, de hals of de buigzijden van de extremiteiten bij 2 van de 3 patiënten.
- Bij 1 op de 3 patiënten ziet men papels, namelijk op de extremiteiten en de romp.

Verder verloop en beleid:

- Na de bevalling is het beloop niet duidelijk, maar huidafwijkingen en jeuk verdwijnen na een topicale behandeling snel.
- Voor de zwangere of de foetus vormt het eczeem geen risico.
- Bij een volgende zwangerschap vertonen patiënten met een atopische predispositie meer kans dat het eczeem terugkeert.

- Men kan het eczeem veilig behandelen met indifferente middelen, topicale corticosteroiden of orale antihistaminica.

Pruritische zwangerschapsfolliculitis (PFP):

Etiologie:

Gaat om een steriele ontsteking van de haarfollikels, waarvan de oorzaak onbekend is en het is ook onduidelijk of PFP met atopie geassocieerd is.

Incidentie:

Wordt geschat op 1 op de 3000 zwangerschappen, maar wellicht is dit een onderschatting omwille van de gelijkenis met bacteriële folliculitis en acne.

Presentatie:

- Verschijnt na de tiende week, meestal het tweede trimester, met variabele verschijnselen.
- Men ziet folliculair gerangschikte papels en pustels bij de vorm met acne, maar in tegenstelling tot acne buiten de zwangerschap, zijn er geen comedonen.
- Men ziet erythemateuze papels van 2-3 mm bij de vorm zonder acne, maar mengvormen komen ook voor.
- Meestal neemt men de eerste papels waar op de romp en die kunnen zich uitbreiden tot gegeneraliseerde folliculaire, pustulaire en papulaire laesies elders, zoals armen en benen.



- Zonder jeuk komen deze huidafwijkingen ook voor.

Verder verloop en beleid:

- Gemiddeld verdwijnen de laesies binnen een maand na de bevalling, maar soms ook al tijdens de zwangerschap en soms recidiveert PFP in volgende zwangerschappen.
- Voor moeder en foetus vormt de aandoening geen gevaar.
- Om bacteriële folliculitis uit te sluiten raadt men aan om een pustel te kweken.
- Op corticosteroidzalf reageren de huidafwijkingen goed, en hier geldt het advies om de laagst mogelijke effectieve dosis te gebruiken.
- Een combinatie van 10% benzoylperoxide en 1% hydrocortison kan men ook toepassen.
- Met orale antihistaminica kan men de jeuk best verhelpen.

PEP/PUPPP:

Etiologie:

- Gaat om 2 namen voor dezelfde dermatose waarvan de etiologie onbekend is.
- Er lijkt wel een verband te bestaan met een immunologische reactie op schade aan onderhuids bindweefsel door het oprekken van de buik.

Incidentie:

- De aandoening komt relatief vaak voor: 1 op de 160-250 zwangeren.
- Ziet men vooral bij snelle oprekking van de buik (eerste zwangerschap, snelle toename van gewicht, tweelingzwangerschap).

Presentatie:

- Meestal ontstaan huidafwijkingen en jeuk in trimester twee of drie of na de bevalling.
- Start met papels en soms folliculaire afwijkingen, vooral op de extremiteiten en soms in striae op de buik.
- Er ontstaan ook urticaria met plaquevorming en vesikels op bovenbenen en eventueel billen, armen en nek in het derde trimester en post partum.
- Gelaat, handpalmen, voetzolen, mucosa en navel zijn niet aangedaan, en dat vormt een belangrijk onderscheid met PG.
- Een dermatoloog kan bij diagnostische twijfel met een biopsie onderscheid maken tussen PEP/PUPPP en PG.

Verder verloop en beleid:

- Is ongevaarlijk voor moeder en kind en jeuk en huidafwijkingen verdwijnen binnen 3 dagen tot een week post partum.
- De jeuk zal met een corticosteroidzalf van klasse 1 of 2 verminderen, maar de

ontsierende huidafwijkingen reageren best op klasse 3-corticosteroiden.

- Van antihistaminica gaat er weinig effect uit en ze hebben enkel omwille van hun sederend effect een toegevoegde waarde.

Pemphigoid gestationis (PG):

Etiologie:

Wordt ook wel Herpes Gestationis genoemd en is een auto-immuunziekte waarbij de patiënte antilichamen vormt tegen eiwitten in de placenta.

- Deze komen ook voor in de overgang tussen epidermis en dermis.
- De antilichamen beschadigen de epidermo-dermale overgang en juist dat veroorzaakt de kenmerkende bullae .

Incidentie:

- PG is met 1 op 50.000 -60.000 zwangerschappen de zeldzaamste zwangerschapsdermatose.
- Komt voornamelijk voor bij blanke vrouwen en dames met een (familiaire) auto-immuunziekte of met PG in een eerdere zwangerschap vertonen een verhoogd risico.

Presentatie:

- Er ontstaan vesikels op een erythemateuze, urticariële ondergrond in het tweede of derde trimester, of direct na de bevalling, en dat zonder betrokkenheid van striae.



- Vanuit de navel verschijnen er daarna crustae en excoriaties die zich naar het ganse lichaam uitbreiden, inclusief handpalmen en voetzolen, maar de mondholte blijft meestal vrij.

Verder verloop en beleid:

PG is niet zonder risico voor moeder én kind:

- 10% van de pasgeborenen ontwikkelt eveneens bullae omdat de antilichamen de placenta passeren, maar deze verdwijnen spontaan in dagen tot weken.
- Vroeggeboorte en een laag geboortegewicht komen ook vaker voor.
- Een vermoeden van PG vormt hierom steeds een indicatie voor verwijzing naar een gynaecoloog of dermatoloog.
- Diagnosestelling en behandeling geschieden in de tweede lijn.
- De klachten verbeteren bij de moeder aan het eind van de zwangerschap, maar na de bevalling flakkeren deze vaak (14-25%) weer op.
- De huidafwijkingen trekken daarna in weken tot maanden terug.

