



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Welkom

Stagebegeleiders UA GRATIS!

Huisartsenstage@uantwerpen.be





Programma

- 9.00h **welkom en introductie** – Werner Van Peer
- 9.10h-10.00h **Parodontologie** (Prof. Dr Johan Wens en Dr.Katleen Michiels)
- 10.00h-10.50h **Temporomandibulaire dysfunctie** (Dr Tamara Degrave en Dr Lieven Renier)
- 10.50h- 11.10h PAUZE
- 11.10h-12.00h **Arteritis temporalis en Polymyalgia reumatica** (Dr Maarten Vandeplas en Dr Ine Vos)
- 12.00h – 12.50h **Rood, pijnlijk oog** (Dr Peter Dieleman en Prof. Dr Carina Koppen)
- 12.50h -13.00h afsluiting - Werner Van Peer





Doe je mond eens open...



Johan Wens
Katleen Michiels





Een casus...

- Els is 47 jaar...
- Gehuwd met Marc, 3 kinderen
- Baten samen volkscafé uit in het dorp
- Thans (technisch) werkeloos, geen inkomen
- Kans-armoede



zorgelementen

- COPD (roken++)
- peptisch ulcus
- hypercholesterolemie
- CIN II, follow-up ?



onderhoudsbehandelingen

- Inuvair, 2 maal daags
- Pantoprazol 40 mg 's morgens
- Atorvastatine 40 mg 's avonds

Therapietrouw = ?



Consult 1 (10/09/2020)



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Zeurende pijn in de rechter kaak, pre-auriculair
'Zou dat van mijn oor kunnen zijn?'

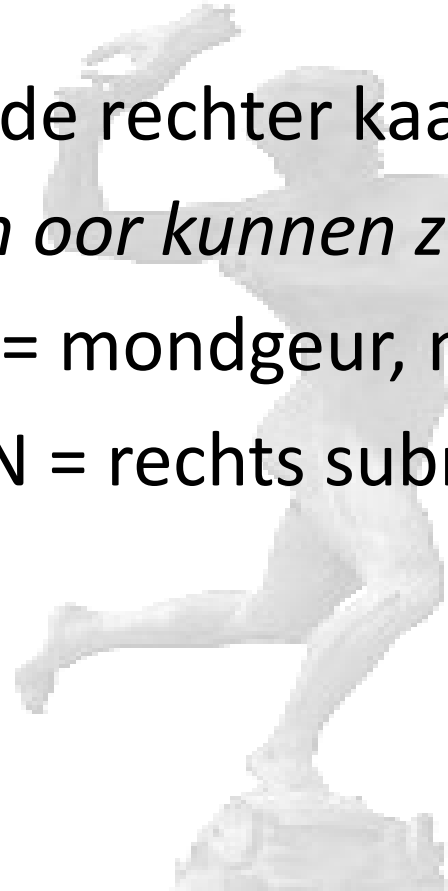


Consult 1 (10/09/2020)



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Zeurende pijn in de rechter kaak, pre-auriculair
'Zou dat van mijn oor kunnen zijn?'
- K.O. N = zuiver, K= mondgeur, nle mucosae,
O = TV nl bilat, LN = rechts submandibulair banaal

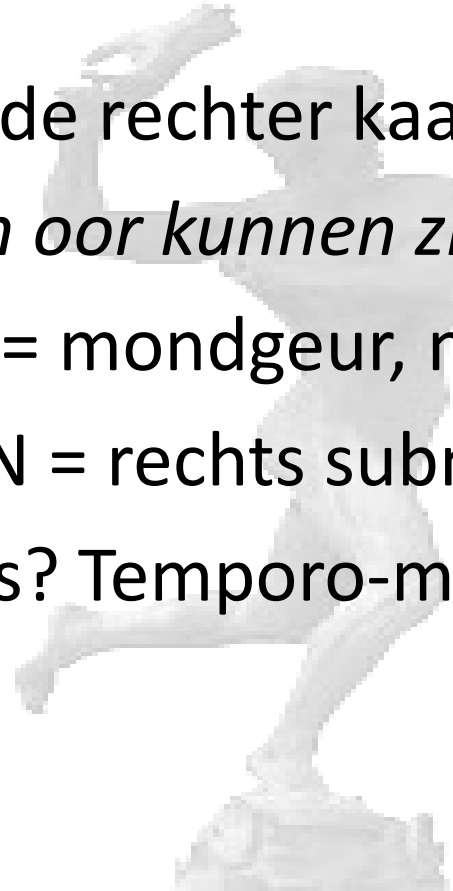


Consult 1 (10/09/2020)



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Zeurende pijn in de rechter kaak, pre-auriculair
'Zou dat van mijn oor kunnen zijn?'
- K.O. N = zuiver, K= mondgeur, nle mucosae,
O = TV nl bilat, LN = rechts submandibulair banaal
- Beginnende otitis? Temporo-mandibulair? parotitis?
Zona? ...



Consult 1 (10/09/2020)



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

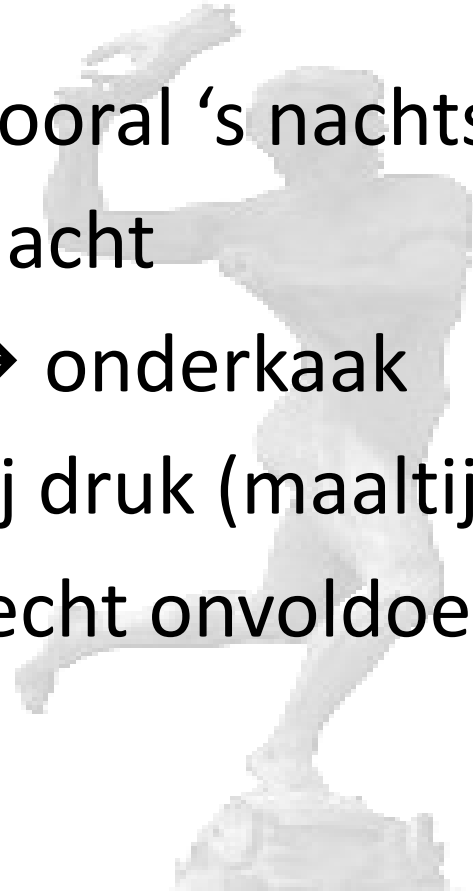
- Zeurende pijn in de rechter kaak, pre-auriculair
'Zou dat van mijn oor kunnen zijn?'
- K.O. N = zuiver, K= mondgeur, nle mucosae,
O = TV nl bilat, LN = rechts submandibulair banaal
- Beginnende otitis? Temporo-mandibulair? parotitis?
Zona? ...
- R/ paracetamol tot 3 gr/dag

Consult 2 (13/09/2020)



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Pijn escaleert, vooral 's nachts... niet te houden
- Echt slapeloze nacht
- Pre-auriculair → onderkaak
- Pijn ↗ vooral bij druk (maaltijden)
- Paracetamol is echt onvoldoende



Consult 2 (13/09/2020)



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Klinisch onderzoek

- halitose ++
- Plaats van de pijn = ?

Geen bijzonderheden, roodheid [-], zwelling [-]

- Wel wat tekenen van cariës
- Toch wat opvallende wit gemarbreerd beslag beiderzijds? Recent?





Quid?



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Wat is er hier aan de hand?

- Kan cariës zulke pijn veroorzaken?
Of is hier meer aan de hand?



Quid?



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Wat is er hier aan de hand?

- Kan cariës zulke pijn veroorzaken?

Of is hier meer aan de hand?

- Wat zijn die witte vlekken die ik eerder miste?

Toch geen leucoplakia? (roken)

Schimmelinfectie (inhalatie-corticoïden)

≠ linea alba tgv bijten op wangslimvlies?

Quid?



Wat is er hier aan de hand?

- Kan cariës zulke pijn veroorzaken?

Of is hier meer aan de hand?

- Wat zijn die witte vlekken die ik eerder miste?

Toch geen leucoplakia? (roken)

Schimmelinfectie (inhalatie-corticoïden)

≠ linea alba tgv bijten op wangslimvlies?

- En die mondgeur...?



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Mondzorg voor de huisarts Leidraad voor de dagelijkse praktijk

Katleen Michiels

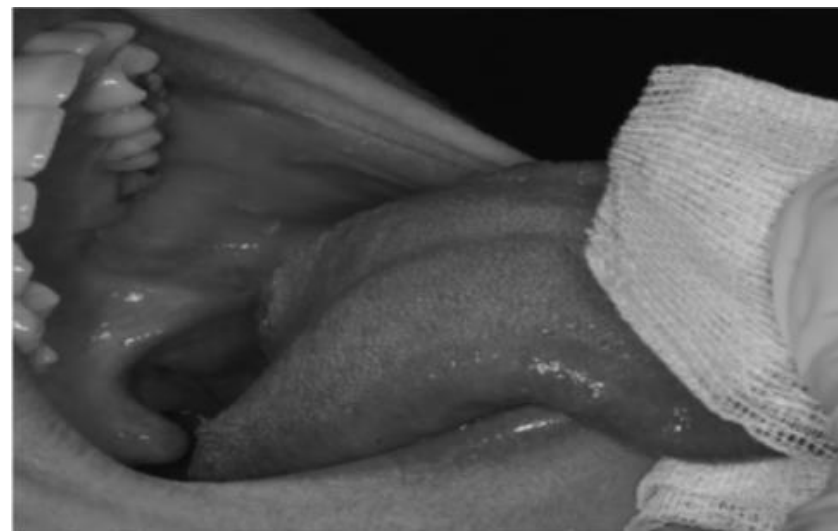
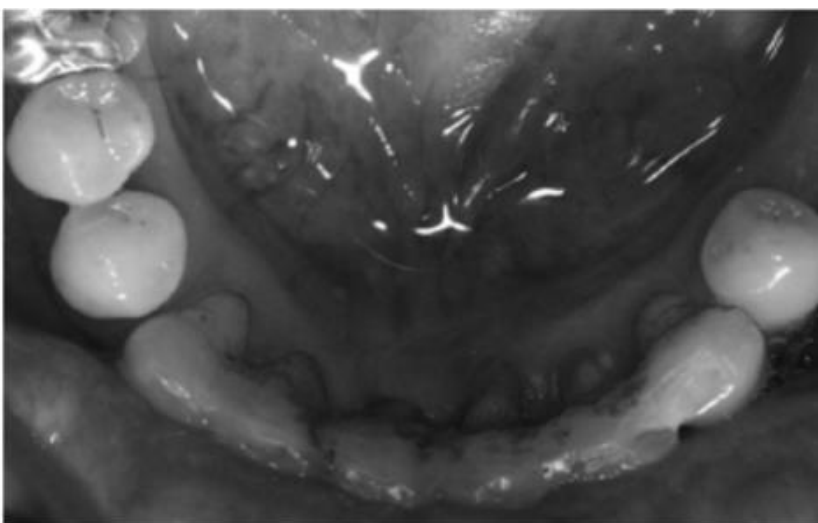
Tandarts-specialist in de parodontologie

Praktijk Paroantwerpen.be

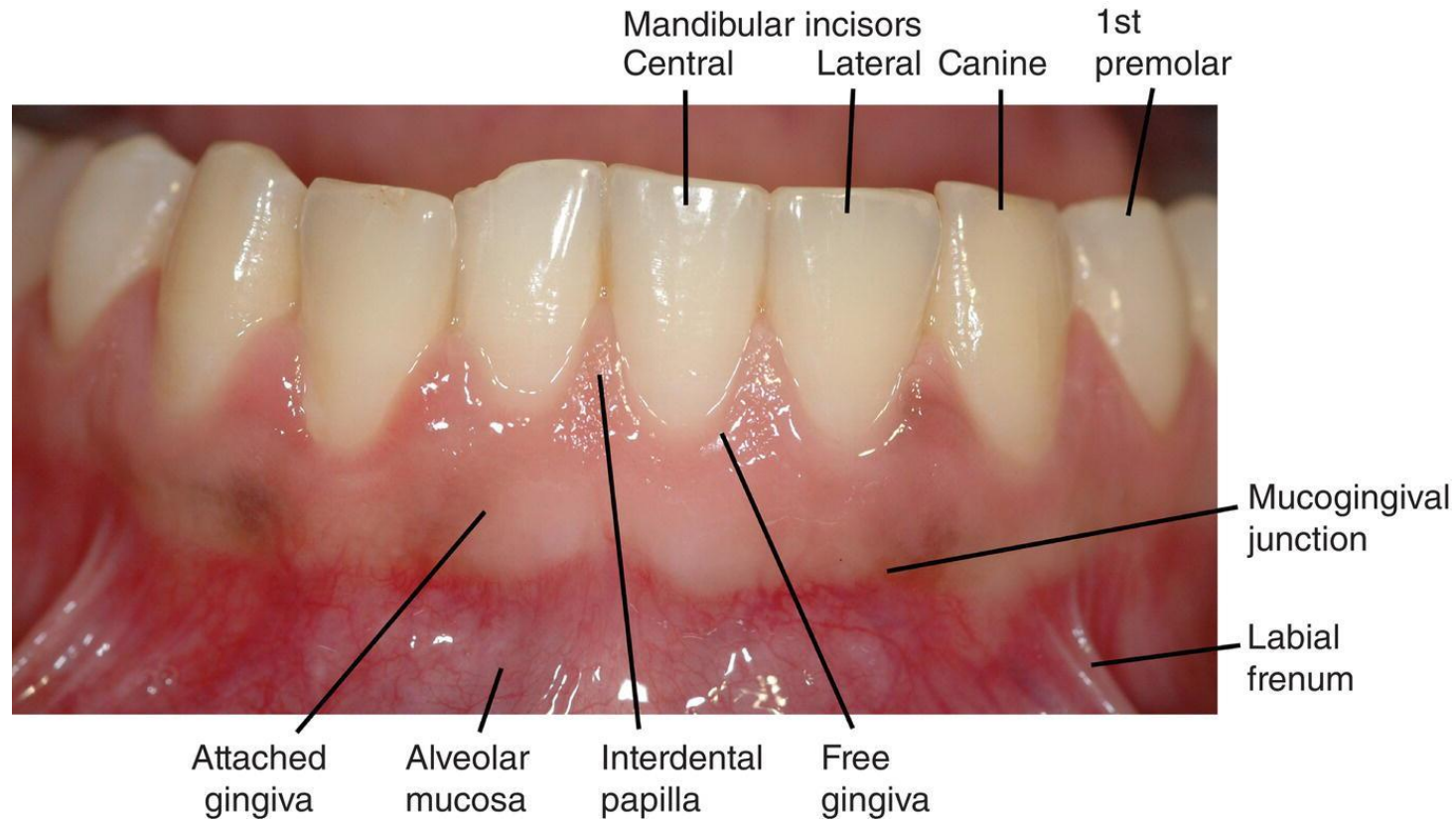
Info@paroantwerpen.be



Bespreking van de casus: mondonderzoek



Bespreking van de casus: mondonderzoek



Bespreking van de casus

Zeurende, aanhoudende, gelokaliseerde pijn wijst op een acute ontsteking/abces van een element.



Peri-apicaal abces



Parodontaal abces

Tandabcessen

Presentatievormen

Peri-apicaal enkel bij botperforatie

Types of Dental Abscess

Periapical



It forms at the root tip.

Gingival



It forms in the space between the gum and tooth.

Periodontal



It forms in a periodontal pocket.

Pericoronal



It forms around impacted or partially erupted tooth.

