

VA RIO



2^e jaargang nummer 5

TBV

De rol van coping bij kankerpatiënten

Doel van het onderzoek

In 2016 werd door ruim 4500 werknemers met kanker een WIA-uitkering aangevraagd. Van hen kreeg 1800 een IVA-uitkering en 1200 kregen een WGA 80-100%. Door de toenemende participatie van ouderen op de arbeidsmarkt en hogere pensioenleeftijd is toename van het aantal aanvragen te verwachten. Werkhervatting na langdurig verzuim is van meerdere factoren afhankelijk. Naast werk- en omgevingsfactoren zijn ook persoonlijke factoren, zoals coping en ervaren belemmeringen van belang. Uit de literatuur blijkt dat bij kankerpatiënten actieve coping positief geassocieerd is met ervaren gezondheid, en passieve coping juist met beperkt functioneren. Actieve coping wordt hierbij gedefinieerd als de cognitieve of gedragsmatige reactie op ervaren stress terwijl de passieve coping ziet op de emotionele respons. Vraagstelling van ons onderzoek was: welke rol speelt coping bij werkhervatting van werknemers na behandeling voor kanker? Doel van de studie was om inzicht te krijgen in de invloed van coping op de associaties tussen ervaren gezondheidsklachten en (1) de door de verzekeringsarts omschreven beperkingen, (2) gerapporteerd werkvermogen en (3) werkstatus. Dat inzicht biedt wellicht mogelijkheden om re-integratie van deze werknemers te ondersteunen.

Methode

In deze cross-sectionele studie kregen werknemers in loondienst (N=392) en gediagnosticeerd met kanker bij de WIA-aanvraag een uitgebreide vragenlijst toegestuurd. Met de vragenlijst werd informatie over zowel sociodemografische als werk- en ziektegerelateerde variabelen verzameld. Coping en ervaren werkvermogen werden respectievelijk gemeten met de Utrechtse Coping Lijst en de Work Ability Index. Van elke deelnemer werd bij UWV de Functionele mogelijkhedenlijst (FML) verkregen. Met een LISREL-analyse werden de mediërende rol van actieve en passieve coping op de associaties tussen ervaren gezondheidsklachten en beperkingen, alsmede zelfgerapporteerd werkvermogen en werkstatus onderzocht.

Resultaten

Van 364 werknemers, allen gediagnosticeerd met kanker, werden complete data verkregen. De gemiddelde leeftijd was 52 jaar, 68% was vrouw, bij 47% van het totaal betrof het borsttumoren en 32% was weer werkzaam. Uit de analyses bleek dat actieve coping een gering mediërende rol had tussen de door de werknemer gerapporteerde gezondheidsklachten en de door de verzekeringsarts omschreven beperkingen. Beperkingen in categorieën I en II van de FML waren geassocieerd met meer cognitieve klachten, meer vermoeidheidsklachten en lager werkvermogen. Een mediërende rol voor passieve coping werd niet aangetoond, maar deze vorm van coping bleek wel geassocieerd met meer depressieve klachten. Zelfgerapporteerde klachten van het sociaal en emotioneel functioneren bleken niet geassocieerd met omschreven psychische beperkingen. Een beperking in arbeidsduur bleek geassocieerd met meer vermoeidheid en lager werkvermogen.

Discussie

Coping en copingstrategieën bepalen mede, naast medische zorg en sociale steun, de kwaliteit van leven bij kankerpatiënten. Terugkeer naar werk kan onderdeel zijn van verder herstel na kanker en op diverse wijzen kan re-integratie van werknemers na behandeling worden ondersteund. Aandacht voor coping kan hierbij een meerwaarde zijn. In de onderzochte groep blijkt dat actieve coping een rol speelt in de associaties tussen ervaren gezondheidsklachten, vermoeidheid en beperkingen zoals omschreven door de verzekeringsarts, maar deze rol is te gering om de ondersteuning van actief coping gedrag te adviseren.

