



Meindert Hobbema – Het laantje van Middelharnis – 1689

MCH DIGEST

WETENSCHAPPELIJKE TIJDINGEN

Een maandelijkse wandeling door de medische literatuur

verschijnt maandelijks – **Januari 2022**

nr. **374**

DOOR DR. LESLIE VANDER GINST & DR. WILLY STORMS



Inhoudstafel

Gehavende toekomst.....	4
Nascholingsprogramma academiejaar 2022-2023.....	5
CARDIOLOGIE.....	7
Myocardinfarct: een nieuwe visie	7
Fysische activiteit en cardiovasculaire pathologie: een imposante studie	10
FARMACOLOGIE	12
Het einde van de hype rond Vit D?	12
INFECTIEZIEKTEN	13
Bovenste luchtwegen infecties en slaapduur: een verband	13
Uit PRESCRIBE: medicaties die men best moet mijden.....	14
Rubriek Dagelijkse Praktijk.....	15
Fasciitis plantaris: nieuwe behandelrichtlijn.....	15
Rubriek Dagelijkse Praktijk.....	16
Is corticosteroidinjectie in de bil zinvol bij knieartrose ?	16
Dagelijkse Praktijk / Pediatrie	17
Kinderen met OMA en pijnbestrijding	17
Rubriek Infectieziekten	20
Varicella kan ernstige complicaties tot gevolg hebben, ook bij gezonde kinderen	20
Rubriek Traumatologie.....	23
Val van de fiets met een pijnlijke, gezwollen pols als gevolg.....	23
Rubriek Gastro-Enterologie	24
Een wandelende milt: zeldzaam, maar toch.....	24
Rubriek Virologie	26

VITT nacovid-19-vaccinatie: zeldzaam, maar toch.....	26
Rubriek Nefrologie / Farmacologie	27
Roze urine bij een man	27
Rubriek Psychotherapie	28
Opdrijven van de frequentie van psychotherapiesessies: realistisch of eerder een mythe ?	28
FOCUS	30
Teaser webinar 17.02.2022	30
Gevraagd: input en casuïstiek doormailen	30
Bronnen	31

Gehavende toekomst

Zo een titel lijkt niet netjes bij het begin van een nieuw jaar. Maar mag het even? De toekomst heeft even pech, zowel voor de toekomst van morgen als op middellange termijn. Tenminste als je de laatste tijd luistert naar beleidsmakers, wetenschappers en opiniemakers. Alhoewel een en ander kan passen bij de somberheid van het seizoen, worden toch een heleboel argumenten aangedragen om de doemscenario's te stofferen.

Morgen al zal het leven duurder worden, al of niet als nawee van corona. Gelukkig maar zijn nog niet veel bedrijven failliet, dankzij de overvloedige steun van de overheid die de geldpersen heeft aangezwengeld. Weliswaar met een toenemende inflatie die zich laat voelen in de prijs van uw winkelkar.

Met de lage rente bovenop -wat de prijs van de huizen doet stijgen- wordt wonen voor jongeren onbetaalbaar. De energieprijzen doen ons de thermostaat wat lager zetten. De lageloonlanden uit Oost-Europa worden terecht verleden tijd en ook die producten worden duurder. Voor een groot deel van de bevolking wordt het passen en meten om comfortabel in de basisbehoeften te kunnen voorzien.

Het is niet uitgesloten dat in de nabije toekomst het maatschappelijk en economisch leven op een laag pitje zal verlopen. De noodplannen voor essentiële dienstverlening liggen klaar in de schuif: voedselvoorziening, energie, mobiliteit, drinkwater, brandweer, reinigingsdiensten, onderwijs en medische zorg. Het leger staat paraat voor de ziekenhuizen, zoals nu al in Groot-Brittannië gebeurt. Het klimaat is natuurlijk nooit weg. Het werd weer voortreffelijk in de markt gezet door een ambtenaar van de FOD financiën die twijfels had bij het nut van investeringen voor een gelijkvloers appartement aan de Belgische kust. Wegens het risico van de zeespiegelstijging: ongetwijfeld heeft hij de verslagen gelezen van geologen over de Doomsday-gletsjer aan de westkust van Antarctica. Als die binnen drie à vijf jaar in zee zou glijden dan kan dat wereldwijd zorgen voor een zeespiegelstijging van 65 cm tot hou je vast drie meter! Tot alle commissies in de Belgische staatsstructuur eens hun zeg hebben gedaan, is Mechelen-aan-het-Water plots niet meer veraf.

Immobiëlen in Wallonië zullen floreren, want de Nederlanders kennen ook al de weg. Een deskundige uit de Verenigde Staten die na de orkaan Katrina in New Orleans op uitnodiging de Belgische kust overvloog in een helikopter, orakelde toen al over de bange toekomst voor de Belgische kust.

Technologie en wetenschap kunnen enig soelaas en reparatiewerk bieden, maar dat zal handen vol geld kosten dat ook niet kan worden opgehoest door derdewereldlanden, die tenslotte belangrijke leveranciers zijn van onze grondstoffen en voeding. Alleen al uit eigenbelang zullen de rijke landen met centen en correcte prijzen over de brug moeten komen.

Naast technologische ingrepen zullen gedragsveranderingen onontbeerlijk zijn, en dat is vooral moeilijk in de (verwende) westerse landen. Niet in de ontwikkelingslanden want daar hebben ze toch ook al niks, al lopen die mensen er gewoonlijk toch vrolijk en gastvrij bij.

En dan zijn er nog de mensen waarover men niet spreekt. Alhoewel soms covid gerelateerd. Mensen met angsten, depressie, burn-out, relatieproblemen... Zij zijn bijna onzichtbaar in het economische model dat men dikwijls hanteert en behoren tot de koplopers van het dark number. Want amper vatbaar in statistieken en economisch niet zo interessant.

De moderne mens is niet gewend om te gaan met een wereldwijde ingrijpende catastrofe die covid toch is geweest en is. Hoe zal vooral de jeugd die onderhuidse problemen heeft opgestapeld daar in het latere leven mee omgaan? Zal het een plaats vinden in hun levensgeschiedenis en een waardevolle bagage blijken voor de toekomst? Of blijft het een litteken op de ziel dat hun functioneren levenslang zal beperken?

Dr. Karel DE KOKER
bestuurder MCH



Nascholingsprogramma academiejaar 2022-2023

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

1. WERKGROEP HUISARTSEN NASCHOLINGSCYCLUS (VERANTWOORDELIJKE PROF. DR. BIRGITTE SCHOENMAKERS) DERDE DONDERDAG VAN DE MAAND – VIA WEBINAR - AANVANG: 20.00U

- 20.01.2022 Titel: Het EMD als instrument tijdens de consultatie
Sprekers: dr. Nicolas Delvaux, dr. Patrick Coursier
Moderator: dr. Willem Raat, huisarts
- 17.02.2022 Titel: Voorschrijven van psychofarmaca bij kwetsbare groepen
Spreker: dr. Jeroen Decoster, medisch directeur, hoofdarts en psychiater
Moderator: dr. Van Raemdonck Annelies, huisarts
- 17.03.2022 Titel: Hoofdpijn: casuïstiek voor de Huisarts
Sprekers: dr. Anneke Govaerts, diensthoofd neurologie RZ Tienen, dr. De Pauw Adinda, neuroloog AZ Damiaan, dr. Annick Verstappen, diensthoofd neurologie GZA ziekenhuizen
Moderator: dr. Nele Van Pee, huisarts
- 21.04.2022 Titel: Spirometrie voor de huisarts
Spreker: dr. Nikolaas De Maeyer, pneumoloog MCH Leuven
Moderator: Geert Van Boxem, huisarts
- 19.05.2022 Titel: Artificiële intelligentie in de huisartsenpraktijk
Spreker: VAIA
Moderator: nog te bepalen
- 16.06.2022 Titel: Anticonceptie: indicatiestelling en opvolging door de huisarts
Sprekers: dr. Floris De Knijf – huisarts, dr. Sabine Van Baelen – huisarts, dr. Birgitte Schoenmakers ACHG, UGP huisarts
Moderator: Geert Van Boxem, huisarts
-



2. **WERKGROEP HUISARTSEN MIDDAGNASCHOLING MCH (VERANTWOORDELIJKE DR. KAREL DE KOKER & DR. JACQUELINE VAN DE WALLE) TWEDE DINSDAG VAN DE MAAND – VIA WEBINAR - AANVANG: 12.00**

- 08.02.2022 Titel: Systeemziektes: update voor de huisarts
Spreker: prof. dr. Ellen De Langhe, reumatoloog UZ Leuven
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle, huisarts
- 08.03.2022 Titel: Tolken en interculturele bemiddeling in de huisartsenpraktijk
Sprekers: dr. Alslabi Ola, pediater MCH Leuven & dr. Birgitte Schoenmakers, ACHG - UGP huisarts
Moderator: dr. Karel de Koker, huisarts
- 19.04.2022 Titel: Brandwonden: zorg voor de huisarts
Spreker: prof. dr. Michael P. Casaer, Anesthesist – Intensivist Kliniekhoofd in UZ Leuven Intensieve Geneeskunde en Brandwonden
Hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde KU Leuven
Moderator: dr. Karel de Koker, huisarts
- 10.05.2022 Titel: Bewindvoering, wilsonbekwaamheid
Spreker: prof. Tom Goffin - docent gezondheidsrecht aan de UGent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg
Moderator: dr. Jacqueline Van De Walle, huisarts
- 14.06.2022 Titel: Het labo microbiologie anno 2022
Spreker: dr. Sarah Gils, klinisch bioloog MCH Leuven
Moderator: Klinisch bioloog MCH
-

3. **P.U.K. WEZEMBEEK-OPPEM (VERANTWOORDELIJKE DR. NOËL MORTIER)** VIERDE DONDERDAG VAN DE MAAND - AANVANG: 21.00U. STIPT

- 24.02.2022 Titel: Update spirometrie: zuchten voor patiënt en huisarts ?
Spreker: Desie Nele, Pneumologie MCH
Moderator: dr. Fonteyn Olivier
- 24.03.2022 Titel Vraag wat het OCMW voor u kan doen
Spreker: OCMW
Moderator: dr. Walraet Jan
-



Medische artikels

CARDIOLOGIE

Myocardinfarct: een nieuwe visie

Summary:

Acute coronary syndromes are a significant cause of morbidity and mortality in Australia. Outcomes are likely to be improved by rapid and accurate diagnosis, and early intervention. The development of high-sensitivity troponin assays has revealed previously unrecognised types of myocardial injury, for which conventional management guidelines for myocardial infarction may not confer similar benefits. The distinction between myocardial injury and myocardial infarction has therefore become increasingly important. Once the diagnosis of acute myocardial infarction has been made, individualised acute reperfusion strategies including percutaneous coronary intervention or fibrinolytic therapy should be considered. Secondary prevention strategies should be implemented before hospital discharge.