ShareDentalCare.com

Tandabcessen



Peri-apicaal abces

Peri-apicaal abces diagnostiek:

- Ontstaan door cariës en insijpelende bacteriën → avitale tandzenuw
- Toenemende pijn bij liggen
- Vrij goed lokaliseerbaar door de patiënt. De onderkaak straalt vaak uit naar het oor
- Percussie pijn
- Bij botperforatie zwelling en/of fistel in de omslagplooi sporadisch palataal

Tandabcessen



Parodontaal abces

Parodontaal abces diagnostiek:

- Ontstaan door bacteriële accumulatie in de pocket
- Zeurende minder hevige pijn
- Tand voelt soms hoger aan
- Tandmobiliteit
- Pusafvloed mogelijk uit de pocket
- Moeilijker lokaliseerbaar door de patiënt
- Vaak algeheel slechte mondhygiëne en halitosis

Tandabcessen



Peri-coronaal abces

Specifieke vorm van parodontaal abces:

- Ontstaan door bacteriële accumulatie in de Pocket van de geïmpacteerde M3
- Zeurende minder hevige pijn
- Kan uitstralen naar het oor bij mandibulaire lokatie
- Pusafvloed mogelijk uit de pocket
- Goed lokaliseerbaar

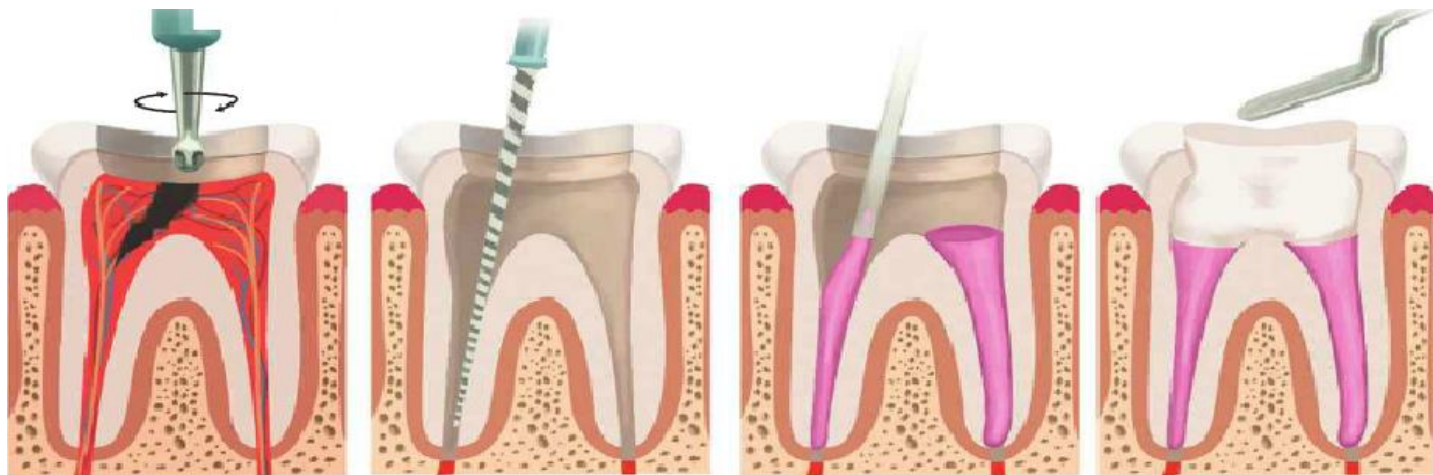
Tandabcessen

Peri-apicaal abces behandeling:

- Initieel pijnstilling ibuprofen gecombineerd met paracetamol
- GEEN antibiotica

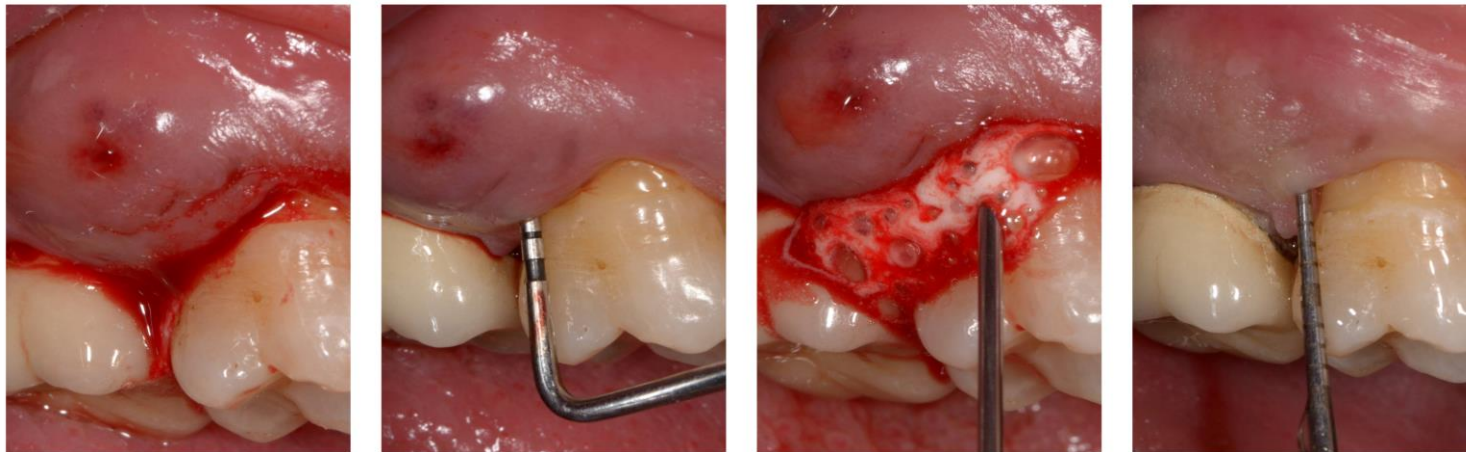
THK interventie ASAP:

- Wortelkanaalbehandeling (endodontische behandeling)
- Extractie indien de tand niet restaureerbaar is



Tandabcessen

Parodontaal abces:



Tandabcessen



Draining the abscess
with digital pressure



Incision and drainage
(Ahl et al 1986)



Scaling and root planin

Parodontaal abces behandeling:

- Initieel pijnstilling ibuprofen en Paracetamol
- GEEN antibiotica
- Chloorhexidine mondspoeling zonder alcohol 0,05% (Perio-aid®) 2X/d

THK interventie:

- Drainage en reiniging
- Extractie indien de tand teveel botverlies heeft

Terugkoppelen naar de casus

Diagnostiek op basis van klachten:

- zeurende pijn rechts, toenemend 'snachts
- cariës
- uitstralend naar het oor

→ vermoedelijk *peri-apicaal abces* in de rechter mandibula

R/ door de huisarts:

- pijnstilling
- GEEN antibiotica
- verwijzing naar de algemeen tandarts

Wachtdienst georganiseerd in het weekend + feestdagen: 0903 39969

Heet van de naald: Richtlijn rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk



18 November 2020

Promoting prudent antibiotic use

This year fully online. Follow #EAAD on social media!

18/11/2020 publicatie allereerste richtlijn over antibioticagebruik in de tandheelkunde door KCE

Belangrijkste conclusie:

Bij medisch fitte patiënten is het zelden nodig om antibiotica voor te schrijven voor een infectie in de mond.

Heet van de naald: Richtlijn rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk

Wanneer is antibiotica geïndiceerd?

-Bij *systemische symptomen* zoals koorts, cellulitis, lymfadenopathie, sliklast

-Antibiotica profylaxe ter preventie van infectieuze endocarditis bij invasieve thk interventies:

- Patiënten met een protheseklep of prothetisch materiaal thv de hartklep;
- Patiënten met een voorgeschiedenis van infectieuze endocarditis;
- Patiënten met een aangeboren hartaandoening:
 - Cyanotische aangeboren hartziekte, zonder chirurgische interventie, of met restdefecten,
 - Aangeboren hartaandoening hersteld met prothetisch materiaal, tot 6 maanden na de procedure;
 - Wanneer er een defect aanhoudt op de plaats van implementatie van prothetisch materiaal of een toestel.

Heet van de naald: Richtlijn rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk (KCE 2020)

Bij systemische symptomen:

- Kinderen:

- *Amoxicilline* 75 - 100 mg/kg/dag, in 3 doses, gedurende 5 dagen
- Bij *niet-IgE-gemedieerde penicilline-allergie*: *cefuroximaxetil* 30-50 mg/kg/dag, in 3 doses gedurende 5 dagen
- Bij *IgE-gemedieerde penicilline-allergie*: *azitromycine* 10 mg/kg/dag, 1 dosis, gedurende 3 dagen.

Heet van de naald: Richtlijn rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk (KCE 2020)

Bij systemische symptomen:

- **Volwassenen:**

- *Amoxicilline 500 mg, 3x/dag gedurende 3 tot 7 dagen*
- Bij *penicilline-allergie: azithromycine 500 mg, 1x/dag 3 dagen* of *clarithromycine 500 mg, 2x/dag gedurende 7 dagen.*

Het gebruik van antibiotica zonder een degelijke endodontische behandeling moet zeker worden vermeden.

Patiënten die zich met een tandabces bij hun huisarts aanbieden, moeten naar een tandarts worden doorverwezen voor tandheelkundige behandeling ('source control').

Heet van de naald: Richtlijn rationeel voorschrijven van antibiotica in de tandartspraktijk

Antibiotica profylaxe bij invasieve interventies:

- Kinderen:

- 50 mg/kg lichaamsgewicht *amoxicilline* 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige behandeling,
- Bij penicilline-allergie: 20 mg/kg lichaamsgewicht *clindamycine* 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige ingreep.

- Volwassenen:

- 2 g *amoxicilline* 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige behandeling,
- Bij penicilline-allergie: 600 mg *clindamycine* 30 tot 60 minuten vóór de tandheelkundige behandeling.

Andere acute mondonsteking

Necrotiserende gingivitis/parodontitis:



- Algeheel pijnlijk tandvlees
- Slechte mondhygiëne
- Belangrijke foetor ex ore
- Wit beslag van de gingiva met necrotische papillen
- Vaak bij stress en roken
- Cave immuunsuppressie

Andere mogelijke pijnklacht in huisartsenpraktijk



R/ necrotiserende gingivitis/parodontitis:

- Oppakken mondhygiëne
- Spoelen met H_2O_2 3V% 2 maal daags
- Pijnstilling
- ↓ Stress en roken
- ASAP naar parodontoloog
- Eventueel bloedonderzoek HIV, vitamine deficiënties

Terugkoppelen casus klacht foetor ex ore



Oorzaak foetor ex ore

- 90% Bacteriële accumulatie in de mond: tong, interdentaal, pockets, speeksel
- Overige: metabole aandoening, neus of oropharyngeale infecties

R/ reiniging en mondhygiëne ↑

Basis mondhygiëne



- 2 maal daags poetsen, voorkeur elektrisch
- 1 maal daags interdentaal reinigen

Basis mondhygiëne

Uitneembare Protheses



- 'snachts uitlaten van de prothese en
- droog bewaren
- dagelijks onderhoud met water en zeep
- sporadisch onderhoud 1/3de azijn met water gedurende de nacht of 1/3de javel met water

Parodontitis en de algemene gezondheid

Gum diseases

GINGIVITIS

Moderate gum pocket

PERIODONTITIS

Serious gum pocket

SEVERE PERIODONTITIS

Severe gum pocket

PERI-IMPLANTITIS

Serious gum pocket

Gum diseases can go unnoticed for years and are serious, as they

• are **chronic**

• can cause **tooth loss**

• are **the most common medical conditions** among adults

• are related to other **dangerous diseases**

8 out of 10 people aged 35+ suffer from gum disease

Severe periodontitis alone is the 6th most pervasive condition

Gum disease represents a major cause of health expenditure



What you need to do

- 01** Advise patients with CVD that periodontitis may have a negative impact on their disease and may also increase the risk of CVD events.



- 05** Ask people with CVD if they have had a prior diagnosis of periodontitis.

If they have, try to find out if appropriate periodontal care and maintenance are being provided.



- 02** Patients with CVD should be asked about any signs and symptoms of periodontitis.

Signs of gum disease include:



Foul taste in the mouth



Calculus (tartar) on teeth



Longer-looking teeth



Increasing spaces between teeth or teeth moving apart



Loose teeth



Red or swollen gums



Bleeding gums or blood in the sink after brushing teeth

- 06** Refer patients with newly diagnosed CVD for a periodontal examination as part of the continuing management of their CVD.

An annual check-up – oral, dental, periodontal – is recommended.



- 03** In the presence of any of these symptoms, a prompt periodontal evaluation should be recommended.



- 07** Liaise with dental surgeons over periodontitis management in CVD patients on anti-coagulant/anti-platelet therapy before any oral intervention and/or periodontal surgery, to avoid excessive bleeding or the risk of ischaemic events.



- 04** Advise patients with CVD that effective periodontal therapy may have a positive impact on their cardiovascular health.



- 08** In the absence of any of these symptoms, patients should be advised to remain vigilant and if any symptom appears to visit their dentist – whom they should see at least once a year in any case.



Niet-plaque gerelateerde letsels



Lichen planus:

- Voornamelijk vrouwen in de menopauze
- Reticulaire/erythemateuze/erosieve vorm
- Reticulaire striae thv wangen
- Cave huid en vaginale letsels
- Auto-immuun aandoening

Symptomatische R/ enkel bij klachten
meestal lokale corticosteroiden
Via parodontoloog of kaakchirurg

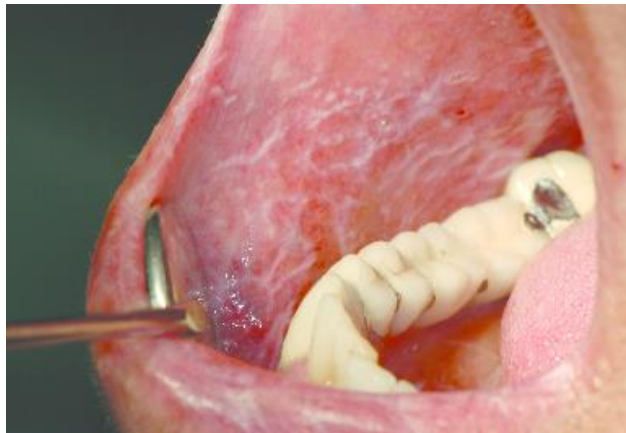
Terugkoppelen naar casus



Diagnose Reticulaire Lichen planus:

R/ heropstart mondverzorging, verwijzing naar tandarts.

