



WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

verschijnt maandelijks – september 2020 

nr 361



Inhoudsopgave

Nascholingsprogramma academiejaar 2020-2021	2
Medische artikels	8
Medische ethiek	8
Virologie/Gynaecologie.....	10
Allergie.....	12
Geriatric / Fysiotherapie.....	15
Dagelijkse Praktijk / Urologie	19
Dagelijkse Praktijk / Dermatologie.....	20
Tandheelkunde / Stomatologie.....	22
MCH Digest.....	24
Diëtiëk.....	24
Gastro-enterologie	25
Farmacologie	26
Gynaecologie	27
FOCUS.....	29

Nascholingsprogramma academiejaar 2020-2021

1. WERKGROEP HUISARTSEN NASCHOLINGSCYCLUS (VERANTWOORDELIJKE PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS) DERDE DONDERDAG VAN DE MAAND - GROTE VERGADERZAAL MCH LEUVEN - **AANVANG: 20.00U**

- 17.09.2020 Titel: Fact check en (bijna) alles wat de huisarts moet weten over COVID-19 crisis.
Spreker: Prof. dr. Bert Aertgeerts, directeur ACHG
Moderator: dr. Karel De Koker
- 15.10.2020 Titel: te bepalen
Spreker:
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle
- 19.11.2020 Titel: Gynaecologische casuïstiek voor de huisarts.
Sprekers: dr. Sileny Han, dr. Els Van Nieuwenhuysen, gynaecologie-oncologie UZ Leuven
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle
- 17.12.2020 Titel: Borstkanker traject na therapie: hoe gebeurt de opvolging door huisarts en team?
Spreker: Prof. dr. Patrick Neven
Moderator:
- 21.01.2021 Titel: Orgaandonatie.
Sprekers: Prof. dr. Arne Neyrinck, Prof. dr. Em Patrick Ferdinande, Prof. dr. Diethard Monbaliu
Moderator:
- 18.02.2021 Titel: Voedingsintoleranties
Spreker: Prof. dr. Martin Hiele, gastro-enteroloog UZ Leuven
Moderator:
- 18.03.2021 Titel: Euthanasie in de praktijk.
Spreker: dr. Michel Libert, huisarts, LEIF-arts
Moderator:

- 22.04.2021 Titel: Klinische navormingsavond Leuven
- 20.05.2021 Titel: Pediatrische pitfalls.
Spreker: dr. Inge Van Wambeke, pediatrie H.Hartziekenhuis Leuven
Moderator:
- 17.06.2021 Titel: Chronisch nierlijden: aandachtspunten in de praktijk.
Spreker: dr. Katleen Claes, nefrologie UZ Leuven
Moderator:

2. WERKGROEP HUISARTSEN MIDDAGNASCHOLING MCH (VERANTWOORDELIJEN DR KAREL DE KOKER & DR JACQUELINE VAN DE WALLE) TWEEDE DINSDAG VAN DE MAAND – BRABANTHAL LEUVEN - AANVANG: 12.00U

- 08.09.2020 Titel: Multidisciplinaire hartfalenzorg – Het Leuvens zorgprogramma
Spreker: dr. Willem Raat, ACHG
Moderator: nog te bepalen
- 13.10.2020 Titel: COPD anno 2020.
Spreker: Prof. dr. Pascal Van Bleyenbergh, pneumoloog UZ Leuven
Moderator: dr.
- 10.11.2020 Titel: Pediatrische pitfalls.
Spreker: dr Inge Van Wambeke, pediatrie H.Hartziekenhuis Leuven
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle
- 08.12.2020 Titel: Voedingsintoleranties
Spreker: Prof. dr. Martin Hiele, gastro-enteroloog UZ Leuven
Moderator: dr.
- 12.01.2021 Titel: Chronisch nierlijden: aandachtspunten in de praktijk.
Spreker: dr. Katleen Claes, nefrologie UZ Leuven
Moderator: dr.

09.02.2021 Titel: Halitose: casuïstiek voor de huisarts.
Spreker: Prof. dr. Marc Quirynen, paradontologie KU Leuven
Moderator: dr.

09.03.2021 Titel: De behandeling van cholesterol op basis van casuïstiek: toepassing van de nieuwe richtlijnen in de klinische praktijk.
Spreker: Prof. dr. Ann Mertens, endocrinologie UZ Leuven
Moderator: dr.

11.05.2021 Titel: Stapelingsziekten
Spreker: Prof. dr. Wouter Meersseman, internist UZ Leuven
Moderator: dr.

08.06.2021 Titel: te bepalen
Spreker:
Moderator: dr.

KLINISCHE NAVORMINGAVONDEN 2020 SPECIALISTEN - HUISARTSEN MCH

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

01.04.2021 (MCH Wezembeek-Oppem)

22.04.2021 (MCH Leuven)

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

3. P.U.K. WEZEMBEEK-OPPEM (VERANTWOORDELIJKE DR. NOËL MORTIER)

VIERDE DONDERDAG VAN DE MAAND - AANVANG: 21.00U. STIPT

24.09.2020 Titel: Nefrologie: praktische aanpak bij problemen.
Sprekers: dr. Liesbeth Smets, dr. Laetitia Kubasiewicz, nefrologie MCH-Wezembeek-Oppem
Moderator: dr. Veerle Fonteyn

- 22.10.2020 Titel: Technische en juridische aspecten van nieuwe consultatie-vormen.
Spreker: dhr. Patriek Mistiaen, KCE Senior Expert Health Services Research
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe:
- 26.11.2020 Titel: COVID – Post Covid syndromen. Vaccinatie?
Sprekers: prof.dr. Bert Aertgeerts, dr. Gijs Van Pottelbergh
Moderator: dr. Noël Mortier
- 17.12.2020 Titel: Geestelijke gezondheidszorg kinderen en jongeren: organisatie in de 1ste lijn.
Sprekers: Anja Jacobs, psychotherapeut, Ann Van der Speeten, netwerkcoördinator Yuneco GGZ Vlaams Brabant, Marina Danckaerts, kinder-en jeugd-
psychiatrie KU Leuven
Moderator: dr. Noël Mortier
- 28.01.2020 Titel: Arteriële hypertensie. Huidige richtlijnen: zin en onzin.
Spreker: prof. dr. Thomas Vanassche, UZ Leuven
Moderator: dr. Noël Mortier
- 25.02.2021 Titel: Courante orthopedische problemen van het bovenste lidmaat.
Spreker: dr. Tom De Baere, orthopedie MCH
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
- 25.03.2021 Titel: Dermatologische letsels als teken van onderliggende pathologie.
Sprekers: dr. Heleen Poot, dr. De Wulf Caroline, dermatologie MCH- Wezembeek-Oppem
Moderator: dr. Jan Walraet
- 22.04.2021 Titel: Top 5 van de urgenties in de 1ste lijn.
Spreker: prof. dr. Ives Hubloue, UZ Brussel
Moderator: dr. Luc De Pelecijn
- 27.05.2021 Titel: (On)nuttige medicatie bij geriatrische patiënten.
Spreker: dr. Annke Nelden, geriatrie H.Hartziekenhuis Leuven
Moderator: dr. Jan Vanleeuwe
-

24.06.2021 Titel: TBD –Dagdromen over geneeskunde.
Spreker: prof. Ignaas Devisch, professor in medische filosofie en ethiek, U Gent
Moderator: dr. Luc De Pelecijn

4. NASCHOLING TE NEERIJSE - VERANTWOORDELIJKE DR. PAUL CORTY EERSTE DONDERDAG OM DE TWEE MAAND - CAFETERIA R.V.T. TER MEEREN - AANVANG: 21.00U.

04.02.2021 Titel:
Spreker:
Moderator:

08.04.2021 Titel:
Spreker:
Moderator:

03.06.2021 Titel:
Spreker:
Moderator:

5. NASCHOLINGSCYCLUS “ RESIDENTIËLE OUDERENZORG”, VERANTWOORDELIJKE DR.URSULA SEGAERT, VOORZITTER INTERVISIEGROEP WZC/CRA - LOCATIES: AFWISSELEND IN WOONZORGCENTRA IN DE REGIO

2020 Titel:
Spreker:
Moderator:
Locatie:

2021 Titel:
Spreker:
Moderator:
Locatie:

2021 Titel:
Spreker:
Moderator:
Locatie:

6. PENTALFA (VIDEOCONFERENTIES) - VERANTWOORDELIJKE LOCATIE LEUVEN, PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS - AUDITORIUM AZK, U.Z. ST. RAFAËL - 20.30U - TWEEDE DONDERDAG VAN DE MAAND

7. LEUVENSE EBM-SEMINARIES – A.C.H.G. VERANTWOORDELIJKEN DR. BERT AERTGEERTS (CEBAM), DR. JAN DEGRYSE, PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS - WOENSDAGAVOND (2 À 3X/JAAR) – GROTE ZAAL MCH - AANVANG: 21.00U. (DATA WORDEN TIJDIG MEEGEDEELD).

LEUVENSE DAGEN “.....

Data:

(programma in voorbereiding: kan aangevraagd worden op secretariaat
Academisch Centrum voor HA-Geneeskunde, mevr. Monique Smets, tel. 016/33.74.68).
Uitnodiging volgt.

8. SYMPOSIA REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART IN SAMENWERKING MET MCH EN DE K.G.K.L. VERANTWOORDELIJKEN DR. LIEVEN PEPPERSTRAETE – DR. NANCY DE VADDER - VIJFDE DONDERDAG VAN DE MAAND

Inlichtingen via Heilig Hartziekenhuis – Leuven, nucleaire geneeskunde tel. 016/209664 - 016/209665.

Medische artikels

MEDISCHE ETHIEK

BEZINNING OVER DE WAARDE VAN AANRAKING IN (GOEDE) ZORG

In tijden van corona doet de noodgedwongen afstand tussen arts en patiënt het besef groeien van wat de waarde is van aanraking in de zorg en die tijdelijke versoering van contacten biedt ruimte voor bezinning over de kleine dingen die het verschil maken tussen zorg en goede zorg.

Voorbeschouwing: het ideale consult begint met het maken van contact:

Opstarten van de communicatie tussen arts en patiënt: begint met oogcontact, het noemen van de naam en het geven van je hand: men kan het woord 'communicatie' oppervlakkig uitleggen als 'het uitwisselen van informatie'.

Je hoort echter in de Latijnse voorloper het woord **communis**, gemeenschappelijk.

Op haar beurt is 'communis' weer opgebouwd uit **com**, en **munire**, bouwen.

Communiceren als 'samen bouwen', maar dan aan een verhaal en betekenisverlening: een verhaal dat begint met oogcontact, de naam van de patiënt, en dan de 'overgang van taal naar vingertop', het geven van je hand.

Uit de vele 'frontberichten' uit de media blijkt hoe belangrijk dit alles is, immers ons 'dokteren' wordt door de noodgedwongen afstand bemoeilijkt.

De kleine dingen:

Je nodigt patiënt uit door zijn of haar naam te noemen en jezelf met naam en functie te introduceren. Gemeend glimlachen, de handen schudden, onverdeelde aandacht geven, het zijn dus allemaal kleine dingen. Volgens onderzoekers Churchill en Schenk vormen deze kleine dingen een eerste belangrijke stap op weg naar wat zij 'healing relationships' met patiënten noemen: zij interviewden voor hun omvangrijk onderzoek 50 zorgprofessionals. Deze laatste werden door hun collega's bestempeld als bijzonder goed in het maken en onderhouden van dergelijke excellente arts-patiënt-relaties.

