Gastro-oesophagale reflux bij zuigelingen: kennis en attitudes van de huisarts en medicatiegebruik in België

Daan Witdouck, Huisarts in Opleiding

Promotor: Prof. Dr. Jan De Maeseneer

Copromotor: Dr. Marieke Lemiengre

Universiteit Gent, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde

ABSTRACT

Inleiding

Klachten van gastro-oesophagale reflux of regurgitaties komen bij zuigelingen zeer frequent voor en zijn vaak de aanleiding tot het consulteren van een huisarts of een andere zorgverlener. De prevalentie van gastro-oesophagale reflux (GER) en gastro-oesophagale refluxziekte (GERD) bij zuigelingen is niet alleen hoog, maar de diagnose wordt ook steeds frequenter gesteld en er worden steeds meer behandelingen voor voorgeschreven, ondanks het vaak onschuldige karakter van de aandoening. Over de kennis en attitudes van huisartsen over dit probleem en de aanpak ervan door huisartsen is nog weinig onderzoek gebeurd.

Vraagstelling

Hoeveel voorschriften voor refluxmedicatie werden in België voorgeschreven aan zuigelingen, en hoeveel zuigelingen werden met deze medicatie behandeld in de laatste jaren? Welke evoluties zijn hierin merkbaar?
Hoe goed is de kennis van de Belgische huisarts over de diagnose en aanpak van refluxproblematiek bij zuigelingen en wat zijn zijn/haar attitudes ten opzichte van dit thema? Welke aanpak hanteert de huisarts wanneer hij/zij met deze problematiek wordt geconfronteerd?

Methoden

De databank van de Socialistische mutualiteit werd onderzocht op medicatievoorschriften voor antirefluxmedicatie bij een populatie van kinderen tussen 0 en 1 jaar in de periode van 2004 tot 2012. Er werd onderzocht hoeveel zuigelingen met deze medicatie werden behandeld, hoeveel voorschriften er werden opgesteld en hoeveel medicatie er werd voorgeschreven, gedefinieerd in defined daily dose (DDD). Van de medicatievoorschriften werd nagegaan welke specialisatie deze opstartte. Naast descriptieve statistiek werden evoluties in de cijfergegevens op hun significantie getoetst aan de hand van de χ^2 test.
Een vragenlijst werd opgesteld bestaande uit, naast algemene gegevens over de respondent, vragen over de kennis en attitudes en fictieve casussen. 14 coördinatoren van Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) in Midden West-Vlaanderen werden gevraagd om de vragenlijst voor te leggen op hun volgende vergadering. Naast descriptieve statistiek werden statistisch significante correlaties tussen verschillende variabelen gezocht aan de hand van de student t-test en pearson, kendall tau en spearman rho correlatie coëfficiënten.

Resultaten

De databank van de Socialistische Mutualiteit leverde gegevens over gemiddeld 39185 zuigelingen over de onderzochte jaren (2004 – 2012). Het aantal kinderen dat PPI werd voorgeschreven verdubbelde tussen 2004 (1,94%) en 2012 (4,20%). De hoeveelheid van deze medicatie, in DDD per ingeschreven zuigeling, verviervoudigde tussen 2004 (0,54) en 2012 (2,36). Het aantal kinderen die H2RA werden voorgeschreven nam tussen 2004 (6,36%) en 2008 (8,36%) toe ($p<0,05$), om daarna terug af te nemen ($p<0,05$) naar 2012 toe (6,55%). De hoeveelheid voorgeschreven H2RA, in DDD per ingeschreven zuigeling, verdubbelt tussen 2004 (1,09) en 2008 (2,59), met daarna een daling ($p<0,05$) naar 2012 (1,98). H2RA en PPI samen genomen, werden ongeveer 1 op 10 kinderen (10,4%) in de afgelopen jaren behandeld. De evolutie over de jaren toont een sterke stijging van dit aantal kinderen ($p<0,05$) tussen 2004 (8,29%) en 2008 (11,79%) met daarna een lichte, maar significante ($p<0,05$), daling naar 2012 toe (10,75%). De huisarts stelt gemiddeld 21,3% van de voorschriften voor H2RA en 18,4% van de voorschriften voor PPI op.
In 7 van de 14 gecontacteerde LOK groepen werd de vragenlijst voorgelegd, wat 76 ingevulde vragenlijsten opleverde. De kennis over de diagnostiek werd door de meesten op een Likertschaal als neutraal ingeschat (51,3%). Kennis over de alarmsymptomen werd beter ingeschat (69,7% was akkoord). De meeste respondenten (78,9%) vinden dat de diagnose van GERD te frequent wordt gesteld en dat dit te wijten is aan de verwachting van de ouders (82,9% akkoord) en de toegenomen medicalisering van het refluxprobleem (77,7% akkoord). Gemiddeld werd over alle casussen door 15,8% van de respondenten medicatie opgestart. Alginaten werden het meest gekozen (44,4% van alle medicatie), daarna volgen H2RA (27,8%), PPI (15,7%) en antacida (12,0%). Over alle casussen heen werd gemiddeld door een vijfde van de respondenten doorverwezen (gemiddelde 20,8%). Doorverwijsgedrag correleerde met een hogere leeftijd (pearson coëfficient 0,372, $p<0,05$), met werken in een solopraktijk ($p<0,05$) en met ervaring bij Kind en Gezin ($p<0,05$). De defensieve attitude-score was gemiddeld 16,1. Een hogere defensieve score van de respondenten correleerde met een hoger aantal doorverwijzingen (pearson coëfficiënt 0,377; $p<0,05$) en met minder medicatie als aanpak in de casussen (pearson coëfficiënt -0,355; $p<0,05$).

Conclusie

Het aantal zuigelingen dat met antirefluxmedicatie werd behandeld nam over het algemeen toe tussen 2004 en 2012. Vooral de behandeling met PPI steeg het sterkst. De huisarts heeft over het algemeen een goede kennis over de behandeling en alarmsymptomen van reflux, maar toch wordt GERD nog te frequent als diagnose gebruikt bij normale fysiologische processen en bij problemen die weinig of niets met GERD te maken hebben, en wordt te weinig gezocht naar andere oorzaken van de klachten. Een defensieve attitude van de huisarts leidt tot meer doorverwijzingen en minder medicamenteuze therapie.

INLEIDING

Klachten van gastro-oesophagale reflux of regurgitaties komen bij zuigelingen zeer frequent voor en zijn vaak de aanleiding tot het consulteren van een arts of een andere zorgverlener.

De prevalentie van gastro-oesophagale reflux (GER) en gastro-oesophagale refluxziekte (GERD) bij zuigelingen is niet alleen hoog, maar de diagnose wordt ook steeds frequenter gesteld en er worden steeds meer behandelingen voor voorgeschreven.

Uit een grote Europese retrospectieve cohortstudie in de eerste lijn blijkt dat per jaar 27 op 1000 kinderen jonger dan 2 jaar medicatie gebruiken voor GERD en andere zuurgerelateerde klachten.(1) Uit een andere cohortstudie van 2009 blijkt dat de incidentie van de diagnose van GERD of andere zuurgerelateerde klachten bij zuigelingen tot 1 jaar verdrievoudigd is tussen 2000 en 2005, en dat het aantal patiënten met deze klachten die opgestart werden met protonpompinhibitoren (PPI's) tussen 1999 en 2005 verdubbeld is van 31,5% naar 62,6%.(2)

Deze toegenomen behandeling voor GERD bij kinderen staat in contrast met het meestal onschuldige en zelflimiterende karakter van de aandoening. Een cross-sectionele studie van 948 gezonde zuigelingen in 1997 toonde aan dat op de leeftijd van 4 maanden 67% van de gezonde zuigelingen volgens heteroanamnese minstens 1 keer per dag regurgiteert en 23% minstens 4 keer per dag, waarna de prevalentie van regurgitatie sterk afneemt van 61% op 6 maanden naar 21% op 7 maanden en nog slechts 5% op de leeftijd van 12 maanden. (3)

Bij de aanpak van reflux, en de symptomen die hieraan worden gerelateerd, stellen er zich in de praktijk enkele belangrijke problemen. Ten eerste is de diagnose van GERD meestal gebaseerd op subjectieve symptoombeschrijvingen van de ouders, en is het geen zekerheidsdiagnose op basis van technische onderzoeken. De gecombineerde pH-metrie en multiple intraluminal impedance monitoring (MII), die bij volwassenen wordt beschouwd als de gouden standaard voor de diagnose van GERD, is voor zuigelingen zeer invasief, en dus om ethische redenen niet geschikt om op grote schaal uit te voeren. (4) Hierdoor is dit onderzoek dan ook onvoldoende gevalideerd voor deze populatie.(5).

Ten tweede werden er rond het thema reflux veel verschillende termen door elkaar gebruikt, zonder eenduidige definities, waardoor verschillende studies vaak moeilijk te vergelijken waren. Recent zijn er echter bij consensus definities vastgesteld voor de termen "regurgitatie", "GER" en "GERD".(6, 7) De terminologie die door de arts wordt gebruikt heeft een grote invloed op de perceptie en de verwachtingen van de ouders. Een recente studie toonde aan dat wanneer de diagnose "GERD" werd gegeven door de arts, ouders een medicamenteuze behandeling voor hun kind verkozen, zelfs wanneer vooraf werd gemeld dat deze medicatie waarschijnlijk geen invloed zou hebben op de symptomen.(8)

Ten slotte worden er verschillende klachten en symptomen aan reflux toegeschreven, zonder dat hiervoor evidentie bestaat. Een voorbeeld hiervan is excessief huilen, hetgeen in de praktijk vaak aangehaald wordt als symptoom van reflux. Verschillende studies konden echter geen relatie tonen tussen huilen en GERD vastgesteld door pH-metrie of de aanwezigheid van oesophagitis.(5)

De kennis en attitudes van artsen over diagnostiek en behandeling van reflux bij zuigelingen zijn tot op vandaag weinig onderzocht. Uit een studie bij 1245 Noord-Amerikaanse pediaters blijkt dat 30% van de respondenten medicatie opstart bij ongecompliceerde reflux of GER, en dat 92% bij deze kinderen uiteindelijk verdere technische investigaties zou uitvoeren. 74% van de deelnemende pediaters was niet op de hoogte van het bestaan van richtlijnen over het thema.(9) Wat betreft de kennis, attitudes en aanpak van huisarts zijn nog geen studies gebeurd.

In dit onderzoek werd nagegaan of de trend van toegenomen medicamenteuze behandeling zoals hierboven beschreven ook objectiveerbaar is in België. Daarnaast werd bij een groep huisartsen gepeild naar hun kennis, attitudes en aanpak van reflux bij zuigelingen.