Voorlopig eventueel chloorhexidine mondspoeling 2 maal daags



Reticulaire vorm heeft meestal geen behandeling nodig

Niet-plaque gerelateerde letsels

Candidiasis:



- Patiënt is meestal klachtenvrij
- Wit afwrijfbaar beslag of erythemateuze gingiva (onder prothese)
- R/ :

Betere mondhygiëne

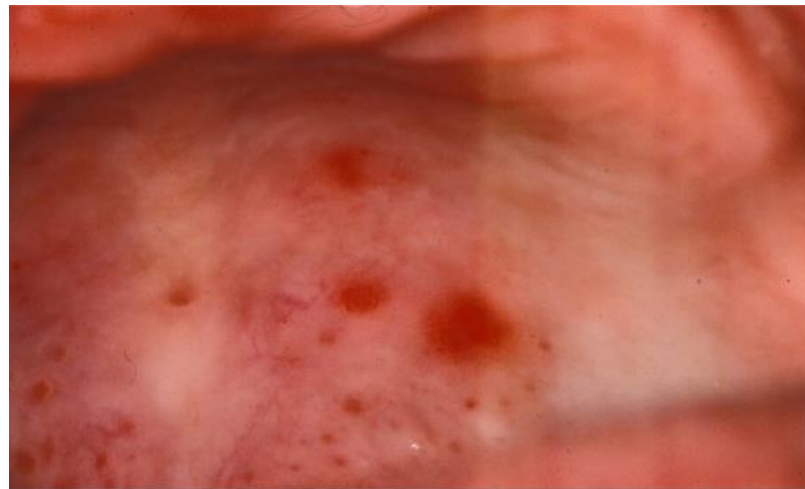
Daktarin orale gel 4 maal daags tot het beeld 1 week rustig is

Ondersteuning met Chloorhexidine gel/spoeling 2 maal daags tot 1 week beter

Niet-plaque gerelateerde letsels



Candidiasis

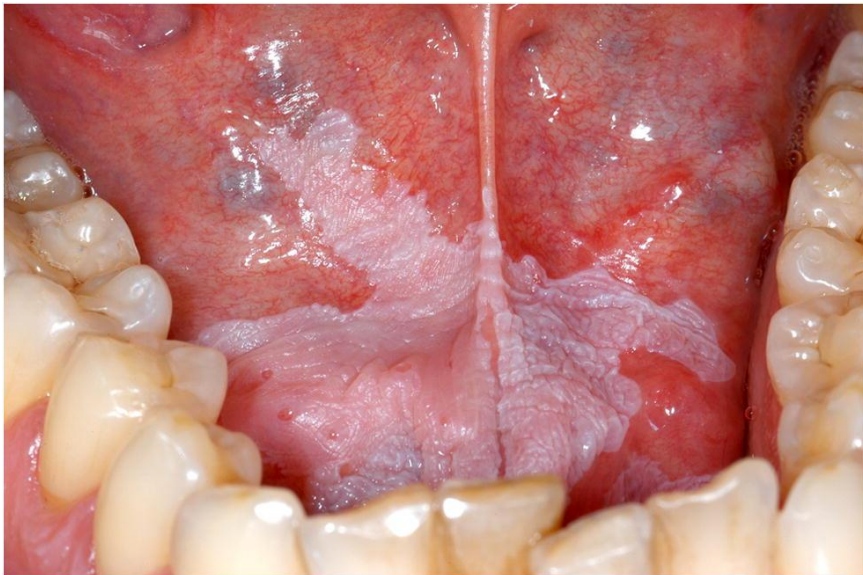


Niet-plaque gerelateerde letsels

Candidiasis



Niet-plaque gerelateerde letsels



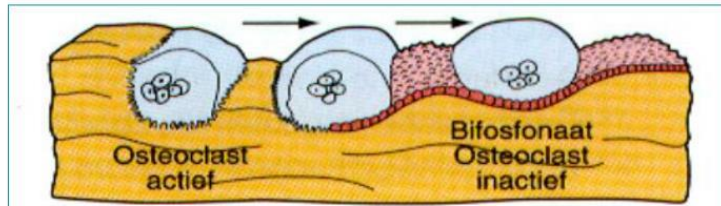
Leukoplakie:

- Patiënt is meestal klachtenvrij
- Wit niet-afwrijfbaar letsel mono loculair
- Vaker voorkomend bij rokers
- Risico-locaties: mondbodem, tongrand, palatum

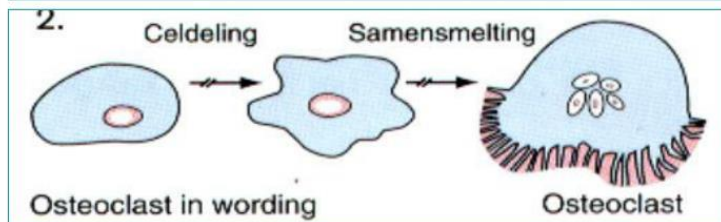
R/ Biopsie om maligniteit uit te sluiten en graad van dysplasie te bepalen

Impact van bisfosfonaten op orale gezondheid

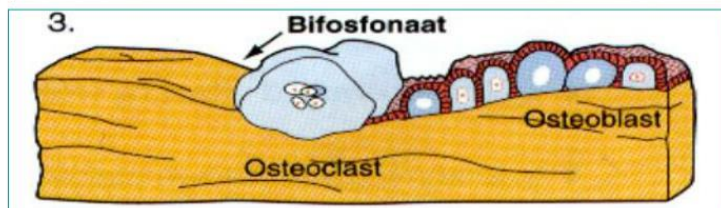
Werking bisfosfonaten



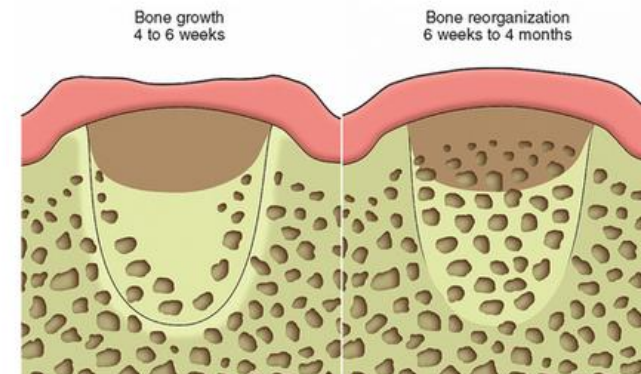
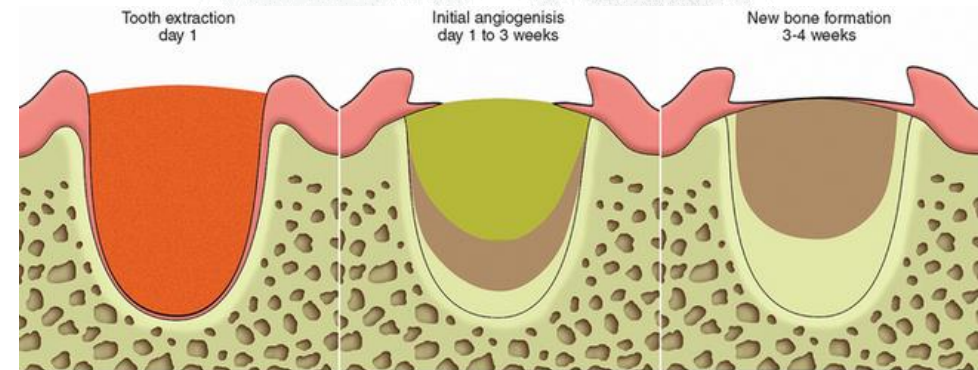
Directe remming osteoclast



Remming aanmaak osteoclast



Remming osteoclast stimulatie via osteoblast



Impact van bisfosfonaten op orale gezondheid



Osteochemonecrose

- Onvoldoende doorbloeding van het bot om spontane heling te bekomen
- Voor de opstart van de therapie is orale sanering van belang
- Breng de patiënt op de hoogte van de risico's
- Regelmatig tandheelkundig nazicht en onderhoud is nodig

Hartelijk dank voor uw aandacht

Katleen Michiels

Tandarts-specialist in de parodontologie

Praktijk Paroantwerpen.be

Info@paroantwerpen.be



PARO
ANTWERPEN



PARO
ANTWERPEN



Temporomandibulaire dysfunctie



Tamara Degrave Huisarts
Lieven Renier MKA



Vrouw van 38 jaar met hoofdpijn links temporaal

- Hoofdpijnklacht begint in 2017
 - Drukkend gevoel links temporaal, neemt toe bij vooroverbuigen
 - Soms pijscheuten die in de hals doorschieten, soms ook naar de borstkas
 - R/Kinesitherapie ikv spanningshoofdpijn werd opgestart, doch niet gevolgd
 - Gezien toch aanhoudende hoofdpijn -> consult neurologie: geen afwijkingen op MRI hersenen en EEG.
 - Neuroloog stelt vermoeden temporomandibulaire dysfunctie
- Spontane resolutie van de klacht in 2018



Recidief temporale hoofdpijn links begin 2019

- Consult bij MKA-chirurg: na radiologisch/klinisch onderzoek besluit hij tot temporomandibulaire pijndysfunctie, vermoedelijk tgv klemmen.
 - R/adviezen. Indien toch aanhoudende last: aanmaak opbeetplaatje
 - Toch ook opnieuw controle neurologie aangevraagd: geen afwijkingen
- Eveneens controle cardiologie owv uitstraling naar thoracaal in combinatie met palpitaties: geen afwijkingen

Dokter, het gaat maar niet over, ik ben ten einde raad...

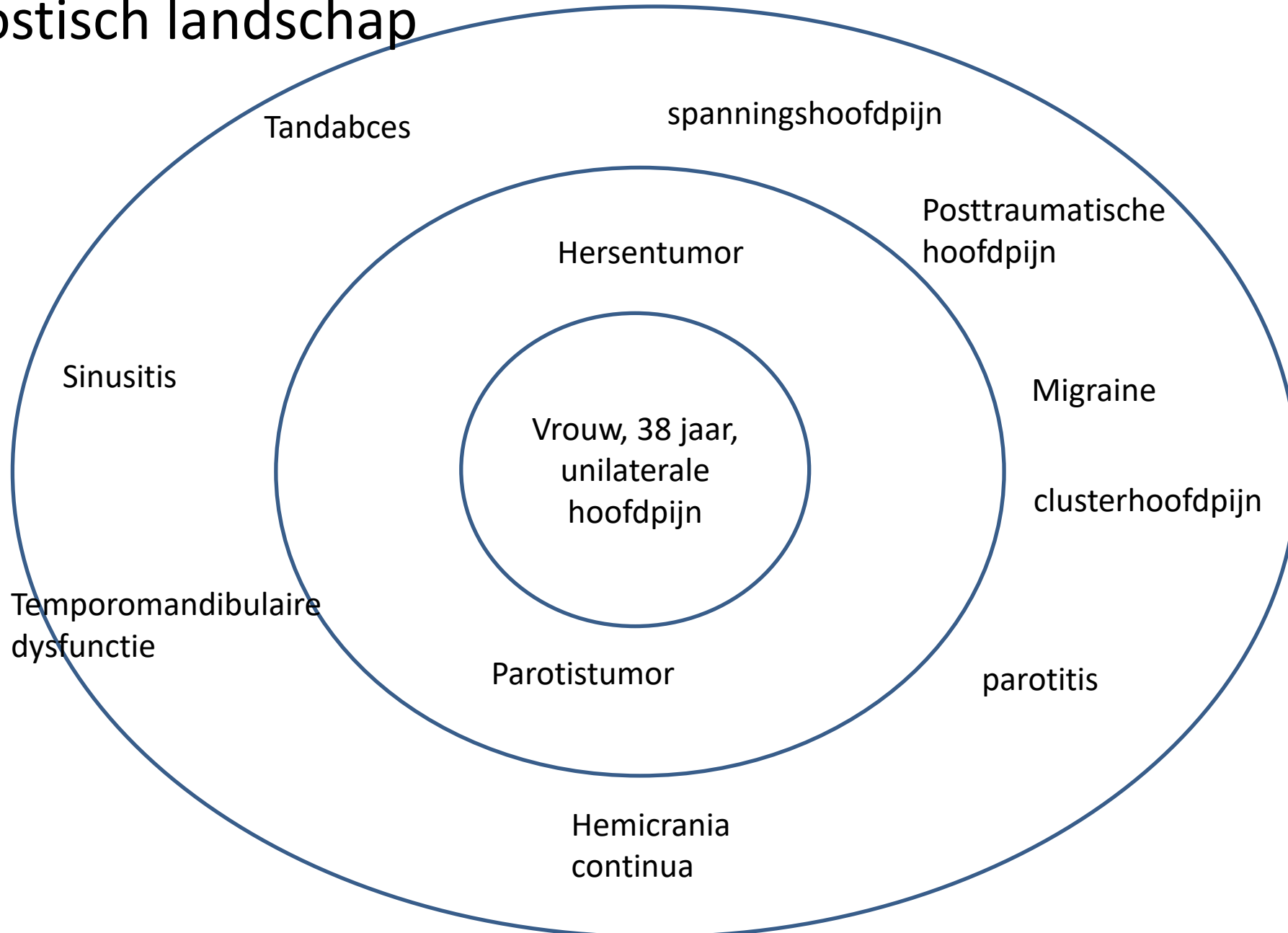
- Patiënte volgde intussen reeds 18 sessies bij kinesist
- Ongerust, het duurt nu al zo lang en nog steeds dagelijks hoofdpijn...
- Ik verwees patiënte naar groepspraktijk voor gezamenlijke aanpak door logopediste en osteopaat
 - Goed resultaat



Diagnostisch landschap



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Vragen aan een expert

- Diagnostiek van temporomandibulaire dysfunctie
 - Handvaten voor de eerstelijns?
 - Klinisch onderzoek
 - Radiografisch onderzoek
 - Rode vlaggen?
 - Reumatologische differentieel diagnostiek niet te vergeten?
- Behandelingsmogelijkheden?
- Verband met stressklachten zoals hyperventilatie, angstaanvallen, etc?



Cranio-mandibulaire dysfonctie



Specialistische zorg op topniveau

ZMACK is hét netwerk van Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgen

[HOE KAN ZMACK U HELPEN?](#)

Welkom bij ZMACK

Het ZMACK bestaat uit een associatie van 13 chirurgen die allemaal gespecialiseerd zijn in Mond-, Kaak- en Aangezichts chirurgie.

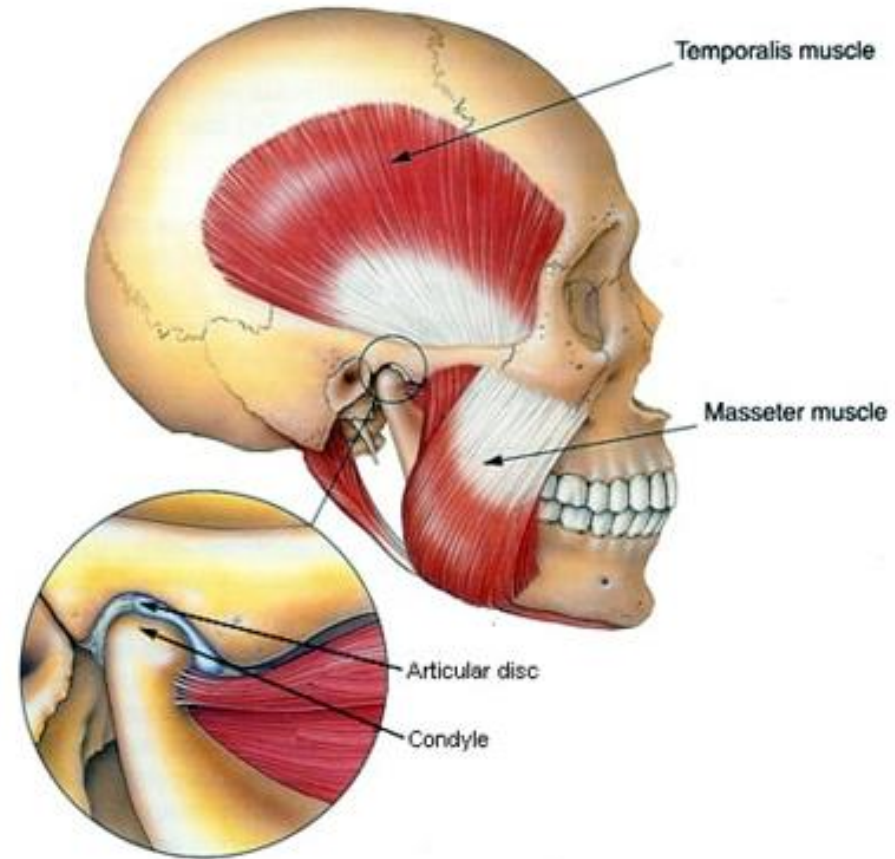
Momenteel is de associatie actief op 6 campussen: AZ Monica campus Antwerpen, AZ Monica campus Deurne, AZ KLINA Brasschaat, Heilig Hart Ziekenhuis Lier, Universitair Ziekenhuis Antwerpen en het AZ Rivierenland Rumst.