Uit ervaring weet iedere dokter dat de relatie die je hebt met de patiënt fundamenteel is en helende effecten kan hebben.

Uit onderzoek blijkt ook dat een warme, vriendelijke omgang met patiënten gunstige effecten sorteert. Betreft dus een aantal vaardigheden die van levensbelang kunnen zijn om een helende relatie op te bouwen en te onderhouden.

Deze vaardigheden zijn echter zelden onderwerp van studie en ze worden doorgaans verwezen naar het onwetenschappelijke rijk van de 'geneeskunst'.

Hiermee namen Churchill en Schenk geen genoegen en in hun uitgebreide onderzoek ontdekten ze 8 thema's in de antwoorden op de onderzoeksvraag: 'Hoe ontwikkel en onderhoud je helende relaties met

patiënten en welke concrete dingen doe je om dit te bewerkstelligen?'

In se zijn de 8 thema's beschamend simpel:

- Doe de kleine dingen.
- neem de tijd
- wees open en luister
- vind iets om van te houden.
- Verwijder barrières
- laat de patiënt uitleggen
- geef autoriteit
- wees gedreven en betrouwbaar.

De kleine dingen, hierboven vernoemd, zijn dat in het bijzonder: hoe vaak schermen we ons niet af van de patiënt of diens leed, dat is toch overduidelijk. Dat gebeurt vaak zelfs letterlijk door een beeldscherm tussen onszelf en de patiënt te plaatsen.

Menselijk contact:

De onderzoekers vatten de kleine dingen die men inbouwt in een vaste, aandachtige routine in ieder patiëntencontact samen in wat ze noemen 'be human, be personable': patiënten vernoemen net deze kleine dingen wanneer ze over een arts tevreden zijn: 'Mijn dokter is een goede dokter, hij is een mens-mens.'

Net deze kleine dingen bewegen patiënten ertoe om een klacht in te dienen, wanneer ze die missen.

Er is nu echter tijdelijk een belangrijk onderdeel van de kleine dingen uit ons assortiment: we geven niemand meer een hand, we houden afstand. We scherpen ons zelfs nog verder af met corona-pak, mondkap en spatbril bij een verdenking op corona, dit alles om de corona-epidemie af te vlakken. De eerste fase was de containment-fase, en daarin waren maatregelen gericht op het indammen van de epidemie.

Nu zijn we beland in de tweede fase, de mitigatie-fase, en hierin zijn maatregelen gericht op het afvlakken van de epidemie, met als doel om een piekbelasting van de zorg te voorkomen: betreft een vermindering van het aantal sociale contacten, een betere handhygiëne, afstand houden en dus ook geen handen meer schudden.

Dat is allemaal wel begrijpelijk, en wellicht ook nodig, maar we ruilen ongemerkt veel van onze presentie in voor interventie. Dat onze oudere patiënten eenzaam opgesloten zitten nemen we voor lief, naast het feit dat ze soms eenzaam sterven, en vaak eenzaam begraven worden: nochtans was geneeskunde in het 'pre-cordium' toch soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten. Het dokteren op een menselijke wordt door het afschermen en op een afstand houden bijzonder moeilijk.

Object:

Men ziet de dokter graag als louter objectieve waarnemer: hij bekijkt, beluistert en bevoelt het object dat voor hem ligt, namelijk het lichaam van de

patiënt. Hij doet dat ook alleen wanneer hij geen techniek in handen heeft die hij tussen zichzelf en de patiënt kan schuiven. In feite wordt zijn hand een instrument zoals alle andere instrumenten uit zijn dokterstas, waarmee hij op zoek gaat naar eventuele afwijkingen. Dit kan bv. gaan om een afwijkende zwelling, een ruwheid van de huid of een gedempte toon bij percussie.

Het gaat dus om de dokter als machine en de patiënt als ding, maar het lastige aan deze voorstelling is natuurlijk dat het lichaam van de patiënt, net zoals het lichaam van de dokter, meer is dan alleen maar een ding: dit wordt duidelijk via het bekende voorbeeld uit de fenomenologie, van de rechter hand die de linker hand aanraakt. Raken we met onze rechter hand de linker hand aan, dan voelen we de huid met daaronder spieren, pezen, botten, kortom materie. De linker hand voelt die aanraking echter ook, en andersom gebeurt niet minder.

Aanraken is tweerichtingsverkeer: zien zonder gezien te worden is mogelijk, en horen zonder gehoord te worden kan ook net zoals ruiken zonder geroken te worden. Aanraken zonder aangeraakt te worden gaat echter net zo min als een aanraking ondergaan zonder zelf aan te raken.

De linker hand is in het voorbeeld van de handen object, materie – spieren, pezen, botten – maar net zo goed subject, ontvanger van prikkels: als het om het lichaam gaat, valt de strikte scheiding tussen object

en subject weg, want mensen hebben immers niet alleen een lichaam, maar zijn ook een lichaam. We kunnen doen alsof we het lichaam van de ander bestuderen als object, maar dat is altijd maar een deel van het verhaal.

Dat 'doen alsof we de ander alleen als object kunnen benaderen' voelt veilig, en het verlaagt de drempel naar een interventie: we maken het onszelf misschien gemakkelijker door de patiënt te reduceren tot een object. Als we echter spelen dat we hen enkel aanraken als objecten, dan laten we niet alleen onze patiënt, maar ook onszelf in de steek.

Waarderen:

Voor Grote Lessen uit het covidium is het nog wat vroeg, immers bescheidenheid past ons: nu we het zonder aanraken moeten stellen, ervaren we hoe belangrijk dit in de zorg is. Om contact te maken en warme, helende relaties op te bouwen bestaan er echter nog andere middelen, en daar moeten we dan wel meer en bewuster gebruik van maken. Hopelijk durven we de aanraking weer waarderen wanneer we ons bevrijd hebben van coronapak, mondkap en spatbril, want er staat al zo veel tussen de patiënt en de arts. Er gaat immers veel minder helende werking uit van een technische, kille interventie dan van een warme aanwezigheid, een hand op de schouder.

Ned Tijdschr Geneeskd 8 mei 2020 pag. 8-11.

VIROLOGIE/GYNAECOLOGIE

ZWANGERSCHAP EN BORSTVOEDING IN AANWEZIGHEID VAN COVID-19

Het nieuwe type coronavirus, 'severe acute respiratory syndrome coronavirus 2' (SARS-CoV-2) veroorzaakt een snelle en wijdverspreide uitbraak van covid-19. Vanzelfsprekend worden ook zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven besmet met SARS-CoV-2:

- In deze doelgroep is actuele informatie over de mogelijke risico's en gevolgen van covid-19 belangrijk.
- Dat is vooral zo omdat zwangere vrouwen tijdens eerdere epidemieën met coronavirussen (SARS, MERS) een groter risico liepen op een ernstig verloop van de infectie en op een ongunstige afloop van de zwangerschap.

Casus ter zake: een dame, 26 jaar, is voor het eerst zwanger met een amenorroeduur van 28 weken: de afgelopen twee weken zijn er twee van haar familieleden in het ziekenhuis opgenomen met een ernstig beloop van covid-19.

Ze stelt twee vragen:

- Wat zou het effect zijn van voor haar ongeboren kind en zichzelf als zwangere, als ze met SARS-CoV-2 besmet zou worden?
- Ze vraagt zich ook af of ze, wanneer dit onverhoopt het geval zou zijn, nog borstvoeding zou mogen geven.

Ze neemt contact op met haar zorgverlener om antwoord te verkrijgen op haar vragen, en wat moet die antwoorden?

Literatuuronderzoek ter zake:

Er gebeurt onderzoek naar de aard en de ernst van symptomen en de invloed van SARS-CoV-2-infectie bij zwangeren en vrouwen die borstvoeding geven. Men gebruikt hiervoor de volgende zoektermen: covid-19, SARS-CoV-2, zwangerschap, verticale transmissie en placenta. De vakliteratuur wordt nauwgezet gevolgd en dat heeft nog extra covid-19-artikelen opgeleverd.

Verloop van covid-19 tijdens de zwangerschap:

Zwangere vrouwen zijn door fysiologische veranderingen in het algemeen gevoeliger voor infecties:

- Ze ontwikkelen sneller ernstige luchtwegeninfecties.
- Dat is zeker het geval als er sprake is van onderliggend lijden of zwangerschapscomplicaties.

De symptomen van zwangere vrouwen met covid-19 en het beloop hiervan lijken op basis van de gegevens die tot nu toe beschikbaar zijn vergelijkbaar met die van niet-zwangeren. Er is wel een grote verscheidenheid aan symptomen en de infectie verloopt bij een groot deel van de vrouwen asymptomatisch:

- 29 van 33 zwangere vrouwen die voor de partus opgenomen waren in het ziekenhuis en positief testten op SARS-CoV-2 hadden geen symptomen.
- 65% Van de zwangeren die in een andere studie positief testten, bleek asymptomatisch te zijn.
- Voor de professionals die de zwangeren begeleiden is dit uiteraard een risico.

Of dit percentage asymptomatisch verloopende infecties hoger ligt dan in de algemene bevolking is nog niet duidelijk.

Risicoschaal op miskramen en aangeboren afwijkingen bij covid-19-infectie:

Er zijn momentaan nog geen gegevens op grond waarvan men het risico op miskramen of congenitale afwijkingen als gevolg van maternale SARS-CoV-2-infectie kan inschatten:

- Het risico op aangeboren afwijkingen kan verhogen door hoge koorts in het algemeen, dus ook door covid-19.
- Men ziet hierbij onder meer aangeboren hartafwijkingen en neurale buisdefecten.

Tijdens de zwangerschap wordt paracetamol in de laagst mogelijke dosis als koortsremmer geadviseerd.

Wat is het risico van maternale covid-19 voor de foetus en de pasgeborene?

Er zijn momenteel minstens 250 zwangerschappen met een bevestigde SARS-CoV-2-infectie tijdens de zwangerschap of kort na de bevalling beschreven in patiëntbeschrijvingen en kleine patiëntenseries. Mogelijk kan maternale SARS-CoV-2-infectie leiden tot complicaties bij de foetus en pasgeborene:

- De pasgeborenen hadden over het algemeen goede Apgar-scores en geen neonatale problemen, maar een deel van de kinderen werd wel prematuur geboren.
- Onder andere foetale nood, ernstige covid-19 en andere zwangerschapscomplicaties werden als oorzaak gerapporteerd.

- Bij sommige pasgeborenen werden ook ademhalingsproblemen gezien, mogelijk door de vroeggeboorte zelf veroorzaakt.

Milde neonatale problemen, waaronder milde longontsteking zag men bij een klein aantal van de kinderen, maar covid-19 kon bij deze kinderen niet vastgesteld worden. Bij moeders met zeer ernstige covid-19 waren er 2 doodgeboren kinderen. Er zijn op dit ogenblik nog geen gegevens over het eventuele risico op intra-uteriene groeivertraging als gevolg van maternale SARS-CoV-2-infectie.

Wat is de invloed van covid-19 op de wijze van bevallen ?

Een keizersnede werd verricht bij ruim 80% van de zwangere covid-19-patiënten. Zwangerschapscomplicaties konden dit hoge percentage mede verklaren:

- We spreken dan van preeclampsie, foetale nood en keizersnede in de voorgeschiedenis en tweelingzwangerschap.
- Verder was er de onzekerheid over het mogelijke risico op perinatale overdracht van het virus tijdens een vaginale bevalling.