METHODEN

Populatieonderzoek

Om na te gaan hoeveel antirefluxmedicatie in België wordt voorgeschreven, werd de databank met voorschriftgegevens van de Belgische Socialistische Mutualiteit geraadpleegd. De beschikbare gegevens over alle Belgische kinderen van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) waren niet geschikt voor dit onderzoek, aangezien hierin enkel het geboortejaar en niet de geboortedatum wordt bijgehouden, waardoor geen correcte schatting kan gebeuren van het aantal kinderen tussen 0 en 1 jaar in het onderzochte jaar. Door te beperken tot enkel de Socialistische Mutualiteit is selectiebias mogelijk. Kinderen van 0 tot 1 jaar die medicatie voor reflux werden voorgeschreven, werden geselecteerd. Er werd specifiek gezocht volgens de volgende Anatomic Therapeutic Chemical (ATC) codes: A02A of antacida, A02BA of H2-receptorantagonisten (H2RA), A02BC of protonpompinhibitoren (PPI) en A02BX13 of alginaten. Deze gegevens werden verzameld voor de jaren 2004, 2006, 2008, 2010 en 2012. Van deze jaren werd ook het totaal aantal ingeschreven zuigelingen verzameld om de gegevens vergelijkbaar te maken tussen de verschillende jaren.

Er werd zowel nagegaan hoeveel voorschriften er in totaal werden gemaakt, als aan hoeveel kinderen er één van deze producten werd voorgeschreven. Hoeveelheden werden zowel in aantal voorschriften als in Defined Daily Dose (DDD) gedefinieerd. Van het aantal voorschriften werd ook nagegaan door welk medisch specialisme deze werden voorgeschreven. Van deze absolute cijfers werden gemiddeldes, relatieve frequenties en evoluties over de verschillende jaren onderzocht. Evoluties in de cijfergegevens werden op hun significantie getoetst aan de hand van de χ^2 test.

Vragenlijsten

De vragenlijst, die werd voorgelegd aan huisartsen, bestaat uit 4 delen. Een eerste deel bevraagt de algemene gegevens van de respondenten, zoals leeftijd, geslacht en ervaring. Daarna volgen 13 stellingen over de kennis en attitudes van de huisartsen, waarbij op een 5 punten Likert schaal wordt aangegeven in welke mate de respondent het eens is met de stelling. In het derde deel worden 9 hypothetische casussen voorgelegd, waarbij telkens gevraagd wordt in welke mate de respondent de diagnose GERD waarschijnlijk vindt en of hij/zij andere diagnoses meer waarschijnlijk vindt, en welke behandelingsopties hij/zij zou toepassen in de specifieke casus. De casussen zijn gebaseerd op de verschillende klinische scenario's over zuigelingen die aan bod komen in de richtlijn van Vandenplas et al., waarbij de meest ernstige scenario's werden weggelaten (zoals apparent life threatening events en recurrente pneumonieën) om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de praktijk van de huisarts.(5) De symptomen die in de casussen gebruikt worden zijn gebaseerd op de symptomen die in de infant gastro-esophageal reflux questionnaire (I-GERQ) werden opgenomen. (10) De mogelijke behandelingsopties die werden voorgelegd werden gebaseerd op alle besproken behandelingsopties in de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de richtlijn van Vandenplas et al.(5, 11) Het laatste deel van de vragenlijst bestaat uit 5 stellingen over onzekerheid in de huisartsenpraktijk en defensief handelen, waarbij de respondenten op een 5-punten Likertschaal konden aanduiden in welke mate zij akkoord waren met de stellingen. Deze stellingen zijn dezelfde als in de studie van Grol et al. over de defensieve attitude van huisartsen in Europa.(12) De antwoorden per stelling kregen een score van 1 (helemaal niet mee eens) tot 5 (helemaal mee eens), en werden per proefpersoon opgeteld tot een score tussen 5 en 25, de defensieve attitude score. (13)

In de inleiding van de vragenlijst werden de definities van de termen “regurgitatie”, “GER”, “GERD” en “braken” gegeven volgens de laatste richtlijnen hierover.(6, 7) Zo werd getracht om verwarring rond de gebruikte terminologie te voorkomen. Zuigelingen werden gedefinieerd als kinderen tussen 0 en 1 jaar.

Bij het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsuitkering (RIZIV) werden de contactgegevens van de coördinatoren van Lokale Kwaliteitsgroepen (LOK) van West-Vlaanderen opgevraagd. Uit deze lijst werden de 14 coördinatoren die werkzaam zijn in de regio Midden West-Vlaanderen (Ardooie, Hooglede, Houthulst, Ledegem, Lichtervelde, Moorslede, Roeselare, Staden en Zonnebeke), gecontacteerd via e-mail en telefoon, en gevraagd om de vragenlijst voor te leggen in een volgende LOK vergadering aan de aanwezige leden. De vragenlijsten werden na informed consent aan de vrijwillige deelnemers schriftelijk voorgelegd. Deze werden onmiddellijk na het ontvangen door de respondenten ingevuld en daarna ingezameld.

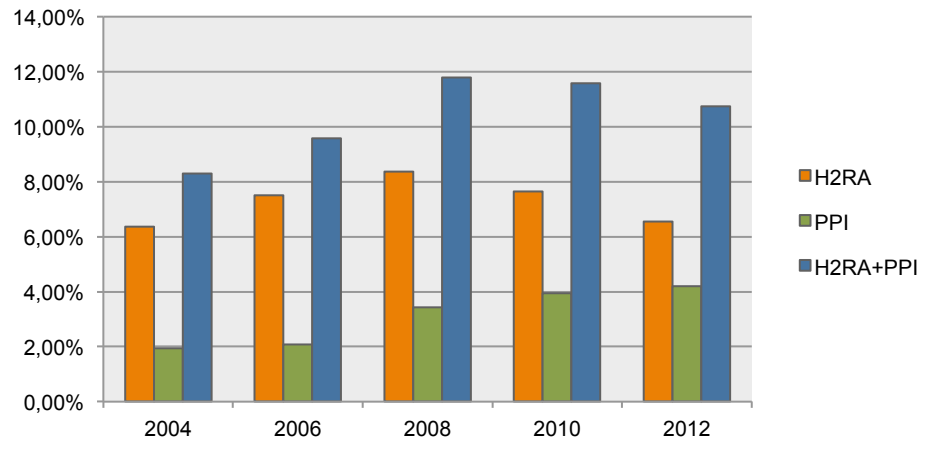
Statistische analyse van de gegevens van de ingezamelde vragenlijsten gebeurde aan de hand van Statistical Package for the Social Sciences (SPSS statistics, versie 22, IBM). Naast descriptieve statistiek werden statistisch significante correlaties tussen verschillende variabelen gezocht aan de hand van de student t-test en pearson, kendall tau en spearman rho correlatie coëfficiënten.

RESULTATEN

Populatieonderzoek

De studiepopulatie, de zuigelingen ingeschreven in de Socialistische Mutualiteit, bestond uit gemiddeld 39185 zuigelingen over de onderzochte jaren (range 35647 - 41242). In de database werd enkel voorschriftplichtige medicatie geregistreerd. Er waren dus enkel gegevens beschikbaar over PPI en H2RA. Het gemiddelde aantal kinderen dat werd behandeld met H2RA was 2861 (range 2266 - 3362) en voor PPI was dit 1237 (range 690 - 1698). Gemiddeld werden 3253 voorschriften gemaakt voor H2RA, of gemiddeld 77498 DDD. Voor PPI was het gemiddeld aantal voorschriften 2491, of gemiddeld 59434 DDD.

Figuur 1: aantal zuigelingen behandeld met H2RA en/ of PPI



Het aantal zuigelingen dat een voorschrift voor antirefluxmedicatie kreeg werd procentueel ten opzichte van het totaal aantal in de Socialistische Mutualiteit ingeschreven zuigelingen

uitgezet voor de verschillende onderzochte jaren, en weergegeven in figuur 1. Het aantal kinderen dat PPI werd voorgeschreven verdubbelde tussen 2004 (1,94%) en 2012 (4,20%). Het aantal kinderen dat H2RA werd voorgeschreven nam tussen 2004 (6,36%) en 2008 (8,36%) toe ($p<0,05$), om daarna terug af te nemen ($p<0,05$) naar 2012 toe (6,55%). Als we de H2RA en PPI samentellen, dan zien we dat gemiddeld ongeveer 1 op 10 kinderen in de afgelopen jaren met een van deze producten werd behandeld. De evolutie over de jaren toont een sterke stijging ($p<0,05$) tussen 2004 (8,29%) en 2008 (11,79%)van het aantal kinderen dat met antirefluxmedicatie werd behandeld, en daarna een lichte, maar significante ($p<0,05$), daling naar 2012 toe (10,75%).

Bekijken we de hoeveelheid medicatie, uitgedrukt in DDD per zuigeling, die werd voorgeschreven, dan krijgen we de figuur 2, figuur 3 en figuur 4. Hierbij werd ook geregistreerd wie het voorschrift opstelde.

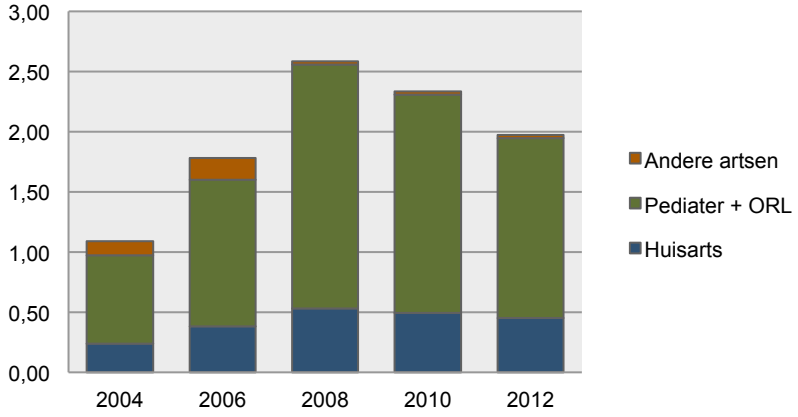
Wat betreft de H2RA zien we dezelfde trend als bij het aantal behandelde zuigelingen met deze medicatie. Er is een verdubbeling van de hoeveelheid voorgeschreven H2RA van 2004 (1,09 DDD/ingeschreven zuigeling) naar 2008 (2,59), en daarna is er een daling ($p<0,05$) naar 2012 (1,98). Het grootste deel van de voorschriften werden door de pediaters en specialisten otorinolaryngologie (ORL) gemaakt (gemiddeld 73,2% van de voorschriften), huisartsen maakten gemiddeld 21,3% van de voorschriften, andere artsen 5,5%.

