

VA RIO



2^e jaargang nummer 2

TBV

Voeding heeft slechts kleine invloed op uraatgehalte, C4096

Tanya Major (University of Otago, Nieuw-Zeeland) en collega's combineerden informatie uit 5 cohortstudies waarin zowel het uraatgehalte was gemeten, als een voedingsvragenlijst was afgenomen (BMJ. 2018;363:k3951). Dit waren de 'Atherosclerosis Risk in Communities'(ARIC)-studie, de 'Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults'(CARDIA)-studie, de 'Cardiovascular Heart Study' (CHS), de 'Framingham Heart Study' (FHS) en de derde 'National Health and Nutrition Examination Survey' (NHANES III). Uit al deze Amerikaanse studies includeerden Major en collega's de volwassen deelnemers van Europese afkomst zonder jicht, nierziekten, urinezuurverlagende medicatie of diureticagebruik; in totaal ging het om 16.760 personen.

Bier, sterke drank, wijn, aardappel, kip, frisdrank en vlees waren gerelateerd aan een hoger uraatgehalte in het bloed; mensen met een relatief laag uraatgehalte aten meer eieren, pinda's, ontbijtgranen, magere melk, kaas, bruinbrood, margarine en fruit (behalve citrusfruit). Deelnemers die aten volgens de richtlijnen van de Harvard Healthy Eating-piramide, het DASH-dieet (DASH staat voor: 'Dietary Approaches to Stop Hypertension') of een mediterraan dieet, hadden gemiddeld een lager uraatgehalte.

De 63 onderzochte voedingsmiddelen verklaarden bij elkaar echter slechts 4,3% van de variatie in uraatwaarden, terwijl een dieet maximaal 0,3% verklaarde. Dat is veel minder dan de 7,9% die verklaard kon worden door een gewogen genetische risicoscore, bestaande uit 30 eerder geïdentificeerde genetische varianten, die bij deelnemers van 4 van de 5 cohorten bepaald kon worden. Correctie voor dieet of specifieke voedingsmiddelen veranderde deze relatie nauwelijks. 'In de algemene populatie dragen genetische varianten veel meer bij aan hyperurikemie dan diëten', concluderen de onderzoekers. Of dit ook geldt voor patiënten aan wie zo'n dieet vaak wordt aangeraden, blijft in deze populatiestudie echter onduidelijk.

NTVG

Toepassing van nieuwe bloedglucoseverlagende middelen, D2962

In de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' uit 2013 staat het stappenplan voor medicamenteuze behandeling met bloedglucoseverlagende middelen. De stappen bestaan uit (1) metformine; (2) het toevoegen van een sulfonylureumderivaat; (3) het toevoegen van insuline eenmaal daags; (4) intensivering van de insulinebehandeling. In het laatste decennium zijn er 3 nieuwe medicijn groepen op de markt gekomen voor de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2: DPP-4-remmers, GLP-1-receptoragonisten en SGLT-2-remmers.

Over de positie van metformine als eerste keus in de behandeling bestaat geen discussie. Het is echter de vraag of de nieuwe middelen een geschikt alternatief zijn voor sulfonylureumderivaten (stap 2) of insuline eenmaal daags (stap 3). Daarom werd er in het kader van de herziening van de NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' antwoorden op de volgende vragen gezocht:

- (a) Wat is de effectiviteit en veiligheid van de DPP-4-remmers, GLP-1-receptoragonisten en SGLT-2-remmers (toegevoegd aan metformine) vergeleken met die van sulfonylureumderivaten (toegevoegd aan metformine)?
- (b) Wat is de effectiviteit en veiligheid van de DPP-4-remmers, GLP-1-receptoragonisten en SGLT-2-remmers (toegevoegd aan metformine en eventueel een sulfonylureumderivaat) vergeleken met die van eenmaal daags insuline (NPH-insuline of een langwerkend insuline-analoog, toegevoegd aan metformine en eventueel een sulfonylureumderivaat)?
- (c) Wat is de veiligheid van DPP-4-remmers, GLP-1-receptoragonisten en SGLT-2-remmers vergeleken met placebo of andere bloedglucoseverlagende medicatie?