Kan ook zijn dat de maternale covid-19 op zich heeft bijgedragen tot de beslissing om een keizersnede te verrichten net zoals eventuele culturele redenen. De meeste van deze publicaties komen uit China met een landelijk sectiepercentage van 30%, dat is tweemaal zo hoog als in Nederland.

Wat is het risico van transmissie van SARS-CoV-2 in utero ?

De mogelijke overdracht van SARS-CoV-2 in de baarmoeder op het ongeboren kind werd in meerdere studies onderzocht, maar het virus was in geen van

de ruim 170 onderzochte kinderen of placenta's aantoonbaar.

Transmissie van het virus in utero werd daarentegen in 5 recente publicaties over patiënten of patiëntenseries mogelijk geacht:

- Kort na de geboorte werd bij 3 neonaten de aanwezigheid van IgM tegen SARS-CoV-2 vastgesteld.
- De moeder ervan was besmet met het virus, maar bij de neonaten was SARS-CoV-2 zelf niet detecteerbaar.

Aangezien IgM-transplacentair niet wordt overgedragen, zou dit kunnen wijzen op een infectie in utero met SARS-CoV-2:

- Over het algemeen zijn IgM-tests echter minder betrouwbaar en gevoelig dan moleculair-diagnostische testen.
- Daarom worden ze over het algemeen ook niet gebruikt om een congenitale infectie vast te stellen.

Bij 3 neonaten werd binnen 2 dagen na de geboorte infectie vastgesteld in een groep van 33 neonaten die via keizersnede geboren waren uit moeders die besmet waren met SARS-CoV-2 en dit ondanks strikte infectiecontrole en preventieve procedures tijdens de bevalling.

In een recente gepubliceerde casus bleek verder het testresultaat van een neus-keelwat ('swab') positief te zijn bij een neonaat van wie de moeder besmet was met het virus:

- De swab was 16 uur na de geboorte afgenomen.
- Tijdens de eerste 5 levensdagen bleven bepalingen van IgM en IgG negatief.

De aanwezigheid van SARS-CoV-2 werd in een laatste casusbeschrijving vastgesteld in het vruchtwater en in de neus van de neonaat, 24 uur na de bevalling, maar de neonatale nasofaryngeale swab direct na de geboorte en het navelstrengbloed waren negatief voor de aanwezigheid van het virus.

De zwangere vrouwen in de laatste twee casusbeschrijvingen maakten wel een ernstige SARS-CoV-2-infectie door en een van deze twee vrouwen overleed twee weken na de bevalling. Er is dus geen hard bewijs voor in utero transmissie van het virus, maar het risico hierop is nog niet uit te sluiten:

- Transmissie in utero is volgens recent onderzoek vanuit biologisch standpunt plausibel.
- Komt omdat de SARS-CoV-2-receptor in specifieke celtypes van de foetaal-maternale 'interface' aangetoond werd.

Wat is er geweten over de passage van het virus in moedermelk ?

Voor respiratoire virussen wordt passage via moedermelk zeer onwaarschijnlijk geacht:

- Bij 24 besmette moeders werd postpartum moedermelk geanalyseerd op de aanwezigheid van SARS-CoV-2, maar dit kon niet aangetoond worden.
- Het virus werd daarentegen in twee recente casusbeschrijvingen wel aangetoond in de moedermelk.

In ieder geval kan de neonaat via aerosolen door moeder, vader of anderen besmet worden.

Via de website van Perined (www.perined.nl) bekomt men een gedetailleerd overzicht en een beschrijving van de perinatale covid-19-gevallen in Nederland. Voor België kan men een vergelijkbare

registratie terugvinden via www.b-oss.be/covid-results. In Nederland is er op dit ogenblik nog geen geneesmiddel geregistreerd voor de behandeling van covid-19.

Besluit:

Over de risico's en gevolgen van covid-19 tijdens zwangerschap en borstvoeding zijn er momenteel slechts beperkte gegevens beschikbaar:

- De symptomen lijken op die van niet-zwangeren en het beloop en de ernst van de infectie zijn vergelijkbaar met elkaar.
- symptomen en bij de grote meerderheid van de vrouwen verloopt covid-19 asymptomatisch.

Mogelijk kan maternale covid-19 leiden tot complicaties bij de foetus of pasgeborene:

- O.a. vroeggeboorte, eventueel verklaard door een onderliggende maternale aandoening.
- Foetale nood of ademhalingsklachten (eventueel verklaard door vroeggeboorte).
- Foetale groeivertraging.
- De meeste kinderen vertonen echter geen problemen bij de geboorte.

Er is dus geen hard bewijs dat het virus in utero kan overgedragen worden van moeder op kind, maar een – klein – risico hierop is nog niet uit te sluiten. Uit de meeste studies blijkt dat er geen virus in de

moedermelk aanwezig is. Informatie over de aan- of afwezigheid van gevolgen van covid-19 tijdens de zwangerschap is nog beperkt:

- Daarom is het belangrijk dat zorgverleners en vrouwen bijdragen aan de kennis hierover door deel te nemen aan een van de registers waar deze kennis verzameld wordt, o.a. www.pregnant.nl.
- Men kan also het beloop van een eventuele infectie met covid-19, het gebruik van medicatie en een eventuele invloed op moeder en kind op een systematische manier in kaart brengen.

Ned Tijdschr Geneesk 10 juli 2020 pag. 26-29.

ALLERGIE

PENICILLINE-ALLERGIE: WELLES, NIETES ?

Bij een bezoek aan de huisarts, de apotheek of een hospitaal maakt ongeveer 10% van de patiënten melding van een penicillineallergie, hoewel dit vaak helemaal niet het geval blijkt te zijn.

Probleemstelling:

Komt omdat mensen bijwerkingen, zoals diarree, vaak zien als een allergische reactie.

Maakt dat huisartsen ten onrechte aan deze personen geen bètalactamantibiotica (durven) geven.

Blijkt dat na een evaluatie van de allergie bij middel van een huidtest, en zo mogelijk een provocatietest met amoxicilline, meer dan 90% van deze patiënten niet allergisch is, en dat penicillines dan ook ten onrechte vermeden worden.

Classificatie van AB en gevolgen voor de praktijkvoering:

In de huisartsenpraktijk worden de volgende klassen het meest voorgeschreven:

- De tétracyclines (o.a. Doxycycline), chinolonen (o.a. Ciprofloxacine), macroliden (o.a. Azitromycine en Claritromycine) en de bètalactamaat-antibiotica.
- De penicillines (o.a. Amoxicilline en Flucloxacilline), de céphalosporines (o.a. Cefuroxim en Ceftriaxon) en de carbapenems (o.a. Meropenem) behoren tot de bètalactamantibiotica.

Bij veel verschillende soorten infecties zijn de bètalactamantibiotica de 'eerste keus-behandeling'.

Door de over-rapportage van penicilline-allergieën wijken artsen af van deze 'eerste keus-antibiotica' en zetten alternatieve AB, waaronder reservemiddelen, in met de nodige gevolgen van dien:

- Bij deze groep patiënten blijkt de behandeling vaker te falen, met een langere ligduur en meer heropnames als gevolg.
- Verder ziet men meer bijwerkingen en complicaties, zoals Clostridium difficile-infecties.
- De keuze van een alternatief AB kan ook antimicrobiële resistentie in de hand werken, waardoor ook de zorgkosten stijgen.

Het is dus van belang dat huisarts en apotheker bepalen of het om een bijwerking of een allergische reactie gaat, als de patiënt bepaalde klachten meldt.

Typering van allergische reacties:

Op basis van de Gell en Coombs-classificatie kunnen allergische reacties in vier typen ingedeeld worden:

- **Type I:** urticaria, angio-oedeem, bronchospasmen, hypotensie en anafylactische shock, die na minuten tot uren kunnen optreden.
- **Type II:** neutropenie, trombocytopenie en hemolytische anemie, treedt op na 5 tot 8 dagen en na enkele uren bij re-expositie.
- **Type III:** vasculitis, artritis, glomerulonefritis, serumziekte en koorts, treedt op na (minstens) 1 tot 2 weken.
- **Type IV:** contactdermatitis, maculopapuleus exantheem, AGEP, SJS, TEN en DRESS, die verschijnen na 24 tot 72 uur tot enkele weken (bij DRESS, SJS/TEN).

Type reacties bij een antibiotica-allergie:

In principe kunnen alle type reacties voorkomen, maar type I (acute IgE-gemedieerde reactie) en type IV (vertraagde, T-cel-gemedieerde reactie) komen het meest voor. De patiënt is bij een type I-allergie al eerder blootgesteld aan het AB en er is sprake van sensibilisatie:

- Er vindt hierbij blootstelling plaats aan het antigeen, waarna IgE-antilichamen geproduceerd worden die specifiek zijn voor het betreffende antigeen.
- Wordt de patiënt opnieuw blootgesteld aan het geneesmiddel, dan treedt de allergische reactie op.

Men schat de prevalentie van type I-reacties op penicilline op 0,01 tot 0,3%:

- Anafylaxie is de ernstigste vorm van dit type allergie.

- Deze levensbedreigende vorm blijkt voor te komen bij 0,001 tot 0,05% van de algemene populatie.

Meest ziet men bij een type IV-allergie maculopapuleus exantheem, maar in zeldzame gevallen kan deze ook ernstiger verlopen.

Kruisovergevoeligheid:

Dat er tussen de verschillende soorten bètalactamantibiotica kruisovergevoeligheid bestaat is al langer bekend: een patiënt die allergisch is voor penicillines zou hierbij ook een allergische reactie krijgen na het toedienen van andere bètalactamantibiotica, zoals de cefalosporines of carbapenems. Zou het gevolg zijn van de overeenkomstige bètalactamring die alle bètalactamantibiotica bezitten.

Men gaat er tegenwoordig van uit dat de destijds beschreven kruisallergie het gevolg is van contaminatie van cefalosporines met penicilline tijdens het productieproces: binnen de groep penicillines speelt zo'n kruisovergevoeligheid wel een rol, maar het overgrote deel van de allergische reacties is niet gericht tegen de bètalactamring. Het gaat om een specifieke reactie tegen de zijketen in het molecuul van het AB.

Bij een bewezen penicilline-allergie blijkt het percentage kruisovergevoeligheid voor cefalosporines onder de 2,5% te liggen:

- Dit gebeurt vooral als de zijketen van de AB gelijk is.
- Bij cefalosporines met een andere zijketen dan de penicillines is dit risico verwaarloosbaar.
- Een cefalosporine met een andere zijketen, zoals cefuroxim of ceftriaxon, is bij een penicillineallergie dan ook een goed alternatief.
- Heeft de patiënt al een ernstige allergische reactie gehad, dan luidt het advies om eerst

een proefdosering in een lagere dosering toe te dienen onder begeleiding in het ziekenhuis.

De kans op kruisovergevoeligheid tussen penicillines en carbapenems is ook zeer klein:

- Bij 2,4% werd in een systematische review van ruim 800 patiënten met een mogelijke penicillineallergie een mogelijke IgE-gemedieerde reactie op een carbapenem beschreven.
- Werden er enkel patiënten met een positieve huidtest geïnccludeerd (n = 295), dan bleek slechts één patiënt (0,3%) een mogelijk type I-reactie te vertonen.

Wat hierboven beschreven is geldt voor kruisovergevoeligheid bij type I-allergische reacties: het gebruik van bètalactamantibiotica wordt bij ernstige type II- en type III-reacties uit voorzorg afgeraden. Komt omdat gegevens over kruisovergevoeligheid bij deze reacties ontbreken.