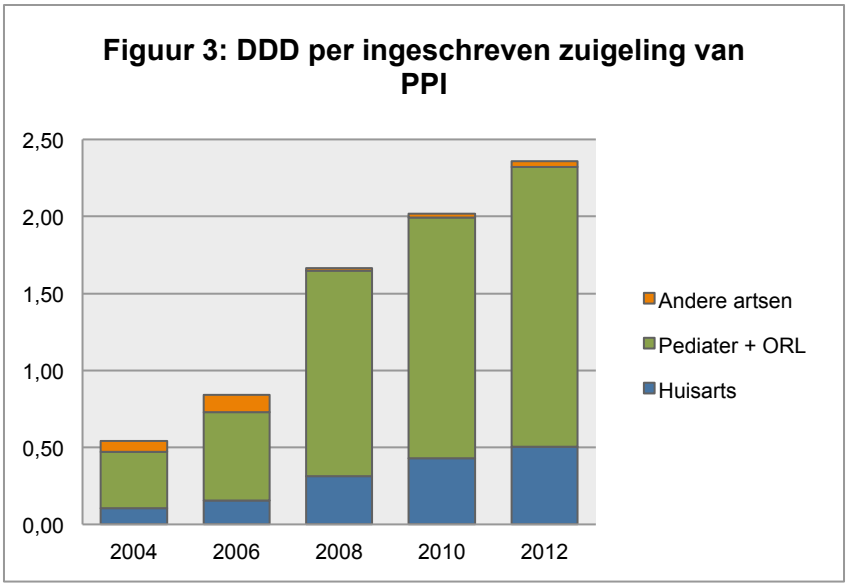
De hoeveelheid voorgeschreven PPI steeg over de onderzochte jaren nog meer uitgesproken dan het aantal zuigelingen behandeld met deze medicatie. Tussen 2004 (0,54 DDD/ingeschreven zuigeling) en 2012 (2,36) is er meer dan een verviervoudiging van de DDD per ingeschreven zuigeling. Er werden dus niet alleen meer zuigelingen behandeld met PPI, maar er werden ook meer DDD per behandelde zuigeling voorgeschreven. De voorschrijvende specialisaties vertonen dezelfde verdeling als bij H2RA: 75,9% pediaters en ORL, 18,4% huisartsen en 5,7% andere.

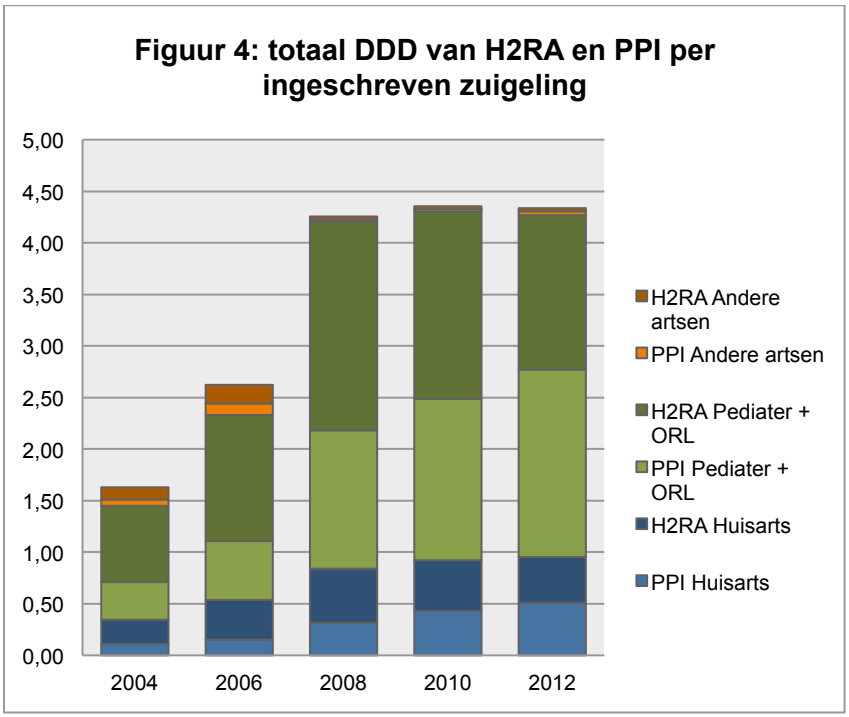
Hoewel het aantal zuigelingen die behandeld werden met PPI en/of H2RA tussen 2008 en 2012 verminderde, daalt de hoeveelheid medicatie (in DDD per zuigeling) voorgeschreven aan deze leeftijdsgroep niet (in 2008: 4,25; in 2010: 4,35; in 2012: 4,34; $p>0,05$).

Het aandeel van de huisarts in de voorschriften verschilt minimaal, maar wel significant, over de verschillende jaren. Wat betreft H2RA zien we een significante stijging ($p<0,05$) tussen 2008 (20,3%) en 2012 (22,8%). Ook het aandeel in de voorschriften voor PPI steeg significant ($p<0,05$) tussen 2008 (17,2%) en 2012 (19,3%). Bekijken we het aantal voorschriften van H2RA en PPI samen, dan zien we tussen 2004 (20,7%) en 2008 (19,0%) een significante daling ($p<0,05$), en daarna terug een stijging ($p<0,05$) naar 2012 (20,9%).

Figuur 2: DDD per ingeschreven zuigeling van H2RA







Vragenlijsten

Populatie

Van de 14 LOK coördinatoren die werden gecontacteerd, stemden er 7 in met een deelname aan het onderzoek. Er waren geen verschillen in werkgebied tussen de deelnemende en niet-deelnemende coördinatoren. Onder de deelnemende coördinatoren waren 2 vrouwen, de niet-deelnemende waren allemaal mannen. Zo werden in totaal 77 artsen uitgenodigd om de vragenlijst in te vullen, waarvan 1 weigerde. De overige 76 respondenten vulden de vragenlijst volledig in. De gemiddelde leeftijd van de respondenten bedraagt 41,4 jaar (range 24-69 jaar) en gemiddeld hadden ze 15,4 jaar ervaring (0-43 jaar). 53,9% van de respondenten waren mannen (n=41) en 46,1% vrouwen (n=35).

De meesten zijn werkzaam in een plattelandsregio (39,5%) of een regio gemengd stedelijk en platteland (27,6%). De door de huisartsen ingeschatte grootte van hun patiëntenpopulatie

is 1327,2 patiënten (30-3000), waarvan er gemiddeld 22,8 zuigelingen zijn (0-100). 40,8% van de respondenten werkt in een solopraktijk, 27,6% in een duopraktijk en 31,6% in een groepspraktijk met gemiddeld 3,6 artsen. Ongeveer een derde (31,6%) van de deelnemende huisartsen werkt in een opleidingspraktijk voor huisartsen in opleiding. Meer dan de helft van de respondenten (51,3%) werkte nooit voor Kind en Gezin, en slechts een minderheid (10,5%) werkte op het moment van de studie minstens één keer per maand als consultatiebureauarts voor Kind en Gezin. De meesten (47,4%) worden minder dan één keer per maand geconfronteerd met refluxproblematiek bij zuigelingen, 36,8% ongeveer één keer per maand en slechts 15,8% ziet dit probleem meer dan één keer per maand in zijn/haar praktijk.

Kennis en attitudes

De antwoorden op de stellingen over kennis en attitudes worden in tabel 1 weergegeven.

Tabel 1: responsfrequenties vragenlijst kennis en attitudes

	niet akkoord	eerder niet akkoord	neutraal	eerder akkoord	akkoord
Kennis					
1. “ik heb een goede kennis over de diagnose van refluxpathologie bij zuigelingen”	0,0%	13,2%	51,3%	31,6%	3,9%
2. “ik kan goed een onderscheid maken tussen fysiologische (GER) en pathologische reflux (GERD)”	3,9%	7,9%	32,9%	46,1%	9,2%
3. “ik heb een goede kennis over de alarmsymptomen bij reflux bij zuigelingen”	1,3%	10,5%	18,4%	59,2%	10,5%
4. “ik heb een goede kennis over de verschillende behandelingsmogelijkheden van reflux bij zuigelingen”	1,3%	11,8%	30,3%	53,9%	2,6%
Attitudes					
5. “ik start frequent een medicamenteuze behandeling op voor refluxproblematiek bij zuigelingen”	19,7%	35,5%	26,3%	13,2%	5,3%
6. “ik verwijs frequent naar de tweede lijn (pediater, pediatrisch gastro-enteroloog) voor refluxproblematiek bij zuigelingen”	10,5%	19,7%	27,6%	31,6%	10,5%
7. “Bij zuigelingen met refluxklachten moet je steeds het zekere voor het onzekere nemen.”	14,5%	30,3%	38,2%	13,2%	3,9%
8. “Ouders van zuigelingen verwachten van mij een medicamenteuze behandeling bij klachten die op reflux zouden kunnen wijzen.”	14,5%	26,3%	21,1%	35,5%	2,6%
9. “Als huisarts moet je bij refluxklachten er alles aan doen om tot een duidelijke diagnose te komen.”	6,6%	27,6%	38,2%	22,4%	5,3%
10. “De diagnose van refluxziekte (of GERD) wordt te frequent gesteld.”	0,0%	3,9%	17,1%	52,6%	26,3%
11. “Er zijn de laatste jaren meer diagnoses van GERD door betere wetenschappelijke kennis en diagnostische mogelijkheden.”	3,9%	36,8%	30,3%	27,6%	1,3%
12. “Er zijn de laatste jaren meer diagnoses van GERD omdat ouders meer dan vroeger een medische diagnose verwachten.”	0,0%	2,6%	14,5%	63,2%	19,7%
13. “Er zijn de laatste jaren meer diagnoses van GERD door een toegenomen medicalisering van de refluxproblematiek.”	0,0%	3,9%	18,4%	56,6%	21,1%

Over het algemeen schatten de respondenten hun kennis over de diagnostiek neutraal in (51,3%). Kennis meer specifiek over het onderscheid tussen GER en GERD en over de

behandelingsmogelijkheden wordt als goed ingeschat. Opvallend is de eensgezindheid op de stelling “ik heb een goede kennis over de alarmsymptomen”: 69,7% was akkoord.

De meerderheid van de respondenten (55,2%) vindt dat ze niet frequent een medicamenteuze behandeling starten voor reflux. Wat betreft het doorverwijsgedrag zijn de meningen verdeeld, met een lichte voorkeur voor doorverwijzen (42,1% akkoord).