Introduction:

Acute coronary syndromes encompass myocardial infarction and unstable angina. Although survival has improved, acute coronary syndrome remains a significant cause of morbidity and mortality in Australia.

Previous management guidelines largely focused on timely coronary reperfusion to reduce the size of the infarcted area. Current management guidelines focus on the need to establish an accurate diagnosis of acute coronary syndrome. High-sensitivity troponin assays have led to greater and earlier identification of patients experiencing an acute coronary syndrome. However, the lowered troponin reference threshold has also unmasked a host of previously unrecognised types of myocardial injury for which conventional management may not confer similar survival benefits.

Differentiating myocardial infarction from myocardial injury:

A diagnosis of myocardial infarction can no longer be based solely on elevated concentrations of troponin. Myocardial infarction as a result of atherosclerotic plaque rupture is termed a type 1 myocardial infarction in the Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. The diagnosis requires elevated troponins in conjunction with a clinical history consistent with myocardial ischaemia, ischaemic changes on the ECG, or ancillary evidence of

coronary ischaemia on cardiac imaging if available.

Myocardial injury is defined as a troponin value at or above the 99th percentile upper reference limit derived from a normal reference population. This may be acute or chronic.

Fourth universal definition of myocardial infarction:

Types of acute myocardial infarction

- Type 1 = plaque rupture
Spontaneous myocardial infarction secondary to atherosclerotic plaque rupture
- Type 2 = ischaemic imbalance
Tachyarrhythmia, anaemia, respiratory failure, hypotension/shock, severe hypertension, coronary vasospasm, acute myocarditis
- Type 3 = biomarker values unavailable
Cardiac death with symptoms suggestive of myocardial ischaemia and presumed new ischaemic ECG changes/left bundle branch block, however death occurred before initial or serial blood samples could be obtained
- Type 4 = percutaneous coronary intervention-related



- 4a – secondary to procedure e.g. coronary dissection, no re-flow, distal embolization
- 4b – associated with stent or scaffold thrombosis
- 4c – in-stent restenosis following balloon angioplasty in infarct territory when no other culprit lesion can be identified

- Type 5 = coronary artery bypass grafting-related
Direct traumatic injury to myocardium

It is important to differentiate that an acute myocardial injury may also be termed a type 2 myocardial infarction. In type 2 myocardial infarction, acute atherosclerotic plaque rupture is not a feature. The acute myocardial injury arises due to a mismatch between oxygen supply and demand, when there is an acute stressor such as intercurrent illness, acute anaemia or sustained tachyarrhythmia, in patients with known or presumed coronary artery disease. The extent of the injury depends on pre-existing coronary artery disease, non-cardiac comorbidities and the severity of the acute stress.

A chronic elevation of troponin concentrations is more commonly seen in older patients with multiple comorbidities who have non-coronary conditions that result in chronically increased myocardial demands. Examples are chronic renal impairment and chronic heart failure

Acute management:

All acute care facilities with the capacity to treat myocardial infarction should have systematic processes and infrastructure to expedite urgent consultation with a cardiologist, including telephone consultation.

It is crucial to determine if there is ST-elevation on the ECG and to identify acute arrhythmic and haemodynamic complications. Acute management of such complications should be guided by the Australian Resuscitation Council Guidelines for Advanced Life Support, in addition to support from intensive care or emergency medical retrieval services.

Initial management:

Aspirin and other drugs are used in the early management of acute coronary syndrome.

Nitrates:

Glyceryl trinitrate is a potent vasodilator used to increase coronary blood flow. It is given sublingually or via intravenous infusion to provide symptom relief. Due to the potential adverse effect of hypotension, it should not be used if patients are hypotensive, or taking a phosphodiesterase-5 inhibitor.

Opioids:

Morphine and fentanyl are potent analgesics. They are recommended for the relief of ischaemic chest pain.

Oxygen:

The routine use of oxygen supplementation is not recommended in patients who are not hypoxic.

ST-elevation myocardial infarction:

Patients with an ST-elevation myocardial infarction (STEMI) require interventions to re-establish coronary blood flow and minimize morbidity and mortality. This can be achieved by percutaneous coronary intervention or fibrinolytic therapy. Patient choice, ischaemic and bleeding risks must be carefully considered, especially in patients with significant comorbidity or a short life expectancy.

In the absence of life-limiting comorbidities and contraindications, patients presenting within 12 hours of the onset of chest pain require emergency reperfusion. Primary percutaneous intervention is preferred if it can feasibly be performed within 90 minutes of first medical contact. For Australians unable to reach a capable facility within this time, fibrinolytic therapy remains a life-saving option and should be administered promptly. Early transfer for primary percutaneous intervention within 24 hours is reasonable, however immediate transfer for rescue primary percutaneous intervention is critical if fibrinolytic therapy fails. This is evidenced by a reduction of 50% or less in ST-elevation on an ECG 60–90 minutes post-fibrinolysis, haemodynamic instability or persistent chest pain.

Non-ST-elevation myocardial infarction:

Compared to STEMI, the diagnosis of a non-STEMI is more complex to establish, due to the rising incidence of non-type 1 myocardial infarctions and myocardial injuries. Interpretation of the complete clinical



presentation in the context of the Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction is recommended rather than relying on troponin elevation alone. After a diagnosis of non-STEMI has been confirmed, acute management includes antiplatelet therapy and anticoagulation, and coronary investigation should be considered. This is because rates of recurrent myocardial infarction, refractory angina and rehospitalization for recurrent acute coronary syndrome can be significantly decreased with percutaneous revascularization. In the absence of life-limiting comorbidities and contraindications, further investigation with primary percutaneous intervention should be considered especially if the patient has risk factors including diabetes, renal failure and heart failure.

Drug therapy:

In addition to reperfusion, drug therapy improves the outcomes of acute coronary syndrome.

Antiplatelet drugs:

Antiplatelet therapy is a cornerstone of acute coronary syndrome management.

Aspirin:

Oral aspirin significantly reduces the risk of recurrent myocardial infarction, strokes and death at 12 months post-myocardial infarction. In the absence of contraindications, a loading dose of 300 mg should be given as soon as possible after the patient presents. Maximum platelet inhibition occurs within two hours.

P2Y12 inhibitors:

P2Y12 inhibitors available in Australia are Clopidogrel and Ticagrelor. The choice of drug varies between regions, however clinical guidelines recommend Ticagrelor over Clopidogrel in the absence of other considerations such as a need for long-term oral anticoagulation, an elevated bleeding risk or concerns about patient adherence with Ticagrelor's twice-daily dosing regimen. This recommendation is due to a greater reduction in the 12-month composite end point of death from cardiovascular causes, stroke and myocardial infarction with Ticagrelor compared to Clopidogrel. Patients should be given loading doses of Ticagrelor (180mg) or Clopidogrel (600mg or 300mg) at the time of diagnosis. Peak platelet inhibition occurs within two hours with Ticagrelor, two hours with Clopidogrel 600mg and eight hours with Clopidogrel 300mg.

Pre-treatment with P2Y12 inhibitors before coronary angiography is not necessary, in the absence of very high-risk features including ongoing chest pain or anticipated delays in angiography or the transfer to a primary percutaneous intervention center, as pre-treatment does not reduce ischaemic events. Furthermore, the likelihood of requiring coronary artery bypass grafting surgery should be considered before administering P2Y12 inhibitors. Patients with haemodynamic instability or extensive ischaemic ECG changes are more likely to require surgery, and P2Y12 inhibitor therapy can delay surgery and increase perioperative bleeding.

Anticoagulation

The goal of anticoagulation in acute coronary syndrome is to prevent clot propagation or reformation, in combination with antiplatelet therapy. Enoxaparin or unfractionated heparin may be used.

In the case of fibrinolysis for patients with a STEMI, an intravenous bolus of enoxaparin 0.3 mg/kg is recommended for patients under 75 years old (not recommended above 75 years). This is followed by subcutaneous enoxaparin 1 mg/kg (up to a maximum dose 100 mg in people with normal renal function) and 0.75 mg/kg above the age of 75 years.

Anticoagulation should continue until a primary percutaneous intervention is performed. If a conservative, non-invasive strategy is adopted, anticoagulation should be given for at least 48 hours, or for the duration of hospitalization up to eight days. The patient's renal function should be checked before determining the ongoing anticoagulant dose

Secondary prevention

Following acute management of myocardial infarction, secondary prevention strategies should start before the patient leaves hospital. These strategies are vital in minimizing the risk of further atherosclerotic cardiovascular events. Additionally, referral for cardiac rehabilitation is recommended for patients recovering from acute coronary syndrome.

Drugs used in secondary prevention of acute coronary syndrome



Aspirin:

Continue indefinitely unless contraindicated.

P2Y12 inhibitors:

Continue for at least 12 months post-acute coronary syndrome, irrespective of whether coronary revascularization has occurred, due to reduction in risk of recurrent acute coronary syndrome, stroke or death.

Continuation beyond 12 months should be decided in conjunction with the treating cardiologist.

Statins:

The highest tolerated dose of statins should be continued indefinitely to achieve low-density lipoprotein targets ≤ 1.8 mmol/L.