Regel direct

[Maak afspraak](#) >

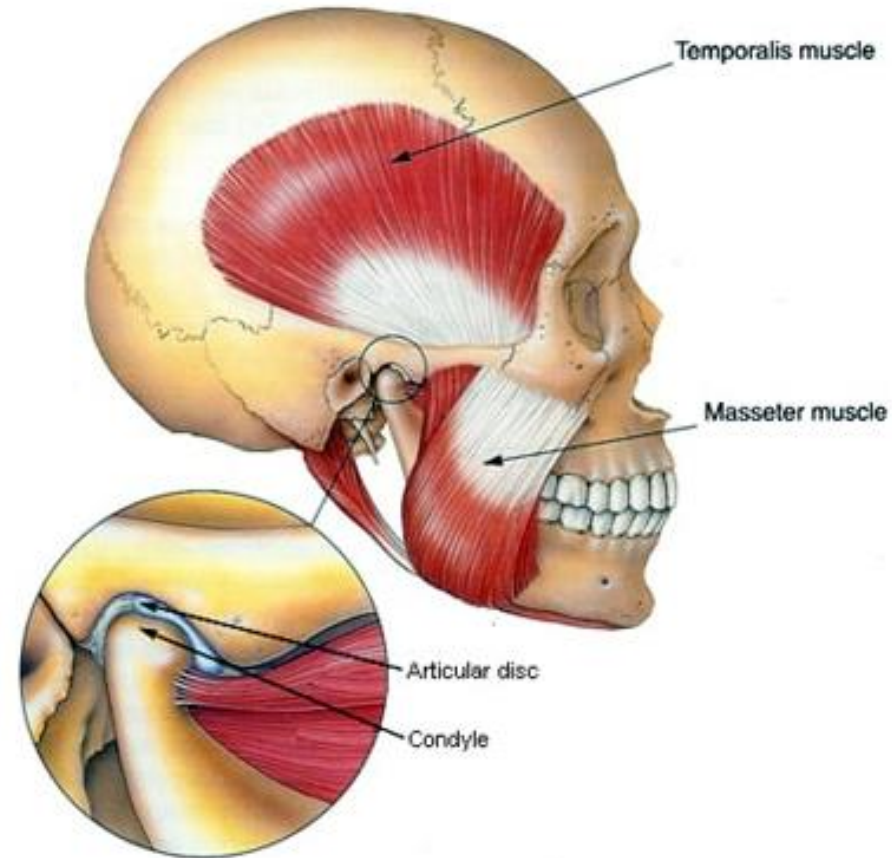
[Praktische informatie](#) >

Cranio-mandibulaire dysfonctie

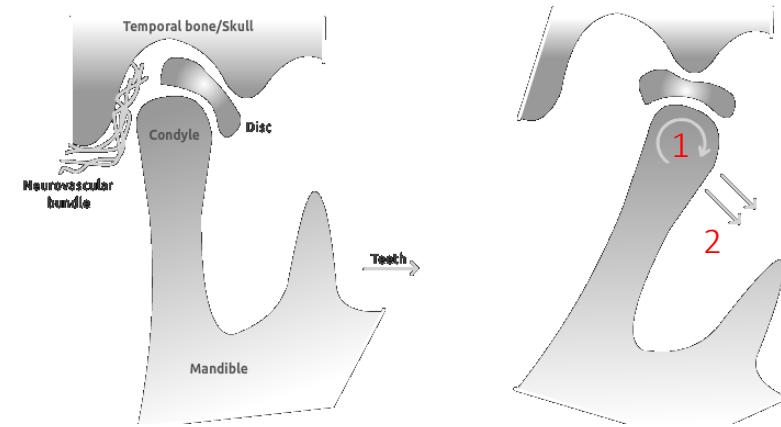


Cranio-mandibulaire dysfunctie

1. articulatio
2. musculair
3. occlusaal

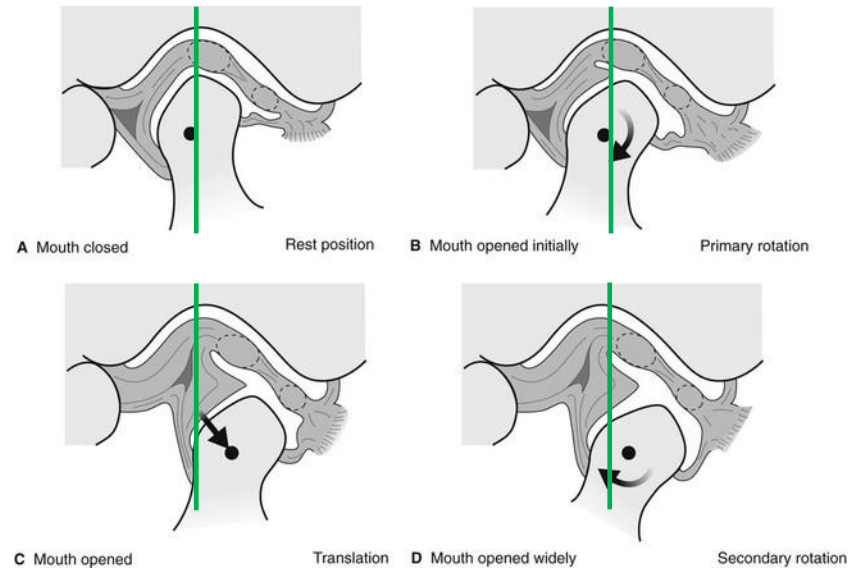


Cranio-mandibulaire dysfunctie



normale mondopening

Cranio-mandibulaire dysfonctie



Cranio-mandibulaire dysfunctie

Beeldvorming:

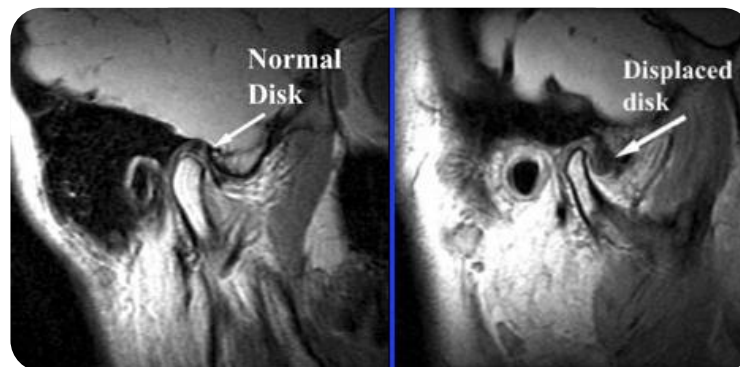
botniveau

weke delen niveau

- OPG (orthopantomogram)

- MRI

- CT



Cranio-mandibulaire dysfunctie



1. Het knappend kaakgewricht
2. Het geblokkeerd kaakgewricht
3. Het pijnlijk kaakgewricht

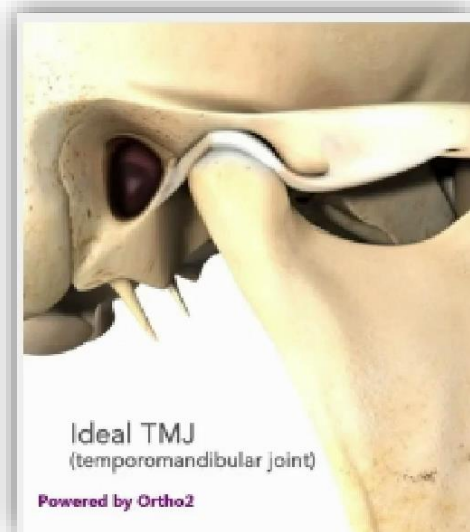
Cranio-mandibulaire dysfunctie



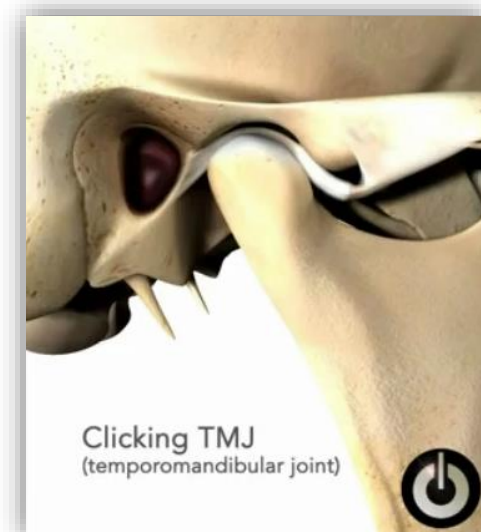
1. Het knappend kaakgewricht
2. Het geblokkeerd kaakgewricht
3. Het pijnlijk kaakgewricht

Cranio-mandibulaire dysfunctie

normaal kaakgewricht

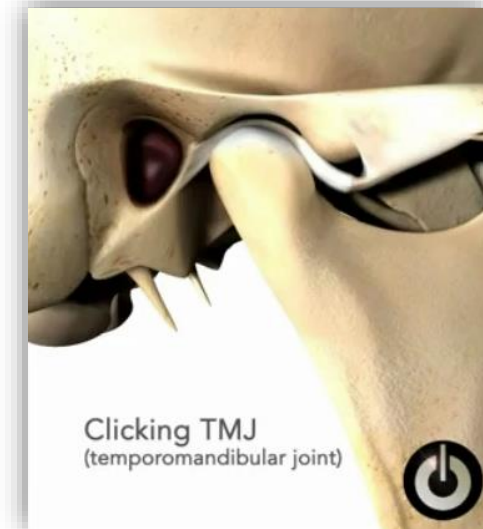
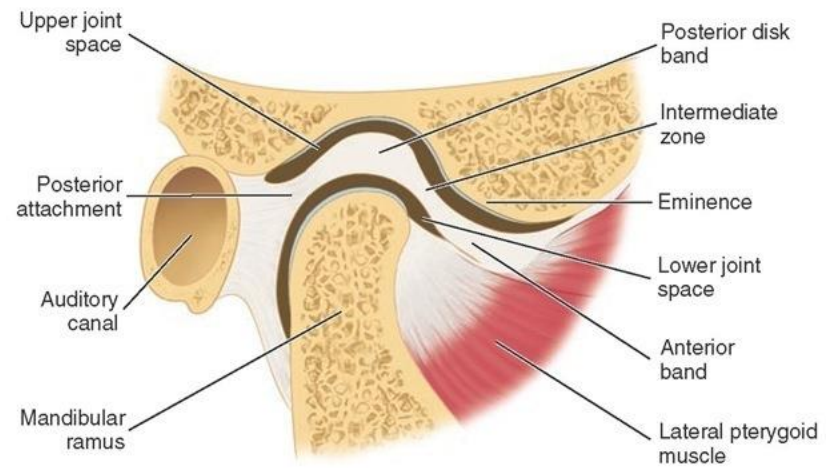


knappend kaakgewricht



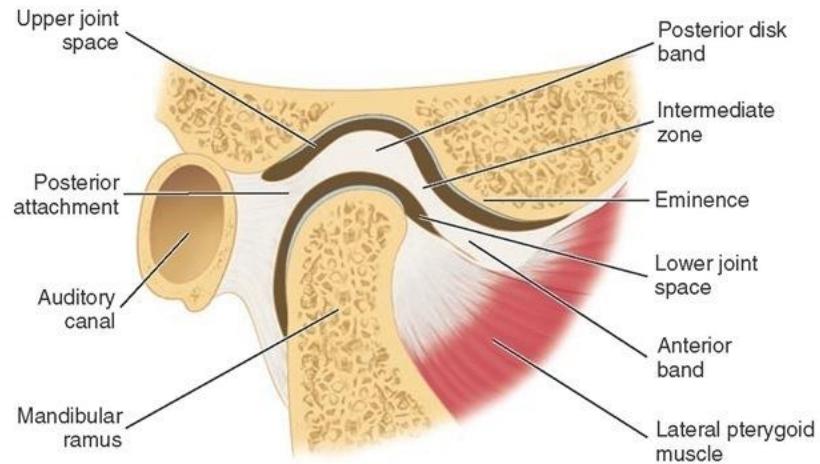
Cranio-mandibulaire dysfunctie

knappend kaakgewricht



Cranio-mandibulaire dysfunctie

knappend kaakgewricht



- meestal pijnloos
- aandacht voor:
 - kauwvermogen (verkorte tandenboog)
 - nagelbijten
 - kauwgom
 - klemgedrag (nachtelijk klemmen)
 - met een maximale mondopening kracht uitoefenen

Cranio-mandibulaire dysfunctie



1. Het knappend kaakgewricht
2. Het geblokkeerd kaakgewricht
3. Het pijnlijk kaakgewricht

Cranio-mandibulaire dysfunctie

Het geblokkeerd kaakgewricht

CLOSED LOCK

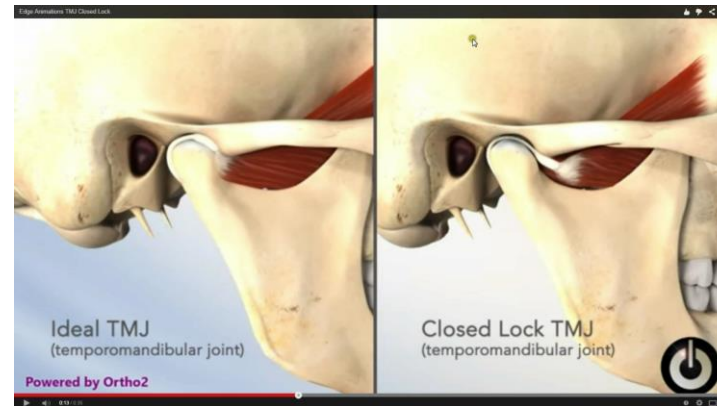
mond geblokkeerd in een **gesloten** toestand