Er is geen echte defensieve opstelling van de respondenten bij refluxproblematiek: de respondenten vinden over het algemeen niet dat je het zekere voor het onzekere moet nemen bij reflux, en de meningen zijn verdeeld over de noodzaak van een duidelijke diagnose.

Opvallend is dat de meeste respondenten (78,9%) vinden dat de diagnose van GERD te frequent wordt gesteld. Deze toegenomen diagnostiek is volgens de ondervraagden te wijten aan de verwachting van de ouders (82,9% akkoord) en de toegenomen medicalisering van het refluxprobleem (77,7% akkoord). Over een betere wetenschappelijke kennis en betere diagnostische mogelijkheden aan de basis van de toename in het aantal diagnoses, zijn de meningen eerder verdeeld.

Casussen

In welke mate de respondenten akkoord zijn met de diagnose van GERD bij de verschillende casussen, wordt getoond in tabel 2 en figuur 5.

Tabel 2: Waarschijnlijkheid van GERD diagnose bij de casussen

	onwaar-schijnlijk	weinig waar-schijnlijk	neutraal	eerder waar-schijnlijk	zeer waar-schijnlijk
1. Jongen 4m, huilt >4u per dag onafhankelijk van voeding, normaal KO en normale groei (“huilbaby”)	6,6%	50,0%	31,6%	11,8%	0,0%
2. Meisje 2,5m, regurgitatie + diarree, normaal KO en normale groei	2,6%	51,3%	23,7%	21,1%	1,3%
3. Jongen 3,5m, reflux en regurgitaties zonder last, normaal KO en normale groei (“happy spitter”)	2,6%	36,8%	26,3%	28,9%	5,3%
4. Meisje 3m, na enkele slokken voedselweigering en overstrekken, normaal KO en normale groei (Sandifer syndroom)	1,3%	18,4%	17,1%	48,7%	14,5%
5. Jongen 2,5m, na enkele slokken huilen en voedselweigering, normaal KO en normale groei	2,6%	15,8%	40,8%	38,2%	2,6%
6. Meisje 3m, reflux + slechte gewichtsevolutie, normaal KO	0,0%	5,3%	17,1%	48,7%	28,9%
7. Jongen 2m, reflux + overgeven, normaal KO en normale groei	2,6%	28,9%	36,8%	30,3%	1,3%
8. Meisje 8m, nieuw ontstane reflux na 8m, normaal KO en normale groei	10,5%	43,4%	36,8%	7,9%	1,3%
9. Jongen 3m, huilt >4u per dag, vooral na de voeding, normaal KO en normale groei	1,3%	13,2%	25,0%	52,6%	7,9%

Casus 1. “Een moeder komt met haar 3 maand oude zuigeling Mathis naar de consultatie. Ze is bezorgd omdat hij de laatste tijd zo veel huilt (tot 4u per dag). Hij huilt de hele dag door. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 75 van de Vlaamse groeicurven.”

Bij deze casus van een zuigeling met excessief huilen vindt de meerderheid de diagnose van GERD weinig waarschijnlijk (50,0%). Als alternatieve diagnose worden vooral krampen of kolieken aangebracht (n=10). De meest gekozen aanpak is een niet medicamenteuze aanpak met geruststelling van de ouders (67,1% van de respondenten), hoogstand van het hoofdeinde van het bed (39,5%), en antirefluxvoeding (AR voeding) of ingedikte voeding

(22,4%). Niemand start met gehydrolyseerde voeding of aminozuurvoeding (AZ voeding). Slechts 6 respondenten (7,9%) starten met een medicamenteuze behandeling en slechts 8 verwijzen door (10,5%). 8 huisartsen (10,5%) nemen een urinestaal af.

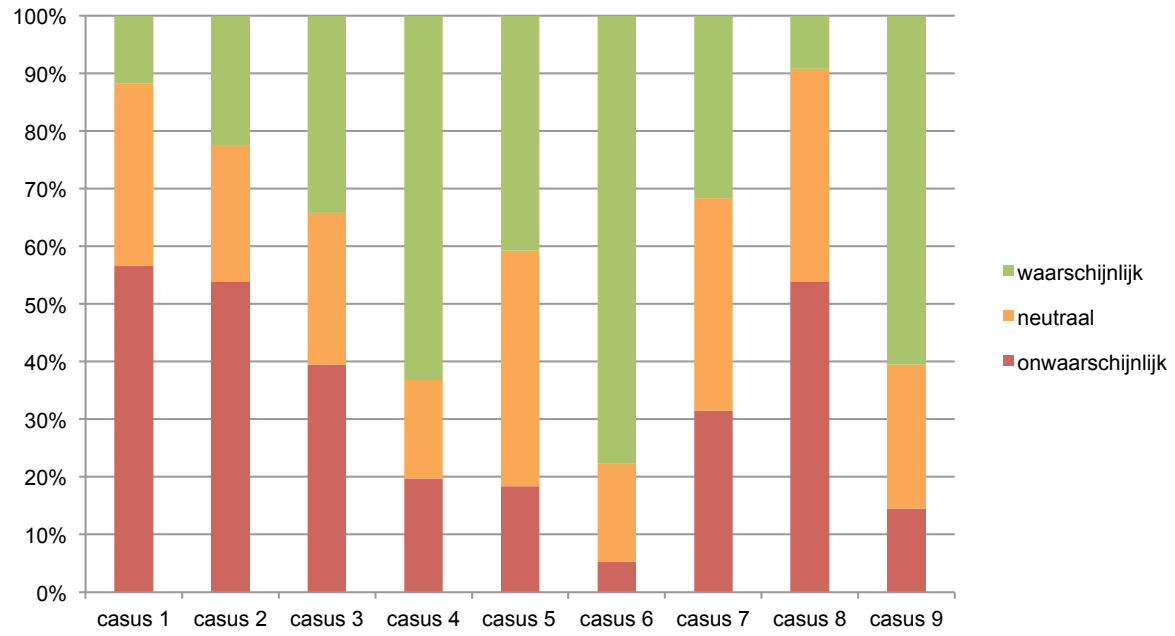
Casus 2. "Een moeder komt met haar 2,5 maand oude zuigeling Fien op consultatie. Fien geeft na elke maaltijd melk terug tot in de mond. Af en toe komt er zelfs een gulpje melk uit de mond. Fien heeft ook bijna altijd diarree (slap en frequent), maar zonder bloed of slijmen. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 50 van de Vlaamse groeicurven."

De diagnose van GERD wordt ook bij deze casus als weinig waarschijnlijk gezien. 18 respondenten vinden GER ("GER", "regurgitatie" of "fysiologische reflux") waarschijnlijker als diagnose en 7 vinden lactose intolerantie of koemelkeiwitallergie (KMEA) een betere diagnose. Geruststelling (56,6%), hoogstand van het hoofdeinde van het bed (43,4%) en AR of ingedikte voeding (40,8%) zijn de meest gekozen aanpakopties. 9 personen starten met lactosearme of –vrije voeding (11,8%) en 3 starten een hydrolysaat op (3,9%). 5 respondenten starten een medicamenteuze behandeling (alginaten n=1, H2RA n=3, PPI n=1). Er wordt door 3 personen een stoelgangonderzoek voorgesteld en door 3 personen een urineonderzoek. 17,1% verwijst door naar een pediater of een pediatrisch gastro-enteroloog.

Casus 3. "Mama en papa komen met Lars, een 3,5 maand oude zuigeling, tot bij u. Mama vraagt uw advies, want Lars zijn melk komt na iedere maaltijd "naar boven" tot in de mond en geregeld ook tot uit de mond. Na de melkmaaltijd zit hij ook vaak na te kauwen. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht en lengte volgen percentiel 90, de hoofdomtrek volgt percentiel 95 van de Vlaamse groeicurven."

Bij deze casus van ongecompliceerde reflux zonder hinderlijke symptomen (GER) wordt geen duidelijke voorkeur gevonden bij de waarschijnlijkheid van de GERD diagnose. GER wordt door 12 respondenten als alternatieve diagnose gegeven (15,8%). Geruststelling (56,6%), AR of ingedikte voeding (48,7%) en hoogstand van het hoofdeinde van het bed (47,4%) worden het meest als aanpak gekozen. Andere voedingsopties zoals een hydrolysaat of AZ voeding worden niet voorgesteld. 3 personen starten medicatie, 3 doen technische onderzoeken (urineonderzoek en bloedname) en 4 verwijzen door.

Figuur 5: Waarschijnlijkheid van GERD diagnose bij de casussen



Casus 4. Ella is net 3 maand oud. Bij elke maaltijd weigert Ella na enkele slokken verder te drinken en overstrekt ze zich (holle rug, hoofd naar achter). De rest van de maaltijd is telkens moeilijk. Mama weet niet wat te doen. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek blijven percentiel 50 van de Vlaamse groeicurven volgen.

De diagnose van GERD wordt in deze casus als eerder waarschijnlijk gezien. Er werden slechts 6 alternatieve diagnoses gegeven, allen verschillend. Opvallend is dat de helft van de respondenten deze zuigeling zouden doorsturen (50,0%), daarna volgen AR of ingedikte voeding (38,2%) en een medicamenteuze behandeling (35,5%; alginaten 18,4%, antacida 2,6%, H2RA 10,5%, PPI 3,9%) als meest gekozen aanpak. Geruststelling wordt hier door 15,8% geantwoord. 2 huisartsen doen technische onderzoekingen.

Casus 5. Kobe is 2,5 maand oud en is een actieve zuigeling. Volgens zijn mama is elke maaltijd "een gevecht". Na enkele slokken begint Kobe telkens te huilen, te kokhalzen en weigert hij elke hap. Het kost mama telkens veel moeite om een hele fles te geven. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 75 van de Vlaamse groeicurven.

De meesten vinden bij deze casus de diagnose van GERD ofwel neutraal (40,8%) ofwel eerder waarschijnlijk (38,2%). Er is een zeer uiteenlopende aanpak onder de ondervraagde huisartsen: ongeveer een derde geeft AR of ingedikte voeding (35,5%), ongeveer een derde verwijst door naar de tweede lijn (32,9%) en 22,4% starten met een medicamenteuze behandeling, hoofdzakelijk alginaten (13,2%). Technisch onderzoek wordt door 2 personen voorgesteld.

