



Paul Gauguin – La vision après le sermon 1888

De bevolking kijkt toe hoe politici en experts worstelen met Covid-19 maatregelen?
Een link naar de actuele WHO guidelines voor behandeling van Covid-19 : <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3379>

MCH DIGEST

WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

Een maandelijkse wandeling door de medische literatuur

verschijnt maandelijks - november 2021

nr. 372

DOOR DR. LESLIE VANDER GINST & DR. WILLY STORMS



Inhoudstafel

Nascholingsprogramma academiejaar 2021-2022	5
Farmacologie	8
Neveneffecten van quinolones	8
Maladie d'Alzheimer : encore un médicament mal venu	11
Inflammation des grands plis du corps : soins locaux et antifongiques	11
Current evidence on dietary intakes of fatty acids and mortality	12
Variatie in voeding is gunstig voor mortaliteit	13
Geriatric	16
Ouderen in een WZC meer calcium en eiwitten geven vermindert de kans op fractures	16
Urologie	17
Acute urine retentie en een onderliggende kanker als oorzaak?	17
Rubriek Dagelijkse Praktijk / Proctologie	18
Incisie of afwachten bij een getromboseerde anale randvene ?	18
Rubriek Dagelijkse Praktijk	20
Switch naar intermitterende ijzersuppletie bij ferriprieve anemie	20
Rubriek Neurologie	22
Een psychogene aandoening of 'FE': het belangrijkste is een goede anamnese	22
Rubriek Dagelijkse Praktijk / Gynaecologie	25
Implanon NXT s.c. inbrengen en mogelijke gevolgen	25
Rubriek Infectieziekten	28
Screenen van en vaccineren tegen HPV-gerelateerde kanker	28

Rubriek Pediatrie / Abdominale Heelkunde.....	31
Snelle beklemming van liesbreuk bij kinderen.....	31
Rubriek Farmacotherapie	34
Covid-19 vertoont een laag risico op bacteriëmie	34
Rubriek Covid-19.....	35
Argumenten voor en tegen buikligging bij NIET-beademde patiënten met covid-19.....	35
BRONNEN	38

Dilemma

Kiezen is verliezen. Zo is het vaak als men beslissingen neemt. Dat moet ook Loeki Knol hebben gedacht toen ze het liedje 'Wat heb je nou aan algebra' schreef. En dat ging dan over kiezen tussen twee geliefden of tussen kaas en pruimenjam. Hollandser kan het niet. En algebra hielp haar daar niet bij, teveel andere factoren. Maar er bestaan belangrijkere kwesties.

Bij beleidsbeslissingen moet er worden gekozen en komt het bekende enerzijds/anderzijds, waarop een politieke partij tot nu het patent leek te hebben, volop tot zijn recht.

Neem nu de klimaatdiscussies. De dilemma's tussen elektriciteit, gas, waterstof en kernenergie. Uitputbare en vervuilende fossiele brandstoffen tegenover radioactief afval dat ons vele eeuwen zal vergezellen. En met het weliswaar kleine risico dat we ons ooit wentelen in een radioactieve wolk. Dat de mensheid nog het begrip groene kernenergie mag beleven... Op veel deelfacetten zijn voor- en tegenargumenten te vinden, een gedroomd terrein voor het leger lobbyisten dat ook rond de klimaatconferentie in Glasgow hangt. En het gehakketak tussen politieke partijen komt volop op dreef, niet alleen in België.

Zullen we dan toch elektrisch rijden? Of toch liever opteren voor de groene waterstofoptie. Er worden nogal wat kritische bedenkingen geplaatst bij de elektrische auto. Stroom komt ergens vandaan natuurlijk. Zal men voldoende elektriciteit kunnen produceren die van groene oorsprong is? De ontginning van metalen nodig voor de batterijen zal steeds moeilijker worden door ontginning op moeilijk te bereiken plaatsen. Voor sommige metalen is de wereldvoorraad ook al precair en stijgen de marktprijzen. Grondstoffen zijn niet onuitputtelijk, waarschuwde het Rapport van Rome al in 1973. Productie van batterijen en vooral het verwerken van afgedankte batterijen is ook al niet zo milieuvriendelijk. Of zullen we nog een keer Afrika opzadelen met bijkomende elektronische afval, zonnepanelen en batterijen?

Aan alle voorstellen die het klimaat moeten redden hangt een prijskaartje. We weten dat hoe langer we wachten hoe duurder de rekening zal worden. De publieke opinie beseft in versnelde mate dat het klimaatprobleem dringend wordt. Getriggerd door de oplopende energierekening hebben velen begrip voor bv woningisolatie. Minder voor een elektrische auto wegens kostprijs en wat ongemakken, zoals oplaadplaats en actieradius.

Maar wie zal opdraaien voor transitiekosten is nog geen uitgemaakte zaak. Industrie, overheid, jan-met-de-pet: daar zal nog veel inkt over vloeien.

Wie moet het meest wegen op de besluitvorming zoals in Glasgow: de oude grijze blanke mannen die nu aan de knoppen zitten of de sprankelende jeugd over wiens toekomst het nu gaat? Die gelijk ook verwonderd kijkt naar de delegatie van een land die parmantig met achthonderd mensen, tachtig auto's en vier vliegtuigen naar een klimaatconferentie komt. Dat zal wel een illustratie zijn van de bla-bla-bla zeker?

Diezelfde jeugd ziet ook wel met lede ogen dat de nouveaux riches van deze wereld een nieuw speeltje hebben dat 'ruimtetoerisme' heet en meteen een ecologische aanfluiting is zonder wetenschappelijke meerwaarde. Het kunnen best dezelfde zijn die de bitcoins, een andere ecologische ramp, tot eigen profijt willen slijten aan jan-en-alleman.

Alle ogen worden gericht op de wetenschap. Die moet en zal de klimaatcrisis oplossen. De verwachtingen van de publieke opinie zijn hoog gespannen.

Dat was ook zo en is nog altijd zo voor het omgaan met de coronacrisis. Maar hier waren de verwachtingen zo hoog gespannen dat teleurstellingen onvermijdelijk zijn voor wie van de wetenschap mirakels verwacht. Het is niet zo simpel mensen ervan te overtuigen dat de overheid niet alles kan oplossen. Dat de bijdrage van ieder individu belangrijk blijft, zoals het dragen van een mondmasker. Onder het motto: 'alleen ga je sneller, maar in groep ga je verder'.

Dr. Karel DE KOKER

Bestuurder MCH



Nascholingsprogramma academiejaar 2021-2022

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

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

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

- 18.11.2021 Titel: [Klinische navormingsavond MCH Wezembeek-Oppem](#)
- 25.11.2021 Titel: [Klinische navormingsavond MCH Leuven](#)
- 16.12.2021 Titel: Robotica in de orthopedie – zin of onzin? Wat is er veranderd voor de patiënten en hun huisartsen in de laatste 15 jaar in verband met de heupprothese: myths and traditions
Sprekers: dr. Etienne Willemart & dr. Stijn Ghijselings, orthopedie MCH Wezembeek-Oppem
Moderator: dr. Paul Milants, orthopedist MCH Leuven
- 20.01.2022 Titel: Het EMD als instrument tijdens de consultatie
Sprekers: dr. Nicolas Delvaux, dr. Patrick Coursier
Moderator: dr. Willem Raat, huisarts
- 17.02.2022 Titel: Voorschrijven van psychofarmaca bij kwetsbare groepen
Spreker: dr. Jeroen Decoster, medisch directeur, hoofdarts en psychiater
Moderator: dr. Van Raemdonck Annelies, huisarts
- 17.03.2022 Titel: Hoofdpijn: casuïstiek voor de Huisarts
Sprekers: dr. Anneke Govaerts, diensthoofd neurologie RZ Tienen, dr. De Pauw Adinda, neuroloog AZ Damiaan, dr. Annick Verstappen, diensthoofd neurologie GZA ziekenhuizen
Moderator: dr. Nele Van Pee, huisarts
- 21.04.2022 Titel: Spirometrie voor de huisarts
Spreker: dr. Nikolaas De Maeyer, pneumoloog MCH Leuven
Moderator: Geert Van Boxem, huisarts
- 19.05.2022 Titel: Artificiële intelligentie in de huisartsenpraktijk
Spreker: VAIA
Moderator: nog te bepalen
- 16.06.2022 Titel: Anticonceptie: indicatiestelling en opvolging door de huisarts
Sprekers: dr. Floris De Knijf – huisarts, dr. Sabine Van Baelen – huisarts, dr. Birgitte Schoenmakers ACHG, UGP huisarts
Moderator: Geert Van Boxem, huisarts



2. WERK GROEP HUISARTSEN MIDDAGNASCHOLING MCH (VERANTWOORDELIJKE DR. KAREL DE KOKER & DR. JACQUELINE VAN DE WALLE) TWEDE DINS DAG VAN DE MAAND – BRABANTHAL – AANVANG: 12.00U

- 14.12.2021 Titel: Zwangerschapskeuzes in de huisartsenpraktijk: hoe toekomstige ouders verder op weg helpen (ondersteunen)?
Spreker: mevr. Silke Brants, filosofe - klinisch seksuologe - relatie - en gezinstherapeut bij Fara
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle, huisarts
- 11.01.2022 Titel: Hartfalen, van diagnose tot behandeling. Wat is er nieuw in de nieuwe Europese hartfalen richtlijnen?
Spreker: dr. Ciarka Agnieszka, cardioloog MCH Wezembeek-Oppem en MCH Leuven
Moderator: dr. Karel de Koker, huisarts
- 08.02.2022 Titel: Systeemziektes: update voor de huisarts
Spreker: prof. dr. Ellen De Langhe, reumatoloog UZ Leuven
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle, huisarts
- 08.03.2022 Titel: Tolken en interculturele bemiddeling in de huisartsenpraktijk
Sprekers: dr. Alslabi Ola, pediater MCH Leuven & dr. Birgitte Schoenmakers, ACHG - UGP huisarts
Moderator: dr. Karel de Koker, huisarts
- 19.04.2022 Titel: Brandwonden: zorg voor de huisarts
Spreker: prof. dr. Michael P. Casaer, Anesthesist – Intensivist Kliniekhoofd in UZ Leuven Intensieve Geneeskunde en Brandwonden
Hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde KU Leuven
Moderator: dr. Karel de Koker, huisarts
- 10.05.2022 Titel: Bewindvoering, wilsonbekwaamheid
Spreker: prof. Tom Goffin - docent gezondheidsrecht aan de UGent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle, huisarts
- 14.06.2022 Titel: Het labo microbiologie anno 2022
Spreker: dr. Sarah Gils, klinisch bioloog MCH Leuven
Moderator: Klinisch bioloog MCH
-



3. KLINISCHE NAVORMINGAVONDEN 2021 SPECIALISTEN - HUISARTSEN MCH

De klinische navormingsavonden hebben als doel huisartsen en specialisten op een interactieve manier samen te brengen. Met 100 specialisten in 29 verschillende disciplines, is het niet altijd even eenvoudig om jouw patiënt naar de juiste specialist door te verwijzen. Tijdens deze avonden stellen specialisten hun discipline voor aan de hand van een demonstratie van klinische of technische vaardigheden, een casusbeschrijving.

18.11.2021 MCH Wezembeek-Oppem

25.11.2021 WZC Edouard Remy - Leuven

Het Volledige programma van deze klinische navormingsavonden staat op onze [website](#).

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

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

- 25.11.2021 Titel: Arbeidsgeneeskunde
Spreker: dr. Ella Haemers, Attentia
Moderator: dr. De Luc Pelecijn
- 16.12.2021 Titel: Update reumatologie
Spreker: dr. Veerle Taelman, reumatoloog MCH Wezembeek-Oppem
Moderator: dr. Vanleeuwe Jan
- 27.01.2022 Titel: Nieuwe technieken in de behandeling van infertiliteit
Spreker: prof. dr. Herman Tournaye, Fertiliteitscentrum VUB
Moderator: dr. De Luc Pelecijn
- 24.02.2022 Titel: Update spirometrie: zuchten voor patiënt en huisarts ?
Spreker: Desie Nele, Pneumologie MCH
Moderator: dr. Fonteyn Olivier
- 24.03.2022 Titel Vraag wat het OCMW voor u kan doen
Spreker: OCMW
Moderator: dr. Walraet Jan
-

Medische artikels

Farmacologie

Neveneffecten van quinolones

Fluoroquinolones are broad-spectrum antibiotics with good oral bioavailability. They are used for the treatment of a wide variety of infections, but there are restrictions on prescribing these drugs.

Epidemiological studies have reported an increased risk of rare adverse effects. These include tendinopathy and tendon rupture, peripheral neuropathy and aortic aneurysm.