Andere bètalactamantibiotica kunnen bij een type IV-reactie zonder systemische verschijnselen (maculopapuleus exantheem) veilig toegepast worden.

Allergietesten:

Type I-allergie: kan men aantonen met huidtests en deze bestaan uit een priktest en een intracutane test:

- De priktest: hier wordt de oplossing met het allergeen (bvb. penicilline) op de huid gedruppeld, en nadien wordt de opname in de huid bevorderd door een prik door de druppel tot in de huid.
- De intracutane test: hier dient men intracutaan antigenen toe, die vervolgens dor

binding aan de aan mestcellen gebonden IgE-antistoffen een plaatselijke mestceldegranulatie veroorzaken.

- De penicillinehuidtests hebben een hoge negatief voorspellende waarde van 97 tot 99%.
- Een penicillineallergie wordt daarom quasi uitgesloten door een negatieve test.
- Wanneer het vermoeden bestaat dat er sprake is van een **type I**- of een **type IV-reactie** is de huidtest met penicilline zinvol.

Type II- en III-reacties: deze kan men met een huidtest niet op een sensitieve manier aantonen.

Een negatieve penicillinehuidtest sluit een cefalosporineallergie ook niet uit:

- Bij een selectieve allergie voor amoxicilline is er sprake van een allergie voor de zij-keten van Amoxicilline en is de penicillinehuidtest negatief vermits het gaat om een andere zij-keten dan Amoxicilline.
- In dat geval mag de patiënt geen cefalosporines krijgen met eenzelfde zij-keten als Amoxicilline

Er zijn bij verschillende onderzoeken 'point of care'-huidtests toegepast:

- Voor antibioticatoediening werd bij patiënten met een mogelijke allergie voor bètalactamantibiotica in het hospitaal een 'point of care'-huidtest uitgevoerd.
- Er konden zo significant meer patiënten behandeld worden met de aangewezen bètalactamantibiotica, waarbij het aantal allergische reacties niet toenam.

Na verloop van tijd kan de kans op een **type I-reactie** ook afnemen, immers als patiënten gedurende 10 jaar niet meer blootgesteld zijn aan penicilline test meer

dan 80% van diegenen die aanvankelijk een positieve test hadden, negatief bij de penicillinehuidtest.

Blijft er echter onduidelijkheid bestaan ondanks de huidtest, dan kan men in het hospitaal een orale provocatietest uitvoeren bij patiënten met een mogelijk type I-reactie:

- Onder medische bewaking geeft men dan het AB in oplopende doseringen.
- Men kan in sommige gevallen ook direct een orale provocatietest uitvoeren, bvb. bij patiënten met een huidreactie zonder anafylactische reacties.

Blijkbaar is er geen verhoogde kans op allergische reacties en werden er vaak significant minder alternatieve AB gebruikt.

Adviezen voor de praktijk:

Huisartsen vermijden bij veel patiënten die een penicillineallergie vermelden ten onrechte bètalactamantibiotica:

- Zo kunnen patiënten ernstige infecties vertonen, waarbij afwijken van de 'eerste keus-behandeling' (ernstige) gevolgen kan hebben voor de uitkomst van de behandeling.
- Artsen zullen in acute situaties het risico op een niet-adequate behandeling moeten afwegen tegen het risico op een ernstige allergische reactie als gevolg van mogelijke kruisovergevoeligheid.

Bij het voorschrift van AB zullen huisartsen bij enige twijfel eerder naar een alternatief AB uitwijken:

- Komt omdat de patiënt zich thuis bevindt en niet in een ziekenhuis, waar continue monitoring van de patiënt plaatsvindt.
- Bij 90% van de door de patiënt gemelde penicillineallergieën gaat het echter niet om een allergie.

- Daarom is het belangrijk dat huisartsen bepalen of de door de patiënt gemelde klachten een bijwerking van het geneesmiddel betreft of een allergische reactie.

Huisartsen moeten dus in eerste instantie de klachten goed uitvragen en conclusies trekken:

- Welke is de ernst van de symptomen?
- Wat is het tijdsverloop tussen het ontstaan van de symptomen en de inname/toediening?
- Hoelang is het geleden dat de reactie heeft plaatsgevonden?
- Op welke manier zijn de reacties/klachten behandeld?
- Heeft de patiënt eerder AB gebruikt?

Er zijn ook heel wat patiënten die na medicatiegebruik bijwerkingen en klachten melden aan de balie bij de apotheek:

Ook hier is een goede samenwerking tussen huisarts en apotheker essentieel voor een goede registratie van allergieën. Zo kunnen immers geregistreerde allergieën uit het systeem verwijderd worden als de patiënt geen allergie blijkt te hebben.

Het is daarnaast belangrijk dat de apotheker een mogelijke allergie aan de huisarts meldt:

Geldt als de patiënt de medicatie ophaalt bij een andere apotheek dan diens thuisapotheek, zoals bvb. bij de poliklinische apotheek van het ziekenhuis. Kan ook wanneer het recept van een andere arts is dan de huisarts.

Waarde en belang van het FTO (= farmacotherapeutisch overleg):

- Biedt voor huisarts en apotheker een ideale gelegenheid om aandacht te besteden aan onderwerpen zoals een mogelijke allergie.

- Schept ook de gelegenheid om afspraken te maken over de registratie en de overdracht van gegevens ter zake.
- De overdracht van gegevens vanuit het ziekenhuis naar de thuissituatie kan ook worden geoptimaliseerd door de intramurale zorgverleners en de apotheker uit de poliklinische apotheek hierbij te betrekken.
- De patiënt kan ook naar de allergoloog verwezen worden voor huidtests en/of een provocatietest als bekend is dat deze patiënt

meerdere allergieën vertoont of wanneer niet duidelijk is welke allergieën hij vertoont.

- In dit geval is het ook belangrijk dat de gegevens doorgegeven worden en in het huisarts- en apotheekstelsel geregistreerd worden, of dat deze systemen zo nodig opgeschoond worden.

Besluit:

Het aantal onterechte allergiemeldingen kan teruggedrongen worden wanneer huisartsen de allergie goed uitvragen en deze registreren in het elektronisch patiëntendossier:

- Huisartsen hoeven hierdoor minder vaak af te wijken van de ‘eerste keus-behandeling’, iets wat het aantal complicaties verkleint en de zorgkosten verlaagt.
- Er zal daarnaast ook minder antimicrobiële resistentie voorkomen.

Voor de huisarts en de apotheker is het verwijderen van de ruiters van een penicillineallergie op die manier een zinnige interventie, mits er tussen beiden een goede samenwerking bestaat.

Huisarts & Wetenschap januari 2020 pag. 41-44

GERIATRIE / FYSIOTHERAPIE

VERLIES VAN SPIERMASSA BIJ VEROUDERING

Sarcopenie is afkomstig van de Griekse woorden sarx ('vlees') en penia ('tekort', 'gebrek'). De term werd in 1989 voor het eerst gebruikt om het verlies van spiermassa bij veroudering aan te duiden.

Pathogenese:

- Er zijn twee ontstaansmechanismen, enerzijds veroudering (= primaire sarcopenie) en anderzijds door inflammatoire aandoeningen (= secundaire sarcopenie).
- Lichamelijke inactiviteit, sedentair gedrag en onvoldoende inname van energie en eiwit dragen verder bij tot het ontstaan.

Definiëring:

Screening op en diagnose van sarcopenie worden uitgezet volgens de nieuwste definitie van de European Working Group on Sarcopenia in Older Persons 2 (EWGSOP₂).

In de definitie van de EWGSOP₂ wordt sarcopenie, in tegenstelling tot eerdere definities, aanzien als spierfalen dat op alle leeftijden kan voorkomen.

Casus: verwijzing van een 81-jarige man naar de polikliniek Geriatrie i.v.m. vermoeidheid:

- Voorgeschiedenis: Hij vertoont DM type II met een goede regeling met metformine.

De laatste maanden is zijn fysieke belastbaarheid geleidelijk afgenomen en trappen bestijgen wordt steeds moeilijker.

Uitgebreid onderzoek van de cardioloog en de longarts gaf uitsluitel van cardiopulmonale etiologie, inclusief hartfalen, longziekte en obstructief slaapapnoesyndroom (OSAS).

- Huidig beeld:

De klachten zijn drie maanden geleden ontstaan na een periode met flinke griep met een bedlegerigheid van 3 dagen.

Hij woont in een flat zonder lift, en dat op de derde verdieping.

Het wordt steeds moeilijker om met zijn boodschappen boven te geraken.

Overige anamnese levert geen aanknopingspunten op: hij rookt niet en gebruikt 2 tot 3 consumpties alcohol per dag.

Lichamelijk onderzoek levert ook geen afwijkingen op.

Op basis van het Mini Nutritional Assessment (MNA)-instrument zijn er geen aanwijzingen voor ondervoeding. Met uitzondering van een vitamine D-deficiëntie is er ook met uitgebreid oriënterend laboratoriumonderzoek geen verklaring te vinden voor de vermoeidheid en het functieverlies.

- Aanvullende spiertesten:

Patiënt vertoont een maximale handknijpkracht van 18 kg en voor het uitvoeren van de 'Timed Up and Go'-test heeft hij 28 seconden nodig. De zogenoemde appendiculaire spiermassa (ASM) wordt berekend met de bio-elektrische impedantie-analyse (BIA).

ASM is de vet- en botvrije massa van beide armen en benen, en deze bedraagt in het geval van de casus 22 kg met een ASM-index (= de ratio ASM/lengte²) van 6,7 kg/m².

Een lage ASM mannen is < 20 kg en een lage ASM-index mannen is < 7,0 kg/m².

- Diagnosestelling: sarcopenie.

- Behandeling:

Patiënt krijgt vitamine D voorgeschreven (colecalfeciferyl) en daarnaast een verwijzing naar een diëtist om de eiwitname te optimaliseren.

Hij krijgt gedurende 2 maanden 2 maal per week functiegerichte oefentherapie, inclusief balanstreining en progressieve krachttraining door de fysiotherapeut.

- Resultaat: zijn vermoeidheid is hierna sterk afgenomen, het traplopen gaat beter en het lukt hem weer om zijn boodschappen zonder moeite boven te krijgen.

Beschouwing:

Sarcopenie wordt in tegenstelling tot eerdere definities in de opvatting van EWGSOP₂ gezien als spierfalen dat op alle leeftijden kan voorkomen.

In tegenstelling tot bvb. het veel bredere geriatrische begrip 'kwetsbaarheid' is sarcopenie een orgaanspecifieke aandoening.

Het belangrijkste kenmerk van sarcopenie is nu een lage spierkracht, waar in eerdere definities een lage spiermassa centraal stond:

- In de dagelijkse praktijk is spiermassa technisch lastig te meten.
- Uit recent onderzoek blijkt bovendien dat spiermassa, in tegenstelling tot spierkracht, geen sterke voorspeller is van belangrijke klinische uitkomsten, zoals vallen, fracturen en functionele beperkingen.

Voor het meten van de diverse componenten van sarcopenie (spierkracht, spiermassa en fysiek functioneren) en de bijbehorende afkappunten geeft de EWGSOP₂-definitie ook duidelijke richtlijnen. Deze veranderingen dragen eraan bij dat sarcopenie eenvoudiger vast te stellen is in de klinische praktijk.