OPEN LOCK

mond geblokkeerd in een **open** toestand

Cranio-mandibulaire dysfunctie

Het geblokkeerd kaakgewricht



- zachte voeding
- ipsilateraal kauwen
- antiflogistica
- kinesithérapie

CLOSED LOCK

Cranio-mandibulaire dysfunctie

Het geblokkeerd kaakgewricht

CLOSED LOCK

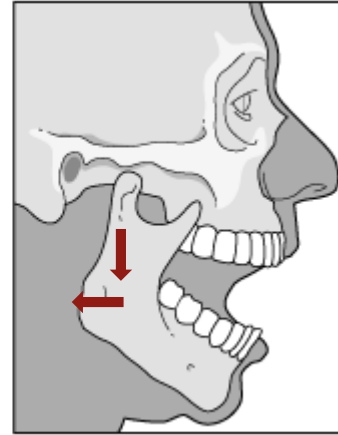
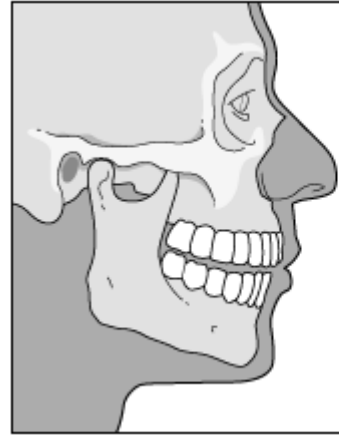
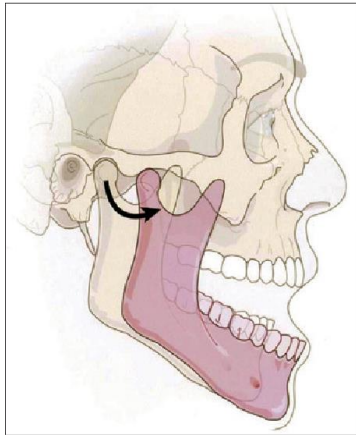
mond geblokkeerd in een **gesloten** toestand

OPEN LOCK

mond geblokkeerd in een **open** toestand

Cranio-mandibulaire dysfunctie

Het geblokkeerd kaakgewricht



- manuele repositie
- te frequent: chirurgie

OPEN LOCK

Cranio-mandibulaire dysfunctie



1. Het knappend kaakgewricht
2. Het geblokkeerd kaakgewricht
3. Het pijnlijk kaakgewricht

Cranio-mandibulaire dysfunctie

Het pijnlijk kaakgewricht

MYOGEEN

ARTHROGEEN - DISCUS

Cranio-mandibulaire dysfunctie

Het pijnlijk kaakgewricht

MYOGEEN



ARTHROGEEN - DISCUS



Het pijnlijk kaakgewricht

85 %

MYOGEEN

- gedragsaanpassing:
 - nagelbijten / kauwgom
 - klemmen
 - stress
- zachte voeding
- ipsilateraal kauwen
- fysiotherapie / tandarts
- medicatie:
 - NSAID
 - benzodiazepine - opbeetplaat

15 %

ARTHROGEEN - DISCUS

- discus ontsteking – RA (rematoïde artritis)
 - cfr myogeen behandelingsplan
- unilaterale zeer specifieke pijn ATM
 - arthrocentese / arthroscopie
 - infiltratie depomedrol
- discusperforatie / ATM malformatie
 - open gewrichtschirurgie
- ankylose
 - kaakkopprothese

De praktijk:

1. intake: aanhoren van het verhaal pijn / klacht ---> ATM ?

2. observatie / bevraging: - nagelbijten / kauwgom
- klemmen (ochtendpatroon?) – spanning (overdag)
- kauwvermogen - occlusie

3. klinisch onderzoek: a. palpatie gewricht: - klik: discusprobleem } CONSERVATIEF
- kapselpijn: capsulitis
- pijnlijke crepaties: arthritismproblematiek
discusperfortatie ?

b. myogeen: spierspasmen

KINESITHERAPIE
CONSERVATIEF
+ ev. BEELDVORMING

tot slot:



Bedankt voor al jullie inzet in deze zeer uitzonderlijke tijden !



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

PMR – Arteriitis Temporalis/GCA

Maarten Vandeplas Huisarts
Ine Vos Rheumatologie





80 jarige vrouw

Actieve problemenlijst

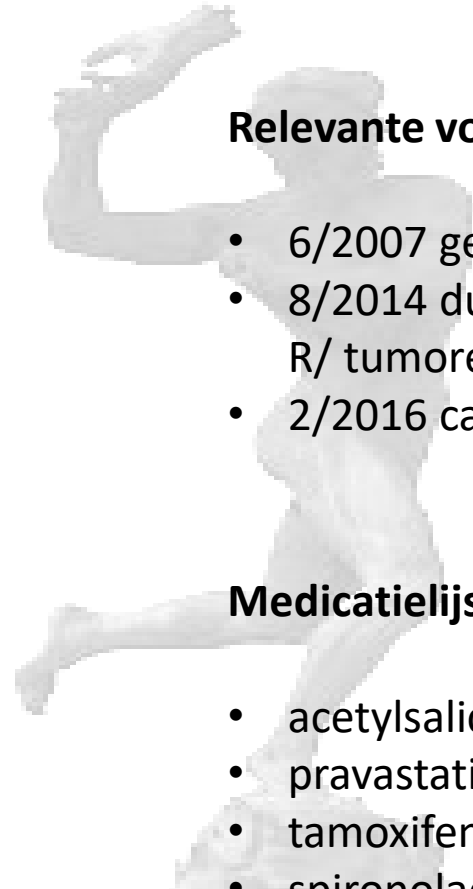
- Arteriële hypertensie
- Primaire hypercholesterolemie
- NASH
- Goiter euthyroid
- Osteopenie
- Oesofagitis
- Rotator cuff arthropathie

Relevante voorgeschiedenis

- 6/2007 gedeeltelijke blindheid Re na infarct
- 8/2014 ductaal adenoCa pT1N0M0 rechter borst R/ tumorectomie, RT en hormoontherapie
- 2/2016 cataract waarvoor bilateraal phaco

Medicatielijst

- acetylsalicylzuur 80mg 1x/d
- pravastatine 40mg 1x/d
- tamoxifen 20mg 1x/d
- spironolactone 50mg 1x/d
- esomeprazole 20mg 1x/d





- Recent ontstane *stekende pijn thv rechter zijde scalp voornamelijk thv de slaapregio*. Ze beschrijft géén toegenomen visusstoornissen noch pijn bij kauwen.
- Sinds enkele dagen plots ontstane *inflammatoire pijnklachten* heupen knieën, benen, enkels, schouders
 - Voornamelijk nachtelijke pijn – betert doorheen de dag
 - Ochtendstijfheid > 60'
 - Schouder-bekken gordel, moeite om recht te komen
- Ook *systemische klachten*:
 - Wisselend koorts tot max t°38,6°C, anorexie (- 4 kg op 1 maand tijd), gewichtsverlies
 - Constipatie en abdominale ongemakken waarvoor op eigen initiatief reeds consult gastro-enterologie: normale echografie abdomen



Klinisch

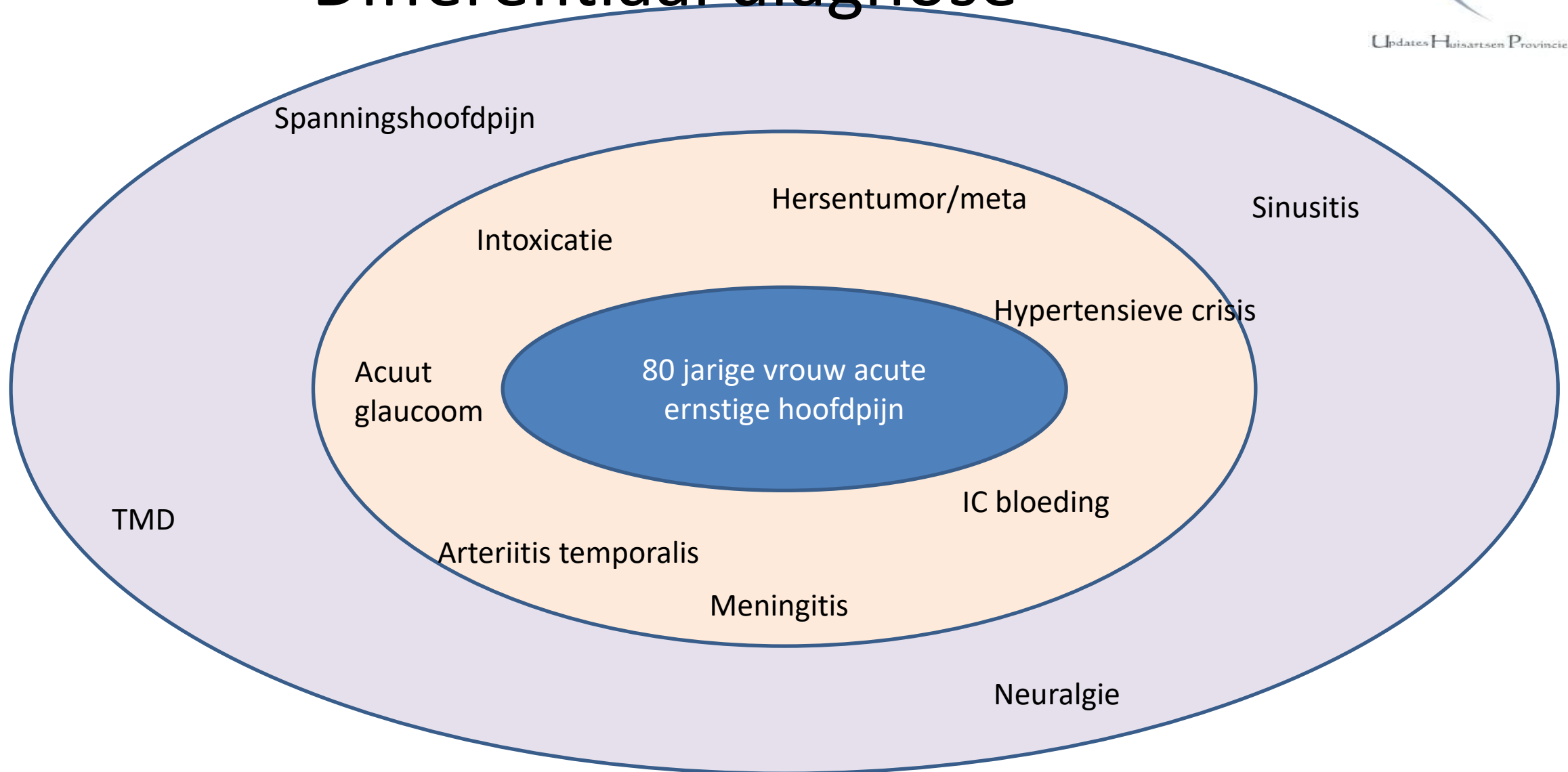
- Duidelijke vermagerd, bleek en algemene malaise
- Elevatie beide schouders pijnlijk en beperkt
- Moeizame flexie van de knieën
- A. temporalis bilateraal pulsaties, niet drukpijnlijk
- Geen nekstijfheid
- Zuiver vesiculair ademgeruis en soepel abdomen
- BD 150/75mmHg



Differentiaal diagnose



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Bloedname

- Fors inflammatoir labo

| | | | | |
|-----------------------|-------|----|-----------------------|-----------|
| Leucocyten | 13,1 | ++ | x1000/mm ³ | 3,2-8,9 |
| Immature granulocyten | 0,2 | | % | 0,0-2,0 |
| Neutrofielen | 85,4 | + | % | 40,2-74,7 |
| Eosinofielen | 0,4 | -- | % | 0,9-8,4 |
| Basofielen | 0,2 | | % | 0,0-1,5 |
| Lymfocyten | 7,8 | -- | % | 17,6-47,6 |
| Monocyten | 6,0 | | % | 4,0-11,3 |
| Neutrofielen absoluut | 11,22 | ++ | x1000/mm ³ | 1,56-7,08 |
| Lymfocyten absoluut | 1,03 | | x1000/mm ³ | 0,98-2,85 |
| Monocyten absoluut | 0,79 | + | x1000/mm ³ | 0,20-0,64 |

- CRP 331 mg/L – sedimentatie 59 mm



Advies reumatologie

- Vermoeden PMR + GCA
- Onmiddellijke start behandeling zonder biopt a. temporalis:
 - Medrol 46mg/dag
- Verdere onderzoeken: PET CT (voorgeschiedenis mammaCa):
geen bijzonderheden
- Bijkomend labo-onderzoek normaal:
 - RF/CCP/ANF negatief
 - Verder geen bijzonderheden: (nle nierfunctie, Ca, alkalisch fosfatase, EW-elektroforese CK)

Opvolging na 1 week:

- Sedimentatie 40mm, (stress)leukocytose onder medrol: leukocytose $22,4 \times 1000/\text{mm}^3$, CRP 81mg/L
- Klinisch meteen goede evolutie sinds start, geen pijnklachten meer – zowel scalppijn als gewrichtspijnen opvallend verbeterd, eetlust beter, algehele mobiliteit verbeterd.
- Advies: afbouw Medrol 46mg (= prednisolone 58mg) > prednisolone 50mg 1x/d ged 3 weken met controle op einde van deze periode

Opvolging na 3 weken:

- Sedimentatie 2mm – CRP 1,5 mg/L

Vervolg:

- Progressieve afbouw prednisolone op geleide van kliniek/inflammatoire parameters





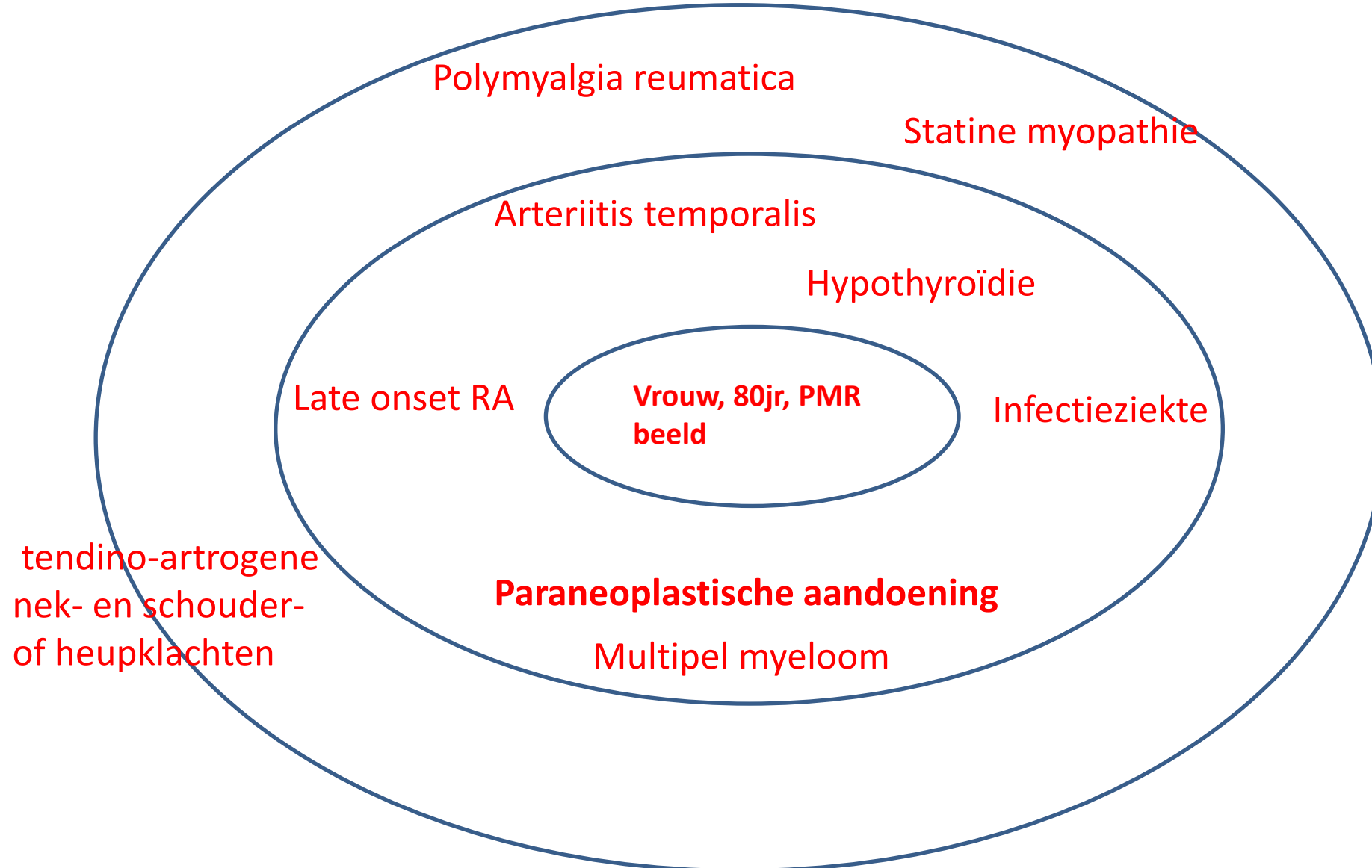
Vragen aan de expert

- Wat is de plaats van een biopsie bij de diagnostiek?
- Oppuntstelling – screening naar secundaire oorzaak: hoe doe ik dit concreet: protocol – ‘op maat’?
- Behandeling: startdosis (cfr. NHG startdosis bij PMR slechts 15 mg prednisolone/dag?) - afbouwtermijn? wat met ‘de laatste mg’ (indruk frequent moeite om volledig te stoppen)
- Advies rondom screening secundaire osteoporose - diabetes?
- Wanneer verwijst ik zeker door?

