



WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

verschijnt maandelijks - mei 2021 

nr 369



Inhoudsopgave

Nascholingsprogramma academiejaar 2020-2021	3
Medische artikels.....	5
Rubriek Dagelijkse Praktijk.....	5
Rubriek Sportgeneeskunde.....	7
Rubriek Dagelijkse Praktijk.....	9
Rubriek Urologie	12
Rubriek Pediatrie / Infectieziekten	15
Rubriek Psychiatrie	19
MCH Digest.....	23
CARDIOVASCULAIR	23
DIAGNOSTIEK	24
GYNAECOLOGIE	28
NEUROLOGIE	29
ORTHOPEDIE.....	33
UROLOGIE.....	35
FOCUS.....	36
Rubriek INFO KORT	36

Nascholingsprogramma academiejaar 2020-2021

✓ **IN FUNCTIE VAN DE COVID-19 PANDEMIE KUNNEN ER WIJZIGINGEN AAN HET PROGRAMMA OPTREDEN EN 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**

20.05.2021 Titel: Pediatrische pitfalls.

Sprekers: dr. Inge Van Wambeke, dr. dr. Els Deloof, dr. Stephanie De Rechter, dr. Tan Grace, dr. Kaatje Van Aerschot, pediatrie H.Hartziekenhuis Leuven

Moderator: Prof. dr. Rita Van Damme – Lombaerts, pediater MCH Leuven, dr. Tom De Baere, medisch directeur MCH

17.06.2021 Titel: Chronisch nierlijden: aandachtspunten in de praktijk.

Spreker: dr. Kathleen Claes, nefrologie UZ Leuven

Moderator: Prof. dr. Rita Van Damme – Lombaerts, pediater MCH Leuven

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

11.05.2021 Titel: Stapelingsziekten

Spreker: Prof. dr. Wouter Meersseman, internist UZ Leuven

Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle, huisarts

08.06.2021 Titel: Labo anno 2021.

Sprekers: dr. Ilja Depoortere, arts klinisch bioloog MCH, Christophe Indevuyst, ap.klinisch bioloog MCH

Moderator: dr. Sarah Gils, arts klinisch bioloog MCH

KLINISCHE NAVORMINGAVONDEN 2021 SPECIALISTEN – HUISARTSEN MCH

Specialisten stellen hun discipline voor aan de hand van een demonstratie van klinische of technische vaardigheden, een casusbeschrijving,... (Volledige programma van deze klinische navormingsavonden volgt op website MCH).

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

VIERDE DONDERDAG VAN DE MAAND – **AANVANG: 21.00U. STIPT**

22.04.2021 Titel: Top 5 van de urgenties in de 1ste lijn.

Spreker: prof. dr. Ives Hubloue, UZ Brussel

Moderator: dr. Luc De Pelecijn

27.05.2021 Titel: Dermatologische letsels als teken van onderliggende pathologie.

Spreker: prof. dr. De Haes Petra, dermatologie UZ Leuven

Moderator: dr. Jan Vanleeuwe

24.06.2021 Titel: Geneeskunde, genetica en ethiek. TBD –Dagdromen over geneeskunde.

Spreker: prof. Marlies Saelaert, PhD Research Group Philosophy of Medicine and Ethics, Department of Public Health and Primary Care– UGent

Moderator: dr. Luc De Pelecijn

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

2021

Titel:

Spreker:

Moderator:

Locatie:

5. PENTALFA (VIDEOCONFERENTIES) VERANTWOORDELIJKE LOCATIE LEUVEN, PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS - AUDITORIUM AZK, U.Z. ST. RAFAËL AANVANG: 20.30U. STIPT

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

LEUVENSE DAGEN “

Data: NOG TE BEPALEN

(programma in voorbereiding: kan aangevraagd worden op secretariaat

Academisch Centrum voor HA-Geneskunde, mevr. Monique Smets,

tel. 016/33.74.68).

Uitnodiging volgt.

**7. SYMPOSIA REGIONAAL ZIEKENHUIS HEILIG HART IN SAMENWERKING MET MCH EN DE K.G.K.L. VERANTWOORDELIJKEN
DR. LIEVEN PEPERSTRAETE – DR. NANCY DE VADDER**

**VIJFDE DONDERDAG VAN DE MAAND - INLICHTINGEN VIA HEILIG HARTZIEKENHUIS – LEUVEN, NUCLEAIRE GENEESKUNDE -
TEL. 016/209664 - 016 20 96 65**

Medische artikels

RUBRIEK DAGELIJKSE PRAKTIJK

EEN KOPJE KOFFIE KAN SOELAAS BRENGEN

Op het spreekuur is hoofdpijn een veelvoorkomende klacht, maar er bestaan zeldzame vormen die de huisarts niet gemakkelijk zal herkennen.

Casus:

Een dame, 52 jaar oud, bezoekt de huisarts omwille van een paar maanden bestaande nachtelijke hoofdpijn:

Anamnese:

- Elke nacht wordt ze op vaste momenten wakker met bonkende hoofdpijn bij het achterhoofd, maar soms ook bij het rechteroog.
- Ze gaat dan overeind zitten of stapt uit bed, en dan zakt de hoofdpijn na +/- 20 minuten.
- Kan soms ook gebeuren dat dit fenomeen zich dezelfde nacht nog eens herhaalt.
- Inname van paracetamol voor het slapen gaan geeft geen soelaas.

Klinisch onderzoek:

- De huisarts stelt geen neurologische of visusstoornissen vast.
- De hersenzenuwen zijn bij neurologisch onderzoek intact, kracht en sensibiliteit

zijn symmetrisch en er zijn geen coördinatiestoornissen te vinden.

Volgt een verwijzing naar de neuroloog:

- Bij volledig neurologisch onderzoek, fundoscopia en MRI vindt deze geen afwijkingen.
- Hij besluit dat er mogelijk sprake is van hypnische hoofdpijn.

Beschouwing:

Gaat om een zeldzame vorm van kortdurende nachtelijke hoofdpijn, die bij vrouwelijke patiënten voorkomt boven de 50 jaar:

- Men spreekt ook van 'wekkerhoofdpijn' omdat de klachten op een vast tijdstip voorkomen.
- Rechtop gaan zitten of opstaan tijdens de hoofdpijnaanval brengt verlichting, en dat is iets kenmerkend.
- Bij 2 op 3 patiënten is de hoofdpijn bilateraal en matig ernstig.

De prevalentie in de huisartsenpraktijk is niet bekend: men vindt in de literatuur wel een schatting van het aantal diagnoses 'hypnische hoofdpijn' in hoofdpijnklinieken, en dat gaat om ongeveer 0,3% van alle hoofdpijndiagnoses.

- Er is wel een geleidelijke toename van dat aantal, waarschijnlijk omdat hypnische hoofdpijn beter herkend wordt.
- Dit is een gevolg van het feit dat de aandoening nu opgenomen is in groep 4 van de internationale classificatie van hoofdpijnstoornissen.

Differentiaaldiagnose:

Spanningshoofdpijn staat hier hoog in het lijstje, maar sommige patiënten beschrijven ook migraineachtige klachten, zoals bonkende hoofdpijn en enige misselijkheid.

Clusterhoofdpijn staat ook hoog in de differentiaaldiagnose, namelijk omwille van de nachtelijke hoofdpijnaanvallen, maar een belangrijk onderscheid is dat bewegingsdrang en autonome verschijnselen bij hypnische hoofdpijn ontbreken.

Men kan daarnaast ook nog denken aan nachtelijke HT, medicatie-afhankelijke hoofdpijn en slaapapneusyndroom.

Patiënten ouder dan 50 jaar met nieuwe hoofdpijklachten moet men in het algemeen verwijzen naar de neuroloog voor eventueel beeldvormend onderzoek.

Pathofysiologie:

Is in feite niet bekend, maar de Circadiane ritmiek en de gunstige werking van cafeïne wijzen op betrokkenheid van de hypothalamus:

- Dit orgaan integreert de neurale en endocriene prikkels en beïnvloedt zowel de pijnregulatie als het slaap-waakritme.
- Zowel in REM- als in niet-REM-slaapstadia kunnen de hoofdpijn aanvallen optreden, zelfs in dezelfde nacht.
- Hypnische hoofdpijn is dus geen REM-slaapstoornis.

De goede respons op cafeïne, zowel profylactisch als tijdens een aanval, is kenmerkend voor hypnische hoofdpijn.

Beleid:

De benodigde dosis bleek in dierexperimenten, omgerekend naar een mens van circa 70kg, 35 tot 100mg te zijn:

- Komt overeen met 1 kopje filterkoffie (125 ml bevat 85 mg cafeïne) of espresso (50ml bevat 65mg cafeïne) of 1 blikje cola (330ml bevat 33mg cafeïne).
- Medicijnen zoals lithium en Indometacine kunnen ook effectief zijn, maar ze hebben meer bijwerkingen.
- Melatonine 3-5 mg is een profylactische behandeling die ook vaak wordt genoemd, maar het effect hiervan is zeer wisselend.. Het is wel zo dat melatonine het enige medicijn is waarvan (bij kinderen) gerapporteerd is dat het profylactisch ingezet is tegen hypnische hoofdpijn.

Besluit:

Hypnische hoofdpijn gaat dus om een zeldzame, onschuldige, aanvalsgewijze nachtelijke hoofdpijn:

- Meestal ontstaat de hoofdpijn op een vast tijdstip in de nacht en daarom spreekt men ook wel van 'wekker-hoofdpijn'.
- Men kent de precieze oorzaak niet, maar de aandoening reageert wel goed op cafeïne.

Dit is goed nieuws voor de huisarts:

- Een kopje koffie of blikje cola voor het slapengaan is niet alleen een effectieve, veilige en goedkope remedie, maar ook prima geschikt als diagnosticum.
- Zo heb je weer een dankbare patiënt en je bespaart in het beste geval een verwijzing naar de neuroloog.

Huisarts & Wetenschap september 2020 pag. 46-48.

RUBRIEK SPORTGENEESKUNDE

FITNESS, AAS EN CARDIOVASCULAIR RISICO

Fitness is een groeiende sporttak, waarbij een deel van de beoefenaars gebruik maakt van androgene anabole steroïden (AAS), en dan vaak in kortdurende combinatiekuren.

Het lipidenprofiel verandert tijdens zo'n kuur en het cardiovasculair risico stijgt sterk, maar doorgaans is dit tijdelijk en het lipidenprofiel keert na de kuur terug naar normaal.

Beschouwing:

Een (te) lage HDL-concentratie gaat gepaard met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten 11% van de mannen en 2% van de vrouwen in Nederland vertoont een te laag HDL-cholesterol en dat kan primair of secundair zijn:

- Meestal is een primaire vorm erfelijk, komt zelden voor en is nauwelijks te behandelen.
- De secundaire verlaagde vorm reageert daarentegen wel goed op de behandeling van de onderliggende oorzaak, bvb. door aanpassing van de levensstijl.

Roken en gebruik van androgenen zijn twee leefstijlfactoren die het HDL-cholesterol verlagen.

Androgene anabole steroïden (AAS):

AAS worden door atleten en krachtsportbeoefenaars gebruikt om de spierkracht en de spiermassa te vergroten.

Gaat om verbindingen die veel lijken op het autologe testosteron en men onderscheidt 3 klassen:

- Klasse A omvat de vetoplosbare 17-b-hydroxy-AAS-esters, en die worden intramusculair toegediend.
- Klassen B en C omvatten gealkyleerde steroïden, en die kunnen oraal worden toegediend.

Over het algemeen hebben de gealkyleerde steroïden een zwakkere androgene activiteit dan de AAS-esters, maar ze worden in de lever trager afgebroken en ze werken dus langer.

Sporters combineren in de praktijk veelal 2 of meer middelen in één kuur.