Casus 6. Een moeder komt met haar dochter Marie op consultatie. Marie is ongeveer 3 maand oud. Elke keer Marie gedronken heeft, geeft ze melk terug tot in de mond. Ze maakt ook vaak smakbewegingen tussen de maaltijden in. Mama heeft ook de indruk dat Marie haar gewicht niet genoeg toeneemt. Marie blijkt inderdaad bijna niet bijgekomen te zijn de laatste maand en is zo van percentiel 75 naar 25 gezakt wat haar gewicht betreft. Verder is het klinisch onderzoek normaal.

Een grote meerderheid (77,6%) vindt de diagnose van GERD eerder waarschijnlijk of waarschijnlijk. Opvallend is de grote hoeveelheid doorverwijzingen (77,6%). Slechts één iemand stelt geruststelling voor. Technisch onderzoek gebeurt hier frequenter dan bij de andere casussen (n=6; 4 urineonderzoek, 2 bloedname). 25,0% gaf een medicamenteuze behandeling op (n=19; alginaten n=6, antacida n=3, H2RA n=5, PPI n=5).

Casus 7. Een bezorgde mama komt met haar zoontje Vince (iets meer dan 2 maand oud) tot bij u. Elke maaltijd geeft hij wat eten terug tot in de mond, maar de laatste tijd geeft hij ook 1 à 2 keer per dag veel melk over. "Dat is toch niet normaal!" vindt de mama. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 25 van de Vlaamse groeicurven.

Er is een voorkeur voor weinig waarschijnlijk (43,4%) en neutraal (36,8%) bij de vraag naar de waarschijnlijkheid van GERD als diagnose. Er worden 9 alternatieve diagnoses geboden, waarvan 3 keer "regurgitatie". Opvallend is de zeer uitgesproken niet medicamenteuze aanpak bij deze casus. Vooral geruststelling (51,3%), AR of ingedikte voeding (19,7%) en hoogstand van het hoofdeinde worden geantwoord. Slechts 1 respondent stelt medicamenteuze therapie voor (alginaat), slechts 1 iemand technisch onderzoek. 11 respondenten verwijzen door (15,8%).

Casus 8. Olivia is een flinke baby van 8 maand. Tot voor kort ging alles goed met Olivia, maar sinds enkele weken geeft ze na elke melkmaaltijd melk terug, en geeft zelfs kleine gulpjes over. Vroeger deed ze dit niet. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 90 van de Vlaamse groeicurven.

Over de diagnose in deze casussen zijn de meningen zeer verdeeld, er is geen duidelijke voorkeur voor waarschijnlijk of onwaarschijnlijk. 5 respondenten vonden pyloorstenose een waarschijnlijkere diagnose. Er worden vooral niet medicamenteuze opties gekozen: AR of ingedikte voeding (43,4%), geruststelling (40,8%) en hoogstand van het bedhoofdeinde (30,3%). 8 respondenten starten medicatie (10,5%), 2 doen technisch onderzoek (2,6%) en 11 verwijzen door (14,5%).

Casus 9. De mama van Milan (3 maand) is ten einde raad. "Milan huilt de hele dag door!" Volgens de mama huilt Milan zeker 4 uur per dag. Hij huilt volgens haar meer na de maaltijden, en de mama vindt ook dat hij frequent melk teruggeeft. Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 25 van de Vlaamse groeicurven.

De meerderheid vindt de diagnose van GERD bij dit kind waarschijnlijk (60,5%). Bij deze casus is er een uiteenlopende aanpak: bij de helft van de respondenten wordt een niet medicamenteuze aanpak voorgesteld (AR of ingedikte voeding 53,9%; hoogstand 42,1%), 22,4% verwijst door en 28,9% start een medicamenteuze therapie (alginaten 13,2%, antacida 5,3%, H2RA 7,9%, PPI 2,6%).

Gemiddeld werd over alle casussen door 15,8% van de respondenten medicatie opgestart. Vooral bij casus 4 (35,5%) en casus 9 (28,9%) wordt met medicatie gestart. Alginaten werden het meest gekozen (44,4% van alle gekozen medicatie), daarna volgen H2RA (27,8%), PPI (15,7%) en antacida (12,0%). Bij casus 8 (1,3%) en casus 3 (3,9%) werd het minst voor een medicamenteuze aanpak gekozen. Er werden geen significante correlaties gevonden tussen het aantal keer dat door een respondent voor medicatie werd gekozen enerzijds en respectievelijk leeftijd, geslacht, praktijkvorm en ervaring met zuigelingen (ervaring als consultatiebureauarts bij Kind en Gezin en geschat aantal consultaties voor zuigelingenreflux) anderzijds. Er werd wel een significante correlatie gevonden tussen het geschatte voorschrijfgedrag bij het begin van de vragenlijst (vraag 5) op een 5-punts Likertschaal en het voorschrijfgedrag bij de casussen (Spearman rho coëfficiënt van 0,289; $p<0,05$).

Over alle casussen werd gemiddeld door een vijfde van de respondenten doorverwezen (gemiddelde 20,8%). Vooral bij de casus met een slechte gewichtsevolutie (casus 6, 77,6%), de casus met het Sandifer syndroom (casus 4, 50,0%) en de casus met voedselweigering (casus 5, 32,9%) wordt er doorverwezen naar een pediater of een pediatrisch gastro-enteroloog. Bij casus 1 werd het minst doorverwezen (10,5%). Er was een significante correlatie tussen de leeftijd van de respondent en het aantal casussen waarbij hij of zij geneigd was door te verwijzen (pearson coëfficient 0,372, $p<0,05$). Huisartsen die solo werken, verwezen in de casussen significant meer door dan zij die in een duo- of groepspraktijk werken ($p<0,05$). Artsen die ooit voor Kind en Gezin werkten verwezen minder door dan zij die dit nooit deden ($p<0,05$). Het geschatte doorverwijsgedrag op een 5-punts Likertschaal (vraag 6) correleerde ook significant met het voorschrijfgedrag in de casussen (Spearman rho coëfficiënt van 0,336; $p<0,05$).

Er werd gemiddeld door 0,6% van de respondenten technisch onderzoek, zoals urineonderzoek of bloedname, voorgesteld bij de casussen. 82,9% van de respondenten deed bij geen enkele casus een technisch onderzoek. Bij casus 1 werd er door het meest respondenten gekozen voor technisch onderzoek (11,8%), en bij casus 8 door het minst respondenten (1,3%). Er konden geen significante correlaties worden gevonden tussen het uitvoeren van technische onderzoeken en andere bevraagde parameters.

Defensieve attitude

De defensieve score was gemiddeld 16,1 (range 10 tot 25). De score verschilde niet significant volgens leeftijd, geslacht of soort praktijk (solo- t.o.v. duo- of groepspraktijk). Wel was er een duidelijke relatie tussen de defensieve score en de aanpak in de casussen. Hoe hoger de defensieve score van de respondenten, hoe meer werd gekozen voor verwijzing naar een specialist (pearson coëfficiënt 0,377; $p<0,05$). Een hoge score bleek omgekeerd evenredig met de voorgeschreven medicatie in de casussen (pearson coëfficiënt -0,355; $p<0,05$). Er was geen correlatie te vinden tussen de defensieve score en hoe vaak de respondenten kozen voor technisch onderzoek, maar dit kan te wijten zijn aan het geringe aantal respondenten dat voor technisch onderzoek koos.

Tabel 3: defensieve opstelling van de huisartsen

	helemaal mee eens	mee eens	deels mee eens en deels niet mee eens	niet mee eens	helemaal niet mee eens
1. In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten.	10,5%	26,3%	42,1%	18,4%	2,6%
2. Een huisarts moet op somatisch vlak alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen.	6,6%	25,0%	36,8%	28,9%	2,6%
3. Als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen.	6,6%	35,5%	39,5%	18,4%	0,0%
4. Als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden dat het om een begin van een ernstige aandoening kan gaan.	11,8%	40,8%	28,9%	18,4%	0,0%
5. Op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen.	5,3%	27,6%	39,5%	23,7%	3,9%

DISCUSSIE

Populatieonderzoek

Tussen 2004 en 2012 werd gemiddeld één op tien zuigelingen behandeld met PPI en/of H2RA. Over het algemeen is er een stijging van dit aantal zuigelingen, en ook van de hoeveelheid medicatie die er aan deze leeftijdsgroep wordt voorgeschreven. Vooral de PPI tonen een spectaculaire stijging. De weinige studies naar het gebruik van antirefluxmedicatie bij zuigelingen tonen dezelfde trend. Een grote studie van gezondheidszorgdatabanken in de Verenigde Staten toonde dat het aantal PPI voorschriften tussen 2000 en 2003 verviervoudigde.(14) Een retrospectieve studie van zuigelingen met reflux gerelateerde klachten toonde dat het aandeel van deze kinderen waarbij PPI werden opgestart tussen 1999 en 2005 verdubbeld is van 31,5% naar 62,6%.(2)

Deze stijging staat in schril contrast met de toenemende evidentie dat zuurremmende medicatie slechts in zeer beperkte indicaties effectief blijkt. H2RA en PPI blijken efficiënt de symptomen te verbeteren en genezing van de slokdarmmucosa te bevorderen bij bewezen erosieve oesophagitis.(5). Maar bij zuigelingen met klachten van excessief huilen of “typische” GERD symptomen kon geen enkele studie tot nu toe een superieur effect van zuurremmende medicatie boven placebo aantonen.(5) Medicatie blijkt dus enkel een meerwaarde te bieden bij een selecte groep zuigelingen met uitgesproken en bewezen GERD. En toch toonde een studie van 567 Europese pediaters dat 39% PPI voorschrijven bij zuigelingen met onverklaard huilen en/of onrustig gedrag, en dat 36% deze medicatie voorschrijven bij zuigelingen met ongecompliceerde regurgitatie en braken. (15).

Tegenover de spectaculaire stijging die we zien bij het PPI gebruik staat de daling van het aantal zuigelingen dat met H2RA werd behandeld tussen 2008 en 2012. Deze trend kon niet in andere literatuur worden teruggevonden. Als we het aantal kinderen bekijken dat met PPI en/of H2RA werden behandeld zien we tussen 2008 en 2012 geen stijging meer. Of dit wijst op een keerpunt in het voorschrijfgedrag, of vooral op een verschuiving ten voordele van PPI, kan op basis van deze studie alleen niet worden gesteld.

Tot nu toe werd in studies niet geregistreerd wie de voorschriften voor antirefluxmedicatie opstelt. Uit deze studie blijkt dat ongeveer drie vierden van de voorschriften afkomstig zijn van specialisten (pediaters en ORL artsen), en dat huisartsen slechts een vijfde van de voorschriften opstellen. De verhouding blijft echter min of meer gelijk over de onderzochte jaren, dus onder de huisartsen zien we in dezelfde mate het toenemende voorschrijfgedrag als bij pediaters. Er moet wel vermeld worden dat in deze studie niet werd geregistreerd wie

de medicatie als eerste voorschreef. Hierdoor kunnen geen conclusies getrokken worden over wie de beslissing nam om met medicatie te starten.