Safe prescribing of fluoroquinolones requires recognition of patients with risk factors for toxicity. Prompt drug discontinuation is recommended in the event of an adverse reaction.

Practising antimicrobial stewardship by prescribing fluoroquinolones only when alternative drugs are unavailable is also key to limiting adverse events and antibiotic resistance

Introduction

Fluoroquinolones are broad-spectrum antibiotics with good oral bioavailability. Their indications include treatment of urinary tract infections, pneumonia, gastroenteritis and gonococcal infections. Worldwide, fluoroquinolone use is increasing and has been associated with rising rates of resistance. However, use remains relatively low in Australia

compared to other countries due to restrictions placed on government-subsidised prescribing of fluoroquinolones.

In addition to the emergence of resistance, recent epidemiological studies have shown an association between fluoroquinolones and rare but significant adverse events. These include tendon rupture and aortic aneurysm and dissection.

Mechanism of action and spectrum of activity

The three systemic fluoroquinolones available for use in Australia are ciprofloxacin, norfloxacin and moxifloxacin. Additionally, ofloxacin is available for topical use in bacterial keratitis. Ciprofloxacin and norfloxacin have excellent activity against aerobic Gram-negative organisms, with ciprofloxacin being especially effective against *Pseudomonas aeruginosa*. Moxifloxacin has additional activity against anaerobes and Gram-positive organisms, particularly pneumococci, but lacks activity against *P. aeruginosa*.

Fluoroquinolones exert antimicrobial effects by inhibiting bacterial topoisomerases II and IV. Antibiotic resistance arises from mutations in these target enzymes.

Adverse effects

The adverse effects of fluoroquinolones can be limited by restricting their use to infections that cannot easily be managed with other antibiotics.

Tendinopathy

Fluoroquinolones are associated with a two- to fourfold increased risk of acute tendinopathy (defined as pain or reduced function without rupture) and tendon rupture. The incidence of this adverse effect may be up to 2% in patients aged 65 years and above, compared with a background tendon rupture rate of approximately 0.9% in the general population.

The onset of tendinopathy is highest within the first month after drug exposure. The Achilles tendon is most commonly affected, with severe and sudden onset pain being a characteristic clinical presentation. While optimal management of fluoroquinolone-associated tendon disorders is unclear, prompt drug discontinuation is recommended alongside supportive measures such as analgesia and physiotherapy. The majority of patients (90%) are managed non-operatively with recovery taking a median of one month. There are long-term sequelae including difficulty walking,



decreased range of motion and pain in up to 10% of patients

Risk factors for fluoroquinolone-associated tendinopathy are incompletely defined. Most studies report a pooled incidence from a range of fluoroquinolones including those currently unavailable within Australia. Older age and concomitant corticosteroid use are identified as risk factors. Corticosteroids are associated with up to a 14-fold increased risk of rupture. An association with diabetes or renal failure is less clear.

The mechanism of tendinopathy is unknown. One study found that the risk increased with higher cumulative drug exposure, suggesting a dose-dependent relationship. Collagen degradation due to upregulation of matrix metalloproteinases has also been proposed.

Aortic aneurysm and dissection

The evidence associating fluoroquinolone use and aortic aneurysm and dissection is conflicting. A meta-analysis based on four observational studies has suggested a two- to threefold increased risk, with the number of fluoroquinolone courses needed to harm one patient being 1301. Observational studies, however, are affected by residual confounding and surveillance bias. To minimise differences in rates of imaging that may arise between fluoroquinolone-exposed and non-exposed patients, a case-control study of over one million US patients compared the risk of aortic aneurysm and dissection for specific antibiotic

indications. Against azithromycin for pneumonia, the risk of aortic aneurysm and dissection was 2.5 times greater, but there was no risk difference when compared against trimethoprim-sulfamethoxazole for urinary tract infection. The absolute rate of aortic aneurysm and dissection was also very low at less than 0.1%. The authors concluded that the benefits of fluoroquinolones may outweigh a rare potential risk of aortic aneurysm and dissection in some patients.

In contrast, another study found no difference in the risk of aortic aneurysm and dissection between fluoroquinolones and other antibiotics typically used for severe infections (such as amoxicillin-clavulanate or cephalosporins). However, there was an increased risk across all types of infection including pneumonia, genitourinary, intra-abdominal, and soft tissue and bone infections. The authors suggested that infection severity may therefore confound the observed association between fluoroquinolone exposure and aortic disease, particularly as fluoroquinolones are often used for more serious infections and in older patients. Alternatively, a surveillance bias toward imaging patients with severe infection may have strengthened the observed association between sepsis and aortic aneurysm and dissection. A recent retrospective study reported the risk of rupture, surgery and death only in patients admitted with aortic aneurysm or dissection, thus reducing the risk of surveillance bias. It found a 1.8-fold increased risk of 'aortic death'

in patients who had taken fluoroquinolones. However, the comparator group was amoxicillin and not a broader spectrum drug, possibly confounding the range of infections for which the two groups of patients were treated. When aortic aneurysm and dissection are detected, patients should stop the drug immediately and be referred for appropriate observation and surgical intervention. Particular care should be taken in patients with a family history of aneurysm, pre-existing aortic aneurysm, or the presence of other risk factors including Marfan's syndrome or other connective tissue diseases. There is an updated warning in the Australian and international product information for fluoroquinolone antibiotics.

Peripheral neuropathy

A limited number of observational studies suggest that fluoroquinolones increase the risk of peripheral neuropathy, manifesting as numbness or pain, by up to 1.5-fold. However, the occurrence of neuropathy in fluoroquinolone-exposed patients is still rare, with an absolute risk increase in a large database study of just 0.02% per year among all patients, and 0.04% per year in those aged 60 years or above. Risk factors for fluoroquinolone-associated neuropathy include increased body mass index, as well as other known causes of neuropathy such as amyloidosis, alcohol abuse, shingles, and Sjögren syndrome. However, the association between neuropathy and fluoroquinolone use, in the database study,



remained even in a subgroup analysis excluding patients with these underlying conditions. The mechanism of neuropathy remains undefined, with case reports describing evidence of small fibre damage on nerve biopsy. It is unclear if symptoms are reversible after stopping the drug.

Retinal detachment

Evidence for an association between fluoroquinolone use and retinal detachment is conflicting. While a Canadian cohort study reported an up to 4.5-fold increased risk of retinal detachment with current fluoroquinolone use, most subsequent studies, including two recent meta-analyses, have found no increased risk. One explanation for the findings of the Canadian study was the presence of an older cohort (mean age 61 years) including patients post-cataract surgery which is a known risk factor for retinal detachment.

QTc prolongation and cardiac arrhythmia

The absolute risk of torsades de pointes with fluoroquinolone use is low, equating to 160 additional serious arrhythmias per 1,000,000 antibiotic courses. However, the risk can be increased by hypokalaemia, hypomagnesaemia and drugs that prolong the QTc interval on the ECG. There is a particular risk associated with moxifloxacin. This drug probably has twice the risk of arrhythmia compared to ciprofloxacin and levofloxacin.

QTc prolongation occurs due to blockade of cardiac delayed rectifier potassium channels. This leads to prolongation of the action potential.

Gastrointestinal effects

Nausea, vomiting, diarrhoea and taste disturbance have been reported to occur in up to 20% of patients treated with fluoroquinolones. Like all antibiotics, fluoroquinolones carry a risk of Clostridium difficile infection. Fluoroquinolone-resistant C. difficile infections have emerged in response to increased fluoroquinolone prescribing. Hepatotoxicity with elevation in transaminases is a class effect of fluoroquinolones. Severe hepatotoxicity with acute liver failure is extremely rare, with the exception of trovafloxacin which was withdrawn from the market.

Hyperglycaemia and hypoglycaemia

Observational studies have reported increased risks for hyperglycaemia and hypoglycaemia with fluoroquinolones. The risk of hyperglycaemia (2.5-fold) and hypoglycaemia (2.1-fold) is higher with moxifloxacin than with ciprofloxacin (1.9- and 1.5-fold) after adjustment for relevant baseline factors such as diabetic treatment.

The dysglycaemia is thought to be due to sulfonylurea-like effects on the ATP-sensitive potassium channels of pancreatic islet cells.

Central nervous system effects

Fluoroquinolones have been associated with adverse effects on the central nervous system, including psychiatric adverse reactions. These effects have been included in a boxed warning, on the product labels, by the US Food and Drug Administration. The reported adverse reactions include agitation tremor, hallucinations, psychosis and convulsions.

Conclusion

In Australia, fluoroquinolone prescribing is restricted to infections resistant to all other recommended drugs. Serious adverse effects are rare but significant, and include tendinopathy, aortopathy, neuropathy, arrhythmia, hypoglycaemia and hyperglycaemia. Prescribers should be aware of the risk factors for fluoroquinolone toxicity including patients over 60 years and patients with comorbidities or interacting drugs.

Patients should remain vigilant for symptoms such as tendon or abdominal pain and report these promptly. Appropriate patient education and prompt drug discontinuation in the event of an adverse reaction are important considerations when prescribing fluoroquinolones.

<https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/fluoroquinolone-antibiotics-and-adverse-events>



Maladie d'Alzheimer : encore un médicament mal venu

Malgré l'absence d'efficacité démontrée de l'aducanumab (Aduhelm®) dans la maladie d'Alzheimer, tout est en place pour que ce médicament suscite l'espoir des patients et de leurs proches, et surtout les intérêts de la firme et de ses actionnaires.

Un médicament efficace avec des effets indésirables acceptables ans la maladie d'Alzheimer ? Aucun doute qu'un tel médicament serait plus que bienvenu pour nombre de patients, leurs proches et les soignants. Et pourtant, l'annonce par l'agence étatsunienne du médicament (FDA) d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) de l'aducanumab (Aduhelm®) dans cette maladie a été très critiquée.

Les deux essais cliniques initiaux n'ayant pas démontré d'efficacité de l'aducanumab pour freiner la progression de la maladie, la firme les a arrêtés. Puis elle a réanalysé les données et a fait une demande d'AMM auprès de la FDA. En 2020, le comité d'experts sur les maladies du système nerveux de la FDA a donné un avis négatif à cette demande, presque à l'unanimité. Mais la FDA a délivré quand même une AMM accélérée, en s'appuyant sur la réduction des plaques amyloïdes, un critère non clinique dont le lien avec l'évolution de la maladie n'a pas été retrouvé dans de nombreuses études. Le médicament est effectivement actif sur les plaques amyloïdes, au point d'entraîner des œdèmes cérébraux chez environ un tiers des

patients... La FDA a accordé à la firme un délai de 9 ans pour réaliser un autre essai comparatif sur des critères cliniques.

Cette AMM a suscité de nombreuses critiques et a conduit à la démission de trois membres du comité d'experts. Avec un prix de 56 000 dollars le traitement annuel, la firme saura certainement alimenter une forte demande pour ce médicament, par des investissements en publicité et en "formation" continue des soignants.

©Prescrire 1er octobre 2021

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/61480/0/NewsDetails.aspx>

Inflammation des grands plis du corps : soins locaux et antifongiques

Le traitement de premier choix d'une inflammation de la peau au niveau des grands plis (alias intertrigo) vise à limiter la macération et l'irritation de la peau. Quand cela est insuffisant ou difficile à mettre en œuvre, ou quand une mycose est évoquée, l'application cutanée d'un antifongique azolé est le traitement médicamenteux de premier choix.

Un intertrigo est une inflammation de la peau au niveau d'un pli du corps, en général sans gravité. Les lésions des intertrigos des grands plis siègent le plus souvent sous les seins, entre les fesses, au niveau des aines, des aisselles, de l'abdomen ou du cou. Ces lésions provoquent

des douleurs, des sensations de brûlure et des démangeaisons. Les facteurs favorisants sont surtout ceux qui entretiennent la macération et l'irritation de la peau, notamment : obésité, allaitement, incontinence, sudation excessive, difficultés à sécher la peau, application de produits irritants ou allergisants. Les intertrigos des grands plis disparaissent rarement tant que les conditions qui ont conduit à leur apparition persistent. Les surinfections bactériennes telles qu'un abcès sont rares ; elles sont plus fréquentes chez les patients diabétiques ou immunodéprimés ; en cas de lésions cutanées liées au grattage ; quand des lésions sont fissurées.