AAS kunnen afhankelijk van dosering, duur en type ernstige leverfunctiestoornissen of andere bijwerkingen veroorzaken.

Cardiovasculair risico:

De negatieve invloed op het lipidspectrum is één van de vaakst waargenomen bijwerkingen van AAS, vooral dan bij suprafysiologische concentraties.

Bij gebruik van AAS kan er een forse verlaging optreden van HDL-cholesterol en apoA1 en een stijging van het LDL-cholesterol:

- Gealkaliseerde AAS zoals Stanozolol kunnen het HDL-cholesterol met meer

dan een derde verlagen, zo bleek in een aantal onderzoeken.

- AAS-esters verlagen het HDL-cholesterol aanzienlijk minder.

Er werden verschillende onderzoeken uitgevoerd naar het gebruik van AAS bij atleten, die een stijging beschrijven van het LDL-cholesterol met meer dan 20% en een daling van het HDL-cholesterol met 20 tot 70%.

Het exacte mechanisme achter deze bijwerkingen is niet bekend:

- Men suggereert dat AAS het enzym triglyceridelipase in de lever stimuleren, waardoor het LDL-cholesterol stijgt en de concentraties VLDL- en HDL-cholesterol dalen.
- Deze verschuivingen binnen het lipidenprofiel zouden bij langdurig gebruik het risico op hart- en vaatziekten sterk kunnen verhogen.

Bijvoorbeeld voor een niet-roker van 45 jaar geeft de SCORE-risicotabel aan dat verschuiving van de cholesterol/HDL-ratio van 5,5 naar 8,0 het tienjaarsrisico verdubbelt en het relatief risico anderhalf- tot tweemaal verdubbelt.

Risico's van intermitterend steroïdegebruik:

AAS worden door de meeste sporters niet continu gebruikt, maar in kuurvorm en ze volgen

daarbij een dieet met een relatief hoog eiwit- en laag vetgehalte.

Naar de gevolgen van intermitterend gebruik van AAS voor het risico op hart- en vaatziekten is er geen onderzoek gedaan:

- De concentraties lipiden en lipoproteïnen keren na een kuur binnen 14 weken terug naar normale niveaus.
- Het ongunstige lipidenprofiel blijft echter geruime tijd aanwezig.

Niet alleen zorgen AAS voor veranderingen in het lipidspectrum, ze hebben ook andere bijwerkingen die het risico op hart- en vaatziekten vergroten:

- Bij chronisch gebruik van AAS kan er HT (vochtretentie) optreden, naast cardiale

hypertrofie, coronaire atherosclerose en verhoogde kans op trombose.

- Een fatale afloop kan ook bij gebruik van AAS door o.a. acuut coronair syndroom, ventriculaire aritmie, linkerventrikelhypertrofie en beroerte.

Er blijft een belangrijke onbeantwoorde vraag bestaan:

- In hoeverre dragen kortdurende extreme verschuivingen in het lipidenprofiel bij aan een verhoogd cardiovasculair risico op latere leeftijd?
- Dat kan bvb. door de stimulering van plaquevorming in de vaatwand.

Besluit:

De laatste decennia is het gebruik van AAS door fitnessbeoefenaars toegenomen:

- Dit gebruik vindt in de regel niet plaats onder medische controle.
- De supplementen en hun doseringsschema worden aangeschaft via tussenpersonen of via het internet.

Veelal gaat het om kwetsbare jonge mensen die bereid zijn om potentieel schadelijke middelen te nemen om een lichaamsideaal te realiseren. Daarom is het aan te bevelen om bij sterk gespierde patiënten het gebruik van anabolen ter sprake te brengen.

Daarbij zijn goede voorlichting over de risico's en gerichte primaire preventie over hart- en vaatziekten, aangewezen.

Huisarts & Wetenschap september 2020 pag. 38-39.

RUBRIEK DAGELIJKSE PRAKTIJK

RISICO'S VAN RAAS-REMMERS, DIURETICA EN NSAID'S BIJ CHRONISCHE NIERSCHADE EN HARTFALEN

Bij zuigelingen en ouderen is uitdroging een veel voorkomend probleem, maar niet alleen bij hen.

Beschouwing:

Meestal lost het probleem snel op met orale rehydratie, maar het intravasculaire volume kan soms zo sterk dalen dat er ernstige complicaties ontstaan, o.a. acute nierinsufficiëntie:

- Vooral bij ouderen en bij patiënten met chronische nierschade of hartfalen is dit risico groot.
- Dat is vooral wanneer ze bijkomende klachten hebben die vochtverlies veroorzaken, zoals braken, diarree of koorts.

Het risico wordt bij deze hoog-risicopatiënten nogmaals vergroot als ze RAAS-remmers (ACE-inhibitoren), NSAID's of diuretica gebruiken:

- Gaat om middelen die de water- en natriumretentie, de glomerulaire filtratiedruk en het extracellulaire volume verlagen.
- Een milde intercurrente ziekte zoals gastro-enteritis kan bij hoog-risicopatiënten die deze medicatie gebruiken al leiden tot acute nierinsufficiëntie.

De NHG-Standaard Chronische Nierschade adviseert om NSAID's, RAAS-remmers en diuretica

tijdelijk te stoppen of te halveren bij (dreigende) dehydratie om die complicatie te voorkomen. Volgt nu een onderzoek van hoe vaak huisartsen patiënten met hoog risico op acuut nierfalen die zich met koorts, braken of diarree presenteren, adviseren om tijdelijk met deze medicatie te stoppen of de dosering te verlagen. Volgt ook een onderzoek hoe vaak er daadwerkelijk complicaties optreden bij deze patiënten.

Methode van uitvoering:

Er werden gegevens gebruikt uit FaMe-net:

- Gaat om een registratienetwerk waarin 16 huisartsen uit 7 huisartsenpraktijken samenwerken met de afdeling Eerstelijns geneeskunde van het Radboudumc in Nijmegen.
- In FaMe-net worden sinds 1971 alle patiëntencontacten vastgelegd.

Volgens de International Classification of Primary Care (ICPC) worden reden van komst, diagnose en beleid geregistreerd.

Volgens de Anatomical Chemical Therapeutical Classification (ATC) wordt de voorgeschreven medicatie geregistreerd.

Als vrije tekst worden medische correspondentie en schriftelijke notities over anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek opgeslagen.

Patiënten die tussen 1 juni 2013 en 1 juli 2018 in de FaMe-netpraktijken waren ingeschreven werden geïncludeerd:

- Ze waren 70 jaar of ouder of ze leden aan hartfalen (IPC-code K77)
- Ofwel was er chronische nierschade (IPC-code U99 of > 3 maanden een creatinineklaring < 60ml/min).
- Ze gebruikten allen diuretica, NSAID's of RAAS-remmers..

Patiënten die een hoog-risicocontact hadden gehad met de huisartsenpraktijk werden uit deze totale risicopopulatie geselecteerd:

- Kon gaan om koude rillingen (ICPC-code A02), koorts (ICPC-code A03) of braken (ICPC-code D10).
- Kon ook gaan om diarree (ICPC-code D11), gastro-intestinale infectie (ICPC-code D70) of gastro-enteritis (ICPC-code D71).

Een episode kon uit 1 of meer contacten (telefonisch consult, consult, huisbezoek) bestaan. Kon ook zijn dat de patiënt meerdere hoog-risicocontacten had gedurende de inclusieperiode.

Contacten tussen patiënt en huisartsenpost werden ook in de analyse meegenomen.

Handmatig werden de elektronische patiëntendossiers van alle hoog-risicocontacten doorzocht:

- Er werd voor elke episode nagegaan of de patiënt het advies kreeg om de medicatie aan te passen of te staken.
- Men keek na op welk moment in het beloop dit advies gegeven werd.
- Men ging ook na of er in de 3 maanden volgend op het eerste contact complicaties opgetreden waren

Hierbij definieerde men een complicatie als een secundaire ziekte of aandoening (bvb. acute nierinsufficiëntie of hypotensie) die in direct verband stond met de initiële klacht of reden van komst van de patiënt (bvb. diarree).

Een paar cijfers:

De totale risicopopulatie bedroeg 3607 patiënten op een geheel van 44.675 geregistreerde patiënten (8,1%):

- 55% was van het vrouwelijke geslacht en 89,2% was 70 jaar of ouder.
- Een RAAS-remmer was de meest gebruikte hoog-risicomedicatie (66%).

Het aantal hoog-risicopatiënten bedroeg 581 (16,1%) met in totaal 859 hoog-risico-episodes:

- 43 episodes die niet bleken te voldoen aan de inclusiecriteria werden op basis van de medische dossiers geëxcludeerd.
- Uiteindelijk bestond de onderzoekspopulatie uit 562 patiënten (15,6%) met 816 hoog-risico-episodes.

Aanpak van de huisarts:

De patiënt kreeg in 38 van de 816 episodes (4,6%) het advies om met de hoog-risicomedicatie te stoppen of de dosering al dan niet tijdelijk te verlagen:

De huisarts gaf dit advies in 28 van deze 38 episodes (74%) meteen bij het eerste contact. De patiënt werd in 37 van de 816 episodes (4,5%) naar de tweede lijn verwezen.

De huisarts gaf in 743 van de 816 episodes (91%) geen medicatieadvies en ook geen verwijzing:

De patiënt kreeg in 2 episodes zowel het advies om te stoppen als een verwijzing naar de tweede lijn. De patiënt was in 1 episode al zelf gestopt met zijn diureticum.

Complicaties:

1 of meer complicaties traden op in 58 van de 816 episodes.

De complicatie was in 34 van deze 58 episodes (58,6%) al opgetreden voor het eerste contact en een medicatieadvies was niet aan de orde:

- Bij 20 patiënten ging het om hypotensie.
- Bij 14 patiënten betrof het een acute nierinsufficiëntie.

De complicaties traden in 25 episodes (43,1%) op nadat de patiënt de huisarts had geraadpleegd:

- De klinische toestand van de patiënt was in 24 van de 25 gevallen tijdens het eerste contact nog goed.

- Bij 15 patiënten betrof het een acute nierinsufficiëntie, bij 7 patiënten hypotensie en bij 3 patiënten een elektrolytenstoornis.

Er traden bij 1 patiënt 2 complicaties op in dezelfde episode.

Het staken zelf van hoog-risicomedicatie leidde bij 1 patiënt tot een complicatie: tijdens een episode van diarree stopte deze patiënt met furosemide en ontwikkelde vervolgens astma cardiale.

Beschouwing:

Een gemiddelde Nederlandse huisarts zou jaarlijks ongeveer 8 keer actie moeten ondernemen bij een patiënt die risico loopt op volumedepletie en die RAAS-remmers, diuretica of NSAID's inneemt, iets wat door gegevens wordt aangetoond:

- Bevindingen tonen aan dat dit 9 van de 10 keer niet gebeurt: er volgt geen verwijzing naar het ziekenhuis en patiënt krijgt ook niet het advies om de medicatie tijdelijk te staken of te verminderen.
- In de medicatielijst werd dit althans niet genoteerd of doorgevoerd.

Uiteraard is het mogelijk dat huisartsen bewust afwijken van de richtlijn en de medicatie uit andere overwegingen, maar van die overwegingen werden er geen aantekeningen gevonden.

Beperkingen:

Aan dit onderzoek zijn een aantal beperkingen verbonden.

Eerst en vooral werd het uitgevoerd alvorens de NHG-Standaard Chronische Nierschade verscheen:

- De betreffende adviezen waren wel al eerder vastgelegd in een Landelijke Transmurale Afspraak.
- Wellicht kan het verschijnen van de standaard huisartsen echter sterker gemaakt hebben.