Voor de praktijk

Het onderzoek toont onder andere dat aspecten van zelfgerapporteerd sociaal- en emotioneel functioneren die juist van belang lijken voor de participatie van cliënten geen

relatie hebben met de vastgestelde psychische beperkingen. Het is gewenst dat verzekeringsartsen bij de beoordeling van de belastbaarheid van werknemers die behandeld zijn voor kanker niet alleen medische klachten uitvragen, maar ook aandacht geven aan het sociaal- en emotioneel functioneren. Dit kan bijdragen aan een completer beeld van beperkingen en mogelijkheden in arbeid.

NTVG

Cognitief functioneren na Lyme-borreliose, C4193

Langdurige behandeling met antibiotica tegen de ziekte van Lyme leidt niet tot betere cognitieve prestaties. Veel patiënten met Lyme-borreliose kampen met cognitieve klachten, tot jaren na de oorspronkelijke infectie. Het effect van langdurige antibiotische therapie daarop was tot op heden onzeker. Dat vormde reden voor Anneleen Berende en collegae (Radboudumc) voor een gerandomiseerd onderzoek, waarvan zij de resultaten deze maand beschrijven (Neurology 2019;92:1-9).

De onderzoekers gebruikten gegevens van de PLEASE-studie (PLEASE staat voor 'Persistent Lyme empiric antibiotic study Europe'), een door ZonMw gefinancierde studie, opgezet door het Radboudumc in samenwerking met de Sint Maartenskliniek. In het onderzoek werden in de periode 2010-2013 281 patiënten met klachten die gerelateerd waren aan Lyme-borreliose geïncludeerd. Patiënten werden gerandomiseerd tussen 1 van de 3 behandelarmen: doxycycline, claritromycine en hydroxychloroquine, of placebo gedurende 3 maanden, aansluitend aan de standaard tweeweekse behandeling met ceftriaxon. Patiënten ondergingen cognitieve testen aan het begin van het onderzoek en nogmaals na 14, 26 en 40 weken. Het cognitief functioneren verbeterde gedurende de onderzoeksperiode op verschillende cognitieve domeinen, maar deze verbetering was niet gerelateerd aan de behandeling. Zowel na de behandelduur van 14 weken als over de gehele studieperiode vonden de onderzoekers geen verschil tussen de 3 behandelgroepen. Deze bevinding was niet gerelateerd aan de ernst van de cognitieve klachten en gold in gelijke mate voor behandeling van lang bestaande versus relatief recent ontstane klachten.

Deze grootste trial tot op heden laat geen effect zien van verlengde antibiotische behandeling op het cognitief functioneren na Lyme-borreliose. Hoewel de onderzoekers stellen dat de studiegrootte wellicht ontoereikend is om subtiele verschillen te detecteren, sluiten deze bevindingen aan bij de resultaten uit ander onderzoek waarin eveneens geen effect van langdurige behandeling met antibiotica op cognitief functioneren gevonden werd.

Te lang antibiotica en onnodige diagnostiek bij Lyme, C4212

Bijna de helft van de patiënten met de ziekte van Lyme krijgt van hun huisarts langer antibiotica en ondergaan vaker serologisch onderzoek dan de CBO-richtlijn 'Lymeziekte' voorstelt. In de periode 2009-2014 bleef de incidentie van de ziekte van Lyme stabiel. Deze resultaten blijken uit onderzoek van gegevens van 30.000 patiënten die staan ingeschreven bij de 7 huisartsenpraktijken die zijn aangesloten bij FaMe-net (Family Practice. 2019;36:110-6), een academisch netwerk van huisartsenpraktijken dat al meer dan 30 jaar gegevens verzamelt voor epidemiologisch onderzoek. Martijn Methorst en collega's van het Radboudumc zochten in de database naar relevante ICPC-en ICD-codes in de periode 2009-2014. Van de geselecteerde patiënten werd op basis van het medisch dossier vastgesteld of de huisarts of een medisch specialist daadwerkelijk de diagnose 'ziekte van Lyme' had gesteld. Vervolgens keken de onderzoekers naar het traject van diagnostiek en behandeling, en bepaalden zij in hoeverre de CBO-richtlijn werd opgevolgd.