Een andere beperking is dat deze studie enkel een beeld geeft van voorschriftplichtige medicatie, en dus een onderschatting geeft van het aantal kinderen dat met antirefluxmedicatie in het algemeen wordt behandeld. Als we kijken naar de casussen in de vragenlijst zien we dat H2RA en PPI slechts een minderheid van de voorgestelde medicatie uitmaakt. Dit doet vermoeden dat deze onderschatting niet gering is.

Kennis en attitudes van huisartsen

Algemeen wordt de eigen kennis over het thema door huisartsen als neutraal tot goed ingeschat. Vooral de kennis over alarmsymptomen wordt door de respondenten als goed ingeschat. Als we naar de casussen kijken zien we dat bij een slechte gewichtsevolutie (casus 6), een belangrijk alarmsymptoom, er inderdaad veel meer wordt doorverwezen, meer medicatie wordt voorgeschreven en meer technisch onderzoek gebeurt. Daartegenover staat wel dat volgens de richtlijnen van Vandenplas et al. ook reflux die pas ontstaat na de leeftijd van 6 maanden als een alarmsymptoom moet worden gezien.(5) In casus 8 werd een dergelijke situatie beschreven, en dit werd door de respondenten niet als alarmerend beschouwd gezien de vooral niet medicamenteuze aanpak en het gering aantal verwijzingen.

De ondervraagde huisartsen vinden dat ze niet snel een medicamenteuze behandeling starten. Uit de antwoorden op de casussen blijkt ook dat de huisartsen vooral een niet medicamenteuze aanpak verkiezen. Zo zijn geruststelling en levensstijlaanpassingen, zoals AR of ingedikte voeding en hoogstand van het hoofdeinde van het bed, bij de meeste casussen de meest voorgestelde aanpak. Als medicamenteuze aanpak wordt voorgesteld, wordt vooral voor alginaten gekozen. Deze medicatie is zeer veilig gezien er geen systemische opname is, en ze heeft mogelijks een goed effect op de mildere vormen van GERD. (5)

Er wordt door huisartsen relatief snel doorverwezen naar de tweede lijn in de voorgestelde casussen. Bij de vraag of de respondenten snel doorverwijzen komt geen duidelijke voorkeur naar voor (gemiddelde 20,8%). Vooral bij de casus met een slechte gewichtsevolutie, de casus met het Sandifer syndroom en de casus met voedselweigering wordt er doorverwezen naar een pediater of een pediatrisch gastro-enteroloog. Een mogelijke verklaring is dat deze casussen het meest alarmerend overkomen bij de huisartsen, maar dit kan ook te wijten zijn aan twijfel over de diagnose of omdat de huisartsen vinden dat hierbij verder technisch onderzoek is aangewezen. Ongecompliceerde reflux en excessief huilen worden het minst doorverwezen. De richtlijnen zijn dan ook voor deze twee casussen duidelijk: de aanpak bestaat vooral uit geruststelling.(5) Over het algemeen kunnen we stellen dat de bevraagde huisartsen hun doorverwijsbeleid goed aanpassen aan de klinische situatie. Het valt op dat oudere artsen, artsen die in een solopraktijk werken en artsen zonder ervaring in Kind & Gezin significant meer doorverwijzen dan hun collega's.

Opvallend is dat het grootste deel van de respondenten vinden dat de diagnose GERD te frequent gesteld wordt en dat dit vooral te wijten is aan een medicalisering van het probleem en de verwachtingen van de ouders. De medicalisering van normale en fysiologische verschijnselen tot medische problemen, of "disease mongering" is reeds duidelijk gedocumenteerd op andere gebieden.(16) Of disease mongering ook aan de basis ligt van de toegenomen diagnosestelling van "GERD" bij zuigelingen is een onderwerp voor verder onderzoek.

Ondanks het feit dat GERD gedefinieerd wordt als reflux met hinderlijke symptomen, wordt bij de casus van ongecompliceerde reflux of de "happy spitter" toch nog door een derde van de huisartsen GERD als waarschijnlijke diagnose gezien.(7) Volgens de richtlijn van Vandenplas et al. bestaat de aanpak van GER zonder hinderlijke symptomen eerst en vooral uit geruststelling van de ouders en het verschaffen van informatie; eventueel kan daarna een

proefbehandeling met AR of ingedikte voeding gestart worden of een proeftherapie met gehydrolyseerde voeding worden overwogen.(5). Een derde van de huisartsen geeft bij deze casus het verkeerde label, doch de aanpak van deze casus is over het algemeen volgens de richtlijnen. Er wordt bijna uitsluitend voor een niet medicamenteuze aanpak gekozen. Geruststelling en AR of ingedikte voeding zijn de meest gekozen opties, conform de richtlijn. Ook hoogstand van het hoofdeinde van het bed van de zuigeling wordt frequent voorgesteld, en is ook in de andere casussen een veel gekozen aanpak, niettegenstaande enkele studies tonen dat de hoeveelheid reflux niet verschilt bij kinderen met hoogstand van het hoofdeinde tegenover kinderen die volledig plat liggen.(5)

Het overstrekken van de rug na de voeding, het Sandifer syndroom, is sterk gecorreleerd met reflux en reageert goed op antireflux behandeling.(5) De respondenten van deze studie schatten dit goed in, gezien hierbij de diagnose van GERD door de meesten als waarschijnlijk wordt gezien en ook meer dan bij andere casussen medicamenteuze therapie en doorverwijzing wordt gekozen als aanpak.

Excessief huilen wordt vaak gezien als een mogelijks symptoom van reflux, hoewel meerdere studies geen relatie konden tonen tussen huilen en GERD en dat een proeftherapie met antireflux therapie geen superieur effect heeft boven placebo bij zuigelingen die frequent huilen.(5) De casus met enkel excessief huilen (casus 1) wordt dus terecht door de meesten niet als GERD beoordeeld en conservatief behandeld. Wanneer het huilen vooral na de maaltijd voorkomt (casus 9) wordt dit door de meerderheid van de respondenten wel als waarschijnlijk gezien. Excessief huilen wordt volgens de richtlijnen het best niet direct gelijk gesteld aan GERD en er moet telkens gezocht worden naar andere onderliggende oorzaken zoals KMEA, infecties (vooral urineweginfecties), constipatie, etc.(5) De aanbevolen aanpak van excessief huilen bestaat dan ook eerst en vooral uit een verdere diagnostische uitwerking door doorgedreven anamnese en onderzoek (zoals een urineonderzoek). Ook een proeftherapie met extensief gehydrolyseerde voeding ter uitsluiting van KMEA is aangeraden. Deze aanpak wordt door de ondervraagde huisartsen niet gevolgd. Er wordt slechts door een minderheid een urineonderzoek aangevraagd (casus 1: 10,5%; casus 9: 6,6%). Een proeftherapie met hydrolysaat wordt nog minder voorgesteld (casus 1: 1,3%; casus 9: 2,6%).

Over het algemeen wordt een proeftherapie met hydrolysaat door de respondenten weinig toegepast. Een review uit 2002 toonde dat 20% van de kinderen die initieel de diagnose van GERD kregen KMEA bleken te hebben, en dat de symptomatologie van beide aandoeningen sterk overlapt.(17) Bij de casus waarbij het klinisch verhaal eerder suggestief is voor KMEA (casus 2), wordt slechts door een minderheid een hydrolysaat voorgesteld (3,9%). Bij deze casus wordt meer aan een lactose-intolerantie gedacht (11,8% start lactose-arme of –vrije voeding voor), hoewel dit bij deze leeftijdsgroep veel zeldzamer is dan KMEA.

Er werden ook twee casussen gegeven waarbij diagnose eerder onduidelijk was (casus 5 en 7). De onduidelijke diagnose is ook zichtbaar in de antwoorden van de respondenten, het zijn de twee casussen met de meeste spreiding wat waarschijnlijkheid van de diagnose van GERD betreft. Bij casus 5 (voedselweigering) leidt dit ook tot een zeer uiteenlopende aanpak van de respondenten: ongeveer een derde geeft AR of ingedikte voeding (35,5%), ongeveer een derde verwijst door naar de tweede lijn (32,9%) en 22,4% starten met een medicamenteuze behandeling. Bij casus 7 echter is ondanks de onduidelijke diagnose de aanpak eenduidig niet medicamenteus.

De defensieve attitude van de huisartsen is een maat voor de mate waarin huisartsen problemen hebben met het omgaan met onzekerheid en het nemen van risico's. (12) In een studie van De Sutter et al. was deze defensieve score positief gecorreleerd met het voorschrijven van antibiotica door huisartsen aan patiënten met acute infecties van de neus of de sinussen.(13)

In deze studie aan de hand van fictieve casussen blijkt dat huisartsen met een sterke defensieve attitude meer geneigd zijn tot het doorverwijzen van de zuigeling naar een

specialist, en minder geneigd zijn om medicatie voor te schrijven. Doorverwijzen wordt dus gezien als een zekerheid, een manier om de risico's te minimaliseren, terwijl de hier betrokken medicatie voorschrijven eerder als een risico wordt gezien. Dit laatste zou kunnen te wijten zijn aan een angst voor nevenwerkingen, een gebrek aan kennis over de medicatie of omdat men geen medicatie wenst voor te schrijven zonder duidelijke diagnose.

Er zijn enkele beperkingen aan deze vragenlijsten. Ten eerste gaat het hier over fictieve casussen. Ofschoon deze casussen zijn opgesteld om zo dicht mogelijk bij de realiteit aan te leunen, kunnen kleine nuances of het zelf onderzoeken van een kind mogelijks tot andere diagnostische en therapeutische beslissingen leiden. Enkele respondenten gaven dan ook als opmerking dat ze te weinig gegevens hadden bij sommige casussen om een overwogen beslissing te maken. Om de vragenlijst niet te uitgebreid te maken werden contextuele gegevens (medische voorgeschiedenis, socio-economische achtergrond, etc.) inderdaad tot een minimum beperkt. Daarnaast konden de respondenten bij de casussen meerdere beleidsopties aanvinken zonder dat hierin een volgorde van belangrijkheid werd aangegeven. Zo kon er door een zelfde respondent bij dezelfde casus zowel een niet-medicamenteuze aanpak, als een medicamenteuze, als doorverwijzing worden gekozen. Ten derde werden de vragenlijsten enkel afgenomen in Midden West-Vlaanderen en is onduidelijk of de resultaten van deze studie ook van toepassing zijn op de rest van de Belgische artsen.