Het opsporen van hoog-risicopatiënten:

Verder onderzoek naar de mogelijke aanwezigheid van sarcopenie is nodig in de volgende omstandigheden:

- Als een patiënt aangeeft dat hij zich zwak voelt.
- Wanneer hij gevallen is en/of een lage loopsnelheid heeft.
- Als hij moeite heeft met opstaan uit een stoel of met traplopen.

Het screeningsinstrument **SARC-F** is hierbij een handig en snel hulpmiddel: 'Staat voor 'strength', 'assistance in walking', 'rise from a chair', 'climb stairs' en 'falls'. Betreft een gratis instrument met 5 eenvoudige vragen voor de patiënt

Component	Vraag	Score
Kracht	Hoeveel moeite heeft u met het optillen en dragen van 5kg?	Geen = 0
		Enige moeite = 1
		Veel of lukt niet = 2
Hulp bij het lopen	Hoeveel moeite hebt u bij het lopen door een kamer?	Geen = 0
		Enige moeite = 1

		Veel, met hulpmiddel of lukt niet = 2
Opstaan uit een stoel	Hoeveel moeite hebt u met het opstaan uit een stoel of een bed?	Geen = 0
		Enige moeite = 1
		Veel of lukt niet zonder hulp = 2
Traplopen	Hoeveel moeite hebt u met het omhooglopen van 10 traptreden?	Geen = 0
		Enige moeite = 1
		Veel of lukt niet = 2
Vallen	Hoeveel keer bent u in het afgelopen jaar gevallen?	Geen enkele keer = 0
		1-3 keer = 1
		4 keer of meer = 2

Totaalscore: deze bedraagt maximaal 10 en vanaf 4 is er een (ver)hoog(d) risico op sarcopenie.

Diagnosestelling + vaststellen van de ernst:

Om de diagnose 'sarcopenie' te stellen en de ernst vast te stellen heeft de EWGSOP₂ een beslisboom ontwikkeld:

- Men adviseert in de beslisboom om hoogrisicopatiënten met het SARC-F instrument op te sporen.
- Er worden vervolgens een aantal testen aangeraaden om de ernst van de sarcopenie te bepalen.
- Een meting van de handknijpkracht of het uitvoeren van de stoeltest wordt aanbevolen om de spierkracht vast te stellen.

Om de diagnose 'sarcopenie' waarschijnlijk te maken en eventuele oorzaken van de lage spierkracht op te sporen en te behandelen, zoals depressie of artrose, volstaan deze metingen. Op dat ogenblik kan de patiënt ook starten met een eventuele behandeling om de spierkracht te verbeteren. 'Dual-energy X-ray

absorptiometry' (DEXA) of de BIA-analysemethode wordt geadviseerd om de diagnose 'sarcopenie' te bevestigen en te onderzoeken of de lage spierkracht – mede – veroorzaakt wordt door een lage spiermassa. Na het stellen van de diagnose richt men de behandeling op het vergroten van zowel de spierkracht als de spiermassa.

De ernst van de sarcopenie kan eventueel vastgesteld worden met een objectieve test voor fysiek functioneren, hoewel dit van minder belang is voor de diagnose en een eventuele behandeling:

- Bij voorkeur is dit de 4-meter-looptest (= een bepaling van de loopsnelheid).
- De Short Physical Performance Battery (SPPB), de TUG-test of de 400-meter-looptest kunnen hiervoor ook gebruikt worden.

Testen en meten van de spierkracht bij sarcopenie:

Met een dynamometer kan men de handknijpkracht (in kg) eenvoudig en goedkoop meten: hierbij wordt een gestandaardiseerd protocol gevolgd. Handknijpkracht is redelijk gecorreleerd met de kracht van andere spiergroepen in het lichaam, waarvan de meting veel complexer is.

Men kan de stoeltest gebruiken als een benadering om de kracht van de beenspieren (M. quadriceps) te meten: met de stoeltest meet men de tijd die patiënt nodig heeft om 5 keer vanuit zitstand op te staan zonder de armen te gebruiken.

Er is zowel kracht als uithoudingsvermogen nodig voor de test en het testresultaat (in seconden) wordt gebruikt als maat voor de beenspierkracht.

Testen en meten van spiermassa en spierkwaliteit:

Men kan met DEXA de vet- en botvrije massa van de armen en de benen meten, een goede maat voor de appendiculaire spiermassa in kg (= ASM). Langere personen hebben veelal ook meer ASM, en daarom

gebruikt men vaak ook de ASM-index (= de ratio ASM/lengthe):

- DEXA heeft als voordeel dat het een nauwkeurige methode is die een valide meting geeft van de spiermassa.
- Het apparaat voor deze meting is echter niet draagbaar en is soms beperkt beschikbaar, wat dan weer een nadeel inhoudt.

BIA (= bio-elektrische impedantieanalyse) geeft een schatting van de spiermassa op basis van een voorspellingsformule:

Het apparaat meet wel niet direct de spiermassa en heeft voor de individuele patiënt slechts een beperkte waarde. BIA heeft echter als groot voordeel dat het betaalbaar, draagbaar en eenvoudig in gebruik is.

Men moet bij de interpretatie van DEXA- en BIA-gegevens rekening houden met het feit dat de meerwaarden kunnen afwijken bij patiënten met hydratatieproblemen.

Weliswaar zijn er andere mogelijke methoden om de spiermassa te meten: gaat om MRI, CT, echografie, creatine-verdunning, biomarkers in het bloed of antropometrie.

EWGSOP₂ adviseert echter om deze niet te gebruiken:

- Ofwel zijn deze methoden beperkt beschikbaar voor de dagelijkse klinische praktijk, ofwel niet valide of reproduceerbaar, of ze moeten nog getest worden op reproduceerbaarheid.
- Voor al deze methoden zijn er ook nog niet duidelijke afkappunten voor lage spiermassa gedefinieerd.

In de toekomst kunnen metingen van de spierkwaliteit, zoals de micro- en macroscopische eigenschappen van de spierarchitectuur en de spiersamenstelling mogelijk een bijdrage leveren om sarcopenie te kunnen vaststellen:

Misschien kunnen deze factoren zelfs belangrijker zijn dan de spiermassa.

Om de spierkwaliteit te meten zijn er nog geen eenvoudige methoden en duidelijke afkappunten ontbreken. EWGSOP₂ adviseert daarom voorlopig om de spiermassa te blijven meten.

Testen en meten van objectief fysiek functioneren:

Het functioneel prestatievermogen is een multidimensionaal concept:

- Omvat niet alleen het functioneren van de spieren.
- Omvat ook het functioneren van het centrale en perifere zenuwstelsel.

Als advies van EWGSOP₂ geldt een 4-meter-loop-test:

- Hiermee kan immers in de klinische praktijk eenvoudig en snel de loopsnelheid van de patiënt bepaald worden.
- Met een stopwatch wordt hier de tijd gemeten die de patiënt nodig heeft om in zijn eigen tempo 4 meter af te leggen.
- De loopsnelheid wordt hieruit in m/s berekend.

De SPPB (= 'short physical performance battery') is een veel gebruikte set van drie functionele prestatietesten:

- Betreft de reeds genoemde 4-meter-looptest, de stoeltest en een balanstest.
- Men kan per test een score van 0 (= kan niet uitgevoerd worden) tot 4 behalen.
- De maximale waarde voor de SPPB is dus 12.

De TUG-test (= 'Timed Up and Go'):

- Bestaat uit het opstaan uit een stoel, 3 meter lopen, omdraaien, teruglopen naar de stoel en weer gaan zitten op de stoel.
- Men meet dan de totale tijd die nodig is om de taak uit te voeren.

De 400-meter-looptest:

- Naast eventuele loopbeperkingen meet deze ook het uithoudingsvermogen.
- Er is een parcours van 20 meter nodig voor de test waarover de patiënt 20 ronden in zijn of haar gebruikelijk tempo loopt.
- Men meet in de test de totale tijd die nodig is om de 400 m af te leggen.

Toepassing van afkappunten:

Afkappunten voor het vaststellen van lage spierkracht, lage spiermassa en laag fysiek functioneren:

Component	Test	Afkappunt
Lage spierkracht	Handknijpkracht	Mannen: < 27 kg Vrouwen: < 16 kg
	Stoeltest	> 15s voor 5 keer opstaan
Lage spiermassa	ASM	Mannen: < 20 kg Vrouwen: < 15 kg
	ASM/Lengte ²	Mannen: < 7,0 kg/m ² Vrouwen: < 6,0 kg/m ²
	Loopsnelheid	< 0,8m/s
	SPPB	< 8 punten

Laag fysiek functioneren	TUG	> 20 s
	400m-looptest	Niet de volledige afstand afgelegd of > 6 min nodig om 400 m af te leggen

Gebruik van de aangegeven afkappunten bevordert standaardisatie, zowel in de diagnosestelling van als in het wetenschappelijk onderzoek naar sarcopenie. Waar mogelijk zijn de afkappunten gebaseerd op normatieve gegevens van Europese bevolkingsgroepen en ze zijn afgerond naar hele getallen om toepassing in de praktijk te vereenvoudigen.

Behandeling:

Moet zich richten op de behandeling van eventuele onderliggende oorzaken zoals depressie, artrose of inflammatie

Daarnaast geldt het advies van progressieve krachttraining onder de leiding van een (geriatrische) fysiotherapeut, dit om de spierkracht te verbeteren.

Voor een optimale voedingsstatus is een gezonde voeding nodig met voldoende energie:

- De voeding moet voldoende eiwit bevatten, bij voorkeur bij elke maaltijd.
- Patiënt moet ook het advies krijgen om direct na een lichamelijke activiteit eiwitten in te nemen.

Voor de behandeling van ondervoeding of obesitas wordt een verwijzing naar de diëtist aanbevolen:

- Doel hiervan is om de voeding voor een gezonde spiermassa te optimaliseren.

- Bedoeling is ook om de patiënt een persoonlijk voedingsadvies te verlenen.

Besluit:

Met de nieuwe beslisboom van de EWGSOP₂ kan bij een patiënt sarcopenie eenvoudiger dan voorheen vastgesteld worden.

Sarcopenie kan op elke leeftijd voorkomen en voor ouderen is deze aandoening een belangrijke onderliggende oorzaak van o.a. vallen.

Actieve behandeling van sarcopenie kan in belangrijke mate bijdragen aan de zelfredzaamheid van ouderen.

Overweging in de context van de casus:

Na 8 tot 12 weken oefentherapie knapte patiënt goed op onder professionele begeleiding, wat het vermoeden versterkt dat het gebrek aan spierkracht ingeslopen was door een gebrek aan dagelijks bewegen.

Het positieve effect van de oefentherapie zal dan wellicht ook snel verdwenen wanneer de professionele begeleiding stopt, immers slechts een kleine minderheid van de patiënten houdt het vol om regelmatig te blijven oefenen, wat de uiteindelijke prognose slecht maakt.

Er zit dus heel wat waarheid en levenswijsheid in dat minispreekwoord '**rust roest**' en in feite kan men stellen dat een geneeskundige inventarisatie naar sarcopenie alleen op zijn plaats is wanneer de spierkracht **ondanks** dagelijks bewegen **niet** terugkeert.

Ned. Tijdschr. Geneeskd. 3 januari 2020 pag. 18-24 / 25-27.

DAGELIJKSE PRAKTIJK / UROLOGIE

AANPAK VAN ASYMPTOMATISCHE BACTERIURIE: LESS IS MORE.....

Bij aanwezigheid van een of meerdere soorten bacteriën (10^5 colony-forming units/ml) in de urine van een patiënt die geen symptomen vertoont van

een urineweginfectie spreekt men van een asymptomatische bacteriurie (ASB).