Methorst en collega's vonden 212 patiënten met de diagnose 'ziekte van Lyme'. De meeste van deze patiënten bezochten de huisarts kort na het ontstaan van erythema migrans, en sommigen daarvan meldden ook een tekenbeet. De incidentie van de ziekte van Lyme varieerde van 74 per 100.000 patiëntjaren in 2012 tot 145 per 100.000 patiëntjaren in 2011; in de gehele onderzoeksperiode was de incidentie gemiddeld 117

per 100.000 patiëntjaren. Er was geen sprake van een statistisch significante lineaire trend in de tijdsreeks.

Bij 46% van de patiënten hielden huisartsen zich niet aan de CBO-richtlijn. De artsen schreven vooral langduriger antibiotica voor dan de 10 dagen doxycycline die in de richtlijn staat. Daarnaast werd er ook bij patiënten met kortdurende klachten en een hoog risico op de ziekte van Lyme nog geregeld serologisch onderzoek verricht, terwijl dat volgens de richtlijn niet zinvol is. Vooral bij patiënten die 3 keer of vaker de huisarts consulteerden vanwege de ziekte van Lyme was er overdiagnostiek en overbehandeling.

Halfzijdige knie vervanging is ook een optie, C4189

Hoewel een totale knie vervanging (TKA) het laagste risico op een heroperatie geeft bij patiënten met knie artrose, is een unicompartimentele knie artroplastiek (UKA) in een aantal opzichten een betere behandeloptie. Tot die conclusie komen Wilson en collega's van Oxford University in een systematische review en meta-analyse van onderzoeken uit de afgelopen 20 jaar (BMJ. 2019; online 21 februari). In het besluitvormingsproces met de patiënt wordt een halfzijdige vervanging echter zelden meegenomen.

De onderzoekers keken naar de verschillen in uitkomsten tussen UKA en TKA bij 3 soorten studies: 7 RCT's, 17 studies met landelijke databases of gezamenlijke registers en 36 grote cohort studies.

Na een UKA was het ziekenhuisverblijf aanzienlijk korter in alle studiesoorten, tot wel 1,73 dagen korter in de cohort studies (95%-BI: -2,30- -1,16). Patiënten gaven geen verschil in pijn aan, maar scoorden wel betere waarden op de functionele 'patient reported outcome measures' na een UKA in beide niet-RCT-groepen: een verschil van -0,58 verschil in de databases (95%-BI: -0,88 - -0,27) en -0,32 in de cohort studies (95%-BI: -0,48 - -0,15).

De RCT's en de cohortonderzoeken lieten geen verschil zien in de belangrijkste complicaties tussen UKA en TKA. De registers- en databasestudies rapporteerden echter een hogere mortaliteit (risicoratio (RR): 0,27; 95%-BI: 0,16-0,45), meer veneuze trombo-embolische complicaties (RR: 0,39; 95%-BI: 0,27-0,57) en meer cardiale incidenten (RR: 0,22; 95%-BI: 0,06-0,86) na een TKA.

Het risico op een heroperatie verschilde niet statistisch significant in de eerste 2 studievormen tussen UKA en TKA, maar in de cohort studies was na een TKA dat risico wel hoger (RR: 0,45; 95%-BI: 0,31-0,65). Revisie na 5 jaar of later kwam in alle studiegroepen significant vaker voor na een UKA.

Het is belangrijk om de informatie over deze verschillen te delen met patiënten met knie artrose zodat ze die mee kunnen nemen in de keuze voor een van de behandelingen. 'Samen beslissen over de ingreep verhoogt de tevredenheid daarover', beaamt Taco Gosens, orthopedisch chirurg in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg. 'En elke patiënt vindt weer iets anders belangrijk. Zo kan een patiënt bij een knie vervanging meer waarde hechten aan een hogere functionele score dan aan een hoger risico op een revisie-operatie.' Wel benadrukt Gosens dat patiënten die voor een UKA in aanmerking komen verschillen van patiënten die een TKA nodig hebben, zowel wat betreft demografische factoren als wat betreft de mate en de vorm van artrose.