Ten tweede kan het zijn dat de huisarts wel degelijk een medicatieadvies gegeven had, maar zonder dit te noteren en er is niet onderzocht of de huisarts al bij het starten van de medicatie had aangegeven dat de patiënt deze in bepaalde omstandigheden moest stoppen of verlagen.

Ten derde was er een beperking tot de complicaties hypotensie en acute nierinsufficiëntie, en werd er niet gekeken naar andere middelen zoals Metformine, die bij dehydratie ook complicaties kunnen geven.

En dan is er nog een laatste beperking, namelijk het feit dat er maar een relatief kleine groep onderzocht werd, iets wat de generaliseerbaarheid verkleint.

Besluit:

In het onderzoek was het percentage complicaties (7,1%) tamelijk hoog en ernstig:

- De patiënt had in bijna de helft van de gevallen niet het advies gekregen om tijdens koorts, braken of diarree met risicomedicatie zoals RAAS-remmers, diuretica en NSAID's te stoppen.

➤ Het lijkt in de andere gevallen aannemelijk dat vele complicaties voorkomen hadden kunnen worden, wanneer de huisarts vaker de gevaren van deze medicatie benadrukt had, zodat de patiënt die zelf proactief had kunnen staken.

Bij iedere patiënt die deze risicomedicatie gebruikt, is het dus uitermate belangrijk om regelmatig na te gaan of er sprake is van een risicosituatie, en zo ja, laagdrempelig de dosering te verlagen of te stoppen.

Huisarts & Wetenschap oktober 2020 pag. 46-48.

RUBRIEK UROLOGIE

REDENEN PRO GEBRUIK VAN NITROFURANTOÏNE VOOR URINEWEGINFECTIES BIJ MANNEN

Voor de behandeling van een urineweginfectie is Nitrofurantoïne aantrekkelijk:

Komt omdat de belangrijkste uropathogenen er meestal gevoelig voor zijn.

In weefsel bereikt Nitrofurantoïne echter onvoldoende hoge concentraties, en dat maakt dat het alleen geschikt is als behandeling voor cystitis.

Kunnen mannen ook behandeld worden met Nitrofurantoïne, in feite de kern van de vraag:

- Dan komt men automatisch terecht bij het thema hoe vaak de prostaat betrokken is bij een, al dan niet vermeende, cystitis.
- Meestal is dit het geval bij urineweginfecties met koorts.

Voor de groep mannen bij wie er geen anamnesticke en fysieke kenmerken van weefselinvasie zijn ontbreken er echter gegevens.

Werkzaamheid:

Van Nitrofurantoïne bestaan er geen gerandomiseerde vergelijkende studies voor de behandeling van urineweginfecties bij mannen.

Beschrijving van de NHG-standaard 'Urineweginfecties':

- Binnen 60 dagen kreeg 27-40% van de mannen met een Nitrofurantoïnevoorschrift een nieuw AB voorgeschreven.
- Dit gegeven interpreteren valt echter moeilijk, vermits niet geweten is of de

behandelaar aanvankelijk tekens van weefselinvasie over het hoofd gezien heeft en ook welke de gevoeligheid van de verwekkers, de behandelduur en de indicatie van het tweede voorschrift waren.

Er waren dus hoogstwaarschijnlijk ook andere verklaringen dan falen van Nitrofurantoïne bij cystitis:

- Een nieuwe urineweginfectie, een andere bacteriële infectie of resistentie.
- Therapieontrouw of het negeren van tekens van weefselinvasie.

23 van de 69 mannen kreeg in een Zweedse retrospectieve studie een nieuw AB-voorschrift in de 90 dagen volgend op een behandeling met Nitrofurantoïne:

- Het was bij 10 van de 23 duidelijk dat er sprake was van een infectie met dezelfde bacterie.
- Tijdens de initiële behandeling was er bij één patiënt therapiefalen.

Dit is samen 16% van het geheel, een percentage dat overeenkomt met het percentage therapiefalen van Nitrofurantoïne bij vrouwen.

Gevolgen van therapiefalen:

Zolang er geen ernstige ziekteverschijnselen zijn, is een cystitis die niet meteen geneest hinderlijk maar niet problematisch.

Een goede klinische respons ontbrak in bovengenoemde Zweedse studie tijdens de behandeling met Nitrofurantoïne bij slechts 1 van de 69 patiënten.

Het aantal voorschriften Nitrofurantoïne is in Nederland significant gestegen:

- Nitrofurantoïne werd in 2014 al even frequent voorgeschreven als Ciprofloxacin.
- Bij het grote aantal Nitrofurantoïnevoorschriften valt het aantal mannen dat met een urosepsis tijdens de behandeling met Nitrofurantoïne op de dienst Spoedgevallen komt in het niet.

Alternatieven hebben nadelen:

In de huisartsenpraktijk is Ciprofloxacin de behandeling van eerste keuze voor een urineweginfectie met tekens van weefselinvasie, maar als alternatief voor Nitrofurantoïne is het onaantrekkelijk:

Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen heeft opgeroepen om terughoudend te zijn met het voorschrijven van Ciprofloxacin omwille van de bijwerkingen.

In tegenstelling tot Nitrofurantoïne verstoort Ciprofloxacin daarnaast het darmmicrobioom aanzienlijk:

- Door deze verstoring verhoogt de kans op kolonisatie met resistente bacteriën en sepsis.

- Bovendien versnelt toegenomen gebruik van Ciprofloxacin de resistentieontwikkeling.
- Hierdoor gaat een goede orale behandeling van infecties door resistente Gram-negatieve staven en infecties op moeilijk bereikbare plaatsen verloren.

Als behandeling van een urineweginfectie bij mannen is Nitrofurantoïne wel degelijk aan te bevelen, als tenminste tekens van weefselinvasie afwezig zijn.

Redenen om Nitrofurantoïne niet steeds als eerste keus te prefereren

Een van de meest gestelde diagnoses in de eerstelijnszorg zijn urineweginfecties:

Voor een ongecompliceerde cystitis bij vrouwen én mannen raadt de NHG-standaard 'Urineweginfecties' het gebruik van Nitrofurantoïne aan. Naast de positieve aspecten zijn er voor het gebruik van Nitrofurantoïne bij mannen echter ook wel nadelen te noemen.

Positieve kanten:

Om meerdere redenen is Nitrofurantoïne een aantrekkelijk antibioticum:

- In de huisartsenpopulatie is resistentie van *Escherichia coli* tegen Nitrofurantoïne een stuk lager (2%) dan die tegen Amoxicilline (38%), Cotrimoxazol 21%) en Ciprofloxacin (11%).
- Bovendien neemt resistentie tegen Nitrofurantoïne niet wezenlijk toe in de poliklinische ziekenhuispopulatie, in tegenstelling tot die tegen Ciprofloxacin.

- Als je daar dan bij bedenkt dat de resistentie in andere Europese landen toeneemt, dan zijn dat redenen genoeg om chinolonsparend te behandelen.

Behandeling met Nitrofurantoïne wordt over het algemeen goed verdragen, hoewel er ernstige bijwerkingen bekend zijn.

Bovendien is Nitrofurantoïne effectief als behandeling van cystitis bij vrouwen.

NHG-standaard onderbouwt de keuze van Nitrofurantoïne dus bij mannen:

- Er zijn immers gegevens waaruit blijkt dat 73% van de mannen die Nitrofurantoïne gebruikten hadden in de 60 daaropvolgende dagen geen andere AB voorgeschreven kregen.
- Lijkt dus dat een aanzienlijk percentage mannen met Nitrofurantoïne een effectieve behandeling krijgen.

Therapiefalen:

73% zit zich dus oké, maar wat dan met de 27% van alle mannen die wellicht wél aanvullende behandeling nodig heeft:

- Therapiefalen van Nitrofurantoïne werd ook in een recente studie bij 27% van de oudere mannen gezien.
- De klinische consequenties daarvan werden evenwel in die studies niet vastgesteld, maar die kunnen bijzonder ernstig zijn.
- In hospitaalniveau ziet men geregeld patiënten met septische verschijnselen

tijdens een behandeling met Nitrofurantoïne.

Als er sprake is van weefselinvasie, bvb. in de prostaat, kan therapiefalen optreden:

- De lage serumconcentratie, waardoor de weefselpenetratie beperkt is, bepaalt de beperking van Nitrofurantoïne.
- De maximale concentratie in de urine bedraagt 94mg/l bij een dosering van 50mg 4 dd, tegenover een maximale serumconcentratie van gemiddeld 0,3 mg/l.

Hiermee is de serumconcentratie aanzienlijk lager dan de minimaal remmende concentratie voor *E.coli*-stammen (4-64 mg/l).

Bovendien levert moeizame weefselpenetratie door zogenaamde 'tight junctions' bij mannen in de prostaat een extra beperking op.

Overigens penetreert Ciprofloxacin wel goed in de prostaat en is een bewezen effectief middel.

Risico op onderbehandeling:

Nitrofurantoïne is geschikt om de urine te steriliseren als er enkel sprake is van een cystitis.

Zijn er echter duidelijke tekens van een gecompliceerde urineweginfectie, zoals flankpijn, stijging van de CRP-waarde en koorts, dan wordt Nitrofurantoïne niet aanbevolen in de NHG-standaard: In hoeverre anamnese en lichamelijk onderzoek weefselbetrokkenheid kunnen voorspellen is onbekend.

Onherroepelijk zullen er dus patiënten zijn met de diagnose 'ongecompliceerde urineweginfec-

tie' die desondanks onderbehandeld worden met nitrofurantoïne.

Het is niet goed geweten om hoeveel patiënten het gaat en welke gevolgen dit geeft, maar twee onafhankelijke studies die hierover rapporteren

kwamen beiden uit op een faalpercentage van 27%, zodus.....

Ned Tijdschr Geneesk 16 oktober 2020 pag. 26-27.

RUBRIEK PEDIATRIE / INFECTIEZIEKTEN

BRONCHIOLITIS: SEPARATE VERPLEGING OF TOCH SAMEN OP ÉÉN KAMER ?

Tijdens het winterseizoen is bronchiolitis de belangrijkste reden voor opname van jonge kinderen.

Beschouwing:

Kenmerkend voor deze luchtweginfectie zijn ontsteking en obstructie van de kleine luchtwegen.

Belangrijkste verwekkers zijn het respiratoir syncytieel virus (RSV), gevolgd door humaan metapneumovirus, rhinovirus, adenovirus, influenza- en para-influenzavirus.

Om besmetting van andere opgenomen patiënten zonder bronchiolitis te voorkomen worden kinderen met bronchiolitis geïsoleerd verpleegd: het is daarnaast gebruikelijk om kinderen met een bewezen RSV-infectie als een apart cohort te verplegen.

Men neemt hiervoor als reden aan dat kruisbesmetting met RSV ernstigere klinische verschijnselen geeft.

Het is niet bekend of het separaat verplegen van kinderen met RSV-positieve en RSV-negatieve bronchiolitis daadwerkelijk nuttig is.

Er is een hypothese die stelt dat het meer waarschijnlijk is dat kruisinfecties optreden door besmetting via direct contact met familieleden, bezoek of personeel en niet door aërogeen contact met kamergenoten.

Met deze studie wilde men dan ook nagaan welke de incidentie en de ernst van kruisbesmettingen was tijdens ziekenhuisopname van kinderen met bronchiolitis die gedurende de gehele opname samen op een kamer verpleegd worden, ongeacht de verwekker.

Beschrijving van de uitvoering:

De uitvoering gebeurde op de kinderafdeling van Isala, Zwolle:

- Er zijn in deze kinderafdeling 54 bedden.
- Gaat om 18 bedden voor pasgeborenen en 36 bedden voor oudere kinderen.
- De verdeling van die 36 bedden verliep als volgt: 1 vijfpersoons-, 3 vierpersoons-, 6 tweepersoons- en 7 éénpersoonkamers.