- Bij een volgende zwangerschap is de recidiefkans 33-50%, maar dan treden de symptomen vaak eerder op en zijn ze heviger.

Algemeen beleid:

Buiten cholestase en PG kunnen alle zwangerschapsdermatosen behandeld worden in de huisartsenpraktijk.

Niet-medicamenteuze adviezen: draag katoenen kleren, houd de nagels kort en vermijd krabben.

Symptomatische lokale behandeling van jeuk:

- Kan gebeuren met lokale indifferente middelen zoals vette zalven.
- Lotions en zalven die menthol of ureum bevatten kunnen veilig gebruikt worden.
- Mits toepassing op een beperkte oppervlakte kunnen klasse 1- en 2-corticosteroidzalven ook veilig gebruikt worden tijdens de zwangerschap.
- Gebruik van klasse 4-corticosteroidzalven wordt echter ontraden.

Orale antihistaminica zijn een veilig alternatief als een corticosteroidzalf onvoldoende helpt tegen de jeuk:

- Wegens de uitgebreide ervaring ermee geniet Clemastine de voorkeur in het eerste trimester.
- De voorkeur gaat uit naar Loratadine of Cetirizine in het tweede en derde trimester en post partum bij borstvoedende vrouwen.

Bij zeer ernstige therapieresistente klachten kan de dermatoloog of gynaecoloog starten met een oraal corticosteroid als behandeling.

Verwijzing: wanneer en naar wie?

Bij blaren uit de navel: verwijs direct naar de dermatoloog voor verder onderzoek.

Bij jeuk zonder huidafwijkingen in combinatie met afwijkende laboratoriumwaarden (galzure zouten of leverfunctie): verwijs naar de gynaecoloog voor onderzoek naar cholestase.

Bij zeer ernstige therapieresistente PEP/PUPPP: verwijs naar de dermatoloog voor een behandeling met orale corticosteroiden of lichttherapie met UVA of UVB.

Huisarts & Wetenschap februari 2022 pag. 26-30.



Rubriek Gastro-Enterologie

Pijn rechtsonder in de buik gedurende meerdere dagen

Casus:

Een dame, 59 jaar oud, biedt zich aan op de dienst Spoedgevallen omwille van pijn die sinds 4 dagen rechtsonder in de buik aanwezig is.

Beschrijving:

- Ter hoogte van het punt van McBurney vertoont ze drukpijn.
- Er is tevens een CRP-waarde van 43 mg/l (referentiewaarde: < 4).

Echografie:

- Toont een cilindrisch aanhangsel van het caecum met een diameter van 18,3 mm.
- Men ziet een slagschaduw met zichtbare wandlagen, een spoortje vrij vocht en induratie van het omliggende vetweefsel.

Beoordeling:

Hierom wordt het beeld geduid als appendicitis acuta met fecoliet.

Laparoscopie:

- Er blijkt sprake te zijn van een appendix sana en een ongecompliceerde ontsteking van een caecumdivertikel.
- Appendix en divertikel worden ongemoeid gelaten en daags nadien kan patiënte in goede conditie naar huis ontslagen worden.

Verder verloop: patiënte herstelt zonder complicaties.

Beschouwing:

Betreft een solitair caecumdivertikel, een congenitale afwijking die meestal asymptomatisch blijft.

Diverticulitis treedt zelden op, maar kan dan klinisch en echografisch moeilijk van een acute appendicitis te onderscheiden vallen.

Wanneer de patiënt bij de arts komt is de buikpijn vaak al enkele dagen aanwezig, en dat is anders dan bij appendicitis en verder vertoont de patiënt geen last van misselijkheid, braken of anorexie:

- De diagnose 'appendicitis' wordt bij echografie overwogen als men een diameter van meer dan 6 mm meet.
- De gemiddelde diameter van een ontstoken appendix is 11,4 mm.
- Doorgaans is een colondivertikel groter, maar er is hier ook een spreiding van enkele millimeters tot centimeters, wat maakt dat de diameter differentiaal diagnostisch geen uitsluitel geeft.

Doorgaans heeft een caecumdivertikel wel een bollere vorm dan een appendix vermiformis.

Als er na echografie twijfel bestaat over de diagnose, dan kan een aanvullende CT-scan uitsluitel geven.

Behandeling:

Komt bij een ongecompliceerde caecumdiverticulitis niet in aanmerking.

Diagnosestelling:

Caecumdiverticulitis.

Ned Tijdschr Geneesk 4 februari 2022 pag. 40.

Met dank aan dr. Willy Storms



Bronnen



THE LANCET

JAMA®



thebmj



UITSCHRIJVEN

Indien u wilt dat we uw naam van onze verzendlijst verwijderen, stuur dan een mail naar: info@mchinfo.be

REACTIES

Opmerkingen, ideeën of vragen zijn steeds welkom bij Bianca Thys, communicatieverantwoordelijke: info@mchinfo.be

MCH WEBSITE

Op onze website kan u nog veel meer informatie vinden

www.mchinfo.be

Verwerking en lay-out: Eva Billet

Technische ondersteuning: helpdesk@mchinfo.be

Copyright © 2020

Deze maandelijkse DIGEST wordt u gratis aangeboden door MCH.

REDACTIEADRES

Medisch Centrum voor Huisartsen

Maria Theresiastraat 63A

3000 Leuven