Incidentie:

In deze definitie speelt de aanwezigheid van leukocyturie geen rol.

In de praktijk wordt bacteriurie vaak aangetoond op basis van enkel een positieve uitslag van een 'dipstick'-test. ASB vertoont een hoge prevalentie, met name onder oudere vrouwen.

Indicatie voor behandeling met AB ?

Er bestaat hiervoor zelden een indicatie, ook bij asymptomatische patiënten met een blaaskatheter, die vrijwel altijd bacteriën in de urine hebben.

Enkel bij risicogroepen, zoals zwangeren en patiënten die een invasieve urologische ingreep ondergingen, is de behandeling van ASB nodig:

- In alle nationale en internationale richtlijnen wordt het achterwege laten van AB bij patiënten met ASB dan ook onderschreven.
- In de praktijk blijkt dit niettemin lastig te zijn.

Factoren gerelateerd aan overbehandeling:

Een recent retrospectief cohortonderzoek in 46 Amerikaanse ziekenhuizen toonde aan dat meer dan 80% van de patiënten met ASB behandeld werd met AB:

- De onderzoekers keken hierbij niet alleen naar de klinische uitkomsten van AB-therapie.

- Ze keken ook naar factoren die gerelateerd waren aan het voorschrijven van AB.

Er werden vaker AB voorgeschreven aan incontinentie patiënten en aan patiënten met een acuut veranderde mentale toestand.

Een positieve uitslag van urineonderzoek (= aanwezigheid van leukocytinesterase of nitriet, of > 5 leukocyten per gezichtsveld) met een odds ratio van 2,83 vormde de belangrijkste factor voor het voorschrijven van AB.

Eerder toonde een systematische review en meta-analyse van studies uit de periode 2004-2016 al aan dat het vrouwelijke geslacht en bepaalde uitslagen van urineonderzoeken gerelateerd waren aan overbehandeling van ASB.

In interviews gaven Zwitserse arts-assistenten en internisten aan dat het behandelen van laboratoriumuitslagen, zonder rekening te houden met het klinisch beeld, de voornaamste reden is voor overbehandeling.

Uit een survey onder Amerikaanse internisten en kinderartsen in opleiding bleek een gebrek aan kennis over ASB een andere reden te zijn:

- Op meer dan de helft van de kennisvragen over de diagnosestelling en behandeling van ASB gaven ze een verkeerd antwoord.
- ASB wordt door dit kennishiaat vaak onterecht aanzien voor een urineweginfectie, en als gevolg hiervan onnodig behandeld met AB.

Indicaties voor urinekweken:

De vraag blijft waarom bij asymptomatische patiënten urineonderzoeken verricht worden:

- Een indicatie om bij deze patiënten urinekweken af te nemen is er namelijk niet.
- Uitzondering vormen patiënten die een invasieve urologische ingreep ondergaan.
- Voor het afnemen van urinekweken bij asymptomatische patiënten met neutropenie of bij een katheterwissel bestaat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs.

In het Amerikaans cohortonderzoek stond bij 57% van de deelnemers in het medisch dossier vermeld waarom een urinekweek afgenomen was:

- De reden was bij 43% van de patiënten een positieve uitslag van het urineonderzoek..
- De Amerikaanse onderzoekers hebben helaas niet gekeken naar de indicatie van de urinekweek bij patiënten bij wie de kweek negatief was, kwestie van een vollediger beeld te krijgen hoe vaak een urinekweek onterecht afgenomen wordt.

Kanttekeningen:

Andermaal bevestigen de Amerikaanse onderzoekers dat overbehandeling van ASB een groot probleem vormt: er waren namelijk geen klinische voordelen aan het voorschrijven van AB. Wel was er een relatie met een langere opnameduur.

Bij het onderzoek zijn er wel enkele kanttekeningen te plaatsen: er is bvb. de vraag in hoeverre de resultaten van toepassing zijn op de Nederlandse situatie.

Over het aantal AB-voorschriften aan patiënten met ASB in Nederlandse ziekenhuizen zijn er geen cijfers bekend.

32% van de bewoners met ASB in 10 Nederlandse verzorgthuizen werden behandeld met AB: het kan erg lastig zijn om bij deze groep patiënten de diagnose 'urinegeweginfectie' te stellen. De kwaliteit van de onderzoeksmethodologie is voor het overige redelijk.

Het ging om een retrospectief onderzoek, en dat houdt in dat de onderzoekers enkel gebruik maakten van de informatie die in de medische dossiers vermeld stond:

- Kan dus zijn dat de symptomen die bij een urinegeweginfectie passen niet bij elke patiënt goed gedocumenteerd waren.
- Daardoor kunnen de onderzoekers de prevalentie van ASB overschat hebben.

In cohortonderzoek worden associaties onderzocht en kunnen er geen causale verbanden vastgesteld worden:

- Vraag blijft dus of de langere opnameduur daadwerkelijk het gevolg is van de AB-therapie.
- Of wordt deze veroorzaakt door 'confounding by indication' ?

Gevolgen voor de praktijk:

De onderzoeksresultaten geven geen aanleiding tot nieuwe aanbevelingen in de praktijk.

Dat er voor vrijwel alle patiënten met ASB geen indicatie bestaat voor behandeling met AB wordt door nationale en internationale richtlijnen onderschreven. Hoe kan men er echter voor zorgen dat artsen zich houden aan deze richtlijnen ?

- Wellicht zorgen de resultaten van het Amerikaans cohortonderzoek voor extra alertheid en geven ze aan op welke punten er ruimte is voor verbetering.
- Een positieve uitslag van urineonderzoek was het sterkst gerelateerd aan overbehandeling van ASB, en dat maakt dat het verstandig is om terughoudend te zijn met het uitvoeren van een 'dipstick'-test en een

urinekweek bij patiënten zonder symptomen van een urinegeweginfectie.

In mei 2020 start op de Spoedgevallendienst van 4 Nederlandse ziekenhuizen een project om overbehandeling van ASB terug te dringen.

Besluit:

Voor de vaststelling dat de antibiotische behandeling van ASB eerder schade veroorzaakt dan beter klinische uitkomsten bestaat er voldoende bewijs.

Patiënten met een positieve urinekweek, maar zonder symptomen van een urinegeweginfectie, worden in de praktijk nog vaak met AB behandeld, en dat ondanks de negatieve aanbevelingen in de richtlijnen. In mei 2020 start in het kader van 'less is more' een project om overbehandeling van ASB terug te dringen.

Ned. Tijdschr. Geneesk. 10 januari 2020 pag. 19-21

DAGELIJKSE PRAKTIJK / DERMATOLOGIE

HOE EN WANNEER BEHANDEL JE ACTINISCHE KERATOSEN ?

Het aantal patiënten met schade aan de huid door overmatige chronische blootstelling aan natuurlijke of kunstmatige lichtbronnen (de zogenoemde actinische schade) is de afgelopen decennia fors toegenomen.

Klinisch beeld:

Deze schade uit zich o.a. in het ontstaan van actinische keratosen:

- Betreft ruwe, verdikte (hyperkeratotische) plekken op de aan zonlicht blootgestelde huid.

- De ontwikkeling van nieuwe actinische keratosen wordt voorkomen door bescherming tegen Uv-straling, wat zelfs kan leiden tot regressie van bestaande plekken.

Actinische keratosen kunnen tot een plaveiselcelcarcinoom transformeren: in verhouding tot het aantal patiënten met actinische keratosen is de incidentie van het plaveiselcelcarcinoom van de huid echter laag.

Vermoedelijk wordt het risico op maligne ontaarding bepaald door het aantal en de dikte van de plekken, en dat risico is dan ook klein.

Beoordeling van de plekken:

Voorspeling van welke afwijking zich tot een plaveiselcelcarcinoom zal ontwikkelen is niet mogelijk:

- Bij patiënten bij wie de huid actinische schade vertoont wordt daarom laagdrempelige beoordeling van verdachte huidafwijkingen aanbevolen.

- Men stelt de ernst van de actinische schade vast aan de hand van de Olsen-schaal. Hier worden 3 graden onderscheiden: graad I (licht palpabele plekken), graad II (middelmattige dikke en zichtbare plekken) en graad III (erg dikke en hyperkeratotische plekken).

Behandeling:

Een lokaal destructieve behandeling in de vorm van bevrozing met vloeibare stikstof (cryotherapie) volstaat bij patiënten met één of enkele actinische keratosen:

- De actinische schade beperkt zich echter meestal niet tot een solitaire afwijking.
- Men kan in dat geval veldbehandeling overwegen waarbij ook de subklinisch beschadigde huid mee behandeld wordt.

Er worden in de praktijk veelvuldig 4 veldbehandelingen toegepast, sterk verschillend in uitvoering en behandelingsduur:

- **5-Fluoro-uracilcrème 5%:** 2 keer per dag gedurende 4 weken, tot maximaal 500 cm² aangedane huid.
- **Imiquimodcrème 5%:** 3 keer per week gedurende 4 weken, tot maximaal 20 cm² aangedane huid.
- **Fotodynamische therapie:** 1 sessie.
- **Ingenolmebutaatgel 0,015%:** 1 keer per dag op 3 achtereenvolgende dagen.

In de praktijk hangt de keuze voor een bepaalde veldbehandeling af van de voorkeur van de patiënt of de behandelende arts.

Elk van de 4 veldbehandelingen kan huidirritatie veroorzaken:

- Behandeling met Imiquimodcrème of Ingenolmebutaatgel: de huidreacties zijn onvoorspelbaar en soms heftig.
- Bij gebruik van Imiquimodcrème kunnen er ook griepachtige verschijnselen optreden.
- Het gebruik van 5-fluoro-uracil-crème kan ook resulteren in hevige huidreacties, maar zo nodig kan de behandelingsfrequentie en -duur aangepast worden.
- Fotodynamische therapie heeft als bijkomend nadeel dat ze gepaard kan gaan met (hevige) pijn.

5-Fluoro-uracilcrème:

In een gerandomiseerd onderzoek werd recent aangetoond dat deze aanpak superieur is aan de andere veldbehandelingen bij volwassene met multipole actinische keratosen in het hoofd-halsgebied:

Ook bij uitsluiting van patiënten met graad III-actinische keratosen van de 'intention-to-treat' analyses, was de behandeling met 5-fluoro-uracilcrème 5% het meest effectief. In de behandelgroep met 5-fluoro-uracilcrème 5% was de patiënt-tevredenheid het hoogst en de bijwerkingen waren vergelijkbaar tussen de behandelgroepen.

De behandeling met 5-fluoro-uracilcrème 5% is ook vanuit kostenperspectief het aantrekkelijkst, maar in het afgelopen jaar was het medicijn lange tijd niet beschikbaar.

Besluit:

Elders in dit tijdschrift beschrijft men de bevindingen van een trial naar behandelmethoden voor actinische keratosen (Ned Tijdschr. Geneeskd. 17 januari 2020 pag. 8-19).

Men kan de onderzoeksresultaten als richtinggevend aanzien, en dat geldt ook voor de persoonlijke voorkeuren van arts en patiënt: t.o.v. van de andere veldbehandelingen heeft een therapie met 5-fluoro-uracilcrème een groot, veelal klinisch relevant voordeel. De behandeling is echter belastend voor de patiënt.