Van 1 december 2012 tot 1 april 2016 werden tijdens vier opeenvolgende winterseizoenen alle kinderen jonger dan twee jaar die voor de eerste maal opgenomen werden met bronchiolitis gescreend voor deelname aan de studie:

- Bronchiolitis werd hierbij gedefinieerd als acute luchtwegenklachten.
- Ging gepaard met neusverkoudheid, hoesten, inspiratoire crepitaties en /of expiratoir piepen bij auscultatie.

- Er vond een exclusie plaats van kinderen met long-, hart-, syndromale en neuromusculaire aandoeningen.

De medisch ethische toetsingscommissie van Isala keurde de studie goed:

- Vooraf werd aan de ouders schriftelijk toestemming gevraagd voor deelname.
- Registratie van de studie is gebeurd op clinicaltrials.gov (NCT01441466).

Virale diagnosestelling:

Bij opname, elke 4^e dag van opname, bij ontslag en tijdens een poliklinische follow-up 5-7 dagen na ontslag werden er bij geïncubeerde patiënten neusspoelsels afgenomen voor virale diagnosestelling op basis van PCR:

- Er werden hierbij 14 respiratoire virusen onderzocht: influenzavirus A en B, RSV A en B, Para-influenza virus 1-4, coronavirus OC43, 229E en NL63, rhinovirus, adenovirus en humaan metapneumovirus.
- Deze diagnosestelling werd in de laatste 3 seizoenen uitgebreid met het enterovirus en parechovirus.

Keeluitstrijkjes werden verzameld bij ouders en bezoekers van deelnemende patiënten tijdens het tweede seizoen (2013/2014) en tevens bij het medisch personeel tijdens de laatste twee seizoenen (2014-2016).

Onderzoekers en medisch personeel waren niet op de hoogte van de uitslagen van de virale diagnosestelling, want deze werden pas vrijgegeven aan het einde van het seizoen.

Behandelprotocol:

Behandeling gebeurde volgens de lokale richtlijn, gebaseerd op nationale en internationale richtlijnen:

- Ging om een ondersteunende behandeling: buiten Xylometasoline of NaCl 0,9% neusdruppels werd er geen medicamenteuze behandeling geadviseerd.
- Gedurende minimaal 3 dagen werden kinderen < 3 maanden gemonitord op apneus en zuurstofsaturatie.
- Bij saturaties < 92% werd er begonnen met zuurstoftoediening.

Ontslag van deze kinderen naar huis gebeurde wanneer men kon staken met zuurstoftoediening en wanneer de eigen voedsel- en vochtinname minimaal twee derde was van de normale inname voor leeftijd en gewicht.

Isolatiemaatregelen:

Er werd bij deze patiëntjes contactisolatie toegepast:

- Dit houdt in dat medisch personeel schorten en handschoenen droegen en handdesinfectie toepasten voor en na contact met de patiënt.
- Er was geen verplichting tot gebruik van maskers (druppelisolatie).
- Daarvoor waren er twee redenen: het nut van maskers ter preventie van vi-

rusoverdracht naar patiënten is niet aangetoond en de verpleging gaf aan dat er door het dragen van maskers belemmeringen ervaren werden in het contact met zieke kinderen.

Wel werd aan ouders en bezoekers van kinderen met bronchiolitis gevraagd om na het bezoek de handen te desinfecteren.

Op de kinderafdeling mocht bezoek gebruik maken van de gemeenschappelijke ruimtes en sanitaire voorzieningen.

1 vierpersoonskamer werd tijdens de winterseizoenen gereserveerd voor patiënten met bronchiolitis:

- In deze kamer staan de bedden op een afstand van minimaal 1,5 meter van elkaar.
- In principe werden patiënten met bronchiolitis in deze vierpersoonskamer opgenomen.
- Ook andere kamers werden in voorkomende gevallen in gebruik genomen voor opname van kinderen met een bronchiolitis.

Tijdens de opname werd er aan de ouders toestemming gevraagd voor de deelname:

- Op de toewijzing aan een één- of vierpersoonskamer had deze toestemming geen invloed.
- Patiënten op een éénpersoonskamer werden van deelname geëxcludeerd.

Follow-up:

Er werd afgesproken om 4-7 dagen na ontslag een poliklinische follow-up uit te voeren.

Tijdens deze controle werden gegevens verzameld over respiratoire symptomen, de dyspneuscore en het laatste neusspoelsel.

Uitkomst:

Het optreden van een kruisbesmetting was de primaire uitkomstmaat.

Deze werd gedefinieerd als het tijdens of na opname met PCR aantonen van een virus dat bij opname niet aangetoond was.

Er werd van elke patiënt bijgehouden met welke andere patiënten hij of zij de kamer gedeeld had.

De ernst van de ziekte (gemeten aan de hand van opnameduur), opname op de Intensive Care, de duur van zuurstoftoediening en sondevoeding, dyspneuscores en heropnames waren secundaire uitkomstmaten.

Bespreking van de resultaten:

218 van de 340 patiënten die tijdens de studieperiode voor het eerst met een bronchiolitis werden opgenomen werden geïncludeerd.

Voor de exclusie van 122 patiënten (36%) waren er uiteenlopende redenen:

- Onderliggend pre-existent lijden (n = 32), geen toestemming van de ouders (n = 42), ouder dan 2 jaar (n = 6), taalbarrière (n = 6) en acuut respiratoir falen waarvoor direct bij aankomst in het ziekenhuis intubatie vereist was (n = 3).

- Er ontbraken teveel gegevens bij 1 patiënt.
- 33 patiënten werden niet geïncludeerd omwille van een te korte opnameduur (< 1 dag) of opname op een éénpersoonskamer.

90 van de 809 neusspoelsels werden tijdens de studie abusievelijk niet afgenomen (11,1%). Van 190 patiënten (87,2 %) waren poliklinische follow-upgegevens beschikbaar.

Kruisbesmetting;

Bij 28 patiënten (12,8%) werd kruisbesmetting aangetoond:

- Er traden 4 kruisbesmettingen (21%) op bij 19 patiënten die nooit een kamer deelden.
- Bij de 199 kinderen die een kamer deelden traden er 24 kruisbesmettingen op (12,1%).

Tijdens opname trad er bij 1 patiënt besmetting op met RSV, maar deze had nooit een kamer gedeeld met een andere patiënt met RSV.

Andere kruisbesmettingen: rhinovirus (n = 17), enterovirus (n = 5), coronavirus (n = 4), adenovirus (n = 2), para-influenzavirus (n = 2), influenza A-virus (n = 1) en metapneumovirus (n = 1).

Het betreffende virus werd bij 3 van deze kruisbesmette patiënten aangetoond bij een van de kamergenoten:

- Dit ging vooraf aan het moment waarop de kruisbesmetting gedetecteerd werd.

- Ze waren bij opname alle 3 RSV-positief en ze werden kruisbesmet met rhinovirus.

Kruisbesmetting ging niet gepaard met ernstige ziekteverschijnselen.

Bron van kruisbesmetting:

Het eerste seizoen (2012-2013):

- Hier werd enkel bij patiënten virale diagnosestelling uitgevoerd.
- Geen van de 10 kruisbesmettingen kon aan kamergenoten gerelateerd worden.

Het tweede seizoen (2013-2014):

- Hier werd er ook virale diagnosestelling uitgevoerd bij ouders en bezoekers.
- Bij 3 patiënten werd een mogelijke bron van kruisbesmetting gevonden onder familieleden en onder kamergenoten bij 3 van de in totaal 8 kruisbesmettingen.

De laatste 2 seizoenen (2014-2016): hier werd ook virale diagnosestelling verricht bij medisch personeel.

Bij 4 van de 10 kruisbesmettingen kon de bron mogelijk gerelateerd worden aan medisch personeel, en bij geen van de patiënten aan familieleden of kamergenoten.

Beschouwing:

Dit onderzoek vond dus plaats bij kinderen met bronchiolitis die samen op een kamer verpleegd werden:

- Bij 1 op de 8 kinderen trad er een kruisbesmetting op.

- Bij 3 kinderen (1,3%) kon deze kruisbesmetting in verband gebracht worden met kamergenoten.
- Bij opname was de meerderheid van de kinderen (83,4%) RSV-positief.
- Tijdens opname trad er bij 1 patiënt kruisbesmetting met RSV op.
- Deze patiënt had echter tijdens de gehele opname geen kamer gedeeld met RSV-positieve patiënten.

Er waren bij kruisbesmetting geen bijkomende ernstige ziekteverschijnselen:

- Dit schept het vermoeden dat het veilig is om kinderen met bronchiolitis samen op een kamer te verplegen, wat ook de verwekker mag zijn.
- Vanuit pathofysiologisch standpunt is dit ook begrijpelijk, vermits verspreiding van virale respiratoire verwekkers vooral verloopt via direct contact met besmette voorwerpen of lichaamsdelen en slechts in mindere mate via de lucht.

Het feit dat het aantal deelnemende patiënten relatief klein was (n = 218), vormt de belangrijkste beperking van het onderzoek, en dat ondanks inclusie gedurende 4 jaar:

- Verder is het de vraag of het aantonen van een virus in neusspoelsels echte besmetting bevestigt of alleen maar dragerschap aantoont.
- De neusspoelsels zijn ook niet op alle momenten afgenomen, en het is niet

geweten of er mogelijke vectoren gemist zijn onder bezoekers en personeel.

Rest nog een andere belangrijke factor om rekening mee te houden, namelijk de mogelijkheid dat door het uitvoeren van deze studie de aandacht voor en wellicht de toepassing van hygiënemaatregelen versterkt is.

De nadruk dient dan ook gelegd op het feit dat goede handhygiëne van groot belang blijft bij het voorkomen van kruisbesmettingen bij opgenomen patiënten.

Besluit:

Uit deze studie blijkt dat kinderen die opgenomen zijn met een bronchiolitis veilig met elkaar op een kamer verpleegd kunnen worden mits

grondige in acht name van de gebruikelijke hygiënevoorschriften.

Door deze cohortisolatie achterwege te laten kan er een interessante kostenbesparing en een vereenvoudiging van de patiëntenlogistiek optreden.

Ned Tijdschr Geneeskd 6 november 2020 pag. 30-35.

RUBRIEK PSYCHIATRIE

HYPNOSE EN HYPNOTISCH TAALGEBRUIK IN DE GENEESKUNDE

Het begrip hypnose is door de associatie met toneel- of showhypnose omgeven met veel misvattingen, en dat lijkt een breder gebruik in de geneeskunde in de weg te staan.

Korte beschouwing:

In Nederland bestaat er de laatste jaren opnieuw een toenemende belangstelling voor de toepassing van hypnose en hypnotisch taalgebruik : dat geldt bij diverse klachten zoals pijn en angst rond medische procedures, het prikkelbare darmsyndroom en hoofdpijn.

Hypnose wordt van oudsher ook toegepast bij psychiatrische problemen zoals conversie, post-traumatische stress en dissociatie-gerelateerde stoornissen.

Volgt een korte verduidelijking van hypnose en enkele geneeskundige toepassingen ervan.

Wat is hypnose ?

Een bepaalde bewustzijnstoestand ('trance') wordt tijdens hypnose geïnduceerd:

- Gaat om een veranderde staat van bewustzijn met verhoogde concentratie op een beeld of gedachte en dissociatie van de omgeving.
- Deze trance kan men ook spontaan bereiken bvb. tijdens het kijken naar een film of soms door een schokkende gebeurtenis.

De therapeut geeft bij klinisch gebruik suggesties om gewenste veranderingen in gevoelens, cognities, fysieke processen of gedrag teweeg te brengen.