Consider addition of Ezetimibe.

Consider PCSK9 inhibitor therapy if low-density lipoprotein remains >2.6 mmol/L despite

maximally tolerated doses of statin and Ezetimibe.

Renin–angiotensin antagonists:

Post-acute coronary syndrome, ACE inhibitor or angiotensin receptor antagonist limit infarct size and left ventricular remodeling, and reduce overall cardiovascular mortality, non-fatal myocardial infarction and stroke.

These drugs should be increased to the highest tolerated doses for maximum benefit, especially if there is concurrent hypertension or left ventricular dysfunction. Blood pressure targets of 130–140mmHg systolic and 80–90mmHg diastolic should be considered.

Beta blockers:

The benefit of beta blockers is equivocal in patients with preserved left ventricular function, especially beyond one year after infarction, in the modern era of primary percutaneous

coronary intervention. They can be used, however, if further antihypertensive drugs are required.

Conclusion

The guidelines for the management of acute coronary syndromes have evolved beyond providing a static framework to ensure timely coronary intervention to decrease morbidity and mortality. They now compel greater clinical judgment in redefining myocardial injury and myocardial infarction. This includes consideration of the patient’s bleeding and ischaemic risk profile before intervention. The aim is to ensure delivery of appropriate care for the patients most likely to derive therapeutic benefits.

<https://www.nps.org.au/australian-prescriber/articles/diagnosis-and-management-of-acute-coronary-syndromes>

Fysische activiteit en cardiovasculaire pathologie: een imposante studie

Background:

Moderate to vigorous physical activity (MVPA) is strongly associated with risk reductions of non-communicable diseases and mortality.

Cardiovascular health status may influence the benefits of MVPA. We compare the association between MVPA and incident major adverse cardiovascular events (MACE) and mortality between healthy individuals, individuals with elevated levels of cardiovascular risk factors (CVRF), and cardiovascular disease (CVD).

Methods and findings:

A cohort study was performed in the 3 northern provinces of the Netherlands, in which data were collected between 2006 and 2018, with a median follow-up of 6.8 years (Q25 5.7; Q75 7.9). A total of 142,493 participants of the Lifelines Cohort Study were stratified at baseline as (1) healthy; (2) CVRF; or (3) CVD. Individuals were categorized into “inactive” and 4 quartiles of least (Q1) to most (Q4) active based on self-reported MVPA volumes.

Primary outcome was a composite of incident MACE and all-cause mortality during follow-up. Cox regression was used to estimate hazard ratios (HRs), 95% confidence intervals (CIs) and P values. The main analyses were stratified on baseline health status and adjusted for age, sex, income, education, alcohol consumption, smoking, protein, fat and carbohydrate intake, kidney function, arrhythmias, hypothyroid, lung disease, osteoarthritis, and rheumatoid arthritis. The event rates were 2.2% in healthy individuals



(n = 2,485 of n = 112,018), 7.9% in those with CVRF (n = 2,214 of n = 27,982) and 40.9% in those with CVD (n = 1,019 of n = 2,493). No linear association between MVPA and all-cause mortality or MACE was found for healthy individuals (P = 0.36) and individuals with CVRF (P = 0.86), but a linear association was demonstrated for individuals with CVD (P = 0.04). Adjusted HRs in healthy individuals were 0.81 (95% CI 0.64 to 1.02, P = 0.07), 0.71 (95% CI 0.56 to 0.89, P = 0.004), 0.72 (95% CI 0.57 to 0.91, P = 0.006), and 0.76 (95% CI 0.60 to 0.96, P = 0.02) for MVPA Q1 to Q4, respectively, compared to inactive individuals. In individuals with CVRF, HRs were 0.69 (95% CI 0.57 to 0.82, P < 0.001), 0.66 (95% CI 0.55 to 0.80, P < 0.001), 0.64 (95% CI 0.53 to 0.77, P < 0.001), and 0.69 (95% CI 0.57 to 0.84, P < 0.001) for MVPA Q1 to Q4, respectively, compared to inactive individuals. Finally, HRs for MVPA Q1 to Q4 compared to inactive individuals were 0.80 (95% CI 0.62 to 1.03, P = 0.09), 0.82 (95% CI 0.63 to 1.06, P = 0.13), 0.74 (95% CI 0.57 to 0.95, P = 0.02), and 0.70 (95% CI 0.53 to 0.93, P = 0.01) in CVD patients. Leisure MVPA was associated with the most health benefits, non-leisure MVPA with little health benefits, and occupational MVPA with no health benefits. Study limitations include its observational nature, self-report data about MVPA, and potentially residual confounding despite extensive adjustment for lifestyle risk factors and health-related factors.

Conclusions:

MVPA is beneficial for reducing adverse outcomes, but the shape of the association depends on cardiovascular health status. A curvilinear association was found in healthy and CVRF individuals with a steep risk reduction at low to moderate MVPA volumes and benefits plateauing at high(er) MVPA volumes. CVD patients demonstrated a linear association, suggesting a constant reduction of risk with higher volumes of MVPA. Therefore, individuals with CVDs should be encouraged that “more is better” regarding MVPA. These findings may help to optimize exercise prescription to gain maximal benefits of a physically active lifestyle. Author summary

Why was this study done?:

There is debate to whether cardiovascular health status affects the dose–response association between physical activity (PA) and health outcomes. Studies among cardiovascular diseases (CVDs) patients found different associations between PA and mortality reductions, which were described as linear, J shaped, or U shaped. Recent studies suggested that the cardiovascular health benefits or risk of death of PA may be domain specific as different outcomes were reported for leisure versus occupational PA.

What did the researchers do and find?:

A cohort study (median follow-up 6.8 years) was performed comparing the association between moderate to vigorous physical activity (MVPA) and incident major adverse cardiovascular events (MACE) and all-cause mortality between healthy individuals (n = 112,018), individuals with cardiovascular risk factors (CVRF) (n = 27,982), and CVD (n = 2,493).

The shape of dose–response association between MVPA and cardiovascular events and death is curvilinear for healthy individuals and those with CVRF, whereas a linear relationship was found in individuals with CVDs.

The association between MVPA and the risk of CVD or mortality is domain specific as leisure activities were associated with the most benefits, non-leisure activities with little benefits, and occupational activities with no benefits.

What do these findings mean?:

MVPA is associated with risk reductions in all groups, but, especially, CVD patients should be encouraged that “more is better” regarding PA. PA recommendations could be optimized by taking cardiovascular health status and the domain of MVPA into account.

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003845>



FARMACOLOGIE

Het einde van de hype rond Vit D?

Vitamine D chez les adultes : pas d'intérêt démontré d'un dosage sans signe de carence
Chez les adultes, en l'absence de signe évocateur d'une carence en vitamine D, un dosage sanguin systématique de cette vitamine, suivi d'une éventuelle supplémentation associée ou non à du calcium, n'a pas d'intérêt clinique démontré.

Chez les personnes âgées de 70 ans ou plus qui vivent en institution ou qui ne quittent pas leur domicile, une supplémentation médicamenteuse en vitamine D réduit modestement le risque de fracture du col du fémur.

En dehors de ces situations, chez les adultes sans signe de carence en vitamine D, qu'en est-il ?

Diverses études épidémiologiques avaient suggéré un lien entre une concentration sanguine basse de vitamine D et certains problèmes de santé. Mais une synthèse méthodique avec méta-analyse de 26 essais réalisée par un organisme public étatsunien n'a pas montré de bénéfices cliniques d'un dosage suivi d'une supplémentation éventuelle en vitamine D en prévention des fractures, du diabète, d'affections cardiovasculaires, de cancer, ni d'effet sur la mortalité totale.

Les surdoses de vitamine D exposent à des hypercalcémies et à des hyperphosphatémies. Les signes de surdose sont notamment des troubles digestifs et urinaires et des maux de tête. Les hypercalcémies exposent à des insuffisances rénales.

En pratique, chez les adultes sans signe évocateur de carence en vitamine D, l'intérêt d'un dosage sanguin systématique de cette vitamine suivi d'une éventuelle supplémentation n'est pas démontré.

©Prescrire 1er décembre 2021

<https://www.prescrire.org/fr/3/31/63845/0/NewsDetails.aspx>



INFECTIEZIEKTEN

Bovenste luchtwegen infecties en slaapduur: een verband

Background:

Upper respiratory tract infections (URTIs) are common, mostly self-limiting, but result in inappropriate antibiotic prescriptions. Poor sleep is cited as a factor predisposing to URTIs, but the evidence is unclear.

Objective:

To systematically review whether sleep duration and quality influence the frequency and duration of URTIs.

Methods:

Three databases and bibliographies of included papers were searched for studies assessing associations between sleep duration or quality and URTIs. We performed dual title and abstract selection, discussed full-text exclusion decisions and completed 50% of data extraction in duplicate. The Newcastle–Ottawa Quality Assessment Scale assessed study quality and we estimated odds ratios (ORs) using random effects meta-analysis.

Results:

Searches identified 5146 papers. Eleven met inclusion criteria, with nine included in meta-analyses: four good, two fair and five poor for risk of bias. Compared to study defined ‘normal’ sleep duration, shorter sleep was associated with increased URTIs (OR: 1.30, 95% confidence interval [CI]: 1.19–1.42, I²: 11%, P < 0.001) and longer sleep was not significantly associated (OR: 1.11 95% CI: 0.99–1.23, I²: 0%, P = 0.070). Sensitivity analyses using a 7- to 9-hour baseline found that sleeping shorter than 7–9 hours was associated with increased URTIs (OR: 1.31, 95% CI: 1.22–1.41, I²: 0%, P < 0.001). Sleeping longer than 7–9 hours was non-significantly associated with increased URTIs (OR: 1.15, 95% CI: 1.00–1.33, I²: 0%, P = 0.050, respectively). We were unable to pool sleep quality studies. No studies reported on sleep duration and URTI severity or duration.

Key Messages

This is the first systematic review of sleep duration and quality on upper respiratory tract

infections (URTIs). We included nine studies in meta-analyses out of 5146 titles.