Leggen we de resultaten van de vragenlijst naast die van de populatiestudie, dan zien we dat hoewel de respondenten vinden dat ze weinig voorschrijven aan kinderen met reflux, en dat ook in de casussen het voorschrijfgedrag beperkt blijkt, het aantal voorschriften voor H2RA en PPI dat door huisartsen aan zuigelingen werd afgeleverd tussen 2004 en 2012 een forse toename kende. Hoe kan deze tegenstelling worden verklaard? Een mogelijkheid is dat een groot deel van de voorschriften die door huisartsen werden opgesteld vervolgvoorschriften zijn van een medicamenteuze therapie die door een specialist werd opgestart. Deze hypothese zou kunnen onderzocht worden door een uitgebreide analyse van de gegevens van het RIZIV. Een andere mogelijkheid is dat huisartsen in de realiteit sneller voorschrijven dan in de fictieve casussen van dit onderzoek. Een derde mogelijkheid is dat er effectief een stelselmatige daling van het aantal medicatievoorschriften bezig is zoals bleek tussen 2008 en 2012. Om dit verder te onderzoeken is verder prospectief onderzoek nodig met reële casussen.

CONCLUSIE

Ondanks de toenemende evidentie dat antirefluxmedicatie slechts in een minderheid van de zuigelingen met reflux gerelateerde klachten een significant effect heeft, neemt het aantal zuigelingen dat met antirefluxmedicatie wordt behandeld toe. Ook de huisarts heeft een belangrijk aandeel in het aantal voorschriften voor deze medicatie.

De huisarts heeft over het algemeen een goede kennis over de behandeling en alarmsymptomen van reflux, maar toch zijn er nog veel werkpunten. GERD wordt nog te frequent als diagnose gebruikt bij normale fysiologische processen in de ontwikkeling van het kind, zoals ongecompliceerde reflux of GER, en bij problemen die weinig of niets met GERD te maken hebben, zoals excessief huilen en onrustig gedrag. Deze overdiagnose kan aan de basis liggen van de toename in medicatiegebruik bij zuigelingen.

Er wordt door de huisarts te weinig gezocht naar andere oorzaken van de klachten. Vele problemen die als GERD worden beschouwd hebben een andere etiologie, en verdere technische onderzoekingen of proeftherapie zijn dan ook in richtlijnen aanbevolen.

Bij onzekerheid verwijst de huisarts snel door. Een defensieve attitude van de huisarts leidt tot meer doorverwijzingen. Ook een hogere leeftijd, in een solopraktijk werken en weinig ervaring met zuigelingen correleren met een hoger doorverwijsgedrag.

Als men pogingen wil doen om de overbehandeling van zuigeling met reflux gerelateerde klachten in de toekomst te doen afnemen, mag de rol van de huisarts dus niet over het hoofd gezien worden. Of het verbeteren van de kennis van de huisarts over dit thema, bijvoorbeeld aan de hand van een huisartsgerichte richtlijn, de overdiagnose en de overbehandeling kan tegengaan zal toekomstig onderzoek moeten uitwijzen.

REFERENTIES

1. Sturkenboom MC, Verhamme KM, Nicolosi A, Murray ML, Neubert A, Caudri D, et al. Drug use in children: cohort study in three European countries. Bmj. 2008;337:a2245.
2. Nelson SP, Kothari S, Wu EQ, Beaulieu N, McHale JM, Dabbous OH. Pediatric gastroesophageal reflux disease and acid-related conditions: trends in incidence of diagnosis and acid suppression therapy. Journal of medical economics. 2009;12(4):348-55.
3. Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. A pediatric practice-based survey. Pediatric Practice Research Group. Archives of pediatrics & adolescent medicine. 1997;151(6):569-72.
4. Sifrim D, Castell D, Dent J, Kahrilas PJ. Gastro-oesophageal reflux monitoring: review and consensus report on detection and definitions of acid, non-acid, and gas reflux. Gut. 2004;53(7):1024-31.
5. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, Hassall E, Liptak G, Mazur L, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2009;49(4):498-547.
6. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. Gastroenterology. 2006;130(5):1519-26.
7. Sherman PM, Hassall E, Fagundes-Neto U, Gold BD, Kato S, Koletzko S, et al. A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric population. The American journal of gastroenterology. 2009;104(5):1278-95; quiz 96.
8. Scherer LD, Zikmund-Fisher BJ, Fagerlin A, Tarini BA. Influence of "GERD" label on parents' decision to medicate infants. Pediatrics. 2013;131(5):839-45.
9. Diaz DM, Winter HS, Colletti RB, Ferry GD, Rudolph CD, Czinn SJ, et al. Knowledge, attitudes and practice styles of North American pediatricians regarding gastroesophageal reflux disease. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2007;45(1):56-64.
10. Orenstein SR, Shalaby TM, Cohn JF. Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the infant gastroesophageal reflux questionnaire. Clinical pediatrics. 1996;35(12):607-14.
11. Oldenziel H, Flikweert S, Daemers A, Groenendijk B, Wong HLF, Wiersma J. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode. NHG-Standaarden voor de huisarts 2009: Springer; 2009. p. 721-49.
12. Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 1990;40(333):134-6.
13. De Sutter AI, De Meyere MJ, De Maeseneer JM, Peersman WP. Antibiotic prescribing in acute infections of the nose or sinuses: a matter of personal habit? Family practice. 2001;18(2):209-13.
14. Barron JJ, Tan H, Spalding J, Bakst AW, Singer J. Proton pump inhibitor utilization patterns in infants. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2007;45(4):421-7.
15. Quitadamo P, Papadopoulou A, Wenzl T, Urbonas V, Kneepkens CM, Roman E, et al. European Pediatricians' Approach to Children With GER Symptoms: Survey of the Implementation of 2009 NASPGHAN-ESPGHAN Guidelines. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2014;58(2):228-32.

16. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. Bmj. 2002;324(7342):886-91.
17. Salvatore S, Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? Pediatrics. 2002;110(5):972-84.

APPENDIX: Vragenlijst

Inleiding

Klachten van reflux of regurgitaties komen bij zuigelingen zeer frequent voor en zijn vaak de aanleiding tot het consulteren van een arts of een andere zorgverlener. De prevalentie van gastro-esophagale reflux (GER) en gastro-esophagale refluxziekte (GERD) bij zuigelingen is niet alleen hoog, maar de diagnosestelling gebeurt ook steeds frequenter en er worden steeds meer behandelingen voor voorgeschreven. Uit een grootse Europese retrospectieve cohort studie in de eerste lijn blijkt dat per jaar 27 op 1000 kinderen van minder dan 2 jaar medicatie gebruiken voor GERD en andere zuur gerelateerde klachten. Uit een andere cohort studie van 2009 blijkt dat de incidentie van de diagnose van GERD of andere zuur gerelateerde klachten bij zuigelingen tot 1 jaar verdrievoudigd is tussen 2000 en 2005, en dat het aantal patiënten met deze klachten die opgestart werden met protonpompinhibitoren (PPI's) tussen 1999 en 2005 verdubbeld is van 31,5% naar 62,6%.

Het lijkt dan ook interessant om de positie van de huisarts binnen deze actuele problematiek na te gaan.

Gebruikte definities :

Om termenverwarring te voorkomen worden bij voorbaat de definities van enkele gebruikte termen duidelijk gemaakt. Deze definities zijn gebaseerd op recente overeenkomsten en studies.

Regurgitatie in de pediatrie is gedefinieerd als de terugvloei van maaginhoud in de farynx, mond of uit de mond.

GER (of gastro-esophageal reflux) is de terugvloei van maaginhoud in de slokdarm met of zonder regurgitatie en braken.

GERD (of gastro-esophageal reflux disease) in pediatrische patiënten is aanwezig wanneer terugvloei van maaginhoud de oorzaak is van hinderlijke symptomen en/of complicaties.
Symptomen ten gevolge van gastro-esophagale reflux worden als hinderlijk beschouwd als ze een nadelig effect hebben op het welzijn en/of de gezondheid van de patiënt.

Braken is een gecoördineerde autonome en vrijwillige motor respons die een krachtige expulsie van maaginhoud veroorzaakt.

Medicalisering: het onderwerpen van normale, fysiologische verschijnselen aan medische definiëring en normering.

Alvast bedankt voor uw medewerking aan deze studie.

Algemene gegevens

1. leeftijd: …
2. Geslacht: M / V
3. Geboortejaar: . . . . .
4. Aantal jaren ervaring als huisarts: . . . . jaar
5. Hoe zou u het gebied waarin uw praktijk zich bevindt omschrijven:
   - Grote stad (binnenstad)
   - Buitenwijk van de stad (stadsrand)
   - Kleinere stad
   - Gemengd stedelijk en platteland
   - Platteland
6. Wat is de (geschatte) grootte van uw praktijkpopulatie?

(In geval van een gezamenlijke praktijk, gelieve uw deel van de totale praktijkpopulatie te schatten)
    - Aantal patiënten: . . . . .
    - Aantal zuigelingen (0-1j): . . . . .