Le traitement de premier choix vise à limiter la macération et l'irritation de la peau qui sont en cause : aérer les plis atteints ; se laver quotidiennement avec un savon à pH neutre ; sécher la peau par tamponnement avec un linge ou avec un sèche-cheveux, sans exposer la peau à une chaleur excessive ; apposer une pièce absorbante de coton ou de gaze au niveau des plis atteints ; éviter tout contact des lésions avec des produits irritants ou allergisants. Quand ces mesures sont insuffisantes ou difficiles à mettre en œuvre, ou quand une mycose est évoquée, l'application cutanée d'un



antifongique azolé (éconazole) est le traitement médicamenteux de premier choix. Certains médicaments ou produits de santé sont à écarter lors d'un intertrigo des grands plis :

Current evidence on dietary intakes of fatty acids and mortality

Findings from the associations between dietary intakes of different fatty acids and longevity are of particular interest to researchers, healthcare providers, and patients. Based on our meta-analysis of 41 articles from cohort studies, dietary intake of alpha linolenic acid (ALA) was associated with a reduced risk of mortality from all causes, cardiovascular disease, and coronary heart disease, and a slightly higher risk of cancer mortality. In a mixed diet, however, ALA is consumed with other fatty acids with different effects. Therefore, finding the effects of other fatty acids might help us to determine the overall effect of a diet that includes fats.

Why fatty acids matter in healthy diets

Adherence to healthy diets can delay the onset of cardiovascular disease (CVD) and cancer and improve longevity. Fatty acids are the major components of these diets. Findings on the associations between different types of fatty acids and mortality are, however, inconsistent. In this Fast Facts article, we summarize the available findings.

Saturated fatty acids

Saturated fatty acids contain carbon-to-carbon single bonds only. Palmitic acid, stearic acid, and myristic acid are the most common saturated fatty acids found in animal products, including

talc, dermocorticoïdes, éosine aqueuse et violet de gentiane.

©Prescrire 1er octobre 2021

dairy, red meat, egg, coconut and palm oils, and chocolate. A meta-analysis of cohort studies revealed no evidence of a positive association between intake of saturated fatty acids and deaths from CVD and coronary heart disease. Disregarding intakes of other types of fats might be a reason for the statistically non-significant associations found in the meta-analysis. This claim was further confirmed when a review study concluded that a lower intake of saturated fatty acids, coupled with a higher intake of polyunsaturated and monounsaturated fatty acids, was associated with a lower risk of CVD and other major causes of death. For cancer related mortality, findings are inconclusive. Future studies should therefore determine the link between intake of saturated fatty acids and cancer risk or cancer mortality.

Trans fatty acids

Trans fatty acids are produced by industry through partial hydrogenation of liquid plant oils or are naturally available in meat and dairy products. Vaccenic acid (natural) and elaidic acid (industrial) are the most common trans fatty acids in diet. A meta-analysis of six cohort studies showed positive associations between intake of trans fatty acids and risks of all cause and coronary heart disease mortality. Also,

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/61485/0/NewsDetails.aspx>

evidence suggests a positive association between intake of dietary trans fatty acids and cancer. In line with these findings, randomised controlled trials have shown that replacement of calories from other types of fats with those from trans fatty acids raises levels of low density lipoprotein cholesterol, apolipoprotein B, triglycerides, and Lp(a) lipoprotein and lowers levels of high density lipoprotein cholesterol and apolipoprotein A1. Overall, the suggestion to restrict trans fatty acids from the diet might be an optimal strategy for reducing the risk of cancer and cardiometabolic disease and increasing longevity. Recent evidence, however, suggests that the adverse effects of trans fatty acids are related to industrial trans fatty acids and that natural trans fatty acids are safe.

Omega 6 fatty acids

Polyunsaturated fatty acids contain more than one double bond in their carbon chain. Biologically relevant families are omega 6 and omega 3 fatty acids. These two classes of fatty acids are not converted to each other. The most abundant type of omega 6 fatty acid is linoleic acid, which is metabolised to arachidonic acid and subsequently to some prostaglandins, leukotrienes, and thromboxanes that are involved in inflammatory responses. The main



sources of linoleic acid are plant oils, whole grains, nuts, and seeds. Based on a meta-analysis of 44 prospective cohort studies, a high intake of linoleic acid was associated with a modestly lower risk of mortality from all causes, CVD, and cancer. A review study considered all fatty acids and reported that dietary intake of linoleic acid, in replacement of saturated fatty acids or carbohydrates, had moderate benefits for preventing CVD. However, because linoleic acid is a precursor for producing compounds involved in inflammatory responses, more studies are needed to confirm the health benefits of this fatty acid.

Omega 3 fatty acids

In the family of omega 3 fatty acids, much attention has been paid to ALA, eicosapentaenoic acid, and docosahexaenoic acid. ALA is readily available in soybean, nuts, canola oils, flaxseed, and other plant food sources and is metabolised to eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid, both of which have anti-inflammatory properties. Eicosapentaenoic acid and docosahexaenoic acid are long chain polyunsaturated fatty acids available in seafoods. In our meta-analysis, we

found that dietary intake of ALA was associated with a reduced risk of mortality from all causes, CVD, and coronary heart disease, and a slightly higher risk of cancer mortality. Also, a meta-analysis on marine sources of omega 3 fatty acids indicated an inverse association with all cause mortality. In line with the meta-analyses of cohort studies, a meta-analysis of 45 clinical trials showed that supplementation with omega 3 fatty acids was associated with improved lipid profile, inflammation, and glycaemia in people with diabetes. Despite the beneficial effects of omega 3 fatty acids, recommendations for intakes should be made cautiously because ALA intake might slightly increase the risk of cancer mortality. Further studies are, however, needed to confirm the increased risk.

Omega 9 fatty acids

Omega 9 fatty acids often have one double bond and therefore are considered as monounsaturated fatty acids. The major omega 9 fatty acid in the food supply is oleic acid, which is available in nuts and vegetable oils, particularly olive oil. A meta-analysis of 17 cohort studies showed that intake of monounsaturated fatty acids was associated

with a reduced risk of all cause mortality, with no statistically significant association with CVD and cancer mortality. In a meta-analysis of 32 cohort studies, however, dietary intakes of monounsaturated fatty acids, olive oil, and oleic acid were associated with an overall risk reduction of mortality from all causes, CVD, and stroke. It seems that the link between intake of monounsaturated fatty acids and cancer is unclear and further studies are needed.

Conclusion

Evidence suggests that a diet with a high amount of omega fatty acids (3, 6, and 9), a low amount of saturated fatty acids, and zero to a low amount of trans fatty acids might improve health outcomes and increase longevity. Further studies are still needed to assess the association between ALA and cancer and between omega 6 fatty acids and inflammatory based diseases. Future studies should also determine the effects of a diet high in fatty acids and low in saturated and trans fatty acids on health outcomes.

<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2379>

Variatie in voeding is gunstig voor mortaliteit

Background

Food biodiversity, encompassing the variety of plants, animals, and other organisms consumed as food and drink, has intrinsic potential to underpin diverse, nutritious diets and improve Earth system resilience. Dietary species richness

(DSR), which is recommended as a crosscutting measure of food biodiversity, has been positively associated with the micronutrient adequacy of diets in women and young children in low- and middle-income countries (LMICs). However, the relationships between DSR and

major health outcomes have yet to be assessed in any population.

Methods and findings

We examined the associations between DSR and subsequent total and cause-specific



mortality among 451,390 adults enrolled in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) study (1992 to 2014, median follow-up: 17 years), free of cancer, diabetes, heart attack, or stroke at baseline. Usual dietary intakes were assessed at recruitment with country-specific dietary questionnaires (DQs). DSR of an individual's yearly diet was calculated based on the absolute number of unique biological species in each (composite) food and drink. Associations were assessed by fitting multivariable-adjusted Cox proportional hazards regression models. In the EPIC cohort, 2 crops (common wheat and potato) and 2 animal species (cow and pig) accounted for approximately 45% of self-reported total dietary energy intake [median (P10–P90): 68 (40 to 83) species consumed per year]. Overall, higher DSR was inversely associated with all-cause mortality rate. Hazard ratios (HRs) and 95% confidence intervals (CIs) comparing total mortality in the second, third, fourth, and fifth (highest) quintiles (Qs) of DSR to the first (lowest) Q indicate significant inverse associations, after stratification by sex, age, and study center and adjustment for smoking status, educational level, marital status, physical activity, alcohol intake, and total energy intake, Mediterranean diet score, red and processed meat intake, and fiber intake [HR (95% CI): 0.91 (0.88 to 0.94), 0.80 (0.76 to 0.83), 0.69 (0.66 to 0.72), and 0.63 (0.59 to 0.66), respectively; $P_{Wald} < 0.001$ for trend]. Absolute death rates among participants in the highest and lowest

fifth of DSR were 65.4 and 69.3 cases/10,000 person-years, respectively. Significant inverse associations were also observed between DSR and deaths due to cancer, heart disease, digestive disease, and respiratory disease. An important study limitation is that our findings were based on an observational cohort using self-reported dietary data obtained through single baseline food frequency questionnaires (FFQs); thus, exposure misclassification and residual confounding cannot be ruled out.

Conclusions

In this large Pan-European cohort, higher DSR was inversely associated with total and cause-specific mortality, independent of sociodemographic, lifestyle, and other known dietary risk factors. Our findings support the potential of food (species) biodiversity as a guiding principle of sustainable dietary recommendations and food-based dietary guidelines.

Author summary

Why was this study done?:

Facilitating populations to transition to diets that are both nutritious and sustainable is a key challenge for human and environmental health. Dietary (between food group) diversity is increasingly advocated within the framework of dietary recommendations and food-based dietary guidelines.

Food biodiversity, defined as the variety of plants, animals, and other organisms that are consumed between and within food groups

globally, is a potential lever for improved public and planetary health. Nevertheless, scientific evidence is a prerequisite to understand the associations between metrics of food biodiversity and major health outcomes. Thus far, evidence regarding the positive association between dietary species richness (DSR), i.e., the absolute number of unique species consumed by an individual, and micronutrient adequacy of diets is limited to low- and middle-income countries (LMICs).

What did the researchers do and find?:

This study assessed the relationships between DSR and all-cause and cause-specific mortality in the large and diverse European population that constitutes the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC) cohort, including 451,390 adults from 9 European countries with 46,627 recorded deaths between 1992 and 2014. In addition, this study provides a picture of the usual consumption of food and beverage species across 9 European countries.

Higher DSR was inversely associated with total mortality rate and cause-specific deaths due to cancer, heart disease, respiratory disease, and digestive disease, independent of other established components of diet quality. Overall, self-reported total energy intake was derived from a narrow range of species.

What do these findings mean?:

Our findings add to the evidence base on the relevance of food biodiversity, both between



and within food groups, as a basis for public health strategies championing dietary (species) diversity in European countries.

These findings will play a key role in communications about the merits of biodiversity stewardship, in the context of

ongoing European/global debate on nutritious and sustainable diets for a stable Earth system

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003834>



Geriatricie

Ouderen in een WZC meer calcium en eiwitten geven vermindert de kans op fracturen

Abstract

Objective:

To assess the antifracture efficacy and safety of a nutritional intervention in institutionalised older adults replete in vitamin D but with mean intakes of 600 mg/day calcium and <1 g/kg body weight protein/day.

Design:

Two year cluster randomised controlled trial.

Setting:

60 accredited residential aged care facilities in Australia housing predominantly ambulant residents.

Participants:

7195 permanent residents (4920 (68%) female; mean age 86.0 (SD 8.2) years).

Intervention Facilities were stratified by location and organisation, with 30 facilities randomised to provide residents with additional milk, yoghurt, and cheese that contained 562 (166) mg/day calcium and 12 (6) g/day protein achieving a total intake of 1142 (353) mg

calcium/day and 69 (15) g/day protein (1.1 g/kg body weight). The 30 control facilities maintained their usual menus, with residents consuming 700 (247) mg/day calcium and 58 (14) g/day protein (0.9 g/kg body weight).

Main outcome measures:

Group differences in incidence of fractures, falls, and all cause mortality.

Results:

Data from 27 intervention facilities and 29 control facilities were analysed. A total of 324 fractures (135 hip fractures), 4302 falls, and 1974 deaths were observed. The intervention was associated with risk reductions of 33% for all fractures (121 v 203; hazard ratio 0.67, 95% confidence interval 0.48 to 0.93; P=0.02), 46% for hip fractures (42 v 93; 0.54, 0.35 to 0.83; P=0.005), and 11% for falls (1879 v 2423; 0.89, 0.78 to 0.98; P=0.04). The risk reduction for hip fractures and falls achieved significance at five months (P=0.02) and three months (P=0.004), respectively. Mortality was unchanged (900 v 1074; hazard ratio 1.01, 0.43 to 3.08).

Conclusions:

Improving calcium and protein intakes by using dairy foods is a readily accessible intervention that reduces the risk of falls and fractures commonly occurring in aged care residents. Trial registration Australian New Zealand Clinical Trials Registry ACTRN12613000228785.