Sleeping less than study defined ‘normal’ is associated with increased URTIs.

Sleeping for less than 7–9 hours is associated with increased URTIs.

Sleeping for more than 7–9 hours is associated with increased URTIs.

Data from studies on sleep quality and URTIs are lacking.

Conclusions:

Our findings suggest that sleeping for shorter than 7–9 hours per night could increase URTI occurrence. Sleeping longer than 7–9 hours was non-significantly associated (P = 0.05). This review will inform discussions with patients in primary care around sleep and should prompt further research on the broader health implications of short sleep, in particular the association in occurrence of more serious infections, such as SARS-CoV-2 or pneumonia

<https://academic.oup.com/fampra/article/38/6/802/6276667>



Uit **PRESCRIRE**: medicaties die men best moet mijden..

<https://www.prescrire.org/Fr/202/1834/55640/0/PositionDetails.aspx>

Met dank aan dr. Leslie Vander Ginst



Rubriek Dagelijkse Praktijk

Fasciitis plantaris: nieuwe behandelrichtlijn

Patiënten met fasciitis plantaris kunnen ofwel het spontane beloop afwachten ofwel één van de verschillende behandelingsmogelijkheden proberen, afhankelijk o.a. van de ernst en de duur van de klachten.

In de nieuwe NHG-Behandelingsrichtlijn Fasciitis plantaris konden de aanbevelingen niet geformuleerd worden op basis van bewijs met goede kwaliteit, omdat er onzekerheid bestaat over de effectiviteit van de verschillende behandelopties.

Praktijkervaring met de behandelingen gaf daarom de doorslag in de adviezen.

Afwachtend beleid:

Afwachten van het natuurlijk beloop van de klachten:

- Geniet in eerste instantie de voorkeur.
- Is een gevolg van het feit dat het niet zeker is of de behandelingen effectief zijn.

Over het algemeen gaan de klachten die bij fasciitis plantaris horen ten andere vanzelf over.

Behandeling:

Soms kunnen klachten die bij fasciitis plantaris horen maanden tot langer dan een jaar hinder geven.

Aangezien er ook onvoldoende bewijs bestaat dat de behandelingen niet werken, zullen sommige patiënten behandelingen willen proberen:

- Men kan dan rekoefeningen, inlegzolen, een nachtsplak of taping uitproberen.
- Gaat om de minst invasieve behandelopties.
- Ze zijn het meest simpel toepasbaar en ze brengen de minste kosten met zich mee.

Men kan deze behandelopties overwegen als de klachten ernstig en langdurig zijn en als er over de diagnose geen twijfel bestaat.

Met rekoefeningen of met een nachtsplak zijn er in de tweede lijn goede ervaringen, als deze gedurende 3 maanden consequent toegepast worden:

- Er zijn geen kosten verbonden aan rekoefeningen, en dat is een voordeel.
- Rekoefeningen kunnen echter de pijn verergeren, en dat is een nadeel.

Bij een nachtsplak zijn de aanschaf en onduidelijkheid over het type dat gebruikt moet worden een nadeel.

Inlegzolen of taping zijn andere gemakkelijk uitvoerbare en niet-invasieve opties voor behandeling:

- Standaardzolen lijken niet slechter dan op maat gemaakte zolen.
- Het is wel onduidelijk welke type zool gebruikt moet worden en voor hoelang, en dat is wel een nadeel.
- Bij taping is het nadeel dat de tape aangelegd en vervangen moet worden zonder dat duidelijk is hoe dit moet gebeuren.
- Evenmin is het duidelijk hoelang de tape moet blijven zitten.

Verwijzing:

Bij twijfel over de diagnose of een afwijkend beloop moet men de patiënt verwijzen, en het is raadzaam om de verwachtingen van verwijzing met de patiënt te bespreken.

Bevestigt de orthooped dat de klachten door fasciitis plantaris komen, dan zijn de mogelijkheden voor bewezen effectieve behandeling hiervan niet anders dan in de eerste lijn.

P.S.: men kan de volledige NHG-Behandelrichtlijn Fasciitis plantaris raadplegen op <https://richtlijnen.nhg.org>

Huisarts & Wetenschap april 2021 pag. 69.



Rubriek Dagelijkse Praktijk

Is corticosteroidinjectie in de bil zinvol bij knieartrose ?

Knieartrose is een veel voorkomende klacht van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk. De NHG-Standaard Niet-traumatische knieklachten raadt hier een corticosteroidinjectie aan wanneer pijnstillers onvoldoende effect geven.

Veel huisartsen vinden deze behandeling echter te invasief en ze zijn ook van mening dat het niet eenvoudig is om deze injectie toe te dienen.

In deze context onderzoekt men momenteel of een prik in de bilspier net zo goed werkt als een prik in de knie, immers zowel patiënten als huisartsen zouden daarbij geholpen zijn.

Verdere beschouwing:

Knieartrose is naar verwachting in 2040 het meest voorkomende gezondheidsprobleem in Nederland, en dus wordt een goede verlichtende behandeling in de eerste lijn steeds relevanter:

- Probleem is dat niet alle huisartsen het aandurven om in een gewricht te prikken.

- Er is ook een kleine kans op complicaties en er zijn heel wat patiënten die het idee niet prettig vinden, hoewel de injectie niet pijnlijk is.

Een prik in de bil is een mooi alternatief, maar de vraag is of die net zo goed werkt.

Onderzoek ter zake:

Er zijn in dit onderzoek meer dan de minimaal benodigde 140 patiënten geïncludeerd, immers het animo voor deelname is groot:

- Via loting zijn de deelnemers verdeeld over twee groepen, namelijk een injectie in de knie of in de bilspier.
- Gedurende een half jaar werden beide groepen dan gevolgd en de eerste resultaten lijken veelbelovend.

Het onderzoeksteam liet op de NHG-Wetenschapsdag de voorlopige resultaten zien:

- Tot 12 weken na de injectie bleken beide behandelingen een klinisch relevant effect te hebben.

- De verschillen tussen de behandelingen waren over de gehele periode van 24 weken klein.
- Meestal hebben de patiënten een voorkeur voor een injectie in de bil.
- De uitkomsten kunnen bijdragen aan de gezamenlijke besluitvorming met de patiënt.

Besluit:

Wereldwijd is dit het eerste gedegen onderzoek dat het verschil nagaat tussen een nieuwe behandelmogelijkheid en de standaardbehandeling bij knieartrose.

Of de voorlopige resultaten bevestigd kunnen worden, moeten analyses uitwijzen.

Als dit positief uitvalt kan de huisarts een nieuwe optie toevoegen aan het behandelarsenaal van deze veelvoorkomende klacht.

Huisarts & Wetenschap mei 2021 Bijlage ZonMw pag. S6-S7.



Dagelijkse Praktijk / Pediatrie

Kinderen met OMA en pijnbestrijding

Bij otitis media acuta (OMA) is oorpijn een veelvoorkomend symptoom en in de ziektebeleving van kinderen met OMA staat dit symptoom centraal, wat ook geldt voor de ouders.

Een goede pijnstilling voor alle kinderen met OMA, gedoseerd naar gewicht en/of leeftijd geldt dan ook als advies van internationale behandelrichtlijnen.

Medicijn van eerste keus is paracetamol, maar bij onvoldoende verlichting kan men ibuprofen geven, en dat kan in plaats van of als toevoeging op paracetamol.

Een paar feiten:

(Huis)artsen blijken in de praktijk niet altijd duidelijke adviezen te geven over pijnstilling:

- Bovendien zijn ouders vaak terughoudend in her doseren van pijnmedicatie.
- Kinderen met OMA kunnen hierdoor onnodig oorpijn behouden, en dat kan ertoe leiden dat ouders opnieuw op consult komen en huisartsen hierdoor meer AB voorschrijven.

Tot nu toe zijn de mechanismen die deze dagelijkse praktijk in stand houden niet onderzocht en naar de ideeën van huisartsen en ouders over pijnbestrijding bij kinderen met OMA is er weinig onderzoek gedaan.

Planning:

Er werd een scholing ontwikkeld voor huisartsen, gericht op het verbeteren van pijnbestrijding bij kinderen met OMA, en er volgde in een clustergerandomiseerd onderzoek en een analyse van de effectiviteit hiervan.

Er werden parallel aan dit onderzoek 2 kwalitatieve interviewonderzoeken verricht om de ideeën van huisartsen en ouders over pijnbestrijding bij kinderen te exploreren, en ook om na te kijken welke mechanismen aan de impact van de interventie bijdragen.

Toegepaste methode:

In 37 Nederlandse huisartsenpraktijken werd tussen februari 2015 en mei 2018 een clustergerandomiseerd onderzoek uitgevoerd, waarin een scholing voor huisartsen, gericht op pijnbestrijding bij kinderen met OMA, vergeleken werd met de huidige standaardzorg (het PIM-POM-onderzoek).

De scholing bestond uit een zogenaamde 'blended learning':

- Gaat om online training en praktijkvisite door een arts-onderzoeker.
- Deze leerde de huisartsen om aan de hand van een informatiefolder pijnbestrijding met de ouders tot in detail te bespreken.
- Hij leerde ook om pijnmedicatie in een adequate dosering voor te schrijven op basis van het gewicht van het kind.

Via 'purposeful sampling' werden in 2 parallelle onderzoeken respectievelijk huisartsen uit de interventiegroep en ouders uit beide onderzoeksgroepen geselecteerd:

- Onderzoekers selecteren bij 'purposeful sampling' deelnemers op bepaalde kenmerken om een representatieve steekproef te creëren.
- Ouders en huisartsen werden geselecteerd op geslacht, leeftijd, interventiegroep en kwalificatie.
- Huisartsen werden aanvullend geselecteerd op basis van het aantal praktijkdagen en kenmerken.
- Verwacht werd dat 10 tot 20 deelnemers voor elk onderzoek voldoende zouden zijn om saturatie te bereiken.