Men nam van oudsher aan dat de hypnotische trance bijdroeg aan de mate waarin een patiënt suggesties opvolgde, en dus noodzakelijk voor de therapie:

- In onderzoek kon dit echter niet goed bevestigd worden.
- Overtuigend fysiologisch correlaat dat de hypnotische trance onderscheidt van een niet-hypnotisch bewustzijn is er evenmin.
- In de mate waarin een patiënt zich kan focussen op en beelden bij de gegeven suggesties kan laten opkomen, speelt trance wel een rol.

Dat het vooral de hypnotische suggesties zijn die de gewenste therapeutische respons luxeren, mag dan ook duidelijk zijn.

Men kan zich dan ook de vraag stellen of er een groot verschil bestaat tussen hypnotische suggesties van de ene kant en suggesties gegeven zonder trance anderzijds, zoals dat bij het placebo-effect gebeurt:

- Hypnose wordt ook niet voor niets wel een 'non-deceptive placebo' genoemd.

- Voor de therapeut en de patiënt is het immers duidelijk dat het belangrijkste doel van de therapie is om met suggesties veranderingen te induceren.

Allereerst is de mate van respons afhankelijk van het type suggestie dat gegeven wordt: zo zal een patiënt nooit een suggestie opvolgen die niet bij hem of haar past. Tijdens hypnose kan men dan ook de controle niet kwijtraken, zoals showhypnose doet geloven.

Suggestibiliteit speelt daarnaast een rol:

- Betreft de mate waarin iemand geneigd is om op suggesties te reageren.
- Testen van suggestibiliteit kan gebeuren met een standaardreeks van suggesties met een afnemende waarschijnlijkheid dat iemand op de suggesties reageert.
- Een daling van een uitgestoken arm zullen velen alzo na de suggestie ervaren dat er een zeer zwaar boek opgelegd wordt, waardoor de arm naar beneden zakt.
- Er zijn er echter maar weinigen die een gesuggereerde post-hypnotische amnesie ervaren.

Er bestaat een piek van suggestibiliteit tussen het 7^e en 14^e levensjaar, wat maakt dat hypnose een grote populariteit kent in de kindergeneeskunde:

De gemiddelde suggestibiliteit neemt na de puberteit af, om de rest van het leven stabiel te blijven.

Qua suggestibiliteit bestaat er een grote interpersoonlijke variabiliteit die deels genetisch bepaald lijkt te zijn.

Behalve bij de aanwezigheid van een psychose is hypnose een zeer veilige therapie en verder zijn er geen contra-indicaties.

Van medische hypnose bestaan er diverse wetenschappelijk ondersteunde toepassingen, o.a. de behandeling van acute en procedurele pijn, chronische pijn, PTSS, dissociatieve en conversiestoornissen, slaapstoornis en angst en depressie.

Acute en procedurele pijn:

Bij de behandeling van acute pijn kent hypnose een lange geschiedenis: gaat dus om een effectieve, niet-medicamenteuze techniek om pijn te reduceren:

- Men kan hypno-analgesie bewerkstelligen met eenvoudige technieken.
- Zo is er de 'imaginaire pijnknop' of de visualisatie van een veilige plek, met de suggestie dat de patiënt zich op deze plek ontspannen en comfortabel blijft voelen tijdens de procedure.

Uit talloze studies blijkt dat hypnose tijdens minimaal invasieve procedures resulteert in een aanzienlijke afname van angst voor de procedure, pijn en het gebruik van analgetica:

- Kan gaan van vena- of liquorpuncties tot transkatheter-behandeling van hartrit-mestoornissen.
- Op de duur of de veiligheid van de procedure is er geen negatief effect.

Het type suggestie bepaalt *waar* in het brein veranderingen waargenomen worden:

Dit werd o.a. aangetoond bij onderzoek met functionele MRI- en PET-scans onder hypnose.

- De suggestie 'u zal minder en minder pijn voelen' leidt bvb. tot een duidelijke signaalreductie in de somatosensorische cortex.
- De activiteit in de anterieure gyrus cinguli ('cingulaire cortex'), waar de affectieve component van pijn – het *pijn lijden* – gelegen is, wordt daarentegen juist beïnvloed door suggesties zoals 'u zult merken dat u steeds minder *last* heeft van pijn'.

Chronische pijn:

Chronische buikpijn t.g.v. het prikkelbare darmsyndroom is één van de belangrijkste indicaties voor hypnose. Een systematische review van 8 gerandomiseerde studies bij kinderen en volwassenen gaf de volgende resultaten:

- Hypnose is een veilige behandeling bij met positieve langetermijneffecten bij 54% van de patiënten die eerder niet gereageerd hadden op reguliere behandelingen.
- Hypnotherapie wordt dan ook door de richtlijn 'SOLK en somatoforme stoornissen' uit 2010 aanbevolen als een van de psychologische behandelmogelijkheden van patiënten met het prikkelbare darmsyndroom.

Bij kinderen met het prikkelbare darmsyndroom kan hypnotherapie tegenwoordig ook thuis toegepast worden met online verkrijgbare hypnoseoefeningen.

Deze thuisbehandeling leidt bij ongeveer 3 op de 4 kinderen tot adequate verbetering en afname van de klachten, zoveel wordt aangetoond door een Nederlandse multicentrische studie.

Hypnotherapie kan ook bij chronische primaire hoofdpijn toegepast worden, hoewel het bewijs voor de effectiviteit bij deze toepassing minder hard is.

Trauma en angst-gerelateerde stoornissen:

Bij verschillende aanbevolen psychologische interventies uit de ggz-richtlijn 'Angststoornissen' vormen hypnotische technieken een onderdeel.

'Eye movement desensitisation and reprorocessing' (EMDR) is een populaire techniek:

- Zijn werkzaamheid dankt deze interventie niet uitsluitend aan de suggestieve technieken en gefractioneerde inductie-technieken.
- Hij maakt er echter wel optimaal gebruik van.

Tot de effectiefste behandelingen voor PTSS behoren ook psychotherapieën die gebaseerd zijn op exposure, met een combinatie van

angstmanagement en het gecontroleerd herbelevan van aspecten van het trauma.

Het besef dat de patiënt na een ernstig trauma soms geen controle meer heeft over de nare herinneringen is belangrijk:

- Zo iemand kan hypnose aanleren en kan op die manier meer controle krijgen wanneer de herinneringen aan het trauma opgeroepen worden.
- Hiermee kunnen deze herinneringen vervolgens verwerkt worden.

Bij de behandeling van angst en trauma is het principe van hypnose dan ook als volgt:

a) Gecontroleerde inductie van toegang tot traumatische herinneringen.

b) Hulp bieden aan de patiënt om de intense impact en de sterke fysiologische en emotionele reacties te beheersen die herinneringen aan een trauma kunnen vergezellen.

c) Herstructurering van de herinneringen en deze zo mogelijk voorzien van een betekenis.

Punt c kan daarbij lijken op een vorm van cognitief herstructureren.

Conversiestoornis:

In de zorgstandaard 'Conversiestoornis' is hypnotherapie één van de aanbevolen therapeutische opties, en kan voor deze patiënten een effectieve behandeling zijn.

Men maakt bij de behandeling onder meer gebruik van een door suggesties geïnduceerde

katalepsie: dit bewerkstelligt een gevoel van stijfheid.

Bij patiënten met een conversiestoornis die gepaard gaat met abnormale bewegingen is dit namelijk effectief.

Visualisaties van een weer gezond werkend lichaam kunnen bij verlies van sensorische functies geïntroduceerd worden met suggesties voor toenemend herstel van functie.

Neurowetenschappelijk onderzoek toont aan dat dezelfde hersengebieden actief zijn bij conversiesymptomen als bij door hypnose geïnduceerde verlamningsverschijnselen, namelijk de anterieure gyrus cingulatus en de orbitofrontale cortex.

Er bestaat nog een ander verband tussen conversiestoornis en hypnose, namelijk dat patiënten met een conversiestoornis vaak verhoogd suggestibel zijn.

Hypnotisch taalgebruik zonder trance:

Er bestaat op dit ogenblik een groeiende belangstelling voor het gebruik van hypnotisch taalgebruik zonder daadwerkelijke inductie van trance:

Is mede gebaseerd op onderzoek naar de mechanismen van placebo-effecten.

Dat placebo-effecten voor een belangrijk deel gecreëerd worden door verwachtingen die een patiënt heeft van een geneesmiddel, is een bekend fenomeen.

Het effect van een geneesmiddel kan versterkt worden door suggesties die door een voor-

schrijvend arts gegeven worden, en soms verpakt worden als psycho-educatie.

Gewoon met de formulering kan er een duidelijk verschil in verwachting gecreëerd worden bij de patiënt:

Men kan bvb. zeggen: 'Ik hoop dat deze medicatie u enige verbetering gaat geven'.

Vergelijk dit met de zin: 'Ik ben benieuwd hoe snel u zich met deze nieuwe medicijnen beter gaat voelen'.

Voor het nocebo-effect gaat hetzelfde principe op:

- Klachten als pijn en jeuk kunnen simpelweg door verbale suggesties geïnduceerd worden, zoveel weet men uit diverse studies.
- Zo leidt een goedbedoelde waarschuwing bij een venapunctie – 'dit gaat even pijn doen' – dan ook tot meer pijn en angst dan de formulering 'vertel me eens waar je voor het laatst op vakantie geweest bent en hoe fijn dit voor u was'.

Besluit:

Bij o.a. acute en chronische pijn en diverse psychiatrische problemen is hypnose een behandeling die bewezen effectief is.

Hypnose vormde de basis voor de westerse oriëntatie op psychotherapie, maar sluit ook naadloos aan bij enkele van onze nieuwste inzichten in de relatie tussen hersenfunctie en ons vermogen om pijn, angst en fysiologische processen te beïnvloeden.

Hypnose wordt veelal door onbekendheid nog te weinig overwogen als behandelmogelijkheid. Als men psychotherapeuten of artsen in de eigen regio kent die in hypnose geschoold zijn,

valt aan te bevelen om patiënten die in aanmerking komen hier naartoe te verwijzen. Scholing van artsen in hypnotisch taalgebruik lijkt daarnaast zinvol, want zo kunnen ze hun

eigen placebo-effect versterken en hun nocebo-effect verminderen.

Ned Tijdschr Geneeskd 13 november 2020 pag. 38-43

Met dank aan dr. Willy Storms

MCH Digest

CARDIOVASCULAR

EET MEER VIS? JA ALS JE AL CARDIOVASCULAIR BELAST BENT, DE ANDEREN?

Importance:

Cohort studies report inconsistent associations between fish consumption, a major source of long-chain ω -3 fatty acids, and risk of cardiovascular disease (CVD) and mortality. Whether the associations vary between those with and those without vascular disease is unknown.

Objective:

To examine whether the associations of fish consumption with risk of CVD or of mortality differ between individuals with and individuals without vascular disease.

Design, Setting, and Participants:

This pooled analysis of individual participant data involved 191 558 individuals from 4 cohort studies—147 645 individuals (139 827 without CVD and 7818 with CVD) from 21 countries in the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study and 43 413 patients with vascular disease in 3 prospective studies from 40 countries. Adjusted hazard ratios (HRs) were calculated by multilevel Cox regression separately within each study and then pooled using random-effects meta-analysis. This analysis was conducted from January to June 2020.

Exposures:

Fish consumption was recorded using validated food frequency questionnaires. In 1 of the cohorts with vascular disease, a separate qualitative food frequency questionnaire was used to assess intake of individual types of fish.

Main Outcomes and Measures:

Mortality and major CVD events (including myocardial infarction, stroke, congestive heart failure, or sudden death).

Results:

Overall, 191 558 participants with a mean (SD) age of 54.1 (8.0) years (91 666 [47.9%] male) were included in the present analysis. During 9.1 years of follow-up in PURE, compared with little or no fish intake (≤ 50 g/mo), an intake of 350 g/wk or more was not associated with risk of major CVD (HR, 0.95; 95% CI, 0.86-1.04) or total mortality (HR, 0.96; 0.88-1.05). By contrast, in the 3 cohorts of patients with vascular disease, the HR for risk of major CVD (HR, 0.84; 95% CI, 0.73-0.96) and total mortality (HR, 0.82; 95% CI, 0.74-0.91) was lowest with intakes of at least 175 g/wk (or approximately 2 servings/wk) compared with 50 g/mo or lower, with no further apparent decrease in HR with consumption

of 350 g/wk or higher. Fish with higher amounts of ω -3 fatty acids were strongly associated with a lower risk of CVD (HR, 0.94; 95% CI, 0.92-0.97 per 5-g increment of intake), whereas other fish were neutral (collected in 1 cohort of patients with vascular disease). The association between fish intake and each outcome varied by CVD status, with a lower risk found among patients with vascular disease but not in general populations (for major CVD, $I^2=82.6$ [$P=.02$]; for death, $I^2=90.8$ [$P=.001$]).

Conclusions and Relevance:

Findings of this pooled analysis of 4 cohort studies indicated that a minimal fish intake of 175 g (approximately 2 servings) weekly is associated with lower risk of major CVD and mortality among patients with prior CVD but not in general populations. The consumption of fish (especially oily fish) should be evaluated in randomized trials of clinical outcomes among people with vascular disease.

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2777338?widget=personalizedcontent&previousarticle=2777332>

DIAGNOSTIEK

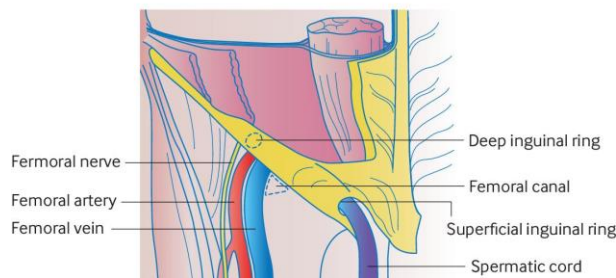
Een zwelling in de lies: wat kan het zijn?

Groin lumps are a common presentation in primary care in both sexes. Hernias are possibly the commonest cause of a groin lump. A prospective study (54 patients) found that a strangulated hernia was misdiagnosed by general practitioners in a third of patients (17) and by admitting surgeons in 15% of patients (8). Timely referral is critical in patients with complications or a suspected malignancy. This article outlines the presenting features of the different causes of groin lumps to aid primary care physicians in diagnosis and appropriate referral.

What are the important anatomical features of the groin?

Figure 1 shows how the groin is traversed obliquely by the inguinal canal. The groin contains one or two deep inguinal lymph nodes, and about 11 (range 3-18) superficial inguinal lymph nodes, as per imaging studies. Inguinal lymph nodes are often palpable in healthy people. Their largest dimension ranges from 2.1 mm to 13.6 mm. They drain the penis, scrotum, vulva, perineum, inferior abdominal wall, and buttocks, as well as the lower leg.

Anatomy of the groin:



What are the likely causes of groin lumps?

Groin lumps can broadly be divided as occurring due to infection, malignancy, or a surgical condition. Few published data exist on the incidence of the various causes of groin lumps.

Infective lymphadenopathy

Leg cellulitis or ulcers—These are commonly associated with enlarged inguinal lymph nodes and are probably the most common cause of abnormal lymphadenopathy in the inguinal region.

Herpes simplex—More than 30 000 people in the UK received a diagnosis of genital herpes in 2018, with twice as many diagnoses in women and girls. HSV-1 was the commonest subtype. Herpetic inguinal lymphadenitis is usually bilateral and tender, with blistering or ulceration of the external genitalia or perianal region. Rarely, lymphadenitis precedes skin lesions.

Syphilis—New diagnoses of syphilis in the UK rose from 2874 cases in 2008 to 7541 in 2018.3 Non-tender rubbery enlargement of the inguinal lymph nodes, frequently bilateral, accompanied

by a single painless papule at the site of inoculation, are characteristic. Generalized lymphadenopathy, a mucocutaneous rash, and multisystem features are seen in secondary syphilis.

HIV—Persistent generalized lymphadenopathy is common in the early stages of infection with HIV, and is often accompanied by fever, rash, sore throat, and later by opportunistic diseases such as tuberculosis or lymphomas.

Lymphogranuloma venereum – This is caused by a subtype of *Chlamydia trachomatis*. One form (found most commonly in tropical regions) is generally in heterosexual people, and lymphadenopathy is unilateral and painful. It can suppurate to form inguinal abscesses or buboes, sometimes creating chronic fistulas. In the UK, a proctocolitis form of the condition is endemic in men who have sex with men, with 919 diagnoses in 2016, mostly in men who were HIV positive. This form is more common than the bubo form in this group. Chancroid, another sexually transmitted infection, caused by *Haemophilus ducreyi*, can also cause inguinal lymphadenopathy, although it is exceptionally rare in the UK.

Malignant lymphadenopathy:

Skin malignancies can cause palpable lymph node metastases.

Lymphoma—Lymphadenopathy at a solitary site occurs in approximately 10% of lymphomas. Other symptoms may not have been detected by the patient, or may be difficult to detect, as

with other bone marrow disease. Some patients report a rapidly enlarging node or associated weight loss, night sweats, or fever.

Chronic lymphocytic leukaemia is characterized by widespread lymphadenopathy (differentiated from HIV infection by the absence of associated rash, fever, or sore throat).

Surgical conditions:

Hernias—A hernia is the abnormal protrusion of tissue of an organ through the wall of the anatomical cavity containing it. Inguinal hernias account for around 95% of groin hernias. They are palpable above the inguinal ligament, above and medial to the pubic tubercle, where they emerge through the superficial inguinal ring. Femoral hernias—which account for the remaining small percentage—exit the abdomen through the femoral canal directly medial to the femoral artery and vein, so are below the inguinal ligament, and below and lateral to the pubic tubercle.

Symptoms of groin hernias are highly variable and they can often be asymptomatic. Discomfort can be worsened by exertion or coughing, or less commonly by defecation or micturition. Patients can present with complications such as bowel obstruction or strangulation. These are more common in the first six months after a hernia is first noticed by the patient. Strangulation or obstruction occurs within the first three months of presentation in 3% of inguinal and 22% of femoral hernias. The tight anatomical space through which femoral hernias pass in-

creases the risk of early complications, particularly strangulation.

Vascular groin masses—These are rare but potentially serious. True femoral aneurysms (which involve all three components of the arterial wall) are less common than femoral pseudo-aneurysms (involving only the external two layers of the wall). Pseudo-aneurysms may arise as a result of illicit intravenous drug use. Rarely, they represent iatrogenic injury from arterial catheterization. This is reduced to a frequency of 1% or less if compression post-procedure is maintained for at least five minutes. These pseudo-aneurysms are typically pulsatile, sometimes accompanied by a discharging abscess, or oozing of blood.

A saphena varix is a varicosity of the saphenous vein just distal to the saphena-femoral junction, caused by venous valvular incompetence. It presents as a groin mass, often mistaken for a femoral hernia. It disappears completely when the patient is lying flat and remains soft and is compressible. It also exhibits a characteristic thrill on coughing.

Undescended testicles occurred in 5.9% of a UK cohort of full-term male infants, with diagnosis delayed until adulthood in 1% of these. Undescended testicles may be palpable in the inguinal canal.

What to cover on history and examination?:

An evaluation of the patient's symptoms and risk factors can help identify likely causes.

Ask about:

- Pain and associated symptoms: ulceration, fever, weight loss, and night sweats. Infectious lymphadenopathy and strangulated hernia are usually painful and tender. Malignant lymphadenopathy can occasionally be painful but pain is not a diagnostic feature.
- Duration of symptoms is very rarely recorded in the medical literature. In our experience, strangulated hernias have the shortest duration to presentation (less than a week). Duration of symptoms of one to four weeks is common with infectious lymphadenopathy. Malignant lymphadenopathy usually has an insidious onset, often over weeks, as do most surgical conditions.

Risk factors:

- Age—Groin hernias are common in young children, and again become increasingly common through adult life. A study of national data from Denmark showed two peaks of prevalence of groin hernia repair at ages 0-5 and 75-80. Sexually transmitted infections are more common in those aged 16-34. Lymphomas present later, with the median age at diagnosis 70 years.
- Sex—Nearly 90% of groin hernias occur in men and boys. The estimated lifetime incidence of groin hernia is 27-43% in men and 3-6% in women.

- Sexual history—If you suspect that the patient has an infection, seek their permission to inquire about their sexual history. This may cover sex of partners and their country of origin (to help identify sexually transmitted infections not usually found in the UK), type of sex, previous testing for sexually transmitted infection, and HIV status. A preceding genital ulcer may be reported, though not in HIV. A recent history of generalized lymphadenopathy or a rash can suggest established or primary HIV or syphilis.
- Other medical conditions or surgery—Hernia is more common in those with chronic obstructive pulmonary disease and connective tissue disorders, such as Ehlers-Danlos and Marfan's syndromes, as per a case-control study. Cohort studies show that previous hernia repair, intravenous drug use, or angiography increase the likelihood of surgical conditions such as recurrent hernia, pseudo-aneurysm, aneurysm, or abscess. For patients with previous groin surgery—such as hernia repair or orchiectomy—haematomas, seromas, prosthetic material, or scar tissue can produce a lump. Past cancers, particularly melanoma in the leg, may spread to inguinal lymph nodes.

Examination:

Seek the patient's permission to examine the groin lump, and provide necessary privacy to undress. Examination for hernias is best initially with the patient standing, then supine, particularly when seeking a cough impulse. Examine the lump for features of specific diagnoses (tender/non-tender, bilateral/unilateral, size, specific location, pulsatile).

Distinguishing enlarged lymph nodes from a hernia is usually straightforward. Induration, abscess, sinus, or genital ulcer suggest infection. Attempt once to reduce the hernia with the patient supine. For a tender and irreducible hernia immediate referral to secondary care is warranted, as this may represent obstruction or strangulation. Strangulation is associated with severe tenderness and, later, erythema. Look for lymphadenopathy elsewhere, which can point to a haematological malignancy or infection.

What are the investigations?

Routine blood investigations lack sufficient sensitivity to rule out a diagnosis. A full blood count may occasionally reveal chronic lymphocytic leukaemia with raised white cell count (lymphocytosis). Thrombocytosis has been linked with several cancers in a large cohort study. A raised inflammatory marker may point towards infection. Depending on particular inflammatory markers, the sensitivity for cancer was 44-50% in a cohort study of electronic primary care records. A composite outcome of a new cancer, autoimmune disease, or infection was recorded

in 15% of patients in primary care with a raised inflammatory marker, 6% of those with a normal inflammatory marker, and 3% of the untested population. If a sexually transmitted infection is suspected, test using viral sampling from genital lesions for herpes, or serological testing such as for syphilis or HIV. Imaging is not usually required to diagnose groin hernias

When to refer?:

Patients with groin lumps will mostly require a referral to appropriate specialist services for further investigations and management. Refer patients to sexual health services if they have tender lymphadenopathy where infection is suspected or if syphilis or HIV is suspected or confirmed by testing.

A surgical referral is often necessary for men and boys with hernias, except for patients with minimally symptomatic or recurrent hernias who wish to delay or avoid surgery. We recommend a surgical referral for women with a hernia because femoral hernias are more common in women and difficult to differentiate from inguinal hernias. Patients with complications such as obstructed or strangulated hernia require emergency surgical referral. Immediate surgical referral is advisable for expanding or tender vascular masses of the groin or an abscess. Surgical referral for biopsy may be needed for a suspicious groin node or lymphadenopathy of unknown cause. This may be offered on an urgent basis to rule out a malignancy.

nancy if the node is rapidly growing or accompanied with fever, night sweat, and weight loss. A referral to haematology usually follows a finding of chronic lymphocytic leukaemia in the full blood count or lymphoma detected on biopsy.

Children with undescended testicles require referral to a paediatric general surgeon or urologist for further evaluation.

<https://www.bmj.com/content/bmj/372/bmj.n578/F1.large.jpg>

GYNAECOLOGIE

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : TEST HPV-HR TOUS LES 5 ANS APRÈS L'ÂGE DE 30 ANS

Les données d'évaluation disponibles conduisent à intégrer les tests HPV-HR dans la stratégie de dépistage des cancers du col de l'utérus chez la plupart des femmes âgées de 30 à 65 ans.

Les cancers du col de l'utérus sont principalement dus à une infection persistante par certains papillomavirus humains à potentiel cancérigène élevé, alias papillomavirus à haut risque (HPV-HR), transmis par voie sexuelle.

Un dépistage régulier par examen cytologique d'un frottis du col de l'utérus chez les femmes diminue la mortalité par cancer du col de l'utérus. Un dépistage par tests HPV-HR,

complété par une cytologie en cas de test positif, diminue de moitié environ la fréquence des cancers invasifs du col de l'utérus par rapport à un dépistage par cytologie seule. Ce surcroît d'efficacité n'est pas démontré chez les femmes âgées de moins de 30 ans.

En raison d'un nombre accru de résultats dits faussement positifs, les tests HPV-HR exposent à plus de colposcopies (de l'ordre de 15 colposcopies supplémentaires pour environ 1 000 femmes dépistées par rapport à la cytologie seule), plus de biopsies et plus de diagnostics par excès.

En France, le dépistage des cancers du col de l'utérus a commencé à être organisé pour les femmes âgées de 25 à 65 ans, ce qui permet de suivre sa mise en œuvre. D'après l'évaluation disponible, il est cohérent que ce dépistage repose sur une cytologie tous les 3 ans chez les femmes âgées de 25 à 30 ans, suivi chez la plupart des femmes âgées de 30 ans à 65 ans par un test HPV-HR tous les 5 ans en cas de test HPV-HR négatif.

©Prescrire 1er mars 2021

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/60845/0/NewsDetails.aspx>

NEUROLOGIE

NIET FARMACOLOGISCHE BEHANDELING VAN SLAAPPROBLEMEN

What you need to know:

Cognitive behavioral therapy is effective first line treatment for chronic insomnia

Advise individual or group based cognitive behavioral therapy for insomnia delivered in-person or through internet, telehealth, or smartphone applications to suit your patient's preferences.

Identify patients with long term use of sedatives and initiate a discussion about tapering sedatives and substituting with non-pharmacological therapies.

Guidelines recommend non-pharmacological approaches, including cognitive behavioral therapy, as first line treatment for chronic insomnia in adults (box 1). Yet, sedatives are commonly prescribed to treat insomnia. Over a quarter of a million people in the UK receive sedatives for more than a year based on estimates from a primary care survey in 2017.⁶ A drug survey in the UK reported 2.4 million adults had received, and had dispensed, one or more prescriptions for sedatives written in 2017-18.⁷ In a study of 386457 US outpatient visits, prescription rates for benzodiazepines doubled from 3.8% (95% confidence interval 3.2% to 4.4%) in 2003 to 7.4% (6.4% to 8.6%) in 2015, including co-prescribing with other sedating medications.

Sedatives include medications licensed for insomnia—for

example, benzodiazepine receptor agonists (such as estazolam, temazepam, eszopiclone, zaleplon, zolpidem), dual orexin receptor antagonists (such as lemborexant, suvorexant), and melatonin receptor agonists (such as ramelteon)—as well as those used off-label (such as quetiapine, trazodone, diphenhydramine). Sedatives are associated with serious harm, including cognitive deficits, falls, confusion, hip fracture, dependency, and mortality. Overdose deaths involving benzodiazepines increased in the US from 1135 in 1999 to 8791 in 2015.

Box 1:

Guidelines promoting a non-pharmacological approach to insomnia

British Association for Psychopharmacology—“[Cognitive behavioural therapy (CBT)] is an effective treatment for insomnia delivered either individually or in small group format. CBT has been found to be as effective as prescription medications for short-term treatment of chronic insomnia. Moreover, there are indications that the beneficial effects of CBT may last well beyond the termination of active treatment.”

European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia—“Cognitive behavioral therapy

for insomnia is recommended as the first-line treatment for chronic insomnia in

adults of any age (strong recommendation, high-quality evidence).”

American College of Physicians—“American College of Physicians recommends that all adult patients receive cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) as the initial treatment for chronic insomnia disorder. (Grade: strong recommendation, moderate-quality evidence).”

American Academy of Sleep Medicine—“Stimulus control therapy, relaxation training, and cognitive behavior therapy are individually effective therapies in the treatment of chronic insomnia and sleep restriction therapy, multi-component therapy (without cognitive therapy), biofeedback and paradoxical intention are individually effective therapies in the treatment of chronic insomnia.”

Escalating sedative use and associated adverse events have prompted professional societies to recommend against use of sedatives as first line therapy for insomnia (box 2). Non-pharmacological approaches to insomnia improve sleep profiles and reduce the need for sedatives and potential harms.² Box 3 lists core components of cognitive behavioral therapy for insomnia.

Box 2:

Choosing Wisely statements from different countries on avoiding sedatives

Choosing Wisely is an international campaign for clinicians across more than 20 countries. It encourages conversations between clinicians and patients about overuse of drugs and recommends against initiating or continuing sedatives for insomnia.

American Geriatrics Society, Canadian Academy of Geriatric Society, Canadian Society of Hospital Medicine, Canadian Geriatrics Society—“Don’t use benzodiazepines or other sedative-hypnotics in older adults as first choice for insomnia.”

Canadian Society of Hospital Pharmacists—“Don’t routinely prescribe benzodiazepines or other sedative-hypnotics for promotion of sleep without first a trial of non-pharmacologic interventions.”

Canadian Pharmacists Association—“Don’t prescribe or dispense benzodiazepines without building a discontinuation strategy into the patient’s treatment plan (except for patients who have a valid indication for long-term use)”

Box 3:

Components of cognitive behavioural therapy for insomnia

Stimulus control—Associate the bed and bedroom with sleep: participants should avoid screen time in bed and get out of bed at night if they are having trouble sleeping

Sleep restriction—Increase the homeostatic drive to sleep. Initially, participants may be

asked to restrict their time in bed in order to improve sleep quality over the long term.

Cognitive therapy—Address maladaptive beliefs about sleep to reduce anxiety about not getting enough sleep and the consequences of not sleeping. Set appropriate expectations for total sleep duration that permit daytime function, on average 5-6 hours per night.

Sleep hygiene—Establish behavioral routines to promote restorative sleep; avoid naps and stimulants at bedtime, ensure comfortable climate control.

Relaxation therapy—Practice techniques such as mindfulness or meditation

The evidence for change:

For details of studies of cognitive behavioral therapy for treating insomnia, see supplementary table on bmj.com. There is high quality evidence from a systematic review and meta-analysis (20 randomized controlled trials (RCTs), 1162 participants) in 2015 that cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-i) with at least three components reduced sleep onset latency (that is, time to sleep onset) by 19 minutes and the amount of wakefulness after sleep onset by 26 minutes.

The total sleep time improved by 7 minutes. Studies included at least four CBT-i sessions delivered, although duration of CBT-i intervention varied between studies. Sixteen studies reported outcomes immediately after treatment (less than 4 weeks), while six included long term outcomes at either 1-6 or 6-12 months after

treatment, with two studies reporting maintained outcomes at 12 months. No adverse events were reported.

A second systematic review and meta-analysis of 87 RCTs of 6303 patients in 2017 reported a number needed to treat (NNT) of 1.95 to improve insomnia severity index and an NNT of 11.1 to increase total sleep time.

These effects are similar to those of benzodiazepines as seen in meta-analyses.

The risk of adverse events such as daytime drowsiness, dizziness, fatigue, and adverse cognitive and psychomotor events was 2-5 times higher with sedatives compared with placebo. A systematic review (5 RCTs, 657 participants) found limited and low quality evidence that CBT-i is at least as effective as sedatives for insomnia and that its effects may be more durable.

A well conducted randomized controlled trial (160 participants) found that the addition of sedatives to CBT-i achieved larger increase in sleep time and greater remission rate at six months, but long term outcomes were optimized with discontinuation of medication during maintenance CBT-i. An overview of systematic reviews (64 systematic reviews, 35 with meta-analysis) confirmed effectiveness across multiple outcomes (including sleep onset latency, total sleep time, wake after sleep onset, sleep quality, sleep satisfaction, sleep efficiency, insomnia severity index scores, fatigue severity, and health related quality of life) based on more

than one high or moderate quality review with meta-analysis for zolpidem, suvorexant, doxepin, melatonin, and CBT-i.

However, very little data on harms were available (including hangover/morning sedation, accidental injuries, additional healthcare use related to harms of the intervention, delirium related to the intervention, sleep disordered breathing related to the intervention, all-cause mortality related to the intervention, and addiction, dependence, or diversion of medications). Finally, a high quality systematic review (37 RCTs, 2189 participants) on the efficacy of CBT-i for patients with insomnia comorbid with psychiatric and/or medical conditions found 36.0% who received CBT-i were in remission from insomnia compared with 16.9% of those in control or comparison conditions (pooled odds ratio 3.28 (95% CI 2.30 to 4.68); $P < 0.001$) with the longest reported follow-up period of eight months.

Individual components of CBT-i are effective, but greater and more sustained benefit is likely when these components are combined. A meta-analysis published in 2017 (87 RCTs, 6303 participants) reported improvements in sleep measures with interventions having at least one component of CBT-i compared with placebo. Patients with limited access to in-person CBT-i may consider computerised, digital, internet-based, group, and telehealth-mediated CBT-i, all of which have demonstrated efficacy for treating insomnia.

Barriers to change:

System, patient, and clinician factors are known barriers to implementation of CBT-i and lead to early initiation of sedatives. In many jurisdictions, limited access to and insurance coverage for in-person CBT-i has been cited as a system barrier to adoption. Clinicians identify impediments such as time constraints in an office visit to review non-pharmacological approaches and the perception that patients are unwilling to accept therapy where results are not immediate. Patient factors contributing to reduced adoption of CBT-i include lack of awareness of all treatment options available for insomnia.

Deprescribing sedatives also presents a challenge in practice. Clinicians may be reluctant to discontinue medications initiated by others. Concerns about withdrawal symptoms and recurrent insomnia may lead to hesitancy among patients.

How should we change our practice?:

Acknowledge the impact of disturbed sleep on the health and quality of life of the patient. A detailed evaluation of the patient's sleep history and associated symptoms is essential to diagnose chronic insomnia and to identify any coexisting conditions such as depression and anxiety. This may influence the management approach.

Advise non-pharmacological therapy/

In patients with chronic insomnia, offer CBT-i as first line therapy rather than prescribing or continuing sedatives. Provide clear information on

all proven management options, including non-pharmacological options.

Where organised CBT services are not available, you may discuss digital options such as CBT-i through internet, tele-health, or smartphone applications. Community based groups might offer practices such as meditation and mindfulness, making them easier to access.

Asking the patient to maintain a sleep diary helps track improvements with therapy. About 40% of patients may not respond to non-pharmacological approaches and experience persistent symptoms. Some may experience recurrence after discontinuation of therapy. Follow up patients at regular intervals to monitor progress and discuss alternative management options, including a specialist evaluation if required.

Initiate deprescribing of sedatives:

Identify ongoing sedative use within your practice. Partnering with pharmacists, nurses, and members of the healthcare team may help to identify patients on long term sedatives and to promote a culture of deprescribing and support for CBT-i. Bundled interventions such as computerized order entry decision support for prescribers, restricted ordering practices, audit feedback, and education can help address system barriers.

Engage patients and care givers in a strategy to discontinue sedatives, including substitution with non-pharmacological approaches. Many long term sedative users welcome information

on risks and benefits of treatment and opportunities to discuss discontinuation of sedatives. Some patients may express regret over initiating sedatives, stating lack of awareness of side effects at the time of prescribing.

Provide patient education materials to assist patients in self identifying sedative use and risk, and alternatives to sedatives with a recommended tapering schedule. Box 4 outlines examples you might use to initiate a conversation around deprescribing sedatives in your consultation.

Box 4:

Examples to initiate conversations about deprescribing sedatives with patients, families, and caregivers

You are taking a lot of pills. I would like to try to get you off some of them

How is your sleep? If better, then it is time to wean you off your sleep medication. If worse, then the medication is not working; we should try non-drug therapy

I am worried about you taking sedatives. Sedatives can affect your memory, your driving, and your balance. We do not want to make your situation worse.

There is new research suggesting sedative medication should not be used long term. Please read this educational brochure. At your next visit we will discuss a tapering plan

Ensure access to a designated health professional to assist patients in deprescribing as they return home with a new sedative prescription. Without this expert guidance on deprescribing sedatives, patients and families may assume that continuation is medically indicated rather than a re-evaluation. Some may abruptly discontinue sedatives on their own which can result in withdrawal symptoms or other adverse events.

What patients need to know:

Disturbed sleep over a prolonged duration reduces quality of life and is associated with poor health outcomes

Consult your doctor if you experience sleep problems such as difficulty falling asleep or maintaining sleep. Your doctor will ask you questions about your sleep pattern and other symptoms for a diagnosis.

Non-pharmacological approaches such as cognitive behavioral therapy are effective in improving sleep quality in the long term and are recommended as first line treatment for insomnia.

Cognitive behavioral therapy for insomnia can be delivered in person, in a group, or digitally via internet or smartphone application. The interventions are typically delivered in sessions over 8-12 weeks

Medications such as sedatives may have a role for short term treatment of insomnia but are associated with a greater risk of harm such as cognitive deficits, falls, fractures, dependency, and delirium.

Discontinuing sedatives, even if used for short periods, can be a slow process and can be aided with support from a medical team

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n680>

ORTHOPEDIE

EEN GESCHEURDE VOORSTE KRUISBAND: CHIRURGIE OF AFWACHTEN?

Objective:

To assess whether a clinically relevant difference exists in patients' perceptions of symptoms, knee function, and ability to participate in sports over a period of two years after rupture of the anterior cruciate ligament (ACL) between two commonly used treatment regimens.

Design:

Open labeled, multicenter, parallel randomized controlled trial (COMPARE).

Setting Six hospitals in the Netherlands, between May 2011 and April 2016.

Participants Patients aged 18 to 65 with an acute rupture of the ACL, recruited from six hospitals. Patients were evaluated at three, six, nine, 12, and 24 months.

Interventions:

85 patients were randomized to early ACL reconstruction and 82 to rehabilitation followed by optional delayed ACL reconstruction after a three month period (primary non-operative treatment).

Main outcomes:

Patients' perceptions of symptoms, knee function, and ability to participate in sporting activities were assessed with the International Knee Documentation Committee score

(optimum score 100) at each time point over 24 months.

Results:

Between May 2011 and April 2016, 167 patients were enrolled in the study and randomized to one of two treatments (mean age 31.3; 67 (40.%) women), and 163 (98%) completed the trial. In the rehabilitation and optional delayed ACL reconstruction group, 41 (50%) patients underwent reconstruction during follow-up. After 24 months, the early ACL reconstruction group had a significantly better ($P=0.026$) but not clinically relevant International Knee

Documentation

Committee score (84.7 v 79.4 (difference between groups 5.3, 95% confidence interval 0.6 to 9.9). After three months of follow-up, the International Knee Documentation Committee score was significantly better ($P=0.002$) for the rehabilitation and optional delayed ACL reconstruction group (difference between groups -9.3 , -14.6 to -4.0). After nine months of follow-up, the difference in the International Knee Documentation Committee score changed in favor of the early ACL reconstruction group. After 12 months, differences between the groups were smaller. In the early ACL reconstruction group, four re-ruptures and three ruptures of the contralateral ACL occurred during

follow-up versus two re-ruptures and one rupture of the contralateral ACL in the rehabilitation and optional delayed ACL reconstruction group.

Conclusions

In patients with acute rupture of the ACL, those who underwent early surgical reconstruction, compared with rehabilitation followed by elective surgical reconstruction, had improved perceptions of symptoms, knee function, and ability to participate in sports at the two year follow-up. This finding was significant ($P=0.026$) but the clinical importance is unclear. Interpretation of the results of the study should consider that 50% of the patients randomized to the rehabilitation group did not need surgical reconstruction.

Trial registration:

Netherlands Trial Register NL 2618.

What is already known on this topic:

Several non-randomized studies have suggested that for patients with rupture of the anterior cruciate ligament (ACL), clinical results for early reconstruction of the ACL compared with rehabilitation alone are similar

Evidence from randomized controlled trials is lacking

The preferred treatment for rupture of the ACL (surgery or rehabilitation) is unclear

What this study adds:

Patients who underwent early surgical reconstruction of the ACL, compared with those who had rehabilitation followed by elective surgical reconstruction, had improved perceptions of

symptoms, knee function, and ability to participate in sports at the two year follow-up

This finding was significant but the clinical importance is unclear

Interpretation of the results of the study should consider that 50% of patients randomized to the rehabilitation group did not need surgical reconstruction

<https://www.bmj.com/content/372/bmj.n375>

ISCHIAS TEN GEVOLGE VAN LUMBALE DISCOPATHIE: INFILTRATIE OF OPERATIE?

Background:

The optimal invasive treatment for sciatica secondary to herniated lumbar disc remains controversial, with a paucity of evidence for use of non-surgical treatments such as transforaminal epidural steroid injection (TFESI) over surgical microdiscectomy. We aimed to investigate the clinical and cost-effectiveness of these options for management of radicular pain secondary to herniated lumbar disc.

Methods:

We did a pragmatic, multicenter, phase 3, open-label, randomized controlled trial at 11 spinal units across the UK. Eligible patients were aged 16–65 years, had MRI-confirmed non-emergency sciatica secondary to herniated lumbar disc with symptom duration between 6 weeks and 12 months, and had leg pain that was not responsive to non-invasive management. Participants were randomly assigned (1:1) to receive either TFESI or surgical microdiscectomy by an online randomization system that was stratified by center with random permuted

blocks. The primary outcome was Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) score at 18 weeks. All randomly assigned participants who completed a valid ODQ at baseline and at 18 weeks were included in the analysis. Safety analysis included all treated participants. Cost-effectiveness was estimated from the EuroQol-5D-5L, Hospital Episode Statistics, medication usage, and self-reported resource-use data. This trial was registered with ISRCTN, number ISRCTN04820368, and EudraCT, number 2014-002751-25.

Findings:

Between March 6, 2015, and Dec 21, 2017, 163 (15%) of 1055 screened patients were enrolled, with 80 participants (49%) randomly assigned to the TFESI group and 83 participants (51%) to the surgery group. At week 18, ODQ scores were 30·02 (SD 24·38) for 63 assessed patients in the TFESI group and 22·30 (19·83) for 61 assessed patients in the surgery group. Mean improvement was 24·52 points (18·89) for the TFESI group and 26·74 points (21·35) for the surgery

group, with an estimated treatment difference of –4·25 (95% CI –11·09 to 2·59; $p=0\cdot22$). There were four serious adverse events in four participants associated with surgery, and none with TFESI. Compared with TFESI, surgery had an incremental cost-effectiveness ratio of £38737 per quality-adjusted life-year gained, and a 0·17 probability of being cost-effective at a willingness-to-pay threshold of £20000 per quality-adjusted life-year.

Interpretation:

For patients with sciatica secondary to herniated lumbar disc, with symptom duration of up to 12 months, TFESI should be considered as a first invasive treatment option. Surgery is unlikely to be a cost-effective alternative to TFESI.

Funding:

Health Technology Assessment program of the National Institute for Health Research (NIHR), UK.

[https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913\(21\)00036-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanrhe/article/PIIS2665-9913(21)00036-9/fulltext)

UROLOGIE

CYSTITE AIGÜE SIMPLE CHEZ LES FEMMES : LES SIGNES À CHERCHER

En dehors d'une grossesse ou d'une affection augmentant les risques d'infection urinaire, et en l'absence de signe évoquant une infection s'étendant au-delà de la vessie : mictions fréquentes et difficiles, sans pertes ou irritations vulvovaginales sont très évocatrices d'une cystite aiguë simple.

Les cystites aiguës simples, infections bactériennes de la vessie sans extension vers les reins, sont fréquentes. Environ une femme sur trois a au moins une cystite aiguë au cours de sa vie.

Une cystite aiguë simple se manifeste surtout par des troubles urinaires : difficulté à uriner ou douleurs ou brûlures en urinant (dysurie), fréquence accrue des mictions (pollakiurie),

mictions pressantes, douleurs locales, présence de sang dans les urines. La présence de fièvre, frissons, fatigue, douleurs lombaires ou signes vulvovaginaux tels que pertes ou irritations vulvovaginales est évocatrice d'une infection s'étendant au-delà de la vessie.

Trois synthèses d'études chez des milliers de patientes ont recherché la capacité des informations recueillies par l'entretien et l'examen physique à retenir le diagnostic de cystite aiguë simple chez une femme, en dehors d'une grossesse ou d'affections telles qu'un diabète mal contrôlé ou une insuffisance rénale.

En l'absence de pertes vaginales et d'irritation vulvovaginale, l'association dysurie et pollakiurie

permet de retenir le diagnostic de cystite aiguë simple avec une quasi-certitude. Inversement, l'absence de dysurie, la présence de pertes vaginales ou d'irritation vulvovaginale sont en défaveur du diagnostic.

Quand le diagnostic ne peut être retenu ou écarté, l'utilisation de bandelettes urinaires est une aide pour mettre en évidence plus rapidement une infection urinaire. Si nécessaire, l'examen cytot bactériologique des urines (ECBU) est l'examen de référence pour le diagnostic d'infection urinaire.

©Prescrire 1er mars 2021

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/60847/0/NewsDetails.aspx>

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst

FOCUS

RUBRIEK INFO KORT

ENKELE TOELICHTINGEN BIJ DE ACTIVITEITEN VAN ONZE COMMISSIES MCH FOCUS:

Commissie Permanente Vorming – prof. dr. Birgitte Schoenmakers –

De nascholingskalender MCH 2020-2021 vindt u op de website van het MCH (cfr. link: <https://www.mchinfo.be/nascholingskalender/>).

Graag informeren wij hierbij dat de **middagnascholing MCH van 11 mei**, de **avondnascholing MCH van 20 mei** en de **avondnascholing PUK (MCH W.O.) van 27 mei**, online zullen doorgaan **via webinar**, gezien de huidige Covid-maatregelen.

U kan de voorbije webinars bekijken op onze website MCH via onze link downloads nascholingen: <https://www.mchinfo.be/downloads-nascholingen/>

Intussen vond de planningsvergadering Permanente Vorming plaats op 28 april jl. voor de opmaak van onze nieuwe nascholingskalender MCH 2021-2022.