Diagnostisch landschap PMR beeld



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



PMR oppuntstelling

- Voor start therapie
 - Uitsluiten PMR like aandoeningen (RA, hypothyroïdie, polymyositis, maligniteit)
 - Volgens NHG standaard steeds bepalen:
 - Bloedbeeld
 - TSH
 - Totaal eiwit + elektroforese
 - CK
 - Andere op indicatie (RF, CCP,...)





Screening maligniteit

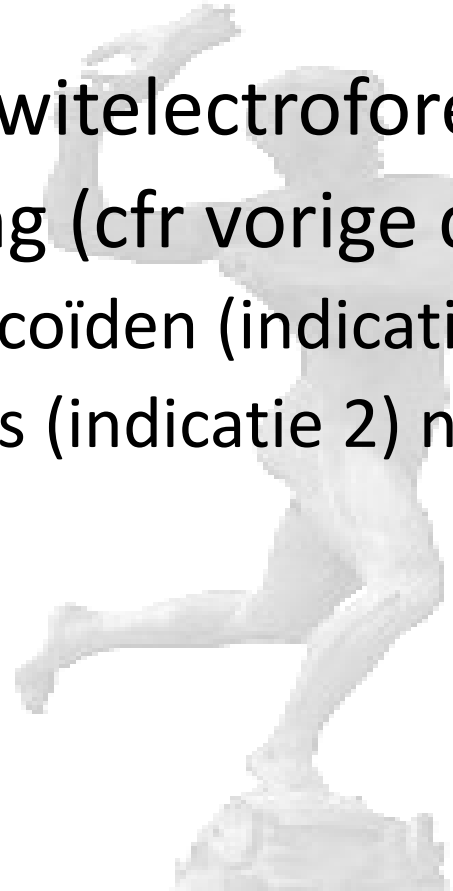
- PMR-achtige klachten bij maligniteit
- Voornamelijk associatie met multipel myeloom en vaste tumoren (renaal adenocarcinoom)
- Wanneer verhoogde verdenking
 1. Uitgesproken systemische klachten: vermagering, (nacht)zweten, malaise
 2. Partiële respons op proef Medrol 16mg: klinisch en/of biochemisch
 3. Atypische beeld/ jonge leeftijd < 60jr

Screening op maligniteit: hoe?



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Standaard: Rx thorax, eiwitelectroforese, (echo abdomen)
- Bij verhoogde verdenking (cfr vorige dia): PET/CT
 - Bij voorkeur zonder corticoïden (indicatie 1 en 3)
 - Bij de partiële responders (indicatie 2) na proef 1 week, alvorens corticoïden op te drijven
- PET/CT
 - Uitsluiten maligniteit
 - Bevestigen PMR +/- GCA
 - Andere pathologie





Therapie: start

- Start proeftherapie Medrol 16mg/dag 1-2 weken
- Labo met sedimentatie/CRP voor en na start CC
- Indien goede respons klinisch en biochemisch
⇒ diagnose bevestigd
- Indien onvoldoende respons
 - Onderliggende maligniteit? Andere pathologie?
 - PMR bevestigd: Medrol ophogen, snel afbouw zodra remissie



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

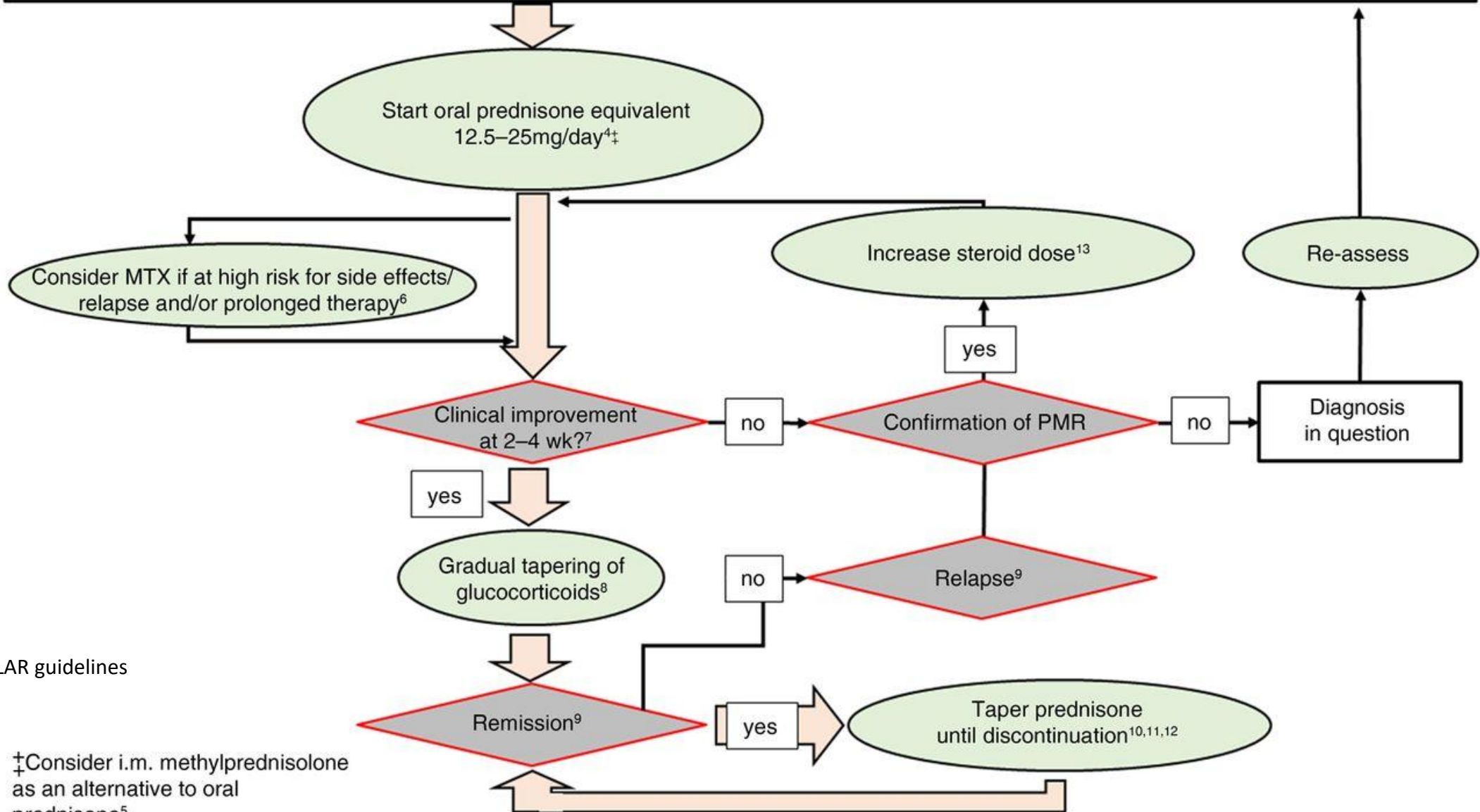
Richtlijnen

2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative

NHG standaard: <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/polymyalgia-rheumatica-en-arteriitis-temporalis>

Patient fulfilling PMR case definition (primary or secondary care)

1. Assess comorbidities¹, other relevant medications and other risk factors for steroid related side effects²
2. Assess possible risk factors for relapse/prolonged therapy³
3. Consider specialist referral (experience or risk of side-effects, relapse/prolonged therapy and/or atypical presentation)
4. Document minimal clinical and laboratory dataset




ACR/EULAR guidelines

† Consider i.m. methylprednisolone as an alternative to oral prednisone⁵

Tabel 1 Dosering prednis(ol)on



| Moment vanafstart behandeling | dosering prednis(ol)on |
|----------------------------------|--|
| Week 0 – 4 | 1 maal daags 15 mg |
| Week 4 – 8 | 1 maal daags 12,5 mg |
| Week 8 – 12 | 1 maal daags 10 mg |
| Vanaf week 12 | Op geleide van klachten zeer geleidelijke vermindering van de dosering. Zie voorbeeldschema afbouw prednis(ol)on |
| Terugval | Verhoog bij het terugkeren van de klachten of het oplopen van de BSE de dagdosering naar het niveau waarop de klachten afwezig of acceptabel waren en probeer na vier weken de dosering opnieuw te verlagen. |

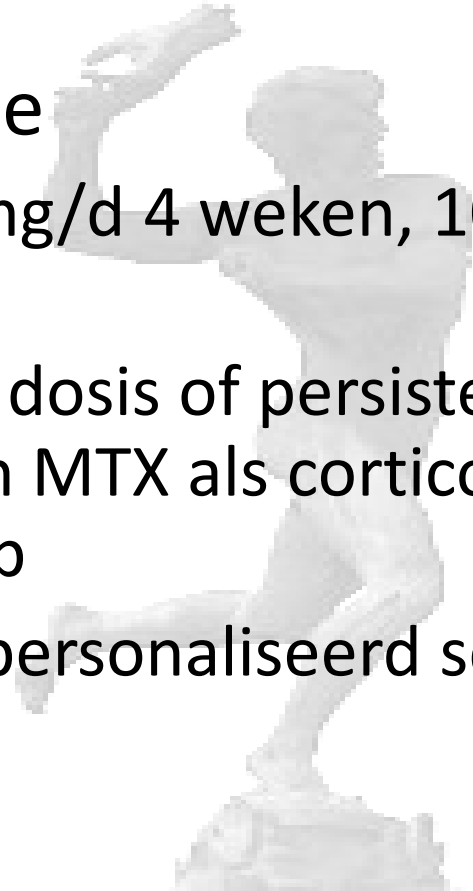


<https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/polymyalgia-rheumatica-en-arteriitis-temporalis>



Therapie: afbouw

- Switch naar Prednisolone
 - 16 mg/dag 4 weken, 12mg/d 4 weken, 10mg/d 4 weken verder -2mg per 3 maanden
 - Bij relapse onder hogere dosis of persisterende relapse lagere dosis/na stop: toevoegen MTX als corticoïdspaarder (7,5-10mg/week), Tocilizumab
 - Standaardschema ↔ gepersonaliseerd schema in functie van
 - Respons
 - Comorbiditeiten: DM,...
 - Compliantie patiënt

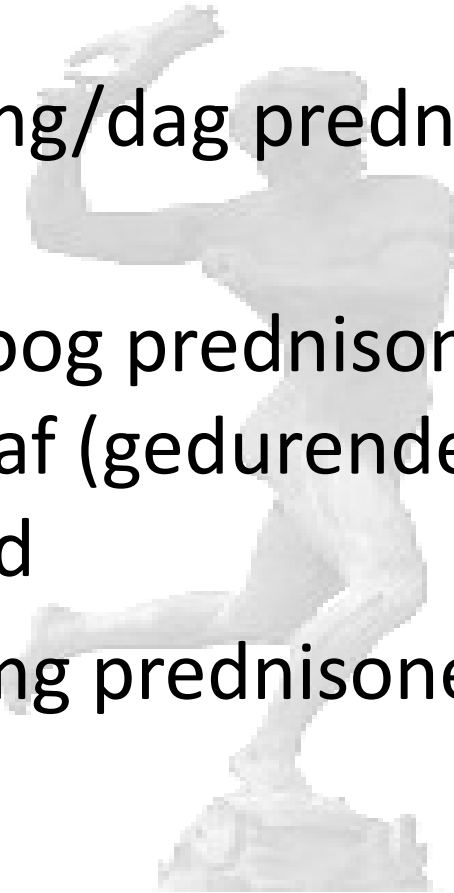


Richtlijnen ACR/EULAR

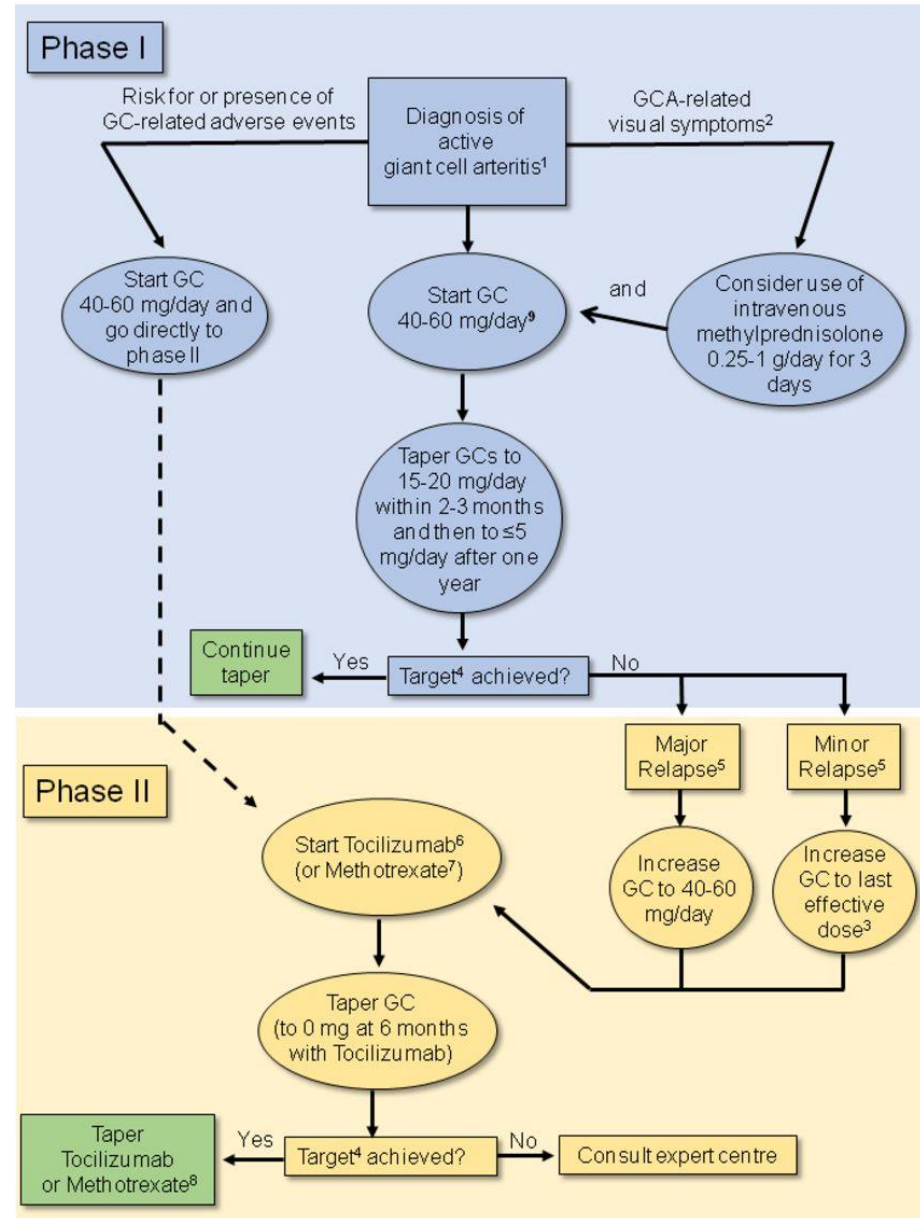


Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Initiële afbouw: tot 10 mg/dag prednisone gedurende 4–8 weken
- Behandeling flare: verhoog prednisone tot laatst effectieve dosis en bouw gradueel af (gedurende 4–8 weken) tot dosis waaronder flare ontstond
- Afbouw bij remissie: -1mg prednisone per 4 weken



2018 EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF GIANT CELL ARTERITIS



A. Temporalis biopsie

ACR/EULAR guidelines

Craniële ischemische manifestaties:
- Acute visusstoornissen (*amourosis fugax*,
diplopie)
- Recent cerebrovasculair incident

Andere GCA kenmerken:
- Recent ontstane temporale hoofdpijn
- Kaakclaudicatio

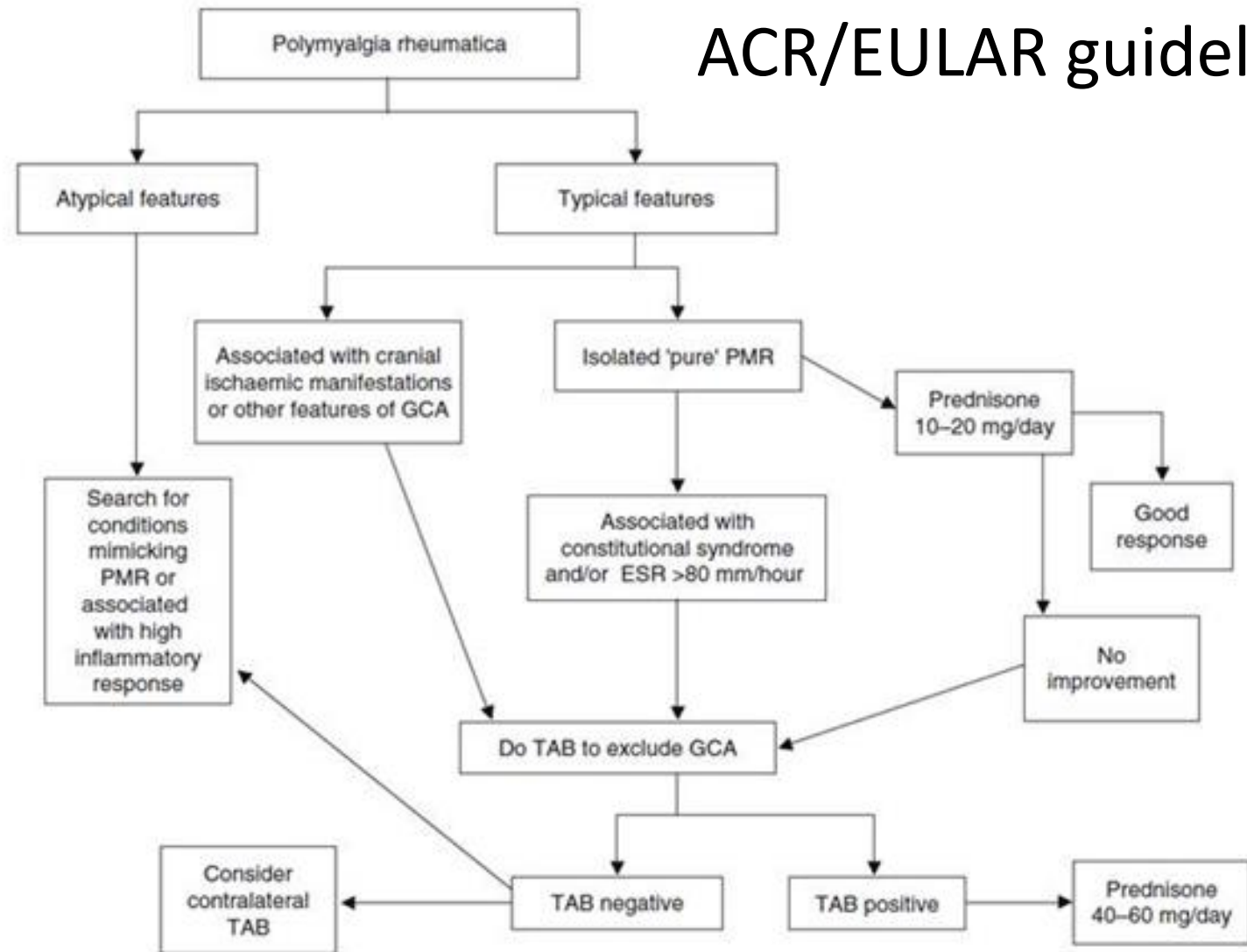


Fig. 1. Work-up and management of a patient presenting with polymyalgic symptoms. ESR = erythrocyte sedimentation rate; GCA = giant cell arteritis; PMR = polymyalgia rheumatica; TAB = temporal artery biopsy.



A temporalis biopsie

Positief - Aantoners

- Kaakclaudicatio LR 4,2
 - Diplopie LR 3,4
- ⇒ maar lage sensitiviteit (34%) en (9%)
⇒ NIET voor hoofdpijn of systemische klachten
-
- A. Temporalis zwelling LR 4,3
 - A. Temporalis pijnlijk LR 2,6
 - A. Temporalis “beading” LR 4,6
- ⇒ Zwakke aantoners

Negatief - Uitsluiters

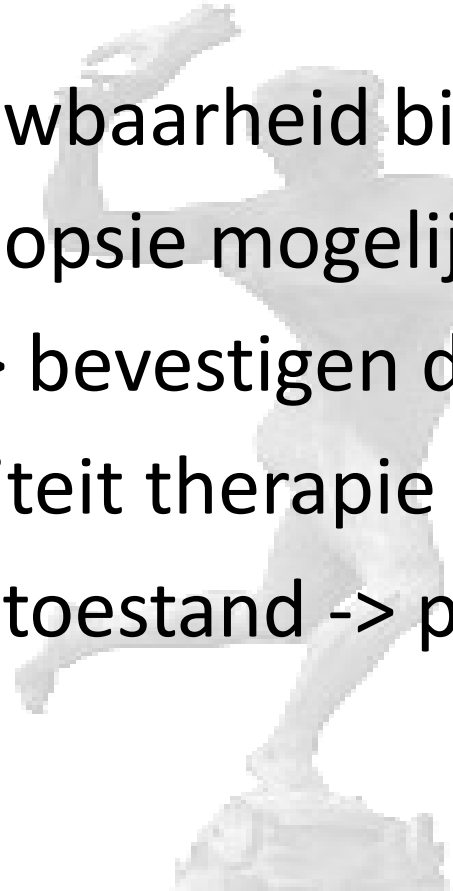
- Afwezigheid A. temporalis afwijkingen: negatieve LR 0,53
- ⇒ Zwakke uitsluiter
-
- Normale bezinking: negatieve LR 0,2
- ⇒ Goede uitsluiter





Biopsie in de praktijk

- Start therapie >> betrouwbaarheid biopt
- Tot 2 weken onder CC biopsie mogelijk positief
- Bij suggestieve kliniek -> bevestigen diagnose
- Leidraad duur en intensiteit therapie
- Ifv leeftijd en algemene toestand -> pragmatische aanpak
- Nut duplex?



Verwijzen - Richtlijnen ACR/EULAR



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Atypische presentatie
 - Perifere artritis
 - Systemische symptomen
 - Lage inflammatoire parameters
 - Leeftijd <60 jaar
- Hoog risico op therapie geïnduceerde nevenwerkingen: opstart MTX?
- PMR refractair aan CC therapie, en/of relapses/prolonged therapie





Perifere artritis (handen, knie)

- DD (seronegatieve) reumatoïde artritis
 - Minder spectaculaire respons op corticoïden
 - Moeilijke dd -> follow up
- DD RSSPE (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema)
 - Extensor tenosynovitis
 - Goede repons op lage dosis corticoïden
 - 12% van PMR

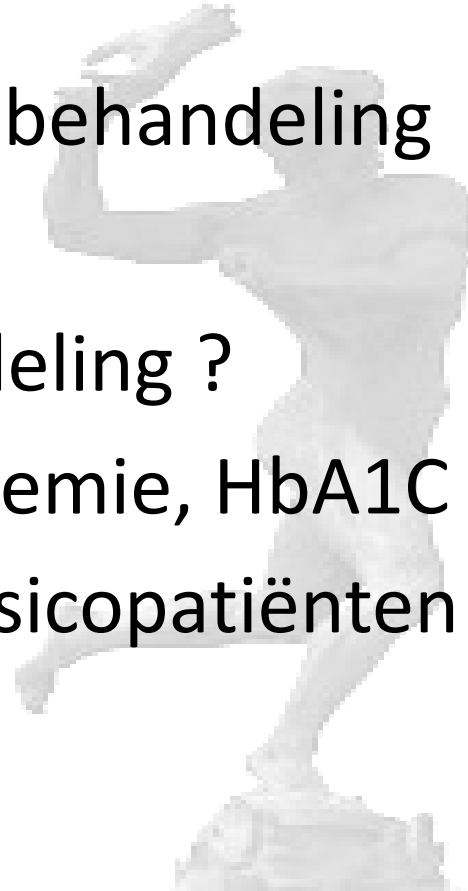


Screening voor osteoporose/DM/AHT/GI ulcera



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

- Screenings BMD tijdens behandeling
- Zo nodig herhalen
- Nut preventieve behandeling ?
- Opvolging nuchtere glycemie, HbA1C en bloeddruk
- GI ulceraties: enkel bij risicopatiënten PPI voor maagbescherming





Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Een pijnlijk rood oog

Peter Dieleman, huisarts

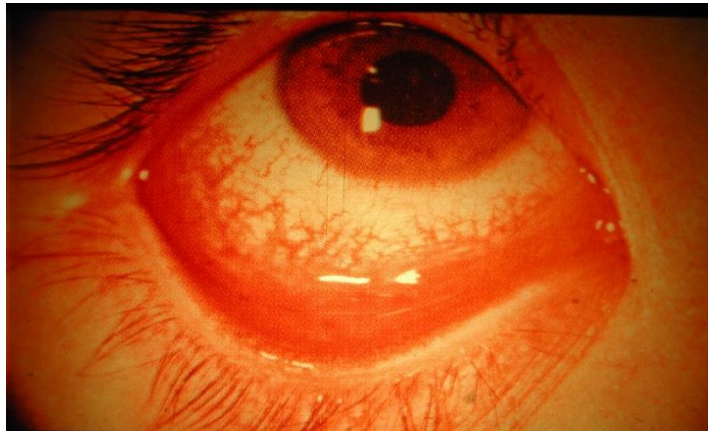
Carina Koppen, Oogheelkunde UZA



Rode oogjes allerlei



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





Blepharitis

Conjunctivitis (infectieus of allergisch)

Subconjunctivale bloeding

.....

(epi)scleritis

(cornea) erosie

Uveitis - Iridocyclitis

Acuut glaucoom

Keratitis (UV of dendritica of bacteriëel)



Willy

Willy Jacobs, 64 jaar, komt bij u aanbellen op het ogenblik dat het avondspreekuur afgelopen is, en u net de auto instapt op weg naar uw laatste huisbezoek.

Hij komt omdat hij roodheid heeft opgemerkt, en toenemende pijn ondervindt aan het rechteroog.

Het is een zonnige zomerdag en u merkt dat de man veel last heeft van het zonlicht.

De patiënt merkt nu pas dat het spreekuur afgelopen is, en verontschuldigt zich. Hij zegt morgen wel op het avondspreekuur te zullen terugkomen.

Welke elementen zijn voor u relevant ?





Willy (2)

Willy Jacobs, 64 jaar, komt bij u aanbellen op het ogenblik dat het avondspreekuur afgelopen is, en u net de auto instapt op weg naar uw laatste huisbezoek.

Hij komt omdat hij roodheid heeft opgemerkt, en toenemende pijn ondervindt aan het rechteroog.

Het is een zonnige zomerdag en u merkt dat de man veel last heeft van het zonlicht.

De patiënt merkt nu pas dat het spreekuur afgelopen is, en verontschuldigt zich. Hij zegt morgen wel op het avondspreekuur te zullen terugkomen.

Is dit dringend, of zal u Willy vragen
morgen terug te komen



Willy (3)

- Wat wil u verder weten
- Welke vragen stel je

Mr Jacobs is met pensioen

Hij draagt geen lenzen

Hij was aan het werken in de tuin,
maar herinnert zich geen trauma

Hij ziet minder goed

Antecedenten:

- darmpoliepen, Bechterew, COPD

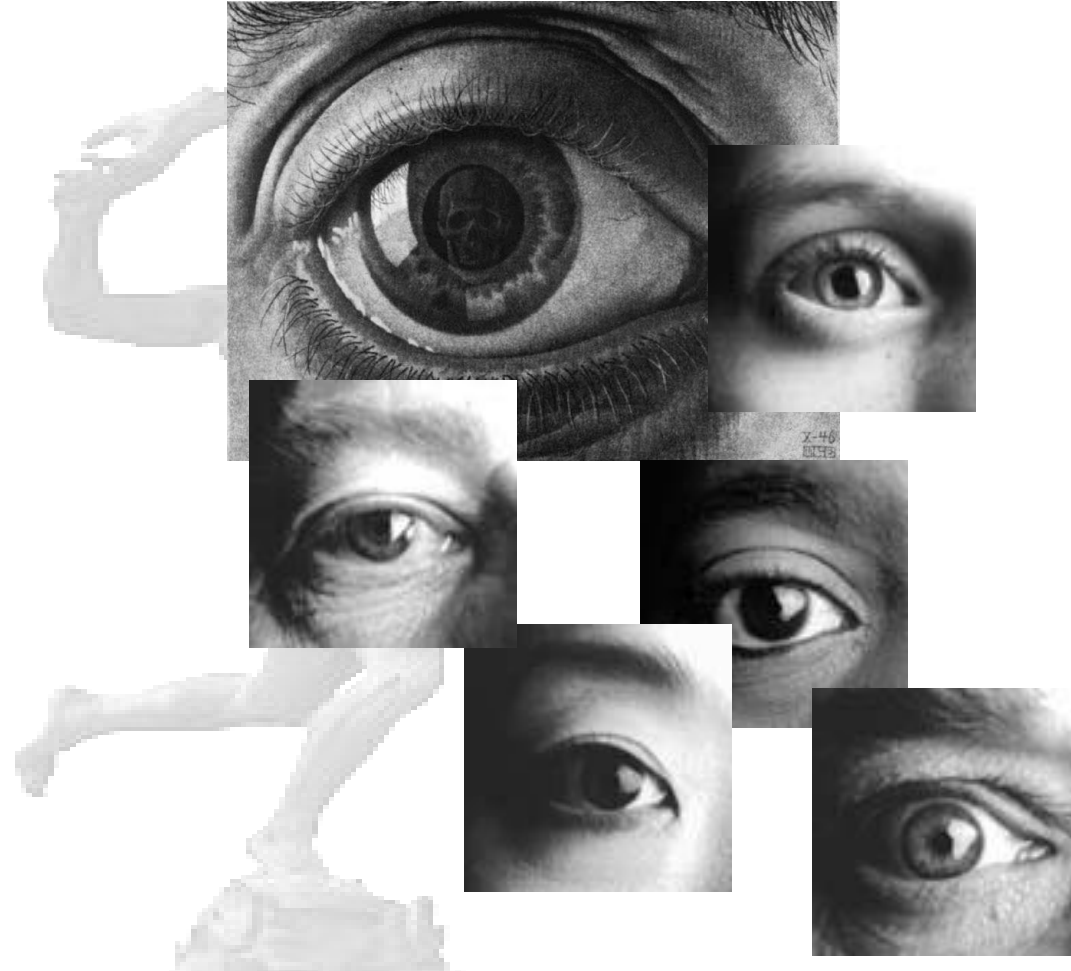




Checklist

- Unilateraal / bilateraal**
- Aard / type roodheid**
- Plaats roodheid**
- Jeuk**
- Zandkorrelgevoel**
- Pijn**
- Fotofobie**
- Secreties**
- Pupilverandering**
- Pupilreactie op licht**
- Wazig zicht**
- Veranderde visus**
- Defect gezichtsveld**
- Diplopie**
- Motiliteit**