What is already known on this topic:

Few studies have investigated the efficacy and safety of a nutritional approach to reduction of fracture risk in institutionalised older adults. One study using pharmacological doses of calcium and vitamin D reduced hip fractures in female nursing home residents with low calcium intakes and vitamin D deficiency.

What this study adds:

Supplementation using high calcium, high protein dairy foods reduced falls and fractures in vitamin D replete older adults in aged care.

<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2364>



Urologie

Acute urine retentie en een onderliggende kanker als oorzaak?

Abstract

Objective:

To examine the risk of urogenital, colorectal, and neurological cancers after a first diagnosis of acute urinary retention.

Design:

Nationwide population based cohort study.
Setting: All hospitals in Denmark.

Participants:

75983 patients aged 50 years or older with a first hospital admission for acute urinary retention during 1995-2017.

Main outcome measures:

Absolute risk of urogenital, colorectal, and neurological cancer and excess risk of these cancers among patients with acute urinary retention compared with the general population.

Results:

The absolute risk of prostate cancer after a first diagnosis of acute urinary retention was 5.1%

(n=3198) at three months, 6.7% (n=4233) at one year, and 8.5% (n=5217) at five years. Within three months of follow-up, 218 excess cases of prostate cancer per 1000 person years were detected. An additional 21 excess cases per 1000 person years were detected during three to less than 12 months of follow-up, but beyond 12 months the excess risk was negligible. Within three months of follow-up the excess risk for urinary tract cancer was 56 per 1000 person years, for genital cancer in women was 24 per 1000 person years, for colorectal cancer was 12 per 1000 person years, and for neurological cancer was 2 per 1000 person years. For most of the studied cancers, the excess risk was confined to within three months of follow-up, but the risk of prostate and urinary tract cancer remained increased during three to less than 12 months of follow-up. In women, an excess risk of invasive bladder cancer persisted for several years.

Conclusions Acute urinary retention might be a clinical marker for occult urogenital, colorectal,

and neurological cancers. Occult cancer should possibly be considered in patients aged 50 years or older presenting with acute urinary retention and no obvious underlying cause.

What is already known on this topic:

Acute urinary retention might be a clinical marker of occult cancer
Existing evidence is sparse, of older age, and limited to data from only one institution

What this study adds:

Acute urinary retention was found to be a clinical marker of prostate and other cancers
For most cancers, the excess cancer risk was confined to the first three months after a diagnosis of acute urinary retention
Occult cancer should possibly be considered in patients who present with acute urinary retention and no obvious underlying cause

<https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2305>

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst



Rubriek Dagelijkse Praktijk / Proctologie

Incisie of afwachten bij een getromboseerde anale randvene ?

Casus:

Patiënt, 40 jaar oud, komt op raadpleging omdat hij een pijnlijke zwelling voelt bij de anus: Hij voelde de zwelling 4 dagen terug opkomen en hij ondervindt dat zitten pijnlijk is. Gevolg is dat hij liever niet gaat zitten en hij blijft bij voorkeur bij het bureau rechtstaan. Inspectie: men ziet een flinke roodpaarse zwelling op de rand van de anus met wat oedeem er rond heen.

Aanpak: de diagnose is 'getromboseerde anale randvene', maar wat is het beleid: direct inciseren of spontane resorptie afwachten ?

Korte beschouwing:

Uitleg en geruststelling vormen het beste beleid, want de vraag is of een incisie in dit stadium nog heilzaam kan zijn. In het geval van de casus is de trombus na enkele dagen waarschijnlijk al aan het verweken en fibrosen en kan men beter het spontane beloop afwachten.

Background:

In het geval van een getromboseerde anale randvene spreekt men ook wel van 'perianale trombose', 'anale trombus' en 'getromboseerd uitwendig hemorroïd (aambeï)', maar de laatst genoemde aanduiding is onjuist omdat er geen sprake is van hemorroïdweefsel. Het gaat in feite om een acuut ontstane, meestal zeer

pijnlijke zwelling bij de anus, waardoor het voor de patiënt haast onmogelijk wordt om te zitten en te lopen:

- Gaat om een gladde, donkerrode of livide zwelling, die ontstaat door trombusvorming in een randvene op de rand van de anus.
- De zwelling is zeer pijnlijk bij aanraking en rondom de zwelling is vaak oedeem aanwezig, vooral als de zwelling al meerdere dagen bestaat.

Etiologie:

Niet duidelijk:

Er bestaat mogelijk een relatie met zwangerschap, obstipatie of een verkeerd defecatiegedrag. De zwelling verdwijnt onbehandeld uiteindelijk vanzelf door resorptie van de trombi en er kan hooguit een huidlapje (mariske) overblijven. Noch met varices noch met hemorroïden bestaat er een duidelijke relatie.

Verdere aanpak:

De patiënt komt meestal kort na het ontstaan op het spreekuur met veel klachten:

- Incisie van de zwelling onder lokale verdoving en uitduwen van de trombus of trombi kan men eenvoudig uitvoeren.
- Op die manier verlicht de pijn direct.

Mogelijk is excisie van trombus en bloedvat meer effectief, maar dit is ingrijpend en in Nederland is er in de eerste lijn geen ervaring mee:

- Voor excisie is er namelijk meer chirurgische ervaring nodig.
- Excisie geeft ook een groter wondbed met meer kans op bloeding.

Incideren heeft daarbij het voordeel dat het tijdens het spreekuur direct toepasbaar is, en ruim incideren en goed exprimeren van de trombus dragen bij aan de effectiviteit van de ingreep.

Chirurgische behandeling is minder heilzaam wanneer patiënt na de acute fase komt:

- Komt omdat de klachten vaak al aan het afnemen zijn.
- Komt ook omdat de trombus spontaan verweekt en geresorbeerd wordt.

Mogelijk heeft het lokaal aanbrengen van een calciumantagonist (diltiazemhydrochloride vaselinecrème FNA) of nitraat (isosorbidedinitraat vaselinecrème FNA) ook een heilzaam effect, maar het gebruik van deze middelen is voor deze indicatie off-label.

Indicaties en contra-indicaties:

Een patiënt die in de acute fase met veel klachten op het spreekuur komt, vormt de belangrijkste indicatie:



- Het probleem bestaat dan meestal minder dan 3 dagen.
- De behandeling is dan mits enige vaardigheid goed uit te voeren tijdens de raadpleging.
- Er is geen speciale voorbereiding nodig en er zijn geen risico's.

Een verwijzing naar de tweede lijn houdt tijdverlies in en genereert onnodige kosten.

Valkuilen:

Men moet de aandoening niet verwarren met marisken:

- Dit zijn niet-pijnlijke huidflapjes rond de anus.
- Ze geven hooguit wat ongemak bij het schoonhouden en behandeling hoeft niet.

Men moet de getromboseerde anale randvene ook onderscheiden van een prolaberend hemorroïd:

- Gaat om een aandoening die zelden acuut ontstaat.
- Dat het hemorroïd door het anale kanaal naar buiten prolabeert vormt een belangrijk verschilpunt.
- Meestal kan het ook in het anaal kanaal teruggeduwd worden.

Een perianaal abces kan ook een zeer pijnlijke zwelling vormen naast de anus of in de bilnaad,

maar die moet geïncideerd worden onder verdoving, en daarbij vloeit meestal veel pus af.

Uitvoering:

Voorbereiding:

De patiënt krijgt uitleg over de gang van zaken, immers na de ingreep zijn er geen beperkingen. Na adequate verdoving is de incisie niet pijnlijk en de klachten verdwijnen doorgaans direct.

Het stappenpatroon:

Stap 1: Patiënt dient met opgetrokken knieën op zijn zij te liggen.

Stap 2: Ga op een laag krukje zitten, regel de onderzoekslamp op de anale regio en laat de patiënt eventueel de bovenste bil oplichten.

Stap 3: Reinig de zwelling en omgeving, en gebruik daarvoor eventueel een desinfectans zonder alcohol.

Stap 4: Geef lokale anesthesie, zorg ervoor dat je eerst aspireert om intravasale toediening te voorkomen en injecteer daarna langzaam onder de huid van de zwelling, kan even pijnlijk zijn.

Stap 5: Maak vervolgens een radiaire incisie van ongeveer 1,5 cm, en die moet voldoende diep in de zwelling zijn.

Stap 6: Dit is optioneel: maak namelijk met een prepareerschaar de trombus los van de omgeving.

Stap 7: Duw met duim- en wijsvinger of met 2 wijsvingers de trombus eruit.

Stap 8: Verwijder andere eventueel aanwezige trombi met de scherpe lepel.

Stap 9: Controleer de hemostase, druk indien nodig gedurende enkele minuten af en breng een flink aantal gazen aan.

Complicaties en nazorg:

Er is meestal enig bloedverlies, maar dit geeft eigenlijk nooit problemen. Als de incisie te klein is, of bij incomplete evacuatie van de trombus kan er een recidief optreden. Infecties ziet men zeer zelden. Tenzij er opnieuw veel pijn of zwelling ontstaat zijn nabehandeling en controle niet nodig. Binnen enkele dagen geneest de incisie vanzelf en douchen en defecatie zijn als normaal mogelijk.

Welk instrumentarium en welke materialen heeft men nodig?

Instrumentarium: injectiespuit met naald, scalpel met mesje nr. 15, prepareerschaar, scherpe lepel.

Materialen: desinfectans (zonder alcohol), lokaal anestheticum, handschoenen, gazen 10 x 10 cm.

Huisarts & Wetenschap februari 2021 pag. 48-50. Rubriek Dagelijkse Praktijk



Rubriek Dagelijkse Praktijk

Switch naar intermittente ijzersuppletie bij ferriprievе anemie

Er is een herziening gebeurd in de NHG-Standaard Anemie aangaande de behandeling van een ferriprievе anemie (ijzergebrecsanemie). Aanleiding hiervoor waren de nieuwe inzichten in de rol van hepcidine in het ijzermetabolisme en nieuwe onderzoeken naar dagelijkse en intermitterende ijzersuppletie (1-2 maal/week).

De rol van hepcidine:

De rol hiervan in het ijzermetabolisme is in het afgelopen decennium verhelderd:

- Hepcidine wordt in de lever aangemaakt en bij een hogere intracellulaire ijzerconcentratie neemt het toe.
- Hierdoor wordt de ijzeropname in de darm gedurende 24 uur geremd.
- De hepcidineconcentratie is ongeveer 48 uur na ijzersuppletie weer genormaliseerd.

Het is daarnaast duidelijk geworden dat Hepcidine een circadiaans ritme vertoont met lagere concentraties in de ochtend (< 12 uur) t.o.v. 's middags en 's avonds. Tijdens de reproductieve fase van vrouwen is de hepcidineconcentratie tenslotte lager dan na de menopauze.

Ook hebben mannen gemiddeld hogere waarden van Hepcidine dan premenopauzale vrouwen, en die blijven hun leven lang gelijk.

Dagelijkse versus intermittente ijzersuppletie:

Intermittente ijzersuppletie bij adolescenten en volwassenen:

De onderzoeken toonden aan dat intermitterende suppletie bij vrouwen van 12 jaar en ouder even effectief is als dagelijkse suppletie met dezelfde therapietrouw en minder bijwerkingen:

De onderzoeken beperken zich wel tot jonge vrouwen.

- Er is echter geen reden om aan te nemen dat de effectiviteit van intermitterende ijzersuppletie anders zou zijn bij mannen en ouderen.

Naar de meest effectieve intermitterende ijzerdosering zijn er onvoldoende onderzoeken gedaan.

Er is daarom besloten om een dosering te kiezen die in de onderzoeken naar dagelijkse en intermitterende ijzersuppletie gegeven werd: namelijk 65mg elementair ijzer 2 maal per week.

Ijzersuppletie bij kinderen van 3 maanden tot 12 jaar:

De resultaten wezen hier dezelfde kant op als bij jonge vrouwen (net zo effectief, minder bijwerkingen), maar de kwaliteit van de onderzoeken was overwegend (zeer) laag.

Huisartsen hebben over het algemeen weinig ervaring met de behandeling van jonge kinderen met een ijzergebrecsanemie.

Zo is er dan maar besloten om aan te sluiten op het advies van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde: namelijk 1 mg elementair ijzer / kg per dag.

Dagelijkse toediening geeft uit ervaring van de kinderartsen een betere therapietrouw dan intermittente suppletie.

Ijzerpreparaten:

Ferrofumaraat blijft voor alle patiëntengroepen ongewijzigd de voorkeur genieten:

- Gaat om de laagste kosten, minste interactie met andere geneesmiddelen en geen milieuschade.
- Zo bevat ferrofumaraat 200 mg 65 mg elementair ijzer.
- Ferrofumaraatsuspensie (20 mg/ml) bevat 6,5 mg elementair ijzer per ml.