Na het verkrijgen van schriftelijke toestemming voerde de arts-onderzoeker alle interviews uit:

- Dit gebeurde aan de hand van interviewschema's.
- Deze zijn gebaseerd op relevante literatuur en de expertise van leden uit de multidisciplinaire onderzoeksgroep.

De huisartsen werden in hun eigen praktijk geïnterviewd.

Bij inclusie werden de ouders van kinderen die tussen november 2017 en mei 2018 aan het PIM-POM-onderzoek deelnamen, telefonisch benaderd met de vraag of ze aan het interviewonderzoek wilden meedoen, en bij



toestemming gebeurde binnen 2 weken na inclusie het interviewonderzoek.

Alle interviews werden digitaal opgenomen en werden woordelijk getranscribeerd:

- De gegevens werden verzameld en thematisch geanalyseerd in een iteratief proces.
- De eerste 3 interviewtranscripten van beide onderzoeken werden door twee onderzoekers afzonderlijk doorgelezen en met open en axiale codering gecodeerd.

Vervolgens werden deze eerste codes en thema's met alle onderzoeksteamleden besproken, zodat de interviewschema's eventueel konden aangepast worden, maar dat bleek niet nodig te zijn:

- Alle interviews werden uiteindelijk op dezelfde manier geanalyseerd.
- Om consensus te bereiken en de betrouwbaarheid van de interpretatie te verbeteren hebben alle teamleden de volledige codebomen en thema's gereviseerd.

Gegevens werden verzameld tot saturatie bereikt was.

Resultaten:

Behandeling van OMA:

Er werden in totaal 12 huisartsen en 14 ouders van 13 kinderen geïnterviewd.

Volgen hier de thema's uit de interviews met de huisartsen (= interventiegroep):

- Otitis media gaat gepaard met aanzienlijke oorspijn.

- De onzekerheid over het kunnen bieden van adequate therapie.
- Empowerment: interventie biedt handvatten voor het expliciet adviseren over pijnmedicatie (zoals kennis en informatiefolder).
- Kennislacunes: Ibuprofen als pijnmedicatie bij kinderen.
- Verandering van visie: overgaan van behandeling van infectie met AB naar het bestrijden van symptomen met pijnmedicatie.
- Herconsulten: de perceptie dat kinderen minder vaak terugkomen.

Volgen nu de thema's uit de interviews met de ouders (= interventie- en controlegroep):

- Er is de onzekerheid over de diagnose, het missen van ernstige ziekte en de behandelopties.
- Empowerment: het advies van de huisarts geeft de ouders sterkte in de toepassing van pijnmedicatie.
- Kennislacunes: regelmatig en hoog doseren van ibuprofen als pijnmedicatie bij kinderen.
- Verandering van visie: is tweërlei:
 - Er is de acceptatie van louter pijnmedicatie als de huisarts het niet voorschrijven van AB uitlegt.
 - De bereidheid om bij een volgende episode meer pijnmedicatie te geven, als er tenminste een goede ervaring te noteren valt met pijnstilling.

- Herconsulten: je gaat opnieuw naar de huisarts bij de volgende episode, en dat is vooral ter bevestiging van de diagnose en ter uitsluiting van ernstige ziekte.

Volgens de huisartsen gaat OMA vaak gepaard met felle oorspijn, en juist deze factor wilden ze adequaat behandelen.

Wanneer de ouders bij hun kind oorspijn herkenden hadden ze dezelfde wens, maar er waren heel wat ouders die aangaven dat ze oorspijn en OMA bij hun ziek kind juist moeilijk konden herkennen.

De belangrijkste redenen om de huisarts te raadplegen waren voor de ouders de volgende:

- Onzekerheid over de oorzaak van de klachten en het risico op het missen van ernstige ziekte.
- Het ontbreken van specifieke kennis over zinvolle behandelingsopties, waaronder de toepassing van adequate pijnbestrijding (bij herkenning van de OMA).

Huisartsen gaven aan het gebruik van pijnmedicatie niet in detail te exploreren en te adviseren, ook wanneer ouders vertelden dat ze hun kind reeds pijnstillers toedienden. Door de interventie veranderde de manier waarop huisartsen het gebruik van pijnstillers onderzochten.

Interventie: meer nadruk op symptoombestrijding:

Huisartsen kregen door deze specifieke scholing handvatten aangeboden om meer nadruk te leggen op symptoombestrijding via



pijnmedicatie, en dus niet zozeer via de behandeling van de infectie met AB:

- Ze waardeerden vooral de informatiefolder.
- Ze vonden deze ook geschikt om het gebruik van pijnstillers uit te leggen bij niet aan OMA gerelateerde consulten.

Op hun beurt waardeerden ouders het expliciete advies van huisartsen over pijnmedicatie:

- Ging vooral over het feit dat de huisarts helder uitleg gaf waarom AB niet nodig waren.
- De ouders stelden ook op prijs dat de informatiefolder de mogelijkheid bood om thuis een en ander nog eens na te lezen.

Voor vele huisartsen was de toepassing van ibuprofen als toevoeging aan paracetamol bij OMA nieuw:

- Na de interventie bleven huisartsen echter gemengde gevoelens behouden.
- Er waren er die ibuprofen wel adviseerden, maar anderen waren zeer terughoudend.

Bij toekomstige ziekte-episodes van hun kind zouden ouders toch opnieuw een beroep doen op de huisarts:

- Ze zouden dat ook doen als ze zouden merken dat de pijnmedicatie goed werkte.
- Doorslaggevend was hier vooral het feit van de bevestiging van de diagnose, en daarmee het uitsluiten van voor ouders

moeilijk herkenbare ernstige aandoeningen.

Beschouwing:

Er is bij zowel huisartsen als ouders draagvlak en ruimte voor de verbetering van pijnbestrijding bij kinderen met OMA:

- Door pijnbestrijding explicieter met de ouders te bespreken kunnen huisartsen hierin een belangrijke rol spelen en de scholing bood hen hiertoe de nodige handvatten.
- Het expliciete advies van de huisartsen over pijnmedicatie werd door de ouders gewaardeerd.
- Ze vonden behandeling met enkel pijnmedicatie acceptabel als de huisarts helder uitlegde waarom AB niet nodig waren.

Deze bevinding staat haaks op de literatuur uit andere landen:

- Blijkt hieruit dat huisartsen AB voorschrijven omdat ze druk ervaren van ouders om dit te doen.
- Blijkt ook dat ouders daar behandeling van OMA met enkel pijnmedicatie niet afdoende vinden.

De deelnemende ouders gaven conform eerdere onderzoeken het volgende aan:

- Ze ervaren veel onzekerheid omtrent het herkennen van OMA.
- Ze zullen de huisarts opnieuw consulteren voor een bevestiging van de diagnose, geruststelling en advies over de juiste behandeling.

De mogelijke invloed van het zogenaamde Hawthorne-effect is de belangrijkste beperking van beide kwalitatieve onderzoeken:

- Huisartsen en ouders deden mee aan een trial en kunnen daardoor positiever rapporteren.
- Geprobeerd werd om dit te beperken door nadrukkelijk en expliciet te vragen naar hun mening over pijnbestrijding, dit losstaand van de trial.
- Huisartsen en ouders werden bovendien uitgenodigd om kritiek te geven op de trial en de interventie.

Verder werden enkel ouders geïnterviewd die de huisarts bezochten omwille van OMA:

- Ouders behandelen in 50% van de gevallen OMA zelf thuis.
- Vraag is dan ook in hoeverre de onderzoeksresultaten van toepassing zijn op deze populatie.

Besluit:

Voor een betere behandeling van OMA-symptomen zonder AB voor te schrijven bieden deze bevindingen een duidelijk perspectief.

Heeft ook te maken met het feit dat ouders lang niet altijd op de hoogte blijken te zijn van het belang van én de vele mogelijkheden tot adequate pijnstilling bij hun kind.

Bij de implementatie van deze adviezen spelen huisartsen een belangrijke rol door tijdens het consult pijnstilling expliciet met de ouders te bespreken.

[Huisarts & Wetenschap mei 2021 Bijlage ZonMw pag. S14-S17.](#)



Rubriek Infectieziekten

Varicella kan ernstige complicaties tot gevolg hebben, ook bij gezonde kinderen

Het Varicella-Zostervirus (VZV) is een herpesvirus, veroorzaakt waterpokken en kan na een primaire infectie latent aanwezig blijven in ganglioncellen.

Besmetting:

Waterpokken komt bij de meeste mensen op zeer jonge leeftijd voor, immers op 6-jarige leeftijd is 95% al seropositief.

Via aerogene transmissie, druppelcontact of direct contact met blaasjesvocht vindt de besmetting plaats:

- Het respiratoire epitheel van de nasofarynx fungeert als porte d'entrée.
- De incubatietijd bij een primaire infectie bedraagt ongeveer 10-21 dagen.
- Het virus vermenigvuldigt zich tijdens die incubatietijd in het reticulo-endotheliale systeem.
- Het virus bereikt het eindorgaan, de luchtwegen en de huid, na gemiddeld 12-14 dagen.

Patiënt is al kort voor het ontstaan van de huiduitslag besmettelijk via de bovenste luchtwegen (aerogeen).

Waterpokken wordt klinisch herkend aan de kenmerkende huidafwijkingen:

- Betreft jeukende papels die in blaasjes overgaan die helder vocht bevatten.
- De blaasjes drogen snel uit nadat ze zijn opengegaan, en na ongeveer een week

ziet men nog enkel ingedroogde blaasjes.

- De patiënt is in dit stadium meestal niet meer besmettelijk.

Het VZV blijft bij veel patiënten die een primaire infectie doorgemaakt hebben in de sensibele ganglia aanwezig.

Het virus kan weer actief worden wanneer de cellulaire afweer afneemt:

- Dat kan bvb. door ouderdom, ziekte of het gebruik van immunosuppressiva.
- Dit kan zich uiten in gordelroos (herpes zoster).

De incidentie van gordelroos stijgt met de leeftijd, maar soms ziet men het ook bij kinderen:

- De veronderstelling is dat gordelroos bij kinderen voorkomt die waterpokken op zeer jonge leeftijd doorgemaakt hebben, als er bij hen nog maternale antistoffen aanwezig waren.
- Mogelijk is juist hierdoor de immuunrespons tegen het VZV minder krachtig, waardoor gordelroos vaker optreedt.

Deze kinderen hebben vaak de waterpokken op jonge leeftijd subklinisch doorgemaakt, waarbij de lichte huidafwijkingen niet herkend zijn als waterpokken.

Complicaties en cijfers:

Van de patiënten die bij de huisarts komen, doet ongeveer één derde dit omwille van een aan waterpokken gerelateerde complicatie, en dat betreft dan de bovenste luchtwegen, de huid, de onderste luchtwegen of het maag-darmsysteem. Verwijzing naar de tweede lijn door de huisarts gebeurt bij ongeveer 2% van de patiënten. De meest voorkomende complicaties die hiervoor in aanmerking komen, zijn de volgende:

- Huidinfecties: cellulitis en abcesvorming.
- Neurologische complicaties: cerebellitis, meningitis en encefalitis.
- Complicaties van de onderste luchtwegen, en dan gaat het vooral om VZV-pneumonie.

Er bestaat bij ongeveer twee derde van de patiënten die omwille van een complicatie van waterpokken in de tweede lijn gezien worden geen relevante voorgeschiedenis, m.a.w. ze waren gezond.

Er kunnen dus complicaties optreden gedurende de actieve ziekteperiode, maar ze kunnen zich dus ook na langere tijd manifesteren.

De onderliggende oorzaak is een reactivatie van het VZV of is vermoedelijk para-infectieus of inflammatoir van aard.

Het syndroom van Ramsay Hunt (RHS):

Hier wordt het VZV vanuit het ganglion geniculi geactiveerd:



- Dit is het sensibele ganglion van de N. facialis (N. VII) in het rotsbeen.
- De motorische takken van de N. facialis zijn vanaf dit punt herkenbaar.
- Deze verlaten via het foramen stylomastoideus de schedel en innervieren de aangezichtsspieren.

De motorische takken raken door zwelling van het ganglion in het rotsbeen bekneld en er treden uitvalsverschijnselen op.

Het beeld wordt klinisch herkend als herpes zoster oticus (gordelroos van het oor) die met een acute perifere facialisparesis gepaard gaat. Bij volwassenen is RHS een van de meest voorkomende oorzaken van een atraumatische perifere facialisparesis:

- Bij kinderen komt het eigenlijk weinig voor.
- RHS is bij kinderen onder de 6 jaar verantwoordelijk voor ongeveer 5% van deze paresen.

Aanvankelijk staat pijn in of rond het oor op de voorgrond bij patiënten met het RHS:

- Er ontstaan kort na het begin van de oorpijn vaak huidafwijkingen gevolgd door een perifere facialisparesis.
- Er kunnen daarnaast ook andere bijkomende klachten geobserveerd worden, zoals gehoorverlies, oorsuizen, duizeligheid en veranderde smaak.

Wanneer de uitslag van PCR-onderzoek van het vocht uit een van de blaasjes of de liquor positief is voor het VZV, kan de diagnose 'RHS' gesteld worden.

De concentratie van IgG-antistoffen in de liquor kan ook verhoogd zijn t.o.v. de concentratie in het serum.

Men behandelt patiënten met het RHS met prednison en aciclovir:

- Men kan deze middelen zowel oraal als intraveneus toedienen.
- Er bestaat in de literatuur geen consensus over welke de beste toedieningsvorm is.

Het overgrote deel van de kinderen met RHS vertoont volledig herstel.

Meestal blijft de perifere facialisparesis aanwezig bij kinderen die niet volledig herstellen.

Post-Varicella arteriopathie:

De meest voorkomende oorzaak van een herseninfarct op de kindleeftijd is focale cerebrale arteriopathie:

- Bijna de helft van de kinderen met deze aandoening vertoont een post-Varicella-syndroom.
- Het virus verspreidt zich hier in het endotheel en de vaatwand van de cerebrale arteriën.
- Dit leidt tot inflammatie van de vaatwand en remodelering van deze arteriën.

Er ontstaat hierdoor een vasculopathie die tot een trombose, een ischemisch herseninfarct, aneurysmata of hersenbloedingen kan leiden.

Zowel na een primaire infectie met het VZV als na reactivatie van het virus kan een post-Varicella-arteriopathie optreden.

Er is een onderzoek dat aangetoond heeft dat in de eerste zes maanden na een primaire infectie bij kinderen het risico op een herseninfarct 4 keer hoger is dan gemiddeld:

- Gemiddeld was de tijd tussen de actieve VZV-infectie en het optreden van een aan VZV gerelateerd herseninfarct 4 maanden.
- Bij sommige patiënten bedroeg die termijn 12 maanden.

Men kan de diagnose 'post-Varicella-arteriopathie' stellen aan de hand van een MRI-scan of MR-angiografie van de hersenen en onderzoek van de liquor:

- Met PCR-onderzoek kan men in de liquor DNA van VZV aantonen.
- Men kan ook een verhoogde concentratie van IgG-antistoffen t.o.v. die in het serum zien.

De behandeling bestaat uit antistolling met carbasalaatcalcium, prednison en aciclovir.

De prognose varieert bij kinderen met deze complicatie:

- Grofweg een derde van de kinderen herstelt volledig.
- Een derde behoudt lichte restverschijnselen.

Bij nog eens een derde blijven er ernstige restverschijnselen aanwezig.

De restverschijnselen lopen uiteen van hemiparesis tot bewegingsstoornissen en tot epilepsie.

Vaccinatie:



Er zijn in Nederland 3 vaccins tegen het VZV geregistreerd, dus vaccinatie is mogelijk:

- Provarivax is een op zichzelf staand vaccin tegen het VZV en bestaat uit een levend verzwakte virusstam.
- De andere twee, Priorix-Terra en Proquad, zijn combinatiepreparaten die ook de vaccins tegen bof, mazelen en rode hand bevatten (BMRV).

Bevolkingsbrede vaccinatie tegen VZV is in meerdere landen ingevoerd, o.a. in Japan, de V.S., Canada, Duitsland, Griekenland en een aantal regio's in Italië.

Vaccinatie is in Nederland voorbehouden aan mensen die behoren tot een specifieke risicogroep.

Vaccinatie tegen gordelroos verhoogt het risico op gordelroos in de populatie, iets wat men aanneemt op basis van epidemiologische observaties:

- Er bestaat het idee dat herhaalde blootstelling aan het wilde virus de afweer tegen VZV stimuleert en alzo bescherming biedt tegen gordelroos.
- Aan de hand van een wiskundig model voorspelden onderzoekers dat het risico

op gordelroos door vaccinatie met ongeveer 10% toeneemt in een periode van 50 jaar.

De Gezondheidsraad in Nederland adviseert momenteel om vaccinatie tegen waterpokken niet landelijk in te voeren en er bestaan hiervoor verschillende argumenten:

- De meerderheid van de infecties kent een licht beloop en de mortaliteit is laag.
- Kinderen in Nederland krijgen de infectie relatief vroeg in het leven.
- Hierdoor ontwikkelen ze minder complicaties dan op latere leeftijd.
- De incidentie van ernstige complicaties ligt relatief aan de lage kant.

Invoering van een landelijke vaccinatie tegen VZV reduceert het risico op complicaties aanzienlijk, zoveel is zeker:

- Dit fenomeen werd ten andere ook gezien in landen waar de vaccinatie wel ingevoerd is.
- Universele vaccinatie in Canada heeft bvb. geleid tot een sterke daling van het aantal ziekenhuisopnames omwille van complicaties van waterpokken.

Besluit:

Waterpokken ziet men vaak en de meeste artsen beschouwen het als een onschuldige kinderziekte:

- Een infectie met het Varicella-Zostervirus kan echter leiden tot ernstige complicaties, ook bij immuun competente kinderen.
- Niet alleen tijdens de acute fase, maar ook maanden later kunnen deze complicaties optreden.

Bij gezonde kinderen moet men dus ook bedacht zijn op ernstige neurologische complicaties, namelijk bij onbegrepen neurologische symptomen, zelfs als het kind al een tijdje geleden de waterpokken doorgemaakt heeft.

Men moet kinderen met onbegrepen neurologische symptomen voor aanvullende diagnosestelling verwijzen naar een kinderarts of kinderneuroloog.

Men moet dan per patiënt beoordelen of antivirale therapie aangewezen is, naast eventuele andere ondersteunende maatregelen.

[Ned Tijdschr Geneeskd 14 mei 2021 pag. 22-28.](#)



Rubriek Traumatologie

Val van de fiets met een pijnlijke, gezwollen pols als gevolg

Casus:

5 dagen na een val van een fiets verwijst een huisarts een 57-jarige patiënt naar de dienst Spoedgevallen omwille van aanhoudende, progressieve pijn t.h.v; rechter pols.

Anamnese:

- Patiënt had direct na de val de huisartsenwachtpost bezocht.
- Daar werd de diagnose 'distorsio' gesteld.

Lichamelijk onderzoek:

- Men ziet een zwelling van de pols aan de volaire zijde.
- Hij kan de pols beperkt bewegen en hij ervaart drukpijn aan de volaire zijde.
- Er is ook sprake van pijn en tintelingen in duim, wijsvinger en middenvinger en aan

de mediale zijde van de ringvinger, en dat past bij compressie van de N. medianus.

Medische beeldvorming:

- Men ziet op de postero-antérieure röntgenopname een onderbreking van de lijnen van Gilula, en dat kan duiden op letsel van de carpale ligamenten of fractuur van de carpalia.
- Op de laterale röntgenopname ziet men een luxatie van het os lunatum naar volair.
- Aanvullend CT-onderzoek: hiermee worden overige letsels van de handwortel uitgesloten.

Aanpak:

Diezelfde dag nog wordt patiënt geopereerd.

Beschouwing:

Luxatie van het os lunatum is het gevolg van een ernstig letsel van de carpale ligamenten.

Deze luxatie ontstaat voornamelijk na een hoogenergetisch trauma.

De diagnose wordt bij 25% van de patiënten aanvankelijk gemist, en dat resulteert in een verhoogd risico op N. medianusletsel, carpale instabiliteit, een verminderde functionaliteit en avasculaire necrose.

Daarom zijn vroegtijdige diagnosestelling en adequate behandeling van groot belang.

Diagnosestelling:

Luxatie van het os lunatum.

[Ned Tijdschr Geneeskd 21 mei 2021 pag. 39.](#)



Rubriek Gastro-Enterologie

Een wandelende milt: zeldzaam, maar toch.....

Bij patiënten met een wandelende of ptotische milt migreert de milt van zijn normale plaats in de linker bovenbuik naar een aberrante plaats in de buik, meestal naar het bekken of het iliacaal gebied:

Betreft een zeldzame aandoening als gevolg van afwijkende of afwezige perisplenische ligamenten en te lange vaatsteel.

Ze presenteren zich vaak met acuut ontstane of chronische buikpijn.

Deze wordt veroorzaakt door infarcering van de milt als gevolg van draaiing van de vaatsteel.

Pathofysiologie:

Een afwijking in de embryonale ontwikkeling ligt aan de grondslag van het ziektebeeld, hoewel de ontstaanswijze vaak multifactorieel is:

- Het dorsale mesogastrium fuseert hier onvoldoende met de posterieure buikwand.
- Door deze fusie ontstaan bij een normale ontwikkeling de splenorenale (dorsaal), splenofrenische (craniaal), splenocolische (caudaal) en gastro- en pancreaticosplenische ligamenten (ventraal).
- Deze ondersteunende ligamenten kunnen bij een onvolledige fusie afwijkend of afwezig zijn.

Aan de vaatsteel kunnen er ook afwijkingen voorkomen vermits deze anatomisch afhankelijk is van de ligamenten van de milt:

- Zo bevinden zich de A. gastro-epiploica sinistra en de vasa brevia (Aa. en Vv. gastricae breves) zich in het gastrosplenische ligament en de A. en V. lienalis in het splenorenale ligament.
- Door laxiteit van de ligamenten en een afwijkende lengte van de vaatsteel kan er een verhoogde mobiliteit optreden van de milt en kan deze gaan 'wandelen'.

Naast een congenitale oorzaak kan een wandelende milt ook een niet-congenitale oorzaak hebben:

- Kan uitgelokt worden door een trauma, buikoperatie, zwangerschap (waarbij hormonale verandering leidt tot laxiteit van de ligamenten) of splenomegalie (zoals bij malaria of een hematologische aandoening).
- Een EBV-infectie kan ook leiden tot splenomegalie en dito een nier die gaat 'wandelen', hoewel dit in de literatuur niet eerder beschreven is.

Klinisch beeld:

Kan uiteenlopen:

De diagnose kan een toevallsbevinding zijn bij beeldvormend onderzoek.

Patiënten kunnen ook een asymptomatische abdominale massa vertonen, intermitterende buikpijn of ongemak ervaren of zich aanbieden met een acute buik.

De oorzaak van de intermitterende of acuut ontstane buikpijn ligt dan bij infarcering van de milt als gevolg van draaiing van de vaatsteel.

Diagnosestelling:

Lichamelijk onderzoek:

Patiënten vertonen vaak splenomegalie of men kan een mobiele abdominale massa voelen.

Echografie van het abdomen:

- Gaat om het aanvullend onderzoek van eerste keus.
- Men kan hiermee de locatie, grootte, vorm en doorbloeding van de milt goed visualiseren.

CT-angiografie van het abdomen:

- Kan aanvullend uitsluitsel geven als er twijfel bestaat over de bloedvoorziening.
- Een draaiing van de vaatsteel ('whirl sign'), vaatstuwing, verminderde aankleuring van de milt, trombose van de A. en V. lienalis of induratie van het perisplenische vetweefsel kunnen hier gezien worden.

Behandeling:

Er bestaan twee opties: splenopexie of splenectomie en het type van behandeling hangt af van de doorbloeding van de milt:

- Conservatieve behandeling: geen aanrader omdat bij een groot deel van deze patiënten uiteindelijk een draaiing



van de vaatsteel optreedt met als gevolg ischemie van de milt.

- De voorkeur gaat naar electieve splenopexie via laparoscopie of laparotomie.

De vaatsteel wordt bij splenopexie teruggedraaid en de milt of de hilus van de milt wordt gefixeerd aan het diafragma of de buikwand met een mesh of door een omentale push aan te leggen:

- De effectiviteit van deze operatie is in enkele casuïstische beschrijvingen gerapporteerd.
- Laparoscopische splenopexie lijkt in een serie van 20 patiënten haalbaar en veilig

(0% complicaties of conversies) en is daarom het proberen waard bij jonge patiënten.

Wordt er niet tijdig overgegaan tot een splenopexie, dan treedt er bij 10% van de patiënten onomkeerbare infarctering op van de milt of trombose van A. of V. lienalis, waardoor een splenectomie onvermijdelijk wordt.

Besluit:

Betreft dus een relatief zeldzame aandoening die op klinische gronden moeilijk vast te stellen is omwille van de niet-specifieke symptomen zoals buikpijn en een palpabele abdominale massa.

Een cruciale rol in de diagnosestelling ligt bij de radioloog, omdat de diagnose namelijk gesteld wordt op basis van beeldvormend onderzoek.

Patiënten worden bij voorkeur, en indien mogelijk, met een electieve splenopexie behandeld zodat de functie van de milt behouden blijft.

Splenectomie is de aangewezen behandeling wanneer infarctering van de milt opgetreden is.

Belangrijk is dus dat patiënt in zo'n geval overtuigd wordt van het belang van een tijdige splenopexie.

[Ned Tijdschr Geneeskd 28 mei 2021 pag. 30-33.](#)



Rubriek Virologie

VITT nacovid-19-vaccinatie: zeldzaam, maar toch.....

Het risico op 'vaccine-induced immune thrombotic thrombocytopenia' (VIIT) na vaccinatie tegen covid-19 is extreem klein, maar toch is dit nieuwe ziektebeeld in potentie levensbedreigend.

Epidemiologie:

Men schat de prevalentie op minder dan 1 op de 10.000 gevaccineerden:

- Het merendeel van de patiënten is van het vrouwelijke geslacht en jonger dan 55 jaar.
- VITT werd aanvankelijk alleen beschreven na vaccinatie met het AstraZeneca- vaccin, maar onlangs werd het ook beschreven na vaccinatie met het Janssen-vaccin.

Daarom kan men aannemen dat VITT een zogenaamde vector-specifieke bijwerking is.

Pathofysiologie:

Het basismechanisme van VITT is nog niet volledig ontrafeld:

- Vorming van antilichamen gericht tegen PF₄ activeren trombocyten.
- Dit leidt tot trombose en trombocytopenie.

Gaat om een mechanisme dat op dat van HIT lijkt, maar heparine is bij VITT geen uitlokkende factor.

Klachten:

Er zijn de typische klachten die passen bij DVT of een longembolie.

Er kunnen echter ook atypische klachten optreden, zoals buikpijn en neurologische klachten zoals hoofdpijn, focale klachten, epilepsie, een gestoorde visus en cognitieve klachten.

Er kunnen ook bloedingen en petechiën voorkomen bij patiënten met een trombocytopenie.

Men moet bij iedere patiënt met (atypische) klachten van trombose vragen naar recente vaccinaties.

Diagnosestelling:

Bij vermoeden van VITT moet men een HIT-test uitvoeren die uit 2 stappen bestaat:

- Men voert in eerste instantie een immuno-essay uit waarbij antilichamen aangetoond worden tegen het complex van PF₄ en heparine.
- Bij elke patiënt moet bloed afgenomen worden voor een ELISA-test via Sanquin omdat niet alle HIT-testen gevoelig genoeg zijn om VITT aan te tonen.

Is de uitslag van de HIT-test negatief, dan kan de diagnose 'VITT' nog niet volledig uitgesloten worden.

Is de testuitslag positief dan kan men de diagnose 'VITT' bevestigen met een functionele test.

Bij VITT in een vroeg stadium kan er sprake zijn van trombocytopenie zonder trombose.

Behandeling en prognose:

Bestaat uit het intraveneus toedienen van immuunglobulines, na afname van bloed voor de HIT-test.

Heparine is niet de trigger voor trombocytopenie, maar toch wordt antistolling in de vorm van een niet-heparineachtig anticoagulans, type Argatroban, Danaparotide, een DOAC of Fondaparinux geadviseerd.

- Met trombocytentransfusie moet men voorzichtig zijn, en de toediening vindt bij voorkeur plaats na toediening van immuunglobulines.
- De prognose is – voor zover nu bekend – bij tijdige herkenning gunstig.

Besluit:

VITT is dus een nieuw ziektebeeld dat met atypische klachten gepaard kan gaan.

De prevalentie van VIIT ligt erg laag, maar toch is het ziektebeeld bij meerdere vectorvaccins beschreven.

Om morbiditeit en mortaliteit te voorkomen zijn tijdige herkenning en adequate behandeling volgens de recentelijk gepubliceerde leidraad belangrijk.

Ned Tijdschr Geneesk 4 juni 2021 pag. 10-13.



Rubriek Nefrologie / Farmacologie

Roze urine bij een man

Casus:

Een man, 44 jaar oud, wordt opgenomen op de dienst Spoedgevallen:

Klinisch beeld en aanpak:

- Hij vertoont astma en een BMI van 32 kg/m².
- Hij wordt op de IC geïntubeerd en gesedeerd met Remifentanil (5,46µg/kg per h) en Propofol (2,7mg/kg per h).
- Dit gebeurt omwille van ademdepressies bij een mengintoxicatie.

Toxicologisch onderzoek van de urine:

- De uitslag is positief voor benzodiazepines, cannabinoïd, cocaïne en opiaten.
- 20h na opname blijkt dat patiënt roze, melkachtige urine produceert.