Er zijn geen voordelen aangetoond van DPP-4-remmers, GLP-1-receptoragonisten en SGLT-2-remmers in directe vergelijkingen met sulfonylureumderivaten en insuline waarbij sterfte, macro- en microvasculaire morbiditeit de uitkomstmaten waren. Het is de vraag hoe de gunstige effecten van empagliflozine, liraglutide en exenatide op enkele cardiovasculaire uitkomstmaten in de cardiovasculaire veiligheidsstudies gewogen moeten worden.

Op basis van genoemde bevindingen en afwegingen is er in de gedeeltelijk herziene NHG-standaard 'Diabetes mellitus type 2' een beperkte indicatie gecreëerd voor DPP-4-remmers en GLP-1-receptoragonisten bij de behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2 bij wie met metformine en een sulfonylureumderivaat onvoldoende glykemische regulatie wordt bereikt (tabel 4).

Proximale humerusfracturen: CONSERVATIEF OF OPERATIEF BEHANDELEN?, D3096

Proximale humerusfracturen komen steeds vaker voor. Patiënten met een proximale humerusfractuur worden van oudsher conservatief behandeld. De laatste decennia zijn echter diverse nieuwe implantaten voor osteosynthese en protheses van de schouder ontwikkeld en is de operatieve behandeling van proximale humerusfracturen toegenomen.

Recente literatuur waarin de conservatieve en de operatieve behandeling van proximale humerusfracturen vergeleken wordt, laat echter geen verschil zien in functionele uitkomsten. De trend om vaker operatief te behandelen berust dus niet op wetenschappelijk bewijs.

In dit artikel wordt de huidige stand van zaken gepresenteerd en geprobeerd een genuanceerd beeld te geven van wie niet, maar ook wie mogelijk wél profiteert van een operatieve behandeling van de proximale humerusfractuur.

De resultaten van de besproken meta-analyse laten zien dat patiënten met niet of weinig gedislloeerde proximale humerusfracturen conservatief kunnen worden behandeld. Ook gedislloeerde proximale humerusfracturen bij oudere, osteoporotische en multimorbide patiënten kunnen goed conservatief worden behandeld.

Andere studies laten zien dat oudere patiënten met een luxatiefractuur in aanmerking komen voor een prothese en jongere patiënten met een luxatiefractuur voor een osteosynthese. Bij patiënten met een gedislloeerde proximale humerusfractuur die nog actief en fit zijn, is er in Europa geen consensus over het te voeren beleid. Verder onderzoek moet uitwijzen voor welke patiënt een operatie zinvol is.

Medisch Contact

Win-win voor patiënten met lagerugklachten

Lagerugklachten behoren in Nederland tot de mees voorkomende aandoeningen en zijn de belangrijkste reden voor werkuitval en arbeidsongeschiktheid. Van alle rugpatiënten ervaart 62 procent na een jaar nog steeds klachten.

De ruggerelateerde zorguitgaven worden geschat op 1,3 miljard euro per jaar, waarvan bijna 500 miljoen in de tweede lijn wordt besteed. De zorg voor rugpatiënten is zeer versnipperd en niet uniform. Patiënten worden niet juist verwezen, blijven te lang in de tweede lijn of worden niet volgens het biopsychosociale model geanalyseerd. Ook het geadviseerde stepped care-principe (zie kader Zorgstandaard chronische pijn) is (nog) niet landelijk geïntegreerd. Doordat ieder specialisme vanuit zijn eigen perspectief kijkt, zijn er veel onnodige verwijzingen. En omdat patiënten vaak niet meteen naar het juiste loket worden verwezen, is er veel 'medical shopping'. Ten slotte is er veel praktijk-variatie, omdat er geen standaardintake en geen standaardbehandelvoorstel is.

Trends en ontwikkelingen op het gebied van medisch-specialistische zorg, chronische pijn, maar ook specifiek lagerugpijn volgen elkaar in hoog tempo op. Dat vereist een inhaalslag van de tweede en derde lijn. Nieuwe landelijke ontwikkelingen zoals een veranderde verwijsstroom van patiënten (NHG-Standaard 2017), de lancering van de Zorgstandaard chronische pijn (april 2017), de bekostigingssystematiek, de ondertekening van de Health Deal door ministerie VWS (om de toepassing van zorginnovaties te versnellen) en recentelijk gepubliceerde lagerugpijn-artikelen in The Lancet maken een innovatieve en eenduidige aanpak van het zorgproces nodig.

ZORGSTANDAARD CHRONISCHE PIJN

Deze zorgstandaard geeft vanuit het patiëntenperspectief een actuele en waar mogelijk evidencebased beschrijving van de multidisciplinair georganiseerde individuele preventie en zorg. Dit betreft ook de ondersteuning bij zelfmanagement voor een bepaalde chronische ziekte, alsmede een beschrijving van de organisatie van de betreffende preventie en zorg en de relevante

kwaliteitsindicatoren. De zorgstandaard is gebaseerd op het biopsychosociale model (multidisciplinair), volgens het stepped care-principe en met een individueel zorgplan voor de patiënt.

Het Maastricht UMC+ (MUMC+) is in 2016 gestart met een reorganisatie van het zorgproces voor patiënten met lagerugpijn. Specialisten ontwikkelden samen met patiënten een multidisciplinair zorgpad waarbij de patiënt en zijn rugklacht centraal staan. De huisarts of de tweede lijn verwijst patiënten met aanhoudende rugklachten naar de 'anderhalvelijnsrugpoli'. Gestreefd wordt naar: uniformiteit in anamnese, diagnostiek en behandelbeslissing, specialisme-overstijgende zorg, gebruikmakend van verpleegkundigen met aandachtsgebied 'spine' en digitale zorg.

De anderhalvelijnsrugpoli is opgezet door de afdelingen Orthopedie en Anesthesiologie-pijnbestrijding van het MUMC+. Orthopedisch chirurgen, anesthesiologen-pijnspecialist, een neuroloog-pijnspecialist en een physician assistant werken daar nauw samen. Dit wordt gerealiseerd door middel van multidisciplinair overleg, gestandaardiseerde ICHOM-vragenlijsten voor intake (HADS, PCS, QoL), screening op red flags en het vervaardigen van een discipline-overstijgende anamnese, lichamelijk onderzoek en diagnostiek.

Patiënten zonder aanwijzingen voor ernstige onderliggende pathologie worden met uitleg (oorzaak klacht, behandel-opties) en geruststelling naar de eerste lijn (rug oefentherapeut, stepped care) terugverwezen. Samen beslissen en aandacht voor zelfmanagement van de patiënt zijn hierbij belangrijke aandachtspunten. De rugpatiënt krijgt één verhaal te horen, ongeacht door welke discipline hij wordt behandeld.

Naast kostenbesparing heeft deze reorganisatie van zorg ook de doorlooptijd verbeterd en het aantal dubbelconsulten verminderd. Time to diagnosis is op dit moment twee tot drie weken, terwijl patiënten voorheen vaak maanden tot zelfs jaren door meerdere specialisten in het ziekenhuis werden gezien. Hierdoor wordt de ziekenhuiscapaciteit beter benut.

Zowel patiënten als professionals zijn meer tevreden over deze werkwijze. De patiënt wordt niet meer van het kastje naar de muur gestuurd, overbehandeling wordt vermeden en er wordt één duidelijk verhaal verteld. De zorg is bovendien zeer toegankelijk voor de patiënt, omdat het anderhalvelijnsconsult niet onder het eigen risico valt.

De anderhalvelijnsrugpoli is een van de eerste effectieve praktische implementaties van de nieuwe richtlijnen voor rugpatiënten en een eerste stap richting value based healthcare. De resultaten zijn veelbelovend en bieden inzichten voor verdere optimalisatie. Onze ambitie is om een regionaal zorgnetwerk op te zetten, waarin eerste en tweede lijn nog beter samenwerken om patiënten met rugpijn snel op de juiste plek de juiste zorg te bieden. In de toekomst gaan we de zorg uitbreiden met een digitaal platform voor de patiënt. Daarvan maken de ICHOM-vragenlijst, patiënteninformatie, een tool voor shared decision making, zelfmanagement en een evaluatie van het zorgproces deel uit.

Quintesse

Factoren die de re-integratie/belastbaarheid beïnvloeden bij iemand met DM

In het algemeen geldt dat bij diabetes de onderliggende factoren de re-integratie kunnen beïnvloeden. Deze factoren bestaan uit werk gebonden, aandoening gebonden en persoonsgebonden factoren.

Werk gebonden factoren

Onregelmatige werktijden: er is onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing voor een relatie tussen ontregeling van diabetes als gevolg van onregelmatige werktijden. In principe kan bij een goed ingestelde diabetes werk met onregelmatige werktijden worden verricht. Voorwaarde is wel dat er een adequate ruimte is voor 'eten en meten' (en het opslaan van insuline). Ook moet het mogelijk zijn om tussen de werkzaamheden door te eten. Bij frequente diabetische ontregelingen, onvoldoende ziekte-inzicht en zelfregulering om de glucose spiegel op peil te houden, kan werken met onregelmatige werktijden beperkt zijn.

Fysieke belasting: zwaar lichamelijk werk is mogelijk bij insulinegebruik, mits betrokken in staat is om de toegenomen glucosebehandeling, mits betrokkene in staat is om de toegenomen

glucosebehoefte bij lichamelijke inspanning te vertalen naar een aanpassing in de insulinebehoefte (zelfcontrole en zelfregulatie). Aanpassingen in de dosering zijn bij werk met regelmatige fysieke belastingen eenvoudiger te realiseren dan bij werk dat per dag anders belast. Een combinatie van onregelmatige werktijden en zwaar werk stelt hogere eisen aan de diabetesregulatie.

Aandachtspunten voor lichamelijke inspanning zijn:

- Slechte/labiele inspanning
- Hypoglykemie unawareness
- (ernstige) cardiovasculaire co-morbiditeit
- Hypertensie
- Autonome neuropathie met hypotensie
- Fysische (omgevings)factoren: werken in koude, hitte of met sterke temperatuurswisselingen kan beperkt zijn bij autonome neuropathie
- (wettelijke) veiligheidseisen voor werk (zoals bij beroepen als buschauffeur of bestuurder van een vrachtwagen). Iemand met hypoglykemie unawareness is ongeschikt voor alle rijvaardigheidscategorieën.
- Faciliteiten op het werk: ruimte voor 'eten en meten' (en het opslaan van insuline). Ook moet het mogelijk zijn om tussen de werkzaamheden door wat te eten. Begrip van collega's en leidinggevende

Diabetes gebonden factoren

- Behandeling hyperglykemie (insulinetherapie met basaalbolusregime, insulinepomp, continue glucosemonitoring)
- Slechte/labiele instelling (hypo- of hyperglykemie, complicaties (HVZ, retinopathie, neuropathie en nefropathie, maar ook aandoeningen van het houdings- en bewegingsapparaat door bindweefselschade door 'versuikerde' eiwitten zoals CTS, Dupuytren en capsulitis)
- Comorbiditeit (complicaties van diabetes, depressie (2x verhoogd risico) en angststoornissen)
- Moeheid. Deels aandoening gebonden. Bij co-morbiditeit duidelijke toename van vermoeidheid gerelateerde klachten. Deels ook werk gerelateerd (bij gebrek aan sociale steun op werk en gebrek aan regelmogelijkheden toename van klachten) en persoonsgebonden (bij actieve coping minder klachten van vermoeidheid)

Persoonsgebonden

- Acceptatie en verwerking
- Coping
- Kennis en inzicht
- Zelfmanagement
- Constant beroep op aanpassingsvermogen