Bij de drogist kan je ook ijzerpreparaten verkrijgen, maar ze worden niet aanbevolen voor de behandeling van ferriprievе anemie:

- Ze bevatten namelijk relatief weinig ijzer (7,5-20 mg elementair ijzer).
- Ze bevatten vaak andere vitamines en zijn naar verhouding erg duur.

Besluit:



Bij kinderen < 12 jaar is het doseringsadvies aangepast naar 1 keer per dag 3 mg/kg ferrofumaraat:

- Betreft maximaal 180 mg bij kinderen < 12 jaar 's ochtends in te nemen.

- Dit was 3 maal daags 3 mg/kg in de vorige standaard.

Bij volwassenen en adolescenten is het doseringsadvies gewijzigd naar 2 maal per week 200mg Ferrofumaraat:

- Dit was in de vorige standaard 1 tot 3 maal 100 tot 200 mg ferrofumaraat per dag.
- De inname gebeurt bij voorkeur 's ochtends.

Huisarts & Wetenschap februari 2021 pag. 72.



Rubriek Neurologie

Een psychogene aandoening of 'FE': het belangrijkste is een goede anamnese

Bij een patiënt met epileptische aanvallen in de frontaalkwab vertonen de symptomen, die aanvalsgewijs voorkomen, veel gelijkenis met een gedragsstoornis of aanvallen van psychogene oorsprong en hierdoor kan de arts voor een diagnostisch dilemma komen te staan.

Casus:

Verwijzing van een 48-jarige man met een blanco psychiatrische voor geschiedenis naar de polikliniek Psychiatrie omwille van somberheidsklachten en het vermoeden van psychogene, niet-epileptische aanvallen (PNEA).

(Hetero)anamnese:

- Somberheidsklachten, anhedonie, anorexie en in- en doorslaapstoornissen staan op de voorgrond en verder vertoont hij concentratiestoornissen.
- Bovendien vertelt hij dat hij zijn vrouw had proberen te wurgen toen hij uit de douche kwam.
- Eerder is hij niet agressief geweest, maar hij is wel diverse malen incontinent geweest voor urine, o.a. op openbare plaatsen zoals in de supermarkt.
- Volgens zijn vrouw wordt dit urineverlies voorafgegaan door een korte periode waarin patiënt staart en niet reageert.

- Ook vermeldt zijn vrouw dat hij tijdens zijn slaap vreemde kreungeluiden maakt.
- De meeste klachten zijn ontstaan nadat hij een auto-ongeluk heeft gehad op zijn werk, waarna hij een paar minuten bewusteloos geweest is.

Diagnosestelling:

- In eerste instantie stelt een neuroloog de diagnose frontale epilepsie (FE).
- Op een MRI-scan van de hersenen zijn geen intracranieële afwijkingen aangetoond.
- Er is ook een verwijzing gebeurd naar een epilepsiecentrum voor een 24-uurs-EEG, maar ook hier zijn geen afwijkingen te zien.
- Daarop wordt de diagnose 'FE' verworpen en vervangen door de diagnose 'stress-gerelateerde PNEA'.

Verder beloop:

De werkgever van de patiënt oefent na deze diagnose grote druk op hem uit om zijn werk te hervatten. Bij de patiënt leidt dit tot veel onbegrip en vervolgens ontwikkelt hij, deels reactieve, somberheidsklachten. Hij wordt daarom verwezen naar de psychiater.

Verdere aanpak:

- Op de polikliniek richt de psychiatrische behandeling zich op de somberheidsklachten.
- Hij krijgt cognitieve gedragstherapie en als medicatie in opbouwende dosis het antidepressivum Escitalopram 5 mg per dag.
- Omdat patiënt een blanco psychiatrische voorgeschiedenis heeft en een adequate coping vragen de behandelaars zich af of er niet toch sprake kan zijn van FE.
- Op grond van dezelfde anamnese geeft een andere neuroloog een tweede mening en stelt opnieuw de diagnose 'FE'.
- Patiënt krijgt hierop valproïnezuur 500mg 2 dd met gunstig resultaat.
- Er is een afname in frequentie van de aanvalsgewijze symptomen, patiënt krijgt weer zelfvertrouwen en zijn stemming verbetert ook.

Beschouwing:

Herhaaldelijke epileptische aanvallen die het gevolg zijn van excessieve of abnormale elektrische ontladingen in de hersenen zijn kenmerkend voor epilepsie:

- Er is sprake van frontaalkwab-epilepsie (FE) als de oorzaak van deze aanvallen in de frontaalkwab ligt.



- FE kan zich dus op heel verschillende, en ook heel subtiele wijze uiten vermits de frontaalkwab betrokken is bij complexe functies die direct of indirect ons gedrag beïnvloeden, en dit is afhankelijk van de locatie van de elektrische ontladingen.

FE kan omwille van deze diversiteit aan symptomen aanzien worden voor een gedragsstoornis, maar ook voor psychogene niet-epileptische aanvallen (PNEA):

- Onderscheid maken tussen aanvallen van FE en PNEA kan moeilijk uitvallen.
- De diagnose berust voornamelijk op de anamnese of op de daadwerkelijke waarneming van een aanval omdat het EEG niet altijd uitsluitend kan geven.
- Patiënten met FE kunnen overigens ook tegelijkertijd PNEA hebben.

Epidemiologie en etiologie:

Een van de meest voorkomende, chronische neurologische ziektebeelden is epilepsie:

- De prevalentie van de aandoening bedraagt 5,8 per 1000 mensen.
- Omgerekend bedraagt de kans dat u in de spreekkamer een patiënt met FE tegenkomt ten minste 1 op de 1000 patiënten.

De oorzaak van de aandoening kan liggen bij o.a. een trauma, een tumor, een vasculaire malformatie, encefalitis, een aangeboren afwijking (corticale dysplasie) of een erfelijk syndroom.

Er wordt echter vaak geen onderliggende oorzaak gevonden.

Bij PNEA ligt de prevalentie veel lager, met een schatting van slechts 2-33 patiënten per 100.000:

- Er mag bij PNEA geen sprake zijn van een andere organische oorzaak die de verschijnselen verklaart, of van simulatie.
- Men brengt PNEA vaak onder in de categorieën conversiestoornissen, somatoforme stoornissen en dissociatie.

Klinisch beeld:

- Zowel op neurologisch vlak als op psychiatrisch vlak kunnen FE-aanvallen allerlei verschillende verschijnselen geven.
- De korte duur (vaak korter dan 1,5 minuut), het stereotiepe karakter en het voorkomen van aanvalsclusters in de nacht en tijdens de slaap zijn kenmerkend voor deze aanvallen, terwijl het herstel na een aanval snel gebeurt.

Kenmerken d voor PNEA zijn aanvalsgewijze veranderingen van bewustzijn of gedrag of neurologische verschijnselen in de vorm van bewegingen, sensaties of gevoelens. PNEA kunnen zich ook op verschillende manieren voordoen en vaak beginnen en eindigen de aanvallen geleidelijk en ze kunnen lang duren

(tientallen minuten tot uren zijn geen uitzondering).

Diagnosestelling:

De diagnose 'FE' kan met EEG waarschijnlijker gemaakt worden, vooral als er tijdens een aanval ook elektro-encefalografische aanvalsactiviteit gezien wordt:

- Het kan echter ook zijn dat een EEG tijdens een FE-aanval geen afwijkingen aantoonde.
- Het EEG kan daarnaast ook bij gezonde mensen afwijkingen vertonen.

Daarom berust de diagnose hoofdzakelijk op de aanvalsbeschrijving, en die bekomt men via de anamnese, eventueel aangevuld met een waarneming via bvb. een homevideo.

Ook bij het stellen van de diagnose 'PNEA' geldt deze regel.

Zowel bij FE als bij PNEA geldt een video-EEG-registratie als gouden standaard, maar zo'n registratie maken lukt vaak niet.

Daarom is een consult bij een neuroloog die veel ervaring heeft met patiënten met epilepsie en eventueel bij een psychiater geen overbodige luxe.

Behandeling:

Uiteraard is de behandeling van deze twee aandoeningen verschillend:

- Bij PNEA: hier start de behandeling met psycho-educatie, gevolgd door cognitieve gedragstherapie.
- Bij FE: hier bestaat de behandeling uit anti-epileptica.



Als de medicatie bij FE onvoldoende baat levert, volgt er hier mogelijk epilepsiechirurgie of ook neuromodulatie.

Besluit:

Uit de casus blijkt hoe ingewikkeld het kan zijn om de diagnose 'FE' te stellen:

- Komt door de grote verscheidenheid aan aanvalsverschijnselen die bij FE kunnen voorkomen.
- Deze verschijnselen kunnen ook aanzien worden voor gedragsproblemen (zoals woedeaanvallen) of PNEA.

PNEA en FE kunnen bovendien bij dezelfde patiënt voorkomen, en er is daarnaast geen aanvullende diagnostiek die uitsluitel kan geven:

- Het stereotiepe karakter van de aanvallen gaf in het geval van de casus de doorslag voor de diagnose 'FE'.
- Die diagnose werd ondersteund door de blanco psychiatrische voorgeschiedenis en adequate coping.

Bij frontale epileptische aanvallen is een goede anamnese, eventueel aangevuld met een

homevideo van een aanval het belangrijkste diagnostische instrument.

Het is daarom van belang om tijdig de juiste expertise in te schakelen van een gespecialiseerde neuroloog en psychiater:

- Experts kunnen het echter soms ook met elkaar oneens zijn.
- Op die manier blijft het stellen van de diagnose 'FE' dan ook een uitdaging.

Artsen zullen moeten aanvaarden dat de diagnose staat of valt met de anamnese, en zelfs dan kan deze nog heel onzeker zijn.

Ned Tijdschr Geneeskd 26 februari 2021 pag. 37-41.



Rubriek Dagelijkse Praktijk / Gynaecologie

Implanon NXT s.c. inbrengen en mogelijke gevolgen

Implanon NXT (etonogestrel 68 mg) kan subcutaan ingebracht worden door de huisarts of de gynaecoloog en is een veelvuldig gebruikt anticonceptivum.

Probleemstelling:

- Bevindt dit hormoonimplantaat zich op de verkeerde plaats, dan kan dit ernstige gevolgen hebben.
- Volgt thans de beschrijving van een casus van een dame van 41 jaar bij wie het implantaat in een vene verplaatst was.

Casus:

Een dame, 41 jaar oud, bezoekt de polikliniek Gynaecologie om een recentelijk door de huisarts ingebracht hormoonimplantaat Implanon NXT te laten verwijderen wegens toename van haar stemmingsverschijnselen:

Voorgeschiedenis:

- 4 jaar terug vermeldt ze o.a. een myocardinfarct en daarvoor heeft ze een ICD gekregen.
- Ze ontwikkelde kort daarna een diepe DVT in de linker V. brachialis.

Actuele anamnese:

- Ze geeft aan dat de huisarts het hormoonpreparaat 6 weken terug met de nodige moeite vervangen heeft.

- Tijdens een vervolgsconsult is de huisarts er niet in geslaagd om het implantaat te verwijderen.

Klinisch onderzoek:

- Men ziet bij inspectie aan de voorzijde van de linker bovenarm een zwelling rond de insertieplaats.
- Probleem is dat de insertieplaats zich niet bevindt op de door de fabrikant geadviseerde plek, namelijk de binnenzijde van de bovenarm.

Verdere aanpak:

- Het hormoonimplantaat is echter niet met zekerheid te voelen.
- Daarom volgt het voornemen om de contouren van het implantaat bij echoscopie te laten aftekenen.
- Vervolgens zou men het implantaat kunnen verwijderen onder regionale anesthesie.
- Het implantaat komt echter met echoscopie niet in beeld.
- Toch wordt het voorgenomen plan om te opereren niet aangepast, vermits de mening heerst dat het implantaat al eerder gevoeld is.

Uitvoering:

- Er volgt een chirurgische exploratie t.h.v. de insertieplaats.

- Hierbij wordt een traject van 4 cm opengelegd, deels tot onder de fascia van de M. biceps brachii.
- Het implantaat wordt echter niet aangetroffen en daarom wordt er besloten om het implantaat onder doorlichting te lokaliseren.
- Het implantaat wordt pas t.h.v. de humeruskop gezien na uitbreiding van het doorlichtingsveld in craniale richting.

Aanvullend chirurgisch consult:

- Het hormoonimplantaat blijkt zich bij verdere chirurgische exploratie in de V. cephalica te bevinden.
- Deze laatste wordt vervolgens vrijgeprepareerd, beiderzijds afgeklemd en doorgenomen.
- Het implantaat wordt daarna in zijn geheel verwijderd.
- Met een ligatuur wordt de V. cephalica onderbonden en beide worden gesloten na controle van de hemostase.
- Patiënte verlaat de operatiekamer in goede conditie en kan dezelfde dag nog naar huis.

Poliklinische controle 12 weken na de ingreep:

- Patiënte geeft aan dat haar stemming stabiel is en dat de wonden goed genezen.



- Patiënte krijgt tevens informatie over andere vormen van anticonceptie.

Een paar cijfers:

Zo'n migratie van Implanon NXT over een traject zoals in het geval van de casus is zeldzaam.

Een prospectieve studie liet eerder zien dat 55% van deze hormoonimplantaten 1 jaar na de implantatie gemigreerd was, maar dan maximaal over een afstand van 3 cm.

Medicijnfabrikant MSD liet tijdens een expertmeeting weten dat intravasculaire migratie bij 0,64 per miljoen verkochte implantaten optrad.

Patiëntbeschrijvingen:

In meerdere patiëntbeschrijvingen wordt intravasculaire migratie van Implanon gemeld, maar dat het hormoonimplantaat verplaatst was in de V. cephalica werd niet eerder beschreven:

° Het is opvallend dat het implantaat bij een aantal patiënten gemigreerd was naar de A. pulmonalis.

° Vermoedelijk is het hormoonpreparaat in het geval van de casus ingebracht op de verkeerde plaats en nadien in de V. cephalica verplaatst is.

Dat de eerder doorgemaakte trombose bij patiënte van invloed geweest is op de intravasculaire migratie van het hormoonpreparaat, daarvoor zijn er geen bewijzen.

Complicaties en klachten:

Er kunnen ernstige complicaties optreden door intravasculaire migratie van Implanon NXT, zoals occlusie van de A. brachialis.

Over de klachten die kunnen optreden wanneer Implanon NXT foutief ingebracht is, kon er in de literatuur maar beperkte informatie gevonden worden:

- De intravasculaire migratie van het hormoonimplantaat kwam bij bovenstaande patiënte nadat ze zich bij de huisarts gemeld had omwille van toegenomen stemmingsklachten.
- Men kan zich voorstellen dat deze toename van klachten veroorzaakt is door een hogere progesteronconcentratie in het bloed als gevolg van de intravasculaire locatie van het implantaat.

Diagnosestelling:

Beeldvormend onderzoek zoals echoscopie, röntgenonderzoek, MRI-onderzoek of CT-onderzoek is aangewezen als het hormoonimplantaat bij lichamelijk onderzoek niet gevoeld wordt:

- Uit beeldvormend onderzoek blijkt een enkele keer dat het implantaat zich niet meer in het lichaam van de patiënte bevindt.
- Bij de patiënte werd er besloten om een chirurgische exploratie uit te voeren omdat het hormoonimplantaat bij herhaalde echoscopie niet in beeld kwam.

- Alvorens te starten met een chirurgische exploratie had men in retrospect uitgebreider echoscopisch onderzoek of ander beeldvormend onderzoek moeten overwegen.

Wanneer een huisarts moeite heeft met het lokaliseren of verwijderen van Implanon NXT geldt het advies om patiënte naar de gynaecoloog te verwijzen.

Aangepaste instructies:

MSD heeft in juli 2016 en januari 2020 een zogenoemde 'Direct Healthcare Professional Communicatoin (DHPC) met belangrijke risicoinformatie verstuurd naar aanleiding van meldingen van intravasculaire migratie van Implanon NXT.

In de DHPC van januari 2020 wordt nadruk gelegd op de instructies voor het inbrengen en verwijderen van het implantaat om het risico op intravasculaire migratie te minimaliseren:

- Men moet het implantaat subcutaan, net onder de huid, inbrengen aan de binnenzijde van de niet-dominante bovenarm.
- Dit moet gebeuren t.h.v. de M. triceps brachii op circa 8-10 cm van de mediale epicondylus en 3-5 cm onder de sulcus tussen de M. biceps brachii en M. triceps brachii.
- De arm moet tijdens het inbrengen en verwijderen van het implantaat gebogen zijn in de elleboog en de hand



moet gepositioneerd zijn onder het hoofd van de patiënte.

In verband met het inbrengen en verwijderen van Implanon NXT zijn er video's beschikbaar op www.implanonnxtvideos.eu.

Besluit:

Het is van belang om het hormoonimplantaat Implanon NXT in te brengen volgens de recentelijk aangepaste instructies om ernstige complicaties te voorkomen.

Het is ook raadzaam om de exacte plaats van het implantaat te bepalen met beeldvormend onderzoek, alvorens met een chirurgische exploratie te beginnen.

Ned Tijdschr Geneeskd 5 maart 2021 pag. 26-28.



Rubriek Infectieziekten

Screenen van en vaccineren tegen HPV-gerelateerde kanker

De huidige pandemie met SARS-CoV-2 leert ons dat vaccinatie in feite de enige manier is om met het virus definitief af te rekenen en hopelijk heeft de pandemie als bijwerking dat mensen eerder bereid zijn om zich te laten vaccineren.

Beschouwing:

Zo is er de vaccinatiedcampagne tegen het humaan papillomavirus (HPV) die geplaagd wordt door twijfel over de veiligheid en effectiviteit van het vaccin, waardoor de vaccinatiegraad – en daarmee de immuniteit – van de doelgroep afneemt:

- Het is een uitdaging voor medewerkers in de publieke gezondheidszorg en voor zorgverleners om deze twijfels weg te nemen.
- Een essentieel ingrediënt voor een effectieve vaccinatie is eensgezindheid onder de zorgverleners.

De potentie van het HPV-vaccin om het risico op baarmoederhalskanker en andere door HPV veroorzaakte vormen van kanker drastisch te verlagen, wordt door de WHO onderkend:

- De WHO begon op 17 november 2020 met een campagne om baarmoederhalskanker voor 2080 mondiaal te elimineren.
- Bedoeling is om daartegen de incidentie onder de 4 per 100.000 te brengen

Vraag is dan welke de rol en de betekenis kan zijn van artsen in deze campagne en in deze context worden in onderstaand artikel drie items behandeld:

- Beschrijving van de ziektelast van HPV-gerelateerde vormen van kanker.
- De twijfel over de veiligheid en effectiviteit van het vaccin, en die leeft ook onder sommige zorgverleners.
- Het nut en de noodzaak van vaccinatie tegen HPV.

Ziektelast:

Van alle vormen van kanker wordt circa 5% door het HPV veroorzaakt:

- Er overlijden jaarlijks wereldwijd 275.000 vrouwen aan door HPV geïnduceerde kanker van de baarmoederhals.
- Bij 99,5% van de patiënten wordt baarmoederhalskanker veroorzaakt door HPV.
- Het HPV veroorzaakt ook een substantieel deel van de gevallen van kanker van de vagina, vulva, penis, anus en keel- of mondholte.

Voor de incidentie van de laatstgenoemde vormen van kanker stijgt in de westerse wereld. Men mag ook de gevolgen van de behandeling van door HPV geïnduceerde vormen van kanker niet onderschatten:

- Brengt namelijk aanzienlijke morbiditeit en vermindering van kwaliteit van leven met zich mee.
- Men moet ook de schade die samenhangt met het screenen op en behandelen van pré-maligniteiten niet onderschatten.

Vaccinatie:

In Nederland is sinds 2009 een vaccin beschikbaar tegen de oncogene HPV-typen 16 en 18.

Probleem is dat de bereidheid om zich te laten vaccineren laag is, immers +/- 46% van de meisjes heeft zich de laatste jaren laten vaccineren.

De HPV-vaccinatiegraad steeg in 2019 weer iets tot 58,5%, maar in vergelijking met de graad van vaccinatie in Schotland (85,4%) en Vlaanderen (91%) is dit nog steeds ontstellend aan de lage kant.

Advies van de Gezondheidsraad in deze context:

- Vaccinatie van zowel jongens als meisjes reeds op de leeftijd van 9 jaar.
- Alsnog vaccinatie van een cohort van jongens en meisjes < 26 jaar die nog geen vaccin hadden gekregen.

Men is bezig om dit advies te implementeren, maar het overwinnen van de vaccinatiesepsis was en blijft de grote sceptis.



Dat zorgprofessionals eensgezind het belang van vaccinatie uitdragen is één van de voorwaarden voor een succesvolle vaccinatiecampagne.

Netwerk:

Betreft het netwerk Nederland HPV-vrij dat bestaat uit een groep professionals uit alle geleidingen van de gezondheidszorg die samen met patiënten de kennis over de effectiviteit van het HPV-vaccin en screening op premaligniteiten wil bevorderen onder de algemene bevolking.

Het uiteindelijke doel daarbij is om baarmoederhalskanker in Nederland te elimineren, maar dan wel veel eerder dan in het jaar 2080 dat de WHO zich als doel stelt.

Daarmee wordt tegelijkertijd de incidentie van een aantal andere HPV-gerelateerde vormen van kanker verlaagd.

Volgens de WHO is een HPV-vaccinatiegraad van > 90% en een screeningspercentage van > 70% vereist is om baarmoederhalskanker te elimineren.

Nederland voldoet echter momenteel niet aan deze criteria.

Baarmoederhalskanker:

De piekincidentie ligt tussen de 31 en 44 jaar en de behandeling bestaat uit chirurgische resectie, bestraling en chemotherapie of een combinatie van deze behandelingen.

Meestal duurt het 15 jaar voordat een infectie met HPV tot baarmoederhalskanker leidt:

- De premaligne afwijkingen kunnen intussen in het bevolkingsonderzoek opgespoord worden.
- Veelal worden deze premaligne afwijkingen behandeld met een liexcisie.
- Per jaar worden in Nederland 5500 vrouwen behandeld met een liexcisie.

Bij een zwangerschap hebben vrouwen die een liexcisie ondergaan hebben een verhoogd risico op een vroeggeboorte.

Daarom geniet primaire preventie van baarmoederhalskanker door vaccinatie tegen HPV de voorkeur.

Of men met de huidige vaccins alle vormen van kanker kan voorkomen is nog onzeker, en dus blijft screenen noodzakelijk, zij het met verminderde intensiteit.

Andere vormen van kanker:

In de transitiezone tussen anale en rectale mucosa kan anuscarcinoom ontstaan, en meestal wordt dit door HPV-16 of -18 veroorzaakt.

Bij minder dan de helft van de patiënten worden vulva- en peniscarcinomen door HPV veroorzaakt.

De zeldzaamste vorm van kanker is de vaginacarcinoom, en die wordt ook vaak door HPV geïnduceerd.

Kanker in keel- en mondholte wordt steeds vaker door HPV veroorzaakt.

Er is een omwenteling gaande in de ORL-praktijk, want daar worden steeds vaker patiënten gezien van 30-55 jaar met

maligniteiten van de tongbasis, tonsillen en larynx:

- Het aantal patiënten met baarmoederhalskanker ligt lager dan het aantal met bovenstaand type kanker.
- Alle HPV-gerateerde vormen van kanker hebben een grote negatieve impact op kwaliteit van leven van de patiënten.

Patiëntenorganisatie voor vrouwen met gynaecologische kankers:

Noemt stichting Olijf en volgt al jaren de rond HPV-gerelateerde vormen van kanker op de voet.

Bij de Gezondheidsraad maakte zij zich hard voor de uitbreiding van het vaccinatieprogramma:

- Betrof het risico dat HPV geeft op verschillende vormen van kanker en de ervaringen met de vaccinatieprogramma's in het buitenland.
- De patiëntenorganisatie pleitte daarbij ook voor vaccinatie van jongens, want zij kunnen HPV overdragen en lopen ook risico op de andere HPV-gerelateerde kankers.

Effectiviteit en veiligheid van vaccinatie:

Er zijn sterke aanwijzingen dat de HPV-vaccins bij vrouwen van 15-26 jaar bescherming bieden tegen voorstadia van baarmoederhalskanker, zoveel blijkt uit een Cochrane-review.



Vaak treden er lokale of kortdurende bijwerkingen op na de vaccinatie: gaat dan om roodheid, pijn en griepachtige verschijnselen:

- Uit een systematische review van 26 studies onder 74.000 meisjes bleek dat het risico op systematische en ernstige aandoeningen niet verhoogd is.
- Wereldwijd zijn er thans 200 miljoen meisjes tegen HPV gevaccineerd.

Uit een recent Zweeds onderzoek blijkt dat de incidentie van baarmoederhalskanker daalde door vaccinatie tegen HPV:

- Het relatieve risico ('incidence rate ratio') bedroeg bij vaccinatie van meisjes < 17 jaar en vrouwen van 17-30 jaar respectievelijk 0,12 en 0,47.
- Geeft een ondersteuning voor het advies van de Gezondheidsraad om jongeren te vaccineren op een leeftijd waarop ze nog niet seksueel actief zijn.
- Laat ook zien dat de inhaalcampagne bij jongeren tot 26 jaar zinvol is.

Bij het Zweeds onderzoek moet wel een kanttekening geplaatst worden:

- Er werd niet gecorrigeerd voor lagere sociaal-economische status, voeding en rookgedrag.
- Gaat om factoren die bij het ontstaan van baarmoederhalskanker een rol spelen.

Het risico op baarmoederhalskanker ligt bvb. tweemaal hoger bij vrouwen die roken. Antioxidanten in groenten en fruit spelen ook een rol bij het voorkomen van een HPV-infectie.

De rol van artsen:

De incidentie van baarmoederhalskanker bedraagt momenteel in Nederland 10 per 100.000 inwoners.

De volgende punten zijn van belang om baarmoederhalskanker te elimineren:

- a): 90% van de meisjes > 15 jaar moet volledig gevaccineerd zijn.
- b): 70% van de vrouwen moet minimaal tweemaal in het leven gescreend worden.
- c): 90% van de vrouwen met baarmoederhalskanker of een voorstadium daarvan moet behandeld worden.

In Australië is deze 90-70-90-strategie al effectief gebleken, immers daar daalt de

incidentie van baarmoederhalskanker tot < 4 per 100.000 in 2028.

De vaccinatiegraad en de opkomst bij screening moet in Nederland naar omhoog om baarmoederhalskanker te kunnen elimineren:

- Daarom is het belangrijk dat alle hulpverleners in Nederland de WHO-campagne ondersteunen.
- Verder moeten ze de achtergronden van de vaccinatie tegen HPV kunnen overbrengen aan zowel kinderen als ouders.

Zorgprofessionals moeten de volgende boodschap gezamenlijk uitdragen: HPV-vaccinatie is veilig en kan baarmoederhalskanker en andere door HPV geïnduceerde vormen van kanker effectief voorkomen.

Vaccinatie tegen geeft bij alle – gezond en ongezond levende – mensen een reductie in de incidentie van HPV-geïnduceerde maligniteiten en de voorstadia daarvan, zonder te vergeten dat promotie van een gezonde levensstijl belangrijk is bij de preventie ervan.

Ned Tijdschr Geneeskd 19 maart 2021 pag. 42-46.



Rubriek Pediatrie / Abdominale Heelkunde

Snelle beklemming van liesbreuk bij kinderen

Het risico op beklemming is bij een jong kind met een liesbreuk veel groter dan bij een volwassene.

Casus:

Een jongen, 3 maanden oud, komt op de dienst Spoedgevallen van een tweedelijnsziekenhuis terecht omwille van een zwelling in de rechter lies.

(Hetero)anamnese:

- Sinds zijn geboorte is de zwelling aanwezig, en omwille hiervan zijn de ouders met patiëntje bij de huisarts geweest.
- De uitleg van de huisarts was dat een liesbreuk onschuldig is bij kinderen, en dat deze met de tijd en zonder interventie spontaan verdwijnt.

Verder verloop:

- 2 dagen voor het bezoek aan de dienst Spoedgevallen is de zwelling groter geworden.
- Patiëntje is hierbij onrustig geweest en heeft meerdere malen gebraakt.
- Men probeert op de dienst Spoedgevallen om de liesbreuk te reponeren, zonder succes !
- Er volgt een verwijzing naar een academisch ziekenhuis, waar men nogmaals, onder voldoende pijnstilling ,

een poging doet om de liesbreuk te reponeren, opnieuw zonder succes.

Verdere aanpak:

- Patiëntje wordt met spoed aangemeld voor een exploratie van de rechter lies.
- Men ziet na het openen van het lieskanaal een breukzak die proximaal gevuld is met darmen en distaal met een afgesloten vochtcollectie , passend bij een hydrocele testis.
- De darmen ogen nog vitaal en kunnen gereponeerd worden naar de buikholte.
- Daarop wordt de breukzak gesloten, en aan het einde van de ingreep blijft het scrotum diffuus gezwollen door oedeem van de operatie en de doorgemaakte beklemming.

Verdere evolutie:

- Patiëntje behoudt postoperatief nog enkele dagen pijn, maar verder is het postoperatieve beloop ongecompliceerd.
- 2 maanden na de ingreep is patiëntje bij poliklinische controle volledig hersteld en de positie en ontwikkeling van rechter testis is niet afwijkend.

Beschouwing:

Bij een kind is een liesbreuk vrijwel altijd aangeboren en de prevalentie bedraagt op kinderleeftijd 8-44 per 1000 kinderen.

Voor een conservatief beleid is er bij kinderen met een liesbreuk geen plaats , omdat het risico op beklemming en daarmee mogelijke schade aan vitale organen aanzienlijk is.

Het risico op een beklemming van de liesbreuk bedraagt bij pasgeborenen in de eerste 2 maanden ongeveer 30%.

De behandeling bestaat uit resectie van de breukzak en het primair sluiten van de processus vaginalis.

Anatomie:

Een aangeboren liesbreuk wordt ook wel laterale of indirecte liesbreuk genoemd en ontstaat wanneer de processus vaginalis niet volledig sluit.

Gaat om een uitstulping van het peritoneum in het lieskanaal:

- Bij jongens reikt de processus vaginalis tot aan het scrotum en bij meisjes tot aan de labia majora.
- De ductus deferens en de bijbehorende bloedvaten (de A. testicularis, plexus pampiniformis – Vv. testicularis – en de A. en V. ductus deferentis lopen bij jongens langs de processus vaginalis naar de testis.
- Het ligamentum teres loopt bij meisjes langs de processus vaginalis naar de labia majora.



Het lieskanaal is bij kinderen kort en heeft een recht verloop door de buikwand:

- De anulus inguinalis externus en internus overlappen bij kinderen bijna volledig door het rechte verloop van het lieskanaal.
- Door dit anatomisch verschijnsel is het risico op een beklemd liefsbreuk bij kinderen hoger dan bij volwassenen.
- Kinderen hebben dus vrijwel altijd een laterale liefsbreuk met een relatief kleine breukpoort die niet vanzelf sluit, wat maakt dat beklemming sneller kan optreden dan bij volwassenen.

Bij prematuur geboren kinderen is het risico op een beklemd liefsbreuk verhoogd.

Dat geldt ook bij kinderen met een verhoogde intra-abdominale druk, bvb. als gevolg van een ventriculoperitoneale drain.

Organen uit de buikholte kunnen bij een patiënt met een liefsbreuk in de breukzak terecht komen en beklemd raken: kan gaan om een stuk darm of – bij meisjes en vrouwen – het ovarium. Ook de tubae kunnen in de breukzak aanwezig zijn of in een enkel geval zelfs de baarmoeder!

Differentiaaldiagnose bij een zwelling in de lies:

Hernia inguinalis, hydrocoele testis of hydrocoele, funiculi spermatici en hernia femoralis.

Niet-scrotale testis, torsio testis, lymfadenopathie en idiopathisch scrotaal oedeem.

Diagnosestelling:

Betreft een klinische diagnose, meestal gesteld op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek:

- Doorgaans is een kenmerkende anamnese doorslaggevend bij het stellen van de diagnose.
- Kan eventueel aangevuld worden met een foto van de liefsbreuk.

Enkel als een andere diagnose op klinische gronden niet uitgesloten kan worden, zoals een torsio testis, of om de doorbloeding van de testes of ovaria te beoordelen, is aanvullende diagnostiek aangewezen.

Echografie is niet nodig om de diagnose 'liefsbreuk' te stellen:

- Echografie geeft een risico op fout-positieve en fout-negatieve uitslagen van respectievelijk 14,3 % en 4,6%.
- Vindt men bij echografie een open processus vaginalis, dan betekent dat ook niet dat er van een liefsbreuk sprake is, immers dit kan ook passen bij een communicerende hydrocoele.

Noodzaak tot ingrijpen:

Er bestaat inderdaad een risico op complicaties:

- Op korte termijn: wondinfectie, nabloeding of scrotaal hematoom, scrotaal oedeem, recidief liefsbreuk, hydrocoele, negatieve exploratie en ileus.
- Op lange termijn: recidief liefsbreuk, ascensus testis, ileus en testisatrofie.

Complicaties als gevolg van een beklemd liefsbreuk

- Testisatrofie bij jongens (11,2), ischemisch ovarium bij meisjes (4,5), darmischemie (12,8).
- Appendectomie omwille van een hernia van Amayand, verlenging van de opnameduur.

Bij kinderen met een liefsbreuk is er echter toch geen plaats voor een conservatief beleid.

Bij vertraging van het stellen van de diagnose of het verwijzen van een kind met een liefsbreuk volgt er uitstel van de ingreep en een verhoogd risico op beklemming.

Er kan littekenvorming optreden als een liefsbreuk vaker beklemd en weer gereponeerd wordt:

- Door deze verlittekening kan een liefsbreukoperatie bemoeilijkt worden.
- Hierdoor neemt het risico op complicaties van de ingreep toe.

Liefsbreukoperaties in het Radboudumc Amalia kinderziekenhuis in Nijmegen:

Op de afdeling Kinderchirurgie werden er tussen 1 januari 2018 en 15 augustus 2019 243 kinderen geopereerd met een liefsbreuk:

- 15 van deze patiënten (6,2%) kregen vanuit de eerste of tweede lijn een advies dat volgens de huidige richtlijnen onjuist is.
- Enkele voorbeelden van adviezen die de ouders van een patiëntje kregen, worden hier opgesomd:



- a) Bij kinderen jonger dan 1 jaar bestaat er geen indicatie voor een ingreep.
- b) De processus vaginalis sluit bij een kind vanzelf, en dat verrechtvaardigt een conservatief beleid.
- c) Kinderen met een kleine of asymptomatische liesbreuk hebben geen operatie-indicatie.
- d) Een liesbreuk moet worden vastgesteld bij lichamelijk onderzoek, voordat men kan overgaan tot een operatie, en de diagnose kan niet alleen gesteld worden op basis van de heteroanamnese bij ouders.

Er kwamen in totaal 33 patiëntjes (13,6%) met een beklemde liesbreuk op de dienst Spoedgevallen: bij 7 hiervan viel de liesbreuk niet te reponeren. Hierdoor moesten ze acuut een operatie ondergaan.

Bij patiëntjes die omwille van een beklemde liesbreuk verwezen werden, werden een aantal complicaties gezien die kunnen voorkomen hadden worden als er gehandeld was volgens de richtlijnen:

- Eén van deze kinderen ontwikkelde bvb. koorts bij een geïnfecteerd hematoom in de lies na een uitgebreide liesexploratie en breukzakresectie, waarvoor behandeling met AB noodzakelijk was.
- Patiëntje had beiderzijds al een liesbreukcorrectie ondergaan en hierbij was een matje geplaatst, iets wat relatief tegenaangewezen is bij kinderen met een open processus vaginalis.
- Men zag ook testisatrofie en een ischemische dunne darm bij een patiëntje bij wie langdurige beklemming opgetreden was.

Besluit:

Bij kinderen komt een liesbreuk relatief weinig voor, maar omwille van anatomische verschillen in het verloop van het lieskanaal op de kinderen volwassenleeftijd is het risico op een beklemde liesbreuk hoger dan bij volwassenen. Het zijn juist de kinderen jonger dan 1 jaar bij wie een beklemde liesbreuk tijdig moet geopereerd worden.

Sommige artsen onderkennen het risico op beklemming niet, waardoor kinderen in de praktijk niet altijd tijdig voor een ingreep verwezen worden.

Vermits het gaat om een klinische diagnose, is het gerechtvaardigd om een kind met een liesbreuk zonder aanvullende diagnosestelling naar een tweedelijns- of derdelijnsziekenhuis te verwijzen voor een electieve breukzakresectie op korte termijn.

Ned Tijdschr Geneeskd 26 maart 2021 pag. 38-43.



Rubriek Farmacotherapie

Covid-19 vertoont een laag risico op bacteriëmie

Voor het gebruik van AB bij patiënten met covid-19 zijn artsen terecht terughoudend.

Blijkt uit een retrospectieve studie in 2 Brabantse (NL) ziekenhuizen onder patiënten met covid-19 dat er zelden een klinisch relevante bacterie groeit in bloedstalen van patiënten met covid-19:

- In het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch werd retrospectief gekeken naar de uitslagen van bloedkweken bij patiënten die met een bewezen virale infectie in genoemd hospitaal binnenkwamen of in Ziekenhuis Bernhoven in Uden.
- Men vergeleek patiënten met influenza A uit griepseizoenen 2015-'16 en 2016-'17 (n = 325), patiënten met influenza B uit het griepseizoen 2017-'18 (n = 328) en patiënten met covid-19 in de periode 28 februari-2 juni 2020 (n = 628).

Het betrof zieke patiënten bij wie een klinische reden bestond om een bloedkweek af te nemen:

- 9,9% van deze bloedkweken was positief.
- Meestal was dit te wijten aan contaminatie met bvb. huidbacteriën.

Er groeide slechts in 2,3% van de bloedkweken een klinisch relevante bacterie:

- Gebeurde minder vaak bij covid-19 (1,0%) dan bij influenza A (4,0%) en influenza B (3,0%).
- Qua gekweekte micro-organismen bestond er geen verschil tussen de groepen.

In alle groepen hing een positieve bloedkweek met relevante bacteriën samen met een verhoogde mortaliteit:

- Er overleed respectievelijk 31% (influenza A), 10% (influenza B) en 43% (covid-19) binnen 30 dagen na de positieve bloedkweek.
- Dient wel worden opgemerkt dat het om kleine aantallen ging (er overleden respectievelijk 4, 1 en 3 patiënten).
- Ze zijn ook niet vergeleken met patiënten zonder positieve bloedkweek.

Deze bevindingen ondersteunen de hypothese dat er relatief weinig ernstige bacteriële co-infecties bestaan bij covid-19.

Blijkt hieruit ook dat het niet zinvol is om AB te geven ter bestrijding van een eventuele co-infectie als er geen duidelijke klinische aanwijzingen voor zijn.

Het blijft onbekend of dit ook geldt voor co-infecties die niet leiden tot bacteriëmie.

Ned Tijdschr Geneeskd 2 april 2021 pag 6-7.



Rubriek Covid-19

Argumenten voor en tegen buikligging bij NIET-beademde patiënten met covid-19

Bij geïntubeerde patiënten met zeer ernstige respiratoire insufficiëntie door covid-19 wordt in Nederland buikligging toegepast, maar in Suriname is er bij niet-beademde patiënten met dreigend respiratoir falen ervaring opgedaan.

Wat zijn de feiten?

Nederland verleent sinds juli 2020 ondersteuning aan de Surinaamse gezondheidszorg wat betreft de preventie en behandeling van covid-19:

- Het aantal SARS-CoV-2-besmettingen nam tijdens die maand in Suriname explosief toe.
- Zo veel als mogelijk werd de covid-19-zorg in één ziekenhuis geconcentreerd.
- Dat ziekenhuis beschikte over 129 klinische bedden en 8 IC-bedden.

Patiënten met dreigend respiratoir falen verbleven omwille van de schaarste aan IC-bedden noodgedwongen op de verpleegafdeling:

- Basisfaciliteiten, zoals zuurstofvoorziening, laagmoleculair heparine en dexamethason waren wel ter beschikking, naast enkele 'continuous positive airway pressure' (CPAP)-apparaten.
- Er waren echter niet voldoende faciliteiten om patiënten te monitoren of ook een medium-care afdeling.

Deze voorzieningen zijn in een latere fase wel getroffen.

Ervaringen in Suriname:

Covid-19-patiënten met pulmonale betrokkenheid en een hoge zuurstofbehoefte werden gedurende wakkere periodes op de verpleegafdeling op de buik gelegd met als hypothese dat buikligging mogelijk invasieve beademing en een IC-opname voorkomt.

Patiënten met een zuurstofbehoefte > 5 l/min en een ademhalingsfrequentie > 25/ min werden vroegtijdig en consequent in buikligging gepositioneerd, omdat bij dezen een ernstig ziekteverloop verwacht werd:

- Een kussen werd hierbij onder de borstkas gelegd en het hoofd werd hierbij vrijgehouden.
- Eén been werd met de knie in flexie gebracht om de rug te ontlasten.

Er werd een pragmatische keuze gemaakt om buik- en rugligging in blokken van 3 uur af te wisselen en om patiënten 's nachts op de buik te laten liggen, vermits langdurige buikligging niet comfortabel is.

Bij in totaal ruim 20 patiënten die in leeftijd varieerden van 30-80 jaar werd buikligging toegepast. Wanneer buikligging vroegtijdig toegepast werd, werd deze goed verdragen, en dat was een opvallende bevinding:

- De ademhalingsfrequentie en de zuurstofsaturatie verbeterden binnen enkele minuten nadat de patiënt op de buik gelegd was.
- Er vond geen systematische evaluatie van het effect plaats en er was ook geen controlegroep.

Patiënten gaven aan tot rust te komen en zich minder benauwd te voelen:

Voor patiënten die met CPAP behandeld werden en voor patiënten die zuurstof toegediend kregen via een 'non-rebreathing'-masker gold dat ook.

De indruk heerste dat minder patiënten voor intubatie opgenomen werden op de IC dankzij de buikligging.

Fysiologische principes:

Via buikligging bekomt men een afname van de longschade door wrijving en alzo ook behoud van functioneel longweefsel:

- Diffuus ontstoken longweefsel heeft een grotere massa dan gezond longweefsel.
- Die grotere massa leidt in rugligging tot compressie van de dorsale alveoli, samen met de druk van het mediastinum en de buikorganen.

Er ontstaat longschade door wrijving o.a. als gevolg van het cyclisch openen en samenvallen van de alveoli.



- Tijdens inspiratie daalt bij niet-beademde personen de intra-alveolaire druk t.o.v. de atmosferische druk.
- Tijdens inspiratie veroorzaakt mechanische ventilatie juiste een positieve intra-alveolaire druk t.o.v. de atmosferische druk.
- Dit geeft een verhoogd risico op hyperinflatie van het longparenchym waarvan de compliantie behouden is en op schade aan de gecompriëerde alveoli door wrijving.

Het longweefsel wordt gelijkmatiger geventileerd door patiënten met 'acute respiratory stress syndrome' (ARDS) in buikligging te beademen:

- Qua aantal alveolen zijn de dorsale longvelden rijker en deze worden beter geperfundeed dan de ventrale longvelden.
- Buikligging vermindert m.a.w. het risico op zowel hyperinflatie als longschade door wrijving en zorgt voor een optimale verhouding tussen ventilatie en perfusie.

Patiënten die mechanisch geventileerd worden krijgen bovendien vaak spierverslappers toegediend om de schadelijke drukverandering door de diafragmacontracties teniet te doen. Dat buikligging bij geïntubeerde, verslapt patiënten met matig tot ernstige ARDS leidt tot een afname van de mortaliteit, daar is gedegen bewijs voor. Dat is een effect dat op de

veranderende ademhalingsmechanica lijkt te berusten en is onafhankelijk van de ernst van het respiratoir falen.

Onderzoeksresultaten:

Naar het effect van buikligging bij niet-geïntubeerde patiënten met covid-19 zijn er slechts een beperkt aantal studies verricht en in deze context worden hier enkel de twee grootste prospectieve onderzoeken besproken. 56 volwassen covid-19-patiënten < 76 jaar die zuurstofsuppletie kregen of non-invasief beademd waren, werden in een monocentrische studie uit Italië gedurende minstens 3 uur achtereen op de buik gelegd:

- De mate waarin de buikligging verdragen werd en het effect ervan op de arteriële oxygenatie waren de belangrijkste uitkomstmaten.
- 47 van de 56 patiënten (83,9%) verdroegen de buikligging gedurende 3 uur of langer.

De arteriële oxygenatie werd bij 46 patiënten gemeten in rugligging, 10 minuten nadat zij op de buik waren gelegd en 1 uur nadat ze weer op de rug gedraaid waren:

- De arteriële oxygenatie verbeterde in vergelijking met de meting in rugligging statistisch significant 10 minuten nadat de buikligging aangenomen was.
- De verbeterde arteriële oxygenatie persisteerde bij 23 patiënten (50%) nadat ze weer op de rug gedraaid waren.

- Bij de overige 23 patiënten (50%) was er een afname van de oxygenatie t.o.v. de eerste meting in rugligging.

Er was geen verschil in het risico op intubatie of sterfte tussen deze 2 groepen, ongeacht het effect op de arteriële oxygenatie. Het effect van buikligging werd onderzocht onder 199 covid-19-patiënten met acuut respiratoir falen in een multicentrische cohortstudie uit Spanje:

- Zuurstof werd bij hen met een hoge 'flow' toegediend via een neuscanule ('high flow nasal oxygen', HFNO).
- Belangrijkste uitkomstmaten waren het risico op intubatie en de 28-dagenmortaliteit.
- De interventiegroep: omvatte 55 patiënten (27,6%), ze werden behandeld met HFNO en er werd bij hen gestreefd naar buikligging gedurende minimaal 16 uur per dag.
- De controlegroepen: omvatte 144 patiënten (72,4%) en ze werden enkel behandeld met HFNO.

In de interventiegroep was de gemeten oxygenatie hoger (= quotiënt van de arteriële zuurstofspanning en de inspiratoire zuurstoffractie):

- Tussen beide groepen was er geen verschil in het risico op intubatie en de 28-dagenmortaliteit.
- Er was in de interventiegroep een trend zichtbaar naar uitstel van de intubatie,



en dat beschouwden de onderzoekers juist als een risico.

Beschouwing:

Bij covid-19-patiënten laten de meeste onderzoeken naar buikligging wel een verbetering van de arteriële oxygenatie zien, maar geen voordeel op het risico op intubatie en sterfte. Een Engelse retrospectieve studie vormt hierop echter een uitzondering:

- De studie laat zien dat covid-19-patiënten met respiratoir falen die met CPAP of HFNO behandeld worden een lager risico hebben op overlijden als ze in staat zijn om op de buik te liggen.
- Terecht vragen de onderzoekers zich af of dit effect daadwerkelijk veroorzaakt wordt door de buikligging of dat het een afspiegeling is van een betere functionele status.

De conclusie dat buikligging geen gunstig effect heeft op het risico op intubatie en sterfte is gebaseerd op het volgende:

- Betreft onderzoek van patiënten die mediaan circa 11 dagen ziek waren en die een hoge zuurstofbehoefte hadden.
- Of deze conclusie ook geldt voor patiënten die eerder in het ziektebeloop op de buik gelegd worden en hoelang patiënten deze houding moeten aannemen om enig effect te sorteren, is onduidelijk.

Op dit ogenblik lopen er nog 2 multicentrische trials naar het effect van buikligging bij niet-geïntubeerde patiënten met covid-19 en één ervan wordt uitgevoerd op een reguliere verpleegafdeling onder covid-19-patiënten met pulmonale betrokkenheid.

Voor- en nadelen:

Verlichting van de ademarbeid en comfort van de patiënt zijn potentiële voordelen van buikligging bij wakkere patiënten:

- Kan men dit bereiken alvorens uitgebreide longschade door wrijving opgetreden is, dan kan buikligging mogelijk pulmonale verslechtering en de noodzaak tot invasieve beademing voorkomen.
- De druk op de IC-zorg zou op die manier kunnen afnemen.

Buikligging kan ook toegepast worden bij covid-19-patiënten bij wie bewust afgezien wordt van intubatie of een IC-opname. Buikligging zou ook voor landen met beperkte medische voorzieningen een welgekomen toevoeging kunnen betekenen aan de behandelmogelijkheden. Desaturatie bij terugdraaiing naar rugligging en uitstel van intubatie en mechanische beademing tot een minder gunstig moment zijn potentiële gevaren bij buikligging:

- Een patiënt kan daarnaast in buikligging ook minder goed mobiliseren.

- Het in buikligging positioneren van en patiënt is tevens een technische vaardigheid die oefening vergt.

Besluit:

In Nederland wordt buikligging bij niet-geïntubeerde patiënten niet of nauwelijks toegepast, tenminste voor zover bekend is:

- Weliswaar zijn de bevindingen in Suriname veelbelovend, maar zijn enkel gebaseerd op niet-systematische observaties, zonder controlegroep.
- Het is bovendien de vraag of de bevindingen kunnen geëxtrapoleerd worden naar de Nederlandse situatie.

Ondanks deze onzekerheid heerst de mening dat er een rol weggelegd is voor vroegtijdige buikligging gedurende wakkere periodes bij patiënten met covid-19:

- Buikligging kan ook toegepast worden als opstap naar intensievere respiratoire ondersteuning.
- In deze context lijkt het zinvol om een systematisch gecontroleerd onderzoek uit te voeren naar het effect van vroegtijdige buikligging bij covid-patiënten met uitgebreide pulmonale betrokkenheid.

Ned Tijdschr Geneesk 12 maart 2021 pag. 10-13.

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