Lichamelijk onderzoek:

Er worden geen afwijkingen gevonden.

Bloedonderzoek:

- Toont een creatinineconcentratie van 90 µmol/l
- Verder is er een geschatte glomerulaire filtratiesnelheid (eGFR) van 89 ml/min per 1,73 m².

Differentiaaldiagnose:

Men denkt aan hematurie of gekleurde urine door inname van specifiek voedsel, zoals rabarber, rode bieten of bramen.

Urineonderzoek:

- Vertoont een pH van 5,5, erythrocyten (2+) en een spoor van eiwitten.
- Er worden geen sporen gevonden van leukocyten, glucose, bilirubine, ketonlichamen, nitriet en urobilinogeen.

Aanvullend urineonderzoek: men vindt amorfe urinezuurkristallen, passend bij het roze urinesyndroom ('pink urine syndrome').

Beschouwing:

Dit syndroom wordt gekenmerkt door chronische hyperurikemie, een verhoogde klaring van urinezuur, een lage urine-pH, een niet-afwijkende eGFR en chronische oxidatieve stress.

In het geval van bovenstaande casus ontstond het syndroom na sedatie met propofol, een geneesmiddel dat de uitscheiding van urinezuur in de urine verhoogt.

Glomerulaire hyperfiltratie en glucosurie kunnen de urinezuurexcretie ook verhogen en als gevolg daarvan het roze-urinesyndroom induceren.

Diagnosestelling:

Het roze-urinesyndroom.

Ned Tijdschr Geneeskd 11 juni 2021 pag. 44.



Rubriek Psychotherapie

Opdrijven van de frequentie van psychotherapie sessies: realistisch of eerder een mythe ?

De frequentie van de behandelsessies verhogen zou volgens recent Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van psychotherapie bij depressie de resultaten van de therapie kunnen verbeteren, in feite dus een relatief eenvoudige ingreep, maar is dat ook zo ?

Beschouwing:

Geen van de vele nieuwe modellen en interventies, die geïntroduceerd zijn in de afgelopen decennia, heeft tot op heden de effectiviteit van psychotherapeutische behandeling kunnen vergroten, en dus is de conclusie van dit onderzoek wel bijzonder:

Tot op heden zijn er in het therapeutisch proces ook geen specifiek werkzame bestanddelen gevonden.

Er is de vaststelling dat de persoon van de therapeut en de kwaliteit van de therapeutische relatie vermoedelijk de meest bepalende elementen zijn voor het therapieresultaat, en daar moeten we het mee doen, maar zelfs dat is omstrede. Moest er een welomschreven actie verschijnen die de behandeling voor depressie substantieel effectiever maakt, dat zou pas een welkome doorbraak inhouden.

In de afgelopen decennia zijn er inderdaad veel vernieuwingen geïntroduceerd, maar aanvankelijk veronderstelde verbeteringen

hebben bij een herhaling van het onderzoek tot op heden niet standgehouden:

- Sowieso bleek het merendeel van de bevindingen niet replicerbaar.
- Men kan zich dus afvragen in welke categorie dit onderzoek valt: een doorbraak of een nieuwe aanstaande desillusie ?

Wat was er verbeterd ?

Om te beginnen is het misschien nuttig om eens te kijken welke verbeteringen er eigenlijk gevonden werden, kwestie van een voorspelling te kunnen doen over de houdbaarheid van de conclusies:

- Het onderzoek gebeurde met een depressiemeetinstrument (BDI) dat maximaal 64 punten toekent.
- Men vond een verschil in verbetering van 3,8 punten als er in plaats van één sessie per week twee sessies gegeven werden.
- In beide condities gingen patiënten qua klinisch effect gemiddeld van een diepe depressie (circa 34 punten) naar een matige depressie (gemiddeld 22-24 punten).

Bij de hogere frequentie werd remissie (= patiënt bereikt een normale score) niet sneller bereikt:

- De onderzoekers vonden daarbij op andere meetinstrumenten, zoals schalen voor welzijn en algemene gezondheid, geen verschil tussen de beide groepen.
- Men kan dus stellen dat het gevonden verschil in effect bescheiden is.

Kanttekeningen bij het onderzoek:

Er kleven onvermijdelijk methodologische beperkingen aan een studie zoals deze, en zo was er o.a. een sterke selectie bij de instroom:

- Uiteindelijk werden er van 3179 depressieve patiënten maar 275 geschikt bevonden voor deelname.
- 15% hiervan (n = 30) werden geëxcludeerd omdat ze niet in een hogere sessiefrequentie wilden meedoen.
- Kan inhouden dat juist de meest gemotiveerde patiënten aan die conditie deelnamen.
- Er bleven uiteindelijk slechts 152 patiënten tot aan het einde van het onderzoek deelnemen (= completers).

In het algemeen ziet men bij onderzoek van nieuwe interventies een zogenaamde 'therapeuten-bias':

- Therapeuten zien de interventie – in dit geval de hogere frequentie van sessies – meer als een nieuwe uitdaging dan de gebruikelijke behandeling.



- Hun enthousiasme genereert dan aanvankelijk ook vaak betere resultaten.

Opmerkelijk is dat in de onderzochte behandeling uiteindelijk slechtere behandelresultaten behaald werden dan in drie vergelijkbare studies, zoals de auteurs zelf vaststelden:

- De therapeuten behaalden in die drie studies vergelijkbare resultaten over de eerste 6 maanden met een lagere sessiefrequentie.
- Daarna behaalden ze zelfs betere resultaten, zoals de auteurs eerlijk vermelden.
- Men kan zich dus afvragen of de gevonden verschillen bij een langere behandelperiode betekenisvol zullen blijven.

Verklaring voor de resultaten ?

De uitkomst van dit onderzoek wordt door de magere resultaten van de therapie ook in een ander opzicht op losse schroeven gezet, immers voor de magere resultaten is er een logische verklaring:

- Er valt namelijk een verband te leggen met de kern van de onderzoeksopzet.
- We spreken dan van het rigide frequentieprotocol.

Een mogelijke verklaring voor een verbeterd resultaat kan volgens de auteurs liggen in een verbeterde samenwerking met de therapeut omdat de samenwerking positief gestimuleerd wordt door twee keer per week af te spreken. Er is echter een logische verklaring voor het algeheel tegenvallende resultaat:

- Therapeuten werden in deze samenwerking in beide condities gehandicapt.
- Kwam omdat ze niet flexibel konden inspelen op de behoeften van de cliënt omwille van het rigide tijdsprotocol.

De conclusie is dan dat er juist géén frequentieprotocol moet worden vastgelegd.

De auteurs riepen op basis van hun bevindingen in hun oorspronkelijk artikel op tot 'reorganisation of the specialised mental healthcare for depression', hoewel de resultaten tegenvielen en de uitkomst op verschillende wijzen kan uitgelegd worden.

De mythe van vooruitgang:

Onderzoekers verkondigen al decennia stellig dat ze vooruitgang boeken, terwijl meta-analyses dit achteraf niet blijken te bevestigen.

De valse hoop die onderzoekers en therapeuten op die manier creëren blijkt echter schadelijke effecten te hebben voor het vakgebied:

- Uiteindelijk leidt dit er toe dat wachtlijsten toenemen ('immers therapie helpt').
- Cliënten worden opgezaagd met teleurstelling en faalgevoel ('de therapieën werken steeds beter, dus als ik niet opknop, moet het wel aan mij liggen').
- Therapeuten krijgen steeds bureaucratie en klachten over zich heen ('de resultaten vallen tegen, er is meer controle nodig').

Het is dus aangewezen dat vooraanstaande onderzoekers, die zich als geen ander bewust zijn van de beperkingen van onderzoek, bevindingen zoals bovenstaande van een passend voorbehoud voorzien.

[Ned Tijdschr Geneeskd 18 juni 2021 pag. 15-17.](#)

Met dank aan dr. Willy Storms



FOCUS

Teaser webinar 17.02.2022

Op 17.02.2022 komt dr. Jeroen Decoster, medisch directeur, hoofddarts en psychiater op het webinar 'Voorschrijven van psychofarmaca bij kwetsbare groepen' spreken.

Hieronder kan u een inleiding van dr. Jeroen Decoster vinden. Inschrijven kan via [deze link](#).

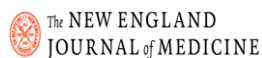
Psychofarmaca behoren jaar na jaar tot de meest gebruikte medicijnen in ons land. In de klinische praktijk merken we ook dat psychofarmaca off-label en dikwijls ook inadequaat worden voorgeschreven: ouderen die langdurig benzo's of antipsychotica innemen, psychofarmaca in het kader van chronisch somatisch lijden, jongeren die snel benzo's krijgen en daar te lang mee doorgaan 'omdat het werkt', ... Ongetwijfeld kent u zelf ook nog bijkomende voorbeelden van inadequaat voorschrijfgedrag bij bepaalde groepen. (Laat dergelijke voorbeelden waarover u zeker wat bijkomende toelichting zou willen horen voor 11 februari weten aan de organisatoren). De bedoeling van dit webinar is om voor de meest voorgeschreven klassen van psychofarmaca het rationeel (en off-label) gebruik toe te lichten, belangrijke aandachtspunten op te frissen en vanuit de praktijk enkel do's en don'ts aan te kaarten.

Gevraagd: input en casuïstiek doormailen

Op vraag van dr. Decoster willen we u vragen om bij de inschrijving eventuele input of casuïstiek rond dit thema door te mailen. Dit kan u doen via het mailadres focus@mchinfo.be



Bronnen



THE LANCET

JAMA®



thebmj



UITSCHRIJVEN

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

REACTIES

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

MCH WEBSITE

Op onze website kan u nog veel meer informatie vinden
www.mchinfo.be

Verwerking en lay-out: Eva Billet

Technische ondersteuning: helpdesk@mchinfo.be

Copyright © 2020

Deze maandelijkse DIGEST wordt u gratis aangeboden door MCH.

REDACTIEADRES

Medisch Centrum voor Huisartsen
Maria Theresiastraat 63A
3000 Leuven