7. Soort huisartspraktijk?
    - Solo
    - Duo
    - Groep → Aantal huisartsen actief in de praktijk (exclusief eventuele HAIO's): . . . .
    - Wijkgezondheidscentrum

8. Tewerkstelling als huisarts?
    - Voltijds
    - Deeltijds (→ . . . . %)

9. Bent u geaccrediteerd huisarts?
    - Geaccrediteerd
    - Niet geaccrediteerd

10. Is uw praktijk een opleidingspraktijk voor HAIO's?
    - Ja (aantal HAIO's momenteel aanwezig in de praktijk: …)
    - Nee

11. werkzaam als consultatiebureau-arts bij Kind en Gezin
    - ik heb nog nooit voor Kind en Gezin gewerkt
    - ik heb in het verleden voor Kind en Gezin gewerkt
    - ik werk momenteel voor Kind en Gezin
        - meer dan 1x per week
        - 1x per week
        - 1x per maand
        - Minder dan 1x per maand

12. Hoe frequent wordt u in uw praktijk geconfronteerd met refluxproblematiek bij zuigelingen?
    - Meer dan 1 maal per week
    - Ongeveer 1 maal per week
    - Ongeveer 1 maal per maand
    - Minder dan 1 maal per maand
    - Minder dan 1 maal per jaar

Kennis en attitudes

Geef aan in welke mate u akkoord gaat met onderstaande stellingen

1. ik heb een goede kennis over de diagnose van refluxpathologie bij zuigelingen
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
2. ik kan goed een onderscheid maken tussen fysiologische (GER) en pathologische reflux (GERD)
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
3. ik heb een goede kennis over de alarmsymptomen bij reflux bij zuigelingen
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
4. ik heb een goede kennis over de verschillende behandelingsmogelijkheden van reflux bij zuigelingen
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal

    - eerder akkoord
    - akkoord
5. ik start frequent een medicamenteuze behandeling op voor refluxproblematiek bij zuigelingen
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
6. ik verwijs frequent naar de tweede lijn (pediater, pediatrisch gastro-enteroloog) voor refluxproblematiek bij zuigelingen
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
7. Bij zuigelingen met refluxklachten moet je steeds het zekere voor het onzekere nemen.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
8. Ouders van zuigelingen verwachten van mij een medicamenteuze behandeling bij klachten die op reflux zouden kunnen wijzen.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
9. Als huisarts moet je bij refluxklachten er alles aan doen om tot een duidelijke diagnose te komen.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
10. De diagnose van refluxziekte (of GERD) wordt te frequent gesteld.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
11. Er zijn de laatste jaren meer diagnoses van GERD door betere wetenschappelijke kennis en diagnostische mogelijkheden.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
12. Er zijn de laatste jaren meer diagnoses van GERD omdat ouders meer dan vroeger een medische diagnose verwachten.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal
    - eerder akkoord
    - akkoord
13. Er zijn de laatste jaren meer diagnoses van GERD door een toegenomen medicalisering van de refluxproblematiek.
    - niet akkoord
    - eerder niet akkoord
    - neutraal

- eerder akkoord
- akkoord

Casussen

Casus 1

Een moeder komt met haar 3 maand oude zuigeling Mathis naar de consultatie. Ze is bezorgd omdat hij de laatste tijd zo veel huilt (tot 4u per dag). Hij huilt de hele dag door.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 75 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
  - buiklig
  - zijwaarts liggen
  - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
  - andere: …
- Aanpassen van de voeding
  - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
  - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
  - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
  - Opstarten van een aminozuurvoeding
  - Andere: …
- Opstarten medicatie
  - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
  - Opstarten van antacida
  - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
  - Opstarten van protonpompinhibitoren
  - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
  - Urinestaal
  - Bloedonderzoek
  - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 2

Een moeder komt met haar 2,5 maand oude zuigeling Fien op consultatie. Fien geeft na elke maaltijd melk terug tot in de mond. Af en toe komt er zelfs een gulpje melk uit de mond. Fien heeft ook bijna altijd diarree (slap en frequent), maar zonder bloed of slijmen.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 50 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?

……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
  - buiklig
  - zijwaarts liggen
  - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
  - andere: …
- Aanpassen van de voeding
  - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
  - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
  - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
  - Opstarten van een aminozuurvoeding
  - Andere: …
- Opstarten medicatie
  - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
  - Opstarten van antacida
  - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
  - Opstarten van protonpompinhibitoren
  - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
  - Urinestaal
  - Bloedonderzoek
  - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 3

Mama en papa komen met Lars, een 3,5 maand oude zuigeling, tot bij u. Mama vraagt uw advies, want Lars zijn melk komt na iedere maaltijd “naar boven” tot in de mond en geregeld ook tot uit de mond. Na de melkmaaltijd zit hij ook vaak na te kauwen.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht en lengte volgen percentiel 90, de hoofdomtrek volgt percentiel 95 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
  - buiklig
  - zijwaarts liggen
  - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
  - andere: …
- Aanpassen van de voeding
  - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
  - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
  - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
  - Opstarten van een aminozuurvoeding

        - Andere: …
- Opstarten medicatie
    - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
    - Opstarten van antacida
    - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
    - Opstarten van protonpompinhibitoren
    - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
    - Urinestaal
    - Bloedonderzoek
    - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 4

Ella is net 3 maand oud. Bij elke maaltijd weigert Ella na enkele slokken verder te drinken en overstrekt ze zich (holle rug, hoofd naar achter). De rest van de maaltijd is telkens moeilijk. Mama weet niet wat te doen.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek blijven percentiel 50 van de Vlaamse groeicurven volgen.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
    - buiklig
    - zijwaarts liggen
    - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
    - andere: …
- Aanpassen van de voeding
    - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
    - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
    - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
    - Opstarten van een aminozuurvoeding
    - Andere: …
- Opstarten medicatie
    - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
    - Opstarten van antacida
    - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
    - Opstarten van protonpompinhibitoren
    - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
    - Urinestaal
    - Bloedonderzoek
    - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 5

Kobe is 2,5 maand oud en is een actieve zuigeling. Volgens zijn mama is elke maaltijd “een gevecht”. Na enkele slokken begint Kobe telkens te huilen, te kokhalzen en weigert hij elke hap. Het kost mama telkens veel moeite om een hele fles te geven.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 75 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
  - buiklig
  - zijwaarts liggen
  - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
  - andere: …
- Aanpassen van de voeding
  - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
  - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
  - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
  - Opstarten van een aminozuurvoeding
  - Andere: …
- Opstarten medicatie
  - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
  - Opstarten van antacida
  - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
  - Opstarten van protonpompinhibitoren
  - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
  - Urinestaal
  - Bloedonderzoek
  - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 6

Een moeder komt met haar dochter Marie op consultatie. Marie is ongeveer 3 maand oud. Elke keer Marie gedronken heeft, geeft ze melk terug tot in de mond. Ze maakt ook vaak smakbewegingen tussen de maaltijden in. Mama heeft ook de indruk dat Marie haar gewicht niet genoeg toeneemt.
Marie blijkt inderdaad bijna niet bijgekomen te zijn de laatste maand en is zo van percentiel 75 naar 25 gezakt wat haar gewicht betreft. Verder is het klinisch onderzoek normaal.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen

- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
    - buiklig
    - zijwaarts liggen
    - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
    - andere: …
- Aanpassen van de voeding
    - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
    - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
    - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
    - Opstarten van een aminozuurvoeding
    - Andere: …
- Opstarten medicatie
    - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
    - Opstarten van antacida
    - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
    - Opstarten van protonpompinhibitoren
    - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
    - Urinestaal
    - Bloedonderzoek
    - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 7

Een bezorgde mama komt met haar zoontje Vince (iets meer dan 2 maand oud) tot bij u. Elke maaltijd geeft hij wat eten terug tot in de mond, maar de laatste tijd geeft hij ook 1 à 2 keer per dag veel melk over. “Dat is toch niet normaal!” vindt de mama.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 25 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
    - buiklig
    - zijwaarts liggen
    - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
    - andere: …
- Aanpassen van de voeding
    - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
    - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
    - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
    - Opstarten van een aminozuurvoeding
    - Andere: …
- Opstarten medicatie
    - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
    - Opstarten van antacida

        - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
        - Opstarten van protonpompinhibitoren
        - Andere: …
    - Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
        - Urinestaal
        - Bloedonderzoek
        - Andere: …
    - Doorverwijzen naar een pediater
    - Andere: …

Casus 8

Olivia is een flinke baby van 8 maand. Tot voor kort ging alles goed met Olivia, maar sinds enkele weken geeft ze na elke melkmaaltijd melk terug, en geeft zelfs kleine gulpjes over. Vroeger deed ze dit niet.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 90 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
    - buiklig
    - zijwaarts liggen
    - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
    - andere: …
- Aanpassen van de voeding
    - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
    - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
    - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
    - Opstarten van een aminozuurvoeding
    - Andere: …
- Opstarten medicatie
    - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
    - Opstarten van antacida
    - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
    - Opstarten van protonpompinhibitoren
    - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
    - Urinestaal
    - Bloedonderzoek
    - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Casus 9

De mama van Milan (3 maand) is ten einde raad. “Milan huilt de hele dag door!” Volgens de mama huilt Milan zeker 4 uur per dag. Hij huilt volgens haar meer na de maaltijden, en de mama vindt ook dat hij frequent melk teruggeeft.
Het klinisch onderzoek toont geen bijzonderheden. Gewicht, lengte en hoofdomtrek volgen percentiel 25 van de Vlaamse groeicurven.

Heeft dit kind volgens u GERD?

O	O	O	O	O
onwaarschijnlijk	weinig waarschijnlijk	neutraal	eerder waarschijnlijk	zeer waarschijnlijk

Vind je een andere diagnose/andere diagnoses meer waarschijnlijk? Zo ja welke?
……

Welke aanpak heb je als huisarts bij deze casus? (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- Geen
- Geruststelling
- Aanpassen van de positie van de zuigeling
  - buiklig
  - zijwaarts liggen
  - hoogstand van het hoofdeinde van het bed
  - andere: …
- Aanpassen van de voeding
  - Indikken van de voeding of opstarten van antirefluxvoeding (of bij borstvoeding: in water opgelost johannesbroodpitmeel toedienen na elke voeding)
  - Opstarten van gehydrolyseerde flesvoeding (hypoallergene of HA voeding)
  - Opstarten van lactosearme of lactosevrije voeding
  - Opstarten van een aminozuurvoeding
  - Andere: …
- Opstarten medicatie
  - Opstarten van alginaten (Gaviscon, Gastriphar)
  - Opstarten van antacida
  - Opstarten van H2-antihistaminica (cimetidine, ranitidine (zantac))
  - Opstarten van protonpompinhibitoren
  - Andere: …
- Zelf technische onderzoekingen (laten) verrichten
  - Urinestaal
  - Bloedonderzoek
  - Andere: …
- Doorverwijzen naar een pediater
- Andere: …

Algemene stellingen

Volgende stellingen gaan over uw algemeen geneeskundig handelen en dus niet enkel bij refluxproblematiek en niet enkel bij zuigelingen.

	Helemaal mee eens	Mee eens	Deels mee eens en deels niet mee eens	Niet mee eens	Helemaal niet mee eens
1. In twijfelgevallen is het beter om naar de specialist te verwijzen dan om af te wachten.	O	O	O	O	O
2. Een huisarts moet op somatisch vlak alles doen om de oorzaak van klachten op te sporen.	O	O	O	O	O
3. Als huisarts dien je het zekere voor het onzekere te nemen.	O	O	O	O	O
4. Als huisarts moet je er bij elke klacht rekening mee houden dat het om een begin van een ernstige aandoening kan gaan.	O	O	O	O	O
5. Op somatisch gebied mag een huisarts geen enkel risico nemen.	O	O	O	O	O

Opmerkingen

Indien u opmerkingen heeft, noteer die dan gerust hieronder: