

Symptoomgebaseerde vragenlijst betreft patiënt bij diagnostiek

Refluxziekte wordt meetbaar

Marten Otten, maag-, darm- en leverarts

Correspondentieadres:
mh.otten@meandermc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Ruim drie miljoen Nederlanders kampen met zuurbranden en oprispingen. Velen nemen een middeltje van de drogist of lopen jarenlang met klachten rond. Voor artsen is de diagnose refluxziekte moeilijk te stellen. Maar sinds kort biedt de vragenlijst GerdQ patiënten en dokters houvast.

Refluxziekte stelt de gezondheidszorg voor grote problemen. Miljoenen Nederlanders hebben er last van. Bovendien zijn de klachten niet altijd specifiek en daardoor voor zowel arts als patiënt moeilijk te duiden. Recentelijk zijn er diagnostische criteria beschikbaar gekomen waarmee op basis van zes vragen de diagnose accuraat kan worden gesteld. Dit biedt perspectief voor de vele patiënten die onbehandeld of met restklachten door het leven gaan en kan eveneens onnodig medicijngebruik terugdringen.

In Nederland neemt refluxziekte epidemische vormen aan: 10 procent (1,6 miljoen mensen) heeft dagelijks en 20 procent (3,2

miljoen) wekelijks of vaker last van hinderlijke refluxklachten.¹ Mogelijk zijn deze aantallen hoger, omdat veel patiënten klachten bagatelliseren of niet onderkennen en daardoor onbehandeld rondlopen. De prevalentie is in de afgelopen decennia toegenomen. Vermoedelijk speelt overgewicht hierbij een belangrijke rol. Het percentage inwoners met een body-mass index boven de 30 steeg in Nederland in 25 jaar tijd van 6,2 naar 12,7 procent.

De diagnose refluxziekte lijkt eenvoudig, maar is in de praktijk vaak lastig te stellen. De arts is

volledig afhankelijk van wat de patiënt vertelt. Dat is voor beiden niet gemakkelijk. Beschrijven wat je voelt, is nu eenmaal niet eenvoudig. Ook bestaat er voor refluxklachten geen objectieve maat. Bovendien geeft refluxziekte vaak symptomen buiten de slokdarm, zoals heesheid of een brok in de keel, waarbij de associatie met reflux niet voor de hand ligt. Dergelijke atypische symptomen maken duidelijk hoe complex refluxziekte in de praktijk kan zijn. Dit versterkte de behoefte aan gestandaardiseerde diagnostische criteria.

Inschatting

De waarde van symptoomgebaseerde diagnostiek heeft zich met de ROME-III-criteria bewezen bij het veel voorkomende prikkelbaar-darmsyndroom. Kortgeleden ontwikkelde een internationale consensusgroep van 44 huisartsen, chirurgen en gastro-enterologen uit vijf werelddelen en met veel ervaring op refluxgebied de Montreal definition and classification of GERD (gastro esophageal reflux disease).² Deze definitie gaat voor het eerst niet uit van de inschatting van de arts, maar stelt de beleving van de klachten door en de gevolgen voor de patiënt centraal. Dit betekent dat de diagnose refluxziekte niet meer alleen op basis van klachten mag worden gesteld. Volgens de Montreal definition moet ook een beoordeling van door

Veel patiënten bagatelliseren de refluxklachten



De literatuurlijst kunt u vinden onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl

klachten veroorzaakte beperkingen onderdeel zijn van de diagnose. De definitie illustreert daarmee de complexiteit van refluxziekte. Onderscheiden worden klachten van de slokdarm zelf (zuurbranden, regurgitatie en niet-cardiale pijn op de borst), klachten buiten de slokdarm (zekere associaties als hoesten, stembandontsteking, astma, aantasting van tandglazuur en mogelijke associaties als middenoor-, voorhoofdsholte- en keelontsteking en longfibrose) en complicaties van de slokdarm (ontsteking van het slokdarmslijmvlies, bloedingen, vernauwing van de slokdarm, barrettslijmvlies en slokdarmkanker).

Gemiddeld duurt het twee jaar voordat een patiënt met refluxklachten zich bij een arts meldt.

beeld: ANP

IJsberg

Wereldwijd is er de laatste jaren steeds meer aandacht voor de prevalentie, beleving en

impact van refluxklachten. Veel onderzoek is gedaan met behulp van enquêtes of (telefonische) interviews. Ondanks de beperkingen hiervan, bestaat er door de grote aantallen nu toch een redelijke indruk van de omvang van de problematiek.³ Opvallend is hoe lang het duurt voordat patiënten hun arts consulteren: gemiddeld twee jaar, met uitschieters naar twintig jaar of meer. Ook zijn er veel patiënten (54 tot 75%) die helemaal geen medisch advies vragen en zich redden met OTC-medicatie. Zij vormen het onderwatergedeelte van de ijsberg.

Van de patiënten die wel medicijnen kregen voorgeschreven, is slechts 36 procent echt klachtenvrij. Mensen met restklachten (64%) gebruiken in meer dan 20 procent van de gevallen op eigen initiatief naast de voorgeschreven geneesmiddelen ook OTC-medicatie.

De helft van alle refluxpatiënten heeft een BMI >25. Meer dan de helft hiervan valt de huisarts liever niet lastig met klachten, ook al maken velen zich wel zorgen. Veel artsen denken dat leefstijl (veel en vet eten, roken, drinken, overgewicht en onvoldoende lichaamsbeweging) de belangrijkste oorzaak van reflux is en geven daarom ook adviezen in die richting. De refluxpatiënt zelf noemt als voornaamste problemen restklachten (72%), slaapstoornissen (68%), dieetbeperkingen (63%) en zorgen over de gezondheid (44%). Uit alle onderzoeken is uiteindelijk maar één conclusie mogelijk: de refluxpatiënt is geen klager en zeer terughoudend om met zijn (rest)klachten naar de huisarts te gaan. Velen lopen daarom met meer klachten rond dan nodig.

Uit internationale onderzoeken blijkt dat artsen de ernst van de klachten van refluxpatiënten significant te laag inschatten en het therapeutisch resultaat te optimistisch beoordelen vergeleken met de beleving van de patiënt. Zowel gepoolde internationale data als recent Nederlands onderzoek laat zien dat huisartsen een slechte tot matige indruk hebben van de ernst van de klachten.^{4,5} Mogelijk is dit verschil nog groter als conform de Montreal definition ook zou worden gevraagd naar door klachten veroorzaakte beperkingen in het dagelijks leven. De onderzoekers pleiten voor betere diagnostische mogelijkheden voor deze patiënten.⁵

Lastig

Reflux kent zonder invasief onderzoek geen objectieve parameters. Naarmate duidelijker werd hoe complex de aandoening is en hoe lastig het is om de diagnose te stellen, nam de behoefte aan symptoomgebaseerde diagnosti-



GerdQ voegt een nieuwe dimensie toe aan de diagnose

sche criteria toe. Met dit doel voor ogen stelden drie westerse universiteiten (Adelaide, Wisconsin en Londen) een vragenlijst samen om het diagnosticeren van refluxziekte te vergemakkelijken. Basis hiervoor waren drie bestaande en gevalideerde vragenlijsten. Twee hiervan (de

gastrointestinal symptom rating scale, GSRS, en de reflux disease questionnaire, RDQ) zijn gebaseerd op klachten van de patiënt. De derde vragenlijst, de reflux impact scale (RIS), concentreert zich op de

gevolgen van refluxziekte.⁶ Voor het onderzoek vulden 308 patiënten (18 tot 79 jaar) met bovenbuikklachten op het spreekuur van de huisarts de drie vragenlijsten in. Zij zijn vervolgens door een huisarts en een gastro-enteroloog onderzocht. Beiden stelden een diagnose. Deze zijn vergeleken met de als volgt geformuleerde gouden standaard: refluxziekte staat vast als aan één of meer van de volgende vier criteria wordt voldaan: 1) de pH in de slokdarm pH is < 4,0 langer dan 5,5 % van de gemeten tijd; 2) bij gastroscopie zijn er tekenen van slokdarmont-

steking; 3) er is een positieve associatie tussen klachten en een pH meting < 4,0, en 4) er is effect op de pH in de slokdarm onder invloed van een hoge dosering protonpompremmers. Op basis hiervan had 66 procent van de evalueerbare patiënten (203/308) bewezen refluxziekte. Door middel van regressieanalyse zijn zes vragen geselecteerd die met een puntenscore van nul tot drie het beste discrimineerden voor het ziektebeeld. Twee hiervan (vraag 1 en 2) hebben een positieve voorspellende waarde, twee (vraag 3 en 4) een negatieve voorspellende waarde en de laatste twee (5 en 6) geven aan hoe belastend de reflux voor de patiënt is. Deze vragenlijst wordt de GerdQ (gastro esophageal reflux disease questionnaire, zie *kader*) genoemd. Met gebruik hiervan worden een sensitiviteit en specificiteit bereikt voor de diagnose refluxziekte van 65 respectievelijk 71 procent. Dat is gelijk aan de diagnostische accuratesse van de huisartsen (63 en 63%) en maag-, darm- en leverartsen (67 en 71%).

Onbehandeld

Het belang van een gevalideerde, symptoom-gebaseerde vragenlijst als de GerdQ is dat de

GerdQ. Vragenlijst voor patiënten met bovenbuikklachten

Denkend aan uw klachten in de afgelopen 7 dagen:

	nooit	1 dag	2-3 dagen	4-7 dagen
1. Hoe vaak had u een brandend gevoel (zuurbranden) achter het borstbeen?	0 p	1 p	2 p	3 p
2. Hoe vaak kwam maaginhoud (vloeibaar of vast) terug naar boven in uw keel of mond (oprisping)?	0 p	1 p	2 p	3 p
3. Hoe vaak had u pijn in het midden van uw bovenbuik?	3 p	2 p	1 p	0 p
4. Hoe vaak was u misselijk?	3 p	2 p	1 p	0 p
5. Hoe vaak had u vanwege zuurbranden en/of oprispingen problemen met uw nachtrust?	0 p	1 p	2 p	3 p
6. Hoe vaak heeft u middelen ingenomen tegen zuurbranden en/of oprispingen, die niet zijn voorgeschreven door uw arts? (zoals Rennies, Gaviscon of Maalox)	0 p	1 p	2 p	3 p

Totaalscore < 8 punten.

Het is niet waarschijnlijk dat er sprake is van refluxziekte. Het kan zijn dat de maagklachten een andere oorzaak hebben.

Totaalscore ≥ 8 punten + < 3 punten vraag 5 en 6.

Het is zeer waarschijnlijk dat er sprake is van refluxziekte. Mogelijk dat de klachten gevolgen hebben op het dagelijks leven.

Totaalscore ≥ 8 punten + ≥ 3 punten vraag 5 en 6.

Het is zeer waarschijnlijk dat er sprake is van refluxziekte. De klachten hebben grote gevolgen voor op het dagelijks leven.

De C van collectief

Ik las dat ziekenhuizen enorm veel geld besteden aan detachering-bureaus. Vooral voor gespecialiseerde afdelingen zoals de Intensive Care, de kinderafdeling en de OK. En dat is toch raar zou je zeggen. We hebben immers een prachtige cao, een dik boekwerk dat bol staat met tot in de puntjes geregelde zekerheden. Woorden als uitbesteding, collectief ontslag, variabele of prestatiebeloning komen er nauwelijks in voor. Het cao-boek is ook lekker dik, zodat je de zekerheid van een uniform Hollands model hebt, met weinig lokale vrijheden. Het is geschreven met een bijna nostalgische inslag zou je kunnen zeggen. Met een dikke C van collectief.

Maar klopt de inhoud van het cao-boek nu met wat de huidige werknemer wil? (En is er wel één type werknemer?) Want als zo veel zorgmedewerkers ervoor kiezen om voor detacheringbureaus te gaan werken, kiezen ze dus ook voor een leuke leaseauto, om over het land te worden uitgezonden, voor meer primair salaris en voor minder zekerheid. Juist minder C van collectief dus. Met de komende echte grote arbeidsmarktkrapte in het verschiet maar ook in het licht van marktwerking, zullen we zelf andere arrangementen moeten maken. Arrangementen waarmee de ene instelling zich onderscheidt van de andere. En ook binnen de instelling is er behoefte aan meer diversiteit voor verschillende typen werknemers. Want ook op de arbeidsmarkt vindt immers concurrentie plaats.

Claudia Zuiderwijk,
ziekenhuisbestuurder



Artsen mogen de diagnose refluxziekte niet meer alleen stellen op basis van klachten.

beeld: Corbis

diagnose refluxziekte eenvoudig en met een redelijke mate van zekerheid is te stellen. De lijst kan huisartsen en specialisten in moeilijke gevallen ondersteunen bij de diagnostiek. De GerdQ voegt echter een nieuwe dimensie toe aan de diagnose, namelijk de impact van de ziekte. Bovendien is de vragenlijst bruikbaar om het behandelresultaat te objectiveren. Daarnaast kunnen patiënten er zelf mee nagaan of zij nu wel of geen reflux hebben. Behandelde patiënten kunnen het therapieresultaat er ook mee beoordelen en wellicht concluderen dat zij het gebruik van zuurremmers kunnen stoppen.

Het is belangrijk om te bedenken dat meer dan drie miljoen Nederlanders last hebben van refluxziekte en dat een ruime meerderheid van hen zonder diagnose, onbehandeld of met veel restklachten door het leven gaat. Het is nog te vroeg voor een definitieve plaatsbepaling van de GerdQ. Maar deze vragenlijst biedt, op papier, digitaal of op internet, een goede mogelijkheid voor zowel arts als patiënt om onderscheid te maken tussen onderbehandelde, goed behandelde en onnodig behandelde refluxklachten. [mc](#)

SAMENVATTING

- Meer dan drie miljoen Nederlanders hebben wekelijks last van hinderlijke refluxklachten.
- Slechts 35 procent gaat hiervoor na gemiddeld twee jaar naar de dokter.
- Van de medicamenteus behandelde patiënten is slechts 36 procent klachtenvrij.
- De diagnose reflux blijkt lastiger te stellen dan gedacht.
- Met een symptoomgebaseerde vragenlijst (de GerdQ) is het mogelijk om met zes vragen de diagnose refluxziekte met dezelfde accuratesse te stellen als de huisarts of MDL-arts.
- Deze vragenlijst helpt om onderscheid te maken tussen onderbehandelde, goed behandelde en onnodig behandelde refluxklachten.

Literatuur

1. Boermeester MH, Sandick JW van, Lanschot JJB van e.a. Gastro-oesofageale refluxziekte: pathofysiologie, diagnostiek en medicamenteuze therapie. *NTvG* 1998; 142: 1306-10.
2. Vakil N, Zanten S van, Kahrilas P e.a. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 1900-20.
3. Ducrotté P, Liker HR. How do people with gastro-oesophageal reflux disease perceive their disease? Results of a multinational survey. *Curr Med Res Opinion* 2007; 23: 2857-65.
4. Fransen GAJ, Janssen MJR, Muris JWM e.a. Measuring the severity of upper gastrointestinal complaints: does GP assessment correspond with patients' self-assessment? *Family practice* 2007; 24: 252-8.
5. McColl E, Junghard O, Wiklund I ea. Assessing symptoms in gastroesophageal reflux disease: how well do clinicians' assessments agree with those of their patients? *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 11-8.
6. Dent J, Jones R, Vakil N ea. A management strategy for GERD based on the gastroesophageal reflux disease questionnaire (GerdQ). *Scand J Gastro* 2008; 43, suppl 244: 8.