Men kan dank zij deze trial beter de vraag beantwoorden hoe patiënten met multipole actinische keratosen in het hoofd-halsgebied behandeld moeten worden. Blijft echter onduidelijk wie behandeld moet worden en of behandeling überhaupt noodzakelijk is. We weten dat het risico op ontarding klein is, maar het is niet bekend of behandeling met 5-fluoro-uracilcrème ontarding voorkomt: noch voor lokale behandelingen van een solitaire afwijking, noch voor veldbehandelingen van multipole actinische keratosen bestaat er wetenschappelijk bewijs dat ze maligne ontarding kunnen voorkomen of het recidief hierop kunnen verkleinen.

Wat de recidiefkans op lange termijn of wat het risico is op maligne ontarding is, kunnen onderzoeken met een korte follow-upduur ons niet vertellen.

Vraag is dus welke patiënten met actinische keratosen vanuit oncologisch perspectief behandeld moeten worden.

Zijn er alleen graad I- en graad II-actinische keratosen aanwezig, dan kan men kiezen voor een expectatief beleid en volstaat voorlichting over alarmsymptomen zoals groei en ulceratie, en zonbeschermende maatregelen.

Ned. Tijdschr. Geneeskd. 17 januari 2020 pag. 16-18.

TANDHEELKUNDE / STOMATOLOGIE

DENTOGENE OORZAAK VAN EEN HALSFLEGMONE

Een dentogene infectie kan zich uitbreiden tot in de hals, waardoor als gevolg van luchtwegobstructie, sepsis of mediastinitis een levensgevaarlijke situatie kan ontstaan in de hals, hoewel dit gelukkig zelden gebeurt. Om het risico op deze complicaties te minimaliseren is een snelle behandeling van belang.

Casus:

Een dame, 49 jaar oud, met een blanco voorgeschiedenis, komt bij de tandarts omwille van felle tandpijn:

Voorgeschiedenis:

Al 6 jaar is ze niet meer op controle geweest bij de tandarts, omdat ze bang is van hem.

Deze stelt nu een avitale tand linksonder vast (element 36) op basis van een ontsteking van een wortelpunt.

Er is ook sprake van gegeneraliseerde parodontitis en de tand wordt dus geëxtraheerd.

Verdere evolutie:

Patiënte komt de volgende dag terug omdat haar wang pijnlijk en gezwollen is.

Eerst denkt de tandarts aan een abces en hij besluit om de mucosa naast de tand te incideren, maar er komt hierbij geen pus vrij.

De pijn en de zwelling nemen toe ondanks behandeling met amoxicilline per os en er treedt ook zwelling op van de wang.

Na het weekend – 4 dagen na de tandextractie – bezoekt patiënte, bij afwezigheid van de tandarts, haar huisarts omwille van progressieve slikklachten.

Patiënte geeft een zieke indruk en vertoont hoge koorts, waardoor de huisarts haar met spoed doorstuurt naar de polikliniek Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie (MKA) van een algemeen ziekenhuis.

Lichamelijk onderzoek:

Men stelt een vast aanvoelende, pijnlijke zwelling vast van de hals, erytheem en een kaakklem.

CT-scan: men ziet een uitgebreide gasvorming in de mondbodem, de tongbasis en langs de M. omohyoideus tot aan de linker clavicula.

Diagnosestelling: 'uitgebreide halsflegmone met abcedering en gasvorming'.

Verdere aanpak:

Een operatie onder narcose wordt noodzakelijk geacht omwille van de uitgebreidheid van de infectie en omdat de luchtweg potentieel bedreigd wordt. Patiënte wordt wakker geïntubeerd met behulp van een flexibele scoop via de neus omwille van de kaakklem en de zwelling.

Men opent en exploreert de mondbodem en de hals op verschillende plaatsen totdat er geen pus of gascollecties meer te zien zijn. In feite is er opvallend weinig pus te zien, en er worden kweken afgenomen en enkele drains achtergelaten.

Postoperatieve evolutie:

Patiënte wordt postoperatief beademd, gesedeerd en opgenomen op de IC-afdeling. Ze wordt in afwachting van de kweekuitslagen i.v. behandeld met een breed spectrum-AB, namelijk Amoxicilline/Clavulaanzuur.

Ondanks behandeling met AB ontwikkelt patiënte op dag 3 na de operatie een koortspiek en stijgt de CRP-concentratie. Via CT-scan wordt er nieuwe gasvorming gevonden diep in de hals, en er wordt besloten om deze locaties te draineren. De kweken zijn onder tusschen positief voor Streptococcus milleri. Patiënte ontwikkelt een dag later opnieuw een koortspiek en er treedt een zwelling op van de onderlip.

Ditmaal toont een CT-scan nieuwe gasvorming diep in de tongbasis die zich naar de rechterzijde uitbreidt.

Patiënte wordt omwille van het agressieve ziektebeeld overgebracht naar een academisch ziekenhuis.

Verdere afloop:

De MKA-chirurg opent en exploreert aldaar de hals in 3 dagen tijd nog 3 keer omwille van nieuwe gasvorming.

Men verricht op dag 8 na de initiële operatie een tracheotomie omdat er door compressie van de nasale tube decubitus dreigt van de neusvleugel.

Men voert ter controle een CT-scan uit, waarop geen nieuwe gasvorming gezien wordt. Blijkt dat de infectie onder controle is en 2 dagen na de tracheotomie wordt patiënte overgebracht naar de verpleegafdeling. De drains en de tracheo-canule worden op dag 13 na de initiële operatie verwijderd.

Ze herstelt vlot, kan in goede conditie het ziekenhuis verlaten en bij poliklinische controle na 4 weken is patiënte volledig hersteld.

Beschouwing:

Bij een dentogene infectie treden er meestal klachten op volgens een vast patroon:

- Er is progressieve lokale pijn rond een gebits-element die plots sterk afneemt als de infectie zich uitbreidt naar de weke delen.
- Volgens de weg van de minste weerstand kan de infectie zich uitbreiden naar verschillende loges.

In het geval van de casus breidde de wortelpuntontsteking van de tand (element 36) zich via het periost uit naar de submandibulaire loge onder de M. mylohyoideus:

- Deze breidde zich van hieruit verder uit via de lamina pretrachealis rond M. omohyoideus naar de supraclaviculaire loge.
- Hierbij bestond het risico op een levensbedreigende mediastinitis.

Risicofactoren:

Voor een dentogene infectie is een gebrekkige mondhygiëne een risicofactor.

Dergelijke infecties ziet men niet zelden bij patiënten die bang zijn voor de tandarts n om die reden tandheelkundige zorg vermijden.

Immuun gecompromitteerde patiënten hebben ook een verhoogd risico op een dentogene infectie.

Wat had men anders kunnen doen?

Patiënte had achteraf gezien duidelijker geïnstrueerd moeten worden om ook in het weekend laagdrempelig contact op te nemen met de dienstdoende tandarts. Dan had patiënte mogelijk niet afgewacht tot na het weekend en dan had men eventueel de tracheotomie eerder kunnen verrichten om een dreigende decubitus van de neusvleugel te voorkomen.

Men besloot echter om enige tijd af te wachten, zodat men de tracheotomie niet hoefde uit te voeren in een gebied dat gezwollen en ontstoken was.

Besluit:

Een dentogene infectie kan zich ontwikkelen tot een potentieel levensbedreigende flegmone in het hoofd-halsgebied.

Men moet denken aan een dentogene oorzaak bij een patiënt met een progressieve zwelling in de hals. Treden er naast de zwelling ook tekens op van uitbreiding, zoals hoge koorts (> 39,5°C), slikklachten en een kaakklem, dan moet men de patiënt met spoed doorverwezen worden naar een MKA-chirurg.

Ned. Tijdschr. Geneeskd. 24 januari 2020 pag. 19-23.

Met dank aan dr. Willy Storms

DIËTIEK

Objective

To examine and quantify the potential dose-response relation between intake of total, animal, and plant protein and the risk of mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer.

Design Systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies.

Data sources PubMed, Scopus, and ISI Web of Science until December 2019, and references of retrieved relevant articles.

Study selection Prospective cohort studies that reported the risk estimates for all cause, cardiovascular, and cancer mortality in adults aged 18 or older.

Data synthesis Random effects models were used to calculate pooled effect sizes and 95% confidence intervals for the highest versus lowest categories of protein intake and to incorporate variation between studies. Linear and non-linear dose-response analyses were done to evaluate the dose-response relations between protein intake and mortality.

Results

32 prospective cohort studies were included in the systematic review and 31 in the meta

analysis. During the follow-up period of 3.5 to 32 years, 113039 deaths (16429 from cardiovascular

disease and 22303 from cancer) occurred among 715128 participants. Intake of total protein was associated with a lower risk of all-cause mortality (pooled effect size 0.94, 95% confidence interval 0.89 to 0.99, I²=58.4%, P<0.001). Intake of plant

protein was significantly associated with a lower risk of all-cause mortality (pooled effect size 0.92, 95% confidence interval 0.87 to 0.97, I²=57.5%, P=0.003) and cardiovascular disease mortality (pooled hazard ratio 0.88, 95% confidence interval 0.80 to 0.96, I²=63.7%, P=0.001), but not with cancer mortality. Intake of total and animal protein was not significantly associated with risk of cardiovascular disease and cancer mortality. A dose-response analysis showed a significant inverse dose-response association between intake of plant protein and all-cause mortality (P=0.05 for non-linearity). An additional 3% energy from plant proteins a day was associated with a 5% lower risk of death from all causes.

Conclusions

Higher intake of total protein was associated with a lower risk of all-cause mortality, and intake of plant protein was associated with a lower risk of all cause and cardiovascular disease

mortality. Replacement of foods high in animal protein with plant protein sources could be associated with longevity.

What is already known on this topic:

Consumption of high protein diets has been suggested to control body weight and improve cardio-metabolic abnormalities.

Regular consumption of red meat and high intake of animal proteins have been linked to several health problems.

Data on the association between different types of proteins and mortality are conflicting.

What this study adds:

High intake of total protein is associated with a lower risk of mortality from all causes.

Intake of plant protein is associated with a lower risk of mortality from all causes and from cardiovascular diseases, and an additional 3% of energy from plant proteins a day is associated with a 5% lower risk of death from all causes.

These findings support current dietary recommendations to increase consumption of plant proteins in the general population.

<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m2412>

GASTRO-ENTEROLOGIE

ANTIBIOTICA VOOR ACUTE APPENDICITIS BIJ KINDEREN

Importance Non-operative management with antibiotics alone has the potential to treat uncomplicated pediatric appendicitis with fewer disability days than surgery.

Objective

To determine the success rate of non-operative management and compare differences in treatment-related disability, satisfaction, health-related quality of life, and complications between non-operative management and surgery in children with uncomplicated appendicitis.

Design

Setting, and Participants Multi-institutional nonrandomized controlled intervention study of 1068 children aged 7 through 17 years with uncomplicated appendicitis treated at 10 tertiary children's hospitals across 7 US states between May 2015 and October 2018 with 1-year follow-up through October 2019. Of the 1209 eligible patients approached, 1068 enrolled in the study.

Interventions Patient and family selection of non-operative management with antibiotics alone (non-operative group, n=370) or urgent (≤ 12 hours of admission) laparoscopic appendectomy (surgery group, n=698).

Main Outcomes and Measures

The 2 primary outcomes assessed at 1 year were disability days, defined as the total number of days the child was not able to participate in all of his/her normal activities secondary to appendicitis-related care (expected difference, 5 days), and success rate of non-operative management, defined as the proportion of patients initially managed non-operatively who did not undergo appendectomy by 1 year (lowest acceptable success rate, $\geq 70\%$). Inverse probability of treatment weighting (IPTW) was used to adjust for differences between treatment groups for all outcome assessments.