Meer complicaties bij overgewicht tijdens zwangerschap, C4188

Een hogere BMI aan het begin van de zwangerschap en een meer dan gemiddelde gewichtstoename tijdens de zwangerschap hangen samen met een hoger risico op zwangerschapscomplicaties. Dit is de conclusie van een recent verschenen onderzoek, uitgevoerd door Susana Santos (Erasmus MC, Rotterdam) en collega's gepubliceerd in BJOG (2019; online 20 februari).

Net als in de algemene bevolking, neemt onder vrouwen in de vruchtbare levensfase de prevalentie van obesitas gestaag toe. Dat overgewicht en exceptionele gewichtstoename tijdens de zwangerschap meer problemen kunnen geven was al bekend. Meer inzicht in de exacte relatie tussen gewicht en zwangerschapscomplicaties is noodzakelijk om

vrouwen goede voorlichting te geven, zodat deze complicaties voorkomen kunnen worden.

Santos voerde daartoe een meta-analyse uit op basis van individuele patiëntengegevens van 265.270 geboortes uit 39 verschillende cohorten. De gemiddelde BMI aan het begin van de zwangerschap en de gemiddelde gewichtstoename tijdens de zwangerschap waren respectievelijk 22,7 kg/m² (spreiding: 18,1-34,7) en 14,0 kg (spreiding: 3,9-27,0). In vergelijking met moeders met een gezond gewicht hebben moeders met overgewicht of obesitas en een forse gewichtstoename tijdens de zwangerschap een statistisch significant hoger risico op het ontstaan van complicaties, zoals hypertensieve aandoeningen, zwangerschapsdiabetes en het krijgen van een macrosome baby. Het risico op vroeggeboorte is hoger bij moeders met ondergewicht en met overgewicht, net als bij forse gewichtstoename tijdens de zwangerschap. Moeders met ernstige obesitas (BMI \geq 40,0 kg/m²) en een forse gewichtstoename tijdens de zwangerschap (\geq 1,0 SD) hebben het hoogste risico op het ontstaan van een zwangerschapscomplicatie (oddsratio: 2,51; 95%-BI: 2,31-2,74). De onderzoekers schatten dat 23,9% van alle zwangerschapscomplicaties in het huidige onderzoek wordt veroorzaakt doordat de moeders te dik zijn. De bevindingen benadrukken het belang van een gezonde BMI voor vrouwen die zwanger willen worden of dat al zijn, en van een adequate gewichtstoename tijdens de zwangerschap.

De conservatieve behandeling van scafoïdfracturen, D2978

De incidentie van scafoïdfracturen is hoog. In de westerse wereld is deze circa 5 op de 10.000 inwoners per jaar, wat 2-7% van alle fracturen is. Een scafoïdfractuur is veruit de meest voorkomende fractuur van de carpalia (82-90%).

Scafoïdfracturen worden tegenwoordig niet meer ingedeeld op basis van stabiliteit (volgens de Herbert-classificatie), maar op basis van lokalisatie en dislocatie, omdat de stabiliteit van een fractuur slecht te voorspellen is. We onderscheiden fracturen van het proximale, het middelste en het distale deel van het scafoïd. Circa 36% van de scafoïdfracturen betreft een fractuur van het proximale, 62% van het middelste en 2% van het distale deel van het scafoïd. In de meerderheid van de publicaties wordt een fractuur 'gedislokeerd' genoemd, als de dislocatie meer dan 1 of 2 mm is.

Fracturen van het proximale deel van het scafoïd hebben een risico op pseudoartrose tot 36%. Minimaal en niet-gedislokeerde fracturen van het middelste deel van het scafoïd hebben een risico op pseudoartrose van 0-10%. Het percentage patiënten met een fractuur van het distale deel bij wie pseudoartrose optreedt ligt daarentegen een stuk lager (0-1%).^{2,3,5,6}

Een meta-analyse liet zien dat dit percentage bij patiënten met een operatief behandelde, niet-gedislokeerde scafoïdfractuur niet statistisch significant verschilt van dat bij patiënten met een conservatief behandelde, niet-gedislokeerde scafoïdfractuur. Het percentage patiënten met een conservatief behandelde, gedislokeerde scafoïdfractuur bij wie pseudoartrose optreedt is echter statistisch significant hoger dan dat bij patiënten met een operatief behandelde, gedislokeerde scafoïdfractuur. Een kanttekening bij deze meta-analyse is dat er geen onderscheid gemaakt werd in de lokalisatie van de fractuur.

De optimale conservatieve behandeling van een minimaal of niet-gedislokeerde fractuur van het middelste of distale deel van het scafoïd ziet er, op basis van de literatuur, als volgt uit: immobilisatie in een onderarmgips, zonder immobilisatie van de gehele duim, waarbij eventueel een lichte extensie van de pols te prefereren is boven een flexie van de pols. Ondanks dat een deel van de fracturen na 4 weken immobilisatie al geconsolideerd is, bevelen wij een immobilisatieduur van 6 weken aan. Als de fractuur nog niet geconsolideerd is, dient de immobilisatieduur verlengd te worden, met bijvoorbeeld tweewekelijkse klinische en radiologische evaluatie. Bij het uitblijven van consolidatie van de fractuur of bij persisterende klinische symptomen dient aanvullende beeldvorming met CT verricht te worden om een eventuele operatieve therapie te initiëren. Een fractuur van

het proximale deel van het scafoïd komt in de regel niet in aanmerking voor een conservatieve behandeling. Er bestaat onvoldoende bewijs voor 'pulsed electromagnetic field'-therapie en 'pulsed low-intensity ultrasound'-therapie.

Stoppen met TNF- α -blokkers bij reumatoïde artritis?, D3414

Doel

Evalueren of het stoppen van de behandeling met tumornecrosefactor(TNF)- α -blokkers bij patiënten met reumatoïde artritis die een stabiele, lage ziekteactiviteit hebben, kosteneffectief is.

Opzet

Kosteneffectiviteitsanalyse.

Methoden

Wij gebruikten gegevens van de landelijke 'Potential optimisation of (expediency) and effectiveness of TNF-blockers'(POET)-trial (NL2965), en de niet-parametrische 'bootstrap'-techniek om de incrementele kosteneffectiviteitsratio en het bijbehorende 95%-betrouwbaarheidsinterval te schatten voor het stoppen van de behandeling met TNF- α -blokkers ten opzichte van het voortzetten ervan. Vervolgens bepaalden we de netto monetaire waarde van het stoppen van de behandeling ten opzichte van het voortzetten ervan voor verschillende 'willingness to accept'(WTA)-drempelwaarden.

Resultaten

Een patiënt die stopt met de behandeling met TNF- α -blokkers bespaart de maatschappij jaarlijks gemiddeld € 7133 (95%-BI: 6071-8234) , maar verliest gemiddeld 0,022 'quality-adjusted life years' (QALY's) (95%-BI: 0,002-0,040). Wanneer de maatschappij bereid zou zijn om een bedrag \leq € 200.000 te accepteren om 1 QALY in te leveren, dan is de kans dat het stoppen van de behandeling met TNF- α -blokkers kosteneffectief is groter dan 90%. Wanneer de maatschappij echter pas bij een bedrag $>$ € 800.000 bereid zou zijn om 1 QALY in te leveren, dan is het voortzetten van de behandeling kosteneffectief ($p > 0,90$).

Conclusie

Het stoppen van de behandeling met TNF- α -blokkers bij patiënten met reumatoïde artritis die een stabiele, lage ziekteactiviteit hebben, gaat gepaard met een aanzienlijke kostenbesparing en met slechts een gering gezondheidsverlies.