Results

Among 1068 patients who were enrolled (median age, 12.4 years; 38% girls), 370 (35%) chose non-operative management and 698 (65%) chose surgery. A total of 806 (75%) had complete follow-up: 284 (77%) in the non-operative group; 522 (75%) in the surgery group. Patients in the non-operative group were more often younger (median age, 12.3 years vs. 12.5 years), Black (9.6% vs. 4.9%) or other race (14.6% vs. 8.7%), had caregivers with a bachelor's degree (29.8% vs. 23.5%), and underwent diagnostic ultrasound (79.7% vs.

74.5%). After IPTW, the success rate of non-operative management at 1 year was 67.1% (96% CI, 61.5%-72.31%; $P=.86$). Non-operative management was associated with significantly fewer patient disability days at 1 year than did surgery (adjusted mean, 6.6 vs. 10.9 days; mean difference, -4.3 days (99% CI, -6.17 to -2.43 ; $P<.001$). Of 16 other pre-specified secondary end points, 10 showed no significant difference.

Conclusion and Relevance

Among children with uncomplicated appendicitis, an initial non-operative management strategy with antibiotics alone had a success rate of 67.1% and, compared with urgent surgery, was associated with statistically significantly fewer disability days at 1 year. However, there was substantial loss to follow-up, the comparison with the pre-specified threshold for an acceptable success rate of non-operative management was not statistically significant, and the hypothesized difference in disability days was not met.

Trial Registration ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02271932

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768929>

FARMACOLOGIE

ACUPUNCTURE ET DOULEURS LIÉES À UN CANCER : UNE CERTAINE EFFICACITÉ

L'acupuncture paraît susceptible d'apporter un soulagement supplémentaire dans les douleurs liées à certains cancers. Il reste difficile de faire la part de l'effet spécifique de l'acupuncture au-delà de l'effet d'un placebo et de celui liée à la rencontre entre un patient et un soignant.

L'acupuncture est parfois proposée pour soulager les douleurs chroniques. En 2019, une équipe sino-australienne a effectué une synthèse méthodique avec méta-analyse de l'évaluation de l'effet antalgique de l'acupuncture chez des patients atteints de cancers, notamment pulmonaires, digestifs ou osseux.

Trois essais (255 patients) ont comparé acupuncture versus poursuite des soins usuels

et sept essais (398 patients) ont comparé acupuncture versus acupuncture simulée. Six essais (390

DÉPRESSION : RISQUES CARDIAQUES AVEC LE CITALOPRAM (SÉROPRAM° OU AUTRE), ENCORE PLUS SI ASSOCIÉ AVEC L'OMÉPRAZOLE (MOPRAL° OU AUTRE)

Le Citalopram (Séropram° ou autre) un antidépresseur, expose à des troubles du rythme cardiaque et des morts subites, d'autant plus quand il est associé

patients) ont par ailleurs comparé l'association acupuncture + antalgiques versus antalgiques seuls.

Selon des méta-analyses de ces essais, les patients des groupes acupuncture ont eu une diminution statistiquement significative de la douleur par rapport aux patients des groupes soins usuels, qualifiée d'importante. L'acupuncture a aussi été plus efficace pour réduire la douleur que l'acupuncture simulée. La douleur a aussi été davantage diminuée dans les groupes acupuncture + antalgique par rapport aux groupes antalgiques seuls.

Un biais de publication, laissant dans l'ombre les essais n'ayant pas été à l'avantage de l'acupuncture, n'est pas exclu.

avec de l'Oméprazole (Mopral° ou autre), d'usage fréquent dans les reflux gastriques et les ulcères gastro-duodénaux.

Le Citalopram (Séropram°) et son dérivé l'Éscitalopram (Séroplex°) sont des antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) connus pour exposer à des troubles du rythme cardiaque. Par son métabolisme, l'Oméprazole (Mopral° ou autre), un médicament de l'acidité gastrique d'usage fréquent dans les reflux gastriques et les ulcères gastroduodénaux, expose à une accumulation

Les effets indésirables de l'acupuncture sont surtout des infections liées au non-respect des bonnes pratiques.

Chez les patients qui souffrent de douleurs liées à un cancer, l'acupuncture paraît susceptible d'apporter un soulagement supplémentaire à certains d'entre eux, et peut-être une réduction des doses d'opioïdes. Début 2020, il reste difficile de faire la part de l'effet spécifique de l'acupuncture au-delà de l'effet d'un placebo et de celui liée à la rencontre entre un patient et un soignant.

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/58860/0/NewsDetails.aspx>

de ces antidépresseurs, et donc à une augmentation de leurs effets indésirables.

Une étude réalisée à partir d'une base de données d'assurance sociale taïwanaise publiée en 2019 a cherché à savoir si associer ces médicaments fréquemment utilisés augmentait le risque d'arrêts cardiaques.

Cette étude a comparé quatre groupes de patients : 3 882 patients exposés au Citalopram seul, 31 090 exposés à l'Oméprazole seul et 405 exposés au

Citalopram + Oméprazole, et un groupe témoin de 141 508 patients.

Le risque n'a pas été plus grand avec l'Oméprazole seul que dans le groupe témoin. Le risque d'arrêt cardiaque soudain a été plus grand avec le Citalopram seul. L'association de l'Oméprazole avec le Citalopram a été associée à un risque de mort subite cardiaque encore plus grand.

Le Citalopram et l'Escitalopram sont des antidépresseurs à écarter des soins. Ils n'ont pas d'avantage par rapport aux autres antidépresseurs IRS et ils exposent à des morts subites. Il est prudent de prévenir les patients qui en prennent malgré tout d'éviter d'associer ces antidépresseurs avec l'Oméprazole ou l'Ésoméprazole (Inexium® ou autre) qui augmentent ce risque.

©Prescrire 1er août 2020

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/58862/0/NewsDetails.aspx>

SOULAGER LES DOULEURS D'UN TRAUMATISME MUSCULOSQUELETTIQUE

En cas de douleur suite à une entorse, une contusion musculaire ou une fracture non compliquée, quand un médicament paraît justifié, le paracétamol a la meilleure balance bénéfices-risques. Il n'y a pas de donnée justifiant de recourir d'emblée à un opioïde oral.

Le traitement initial d'une douleur aiguë provoquée par entorse, contusion ou fracture non compliquée repose avant tout sur l'application de glace, la mise en décharge et l'immobilisation du membre atteint. Si nécessaire, des antalgiques (antidouleur) sont proposés: paracétamol, AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) tels qu'ibuprofène ou Naproxène, des opioïdes tels que la codéine, le Tramadol ou la morphine.

Cinq essais menés chez plus de 1 000 enfants n'ont pas montré d'efficacité supérieure des opioïdes par rapport à l'ibuprofène ou au paracétamol. Chez les adultes, les AINS par voie orale seuls ou en association ont une efficacité similaire au paracétamol. Par voie intraveineuse, la morphine est très efficace à 5 minutes après l'injection, mais à 30 minutes, il n'est pas démontré que la morphine soit plus efficace que le paracétamol intraveineux.

Le paracétamol est l'antalgique de premier choix, y compris chez les enfants, en respectant les doses. L'ibuprofène oral est une option, sauf chez les femmes qui pourraient devenir enceintes ou le sont déjà. Quand il s'agit de soulager rapidement une douleur intense, la morphine intraveineuse, chez les adultes, est à envisager.

©Prescrire 1er août 2020

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/58863/0/NewsDetails.aspx>

GYNAECOLOGIE

BAARMOEDERFIBROMEN: MYOMECTOMIE OF EMBOLISATIE?

Background

Uterine fibroids, the most common type of tumor among women of reproductive age, are associated with heavy menstrual bleeding, abdominal discomfort, subfertility, and a reduced quality of life. For women who wish to preserve their uterus and who have not had a response to medical treatment, myomectomy and uterine-artery embolization are therapeutic options.

Methods

We conducted a multicenter, randomized, open-label trial to evaluate myomectomy, as compared with uterine-artery embolization, in women who had symptomatic uterine fibroids and did not want to undergo hysterectomy. Procedural options included open abdominal, laparoscopic, or hysteroscopic myomectomy. The primary outcome was fibroid-related quality of life, as assessed by the score on the health-related quality-of-life domain of the Uterine Fibroid Symptom and Quality of Life (UFS-QOL)

questionnaire (scores range from 0 to 100, with higher scores indicating a better quality of life) at 2 years, adjustment was made for the baseline score.

Results

A total of 254 women, recruited at 29 hospitals in the United Kingdom, were randomly assigned: 127 to the myomectomy group (of whom 105 underwent myomectomy) and 127 to the uterine-artery embolization group (of whom 98 underwent embolization). Data on the primary outcome were available for 206 women (81%). In the intention-to-treat analysis, the mean

(\pm SD) score on the health-related quality-of-life domain of the UFS-QOL questionnaire at 2 years was 84.6 \pm 21.5 in the myomectomy group and 80.0 \pm 22.0 in the uterine-artery embolization group (mean adjusted difference with complete case analysis, 8.0 points; 95% confidence interval [CI], 1.8 to 14.1; P=0.01; mean adjusted difference with missing responses imputed, 6.5

points; 95% CI, 1.1 to 11.9). Perioperative and postoperative complications from all initial procedures, irrespective of adherence to the assigned procedure, occurred in 29% of the women in the myomectomy group and in 24% of the women in the uterine-artery embolization group.

Conclusions

Among women with symptomatic uterine fibroids, those who underwent myomectomy had a better

fibroid-related quality of life at 2 years than those who underwent uterine-artery embolization.

Funded by the National Institute for Health Research Health Technology Assessment program, FEMME Current Controlled Trials number, ISRCTN70772394.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1914735?query=featured_home

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst

FOCUS

RUBRIEK INFO KORT

Enkele toelichtingen bij de activiteiten van onze commissies MCH Focus:

In juni jl. trad dr. Jacqueline Van De Walle als nieuw lid toe tot de Raad van Bestuur MCH. Tevens heeft Jacqueline samen met dr. Karel De Koker het voorzitterschap van de stuurgroep Focus op zich genomen. Bestendigen wat MCH al betekent en het uitbouwen van nieuwe initiatieven in de stuurgroep Focus zijn haar prioriteiten. Deze stuurgroep overziet alle vormingsevenementen, adviesverlening en allround niet-medische ondersteuning voor huisartsen, met de input van jonge huisartsen en met de nodige antennes in het veld. Wij heten Jacqueline van harte welkom in onze stuurgroep Focus.

COMMISSIE PERMANENTE VORMING – PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS

De nieuwe nascholingskalender MCH 2020-2021 vindt u op de website van MCH (cfr. link:www.medischcentrumhuisartsen.be).

- Meld tijdig de komst van uw nieuwe HAIO aan het MCH zo kan de opstart in uw praktijk van deze nieuwe collega vlot verlopen!
-
- Start je als HAIO bij je eerste praktijkopleider of ben je al een jaartje bezig en verander je van praktijkopleider? Laat dit dan zo snel mogelijk weten via bijgaand webformulier.
 - Start er een nieuwe HAIO bij u in de praktijk, laat ons dit dan zeker weten. Zo kunnen we zorgen voor gepersonaliseerde aanvraagformulieren, toegang tot Lab Online, toegang tot elkaars resultaten binnen de praktijk...

Gelieve via bijgaande link - [invulformulier HAIO](#)- de gegevens van uw HAIO te bezorgen aan MCH.