- Bijkomende anamnestiche vragen**
- Bijkomende fysische tekens**



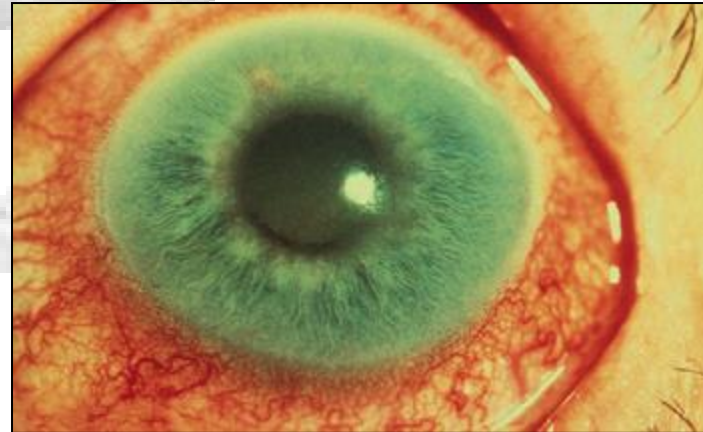
Inschatting: is dit dringend ?

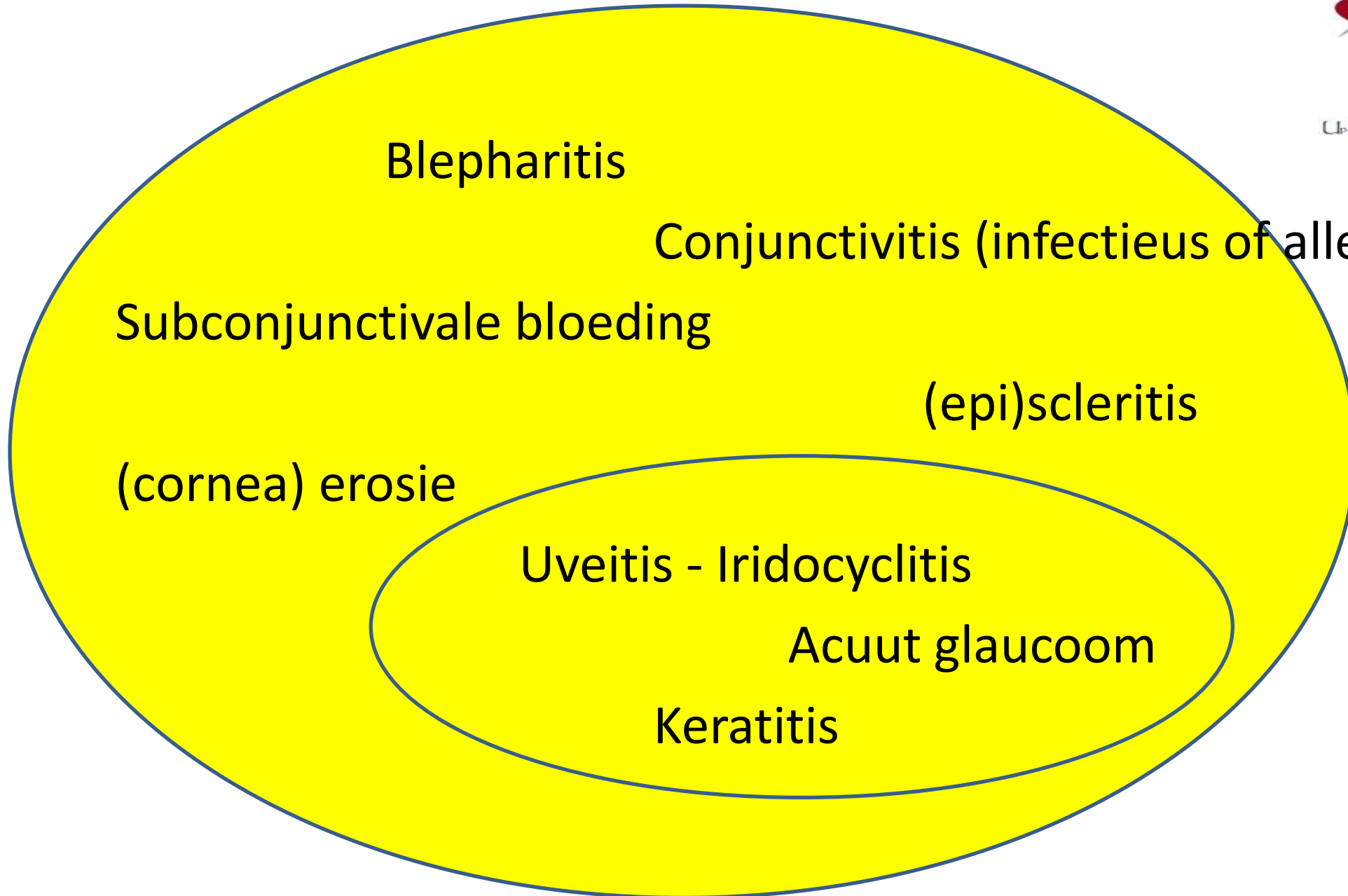
Wat hebben we al

- Unilateraal rood oog
- Pijn, toenemend
- Fotofobie
- Gestoorde Visus

Wat is er te zien

- Centrale roodheid
- Ongelijke pupillen







Vragen aan de expert

- Hoe kan je als huisarts het onderscheid maken tussen de dringende drieling (pupilgrootte, reactie op licht, ...)
- Hoe verwijst je best door bij een dringende casus – hoe is dringende oogheelkunde georganiseerd in het Antwerpse
- Toelichten richtlijn “systematisch klinisch onderzoek”
- Onderscheid in soorten rood oog, met beeldjes



Rode oog

Conjunctivaal

Centraal

Gelocaliseerd

Ciliair

Perifeer

Lokalisatie

Aard

Timbre



Basis oftalmologisch onderzoek



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

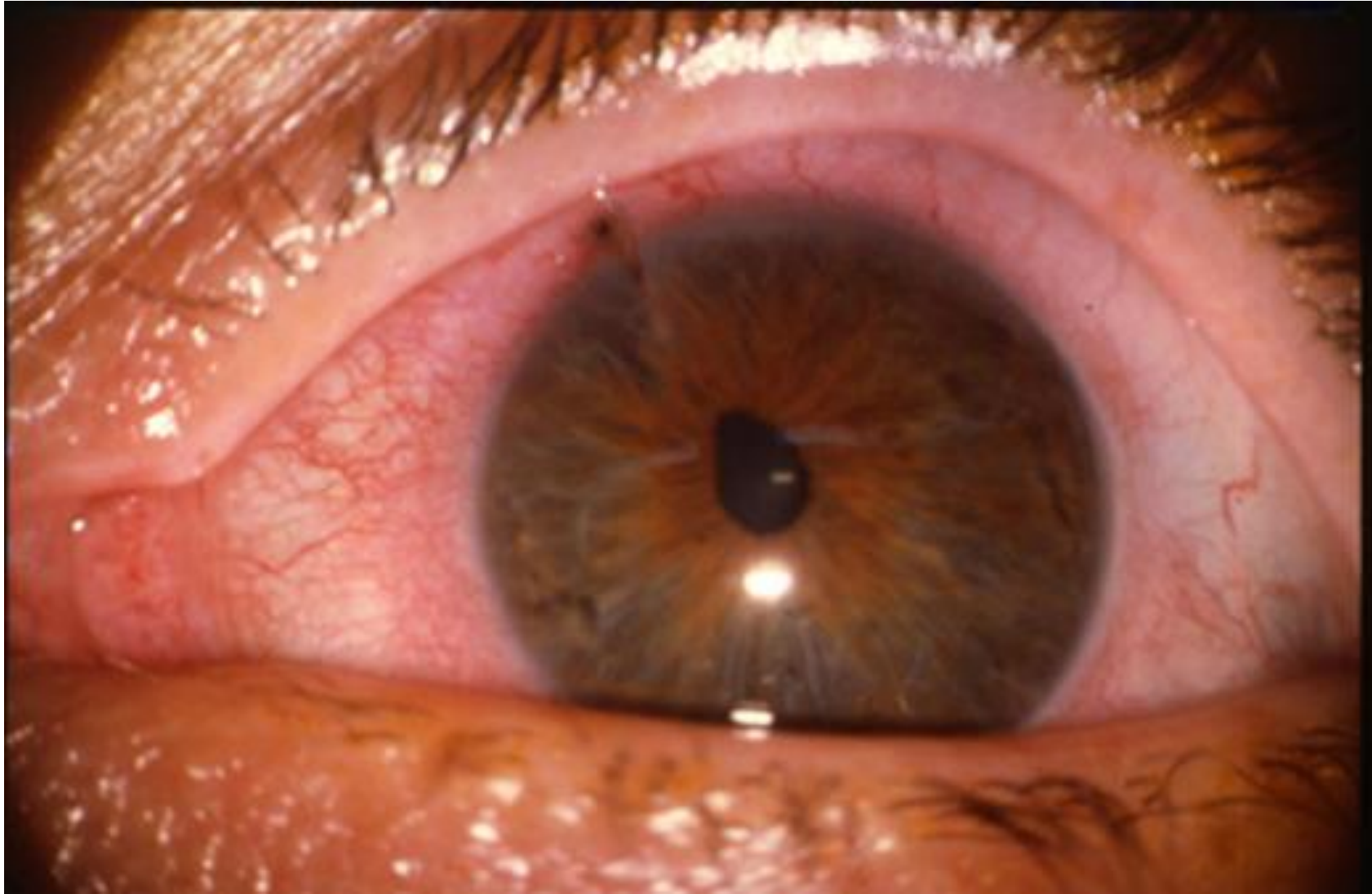
| | | | |
|--|--|--|---|
| Visuele functie Visus Amslertest Gezichtsveld Kleurzin Dieptezicht | Motoriek oog Oogstand Instelbeweging Oogbewegingen | Inspectie Wenkbrauwen Oogleden Wimpers Conjunctiva Cornea Voorste oogkamer Iris Pupil Traanapparaat Orbita Achterste oogsegment (na pupildilatatie) Rode fundus reflectie | Palpatie Oogdruk Reflux traanzak Orbitaranden |
| Pupilreacties Direct Consensueel Convergentie | Motoriek oogleden Sluiten Openen | | Auscultatie Orbita |



5/17/2010
1



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



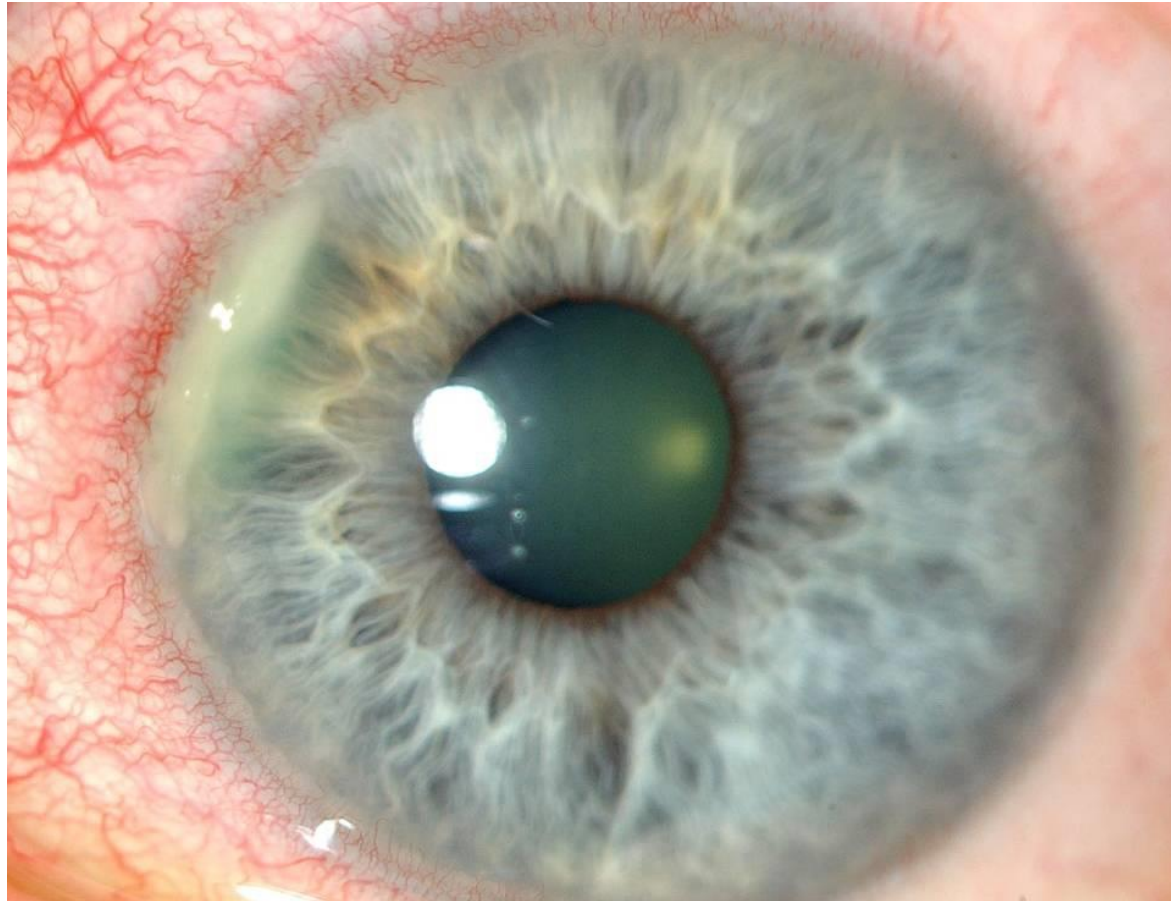
Podates Huisartsen Provincie Antwerpen



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

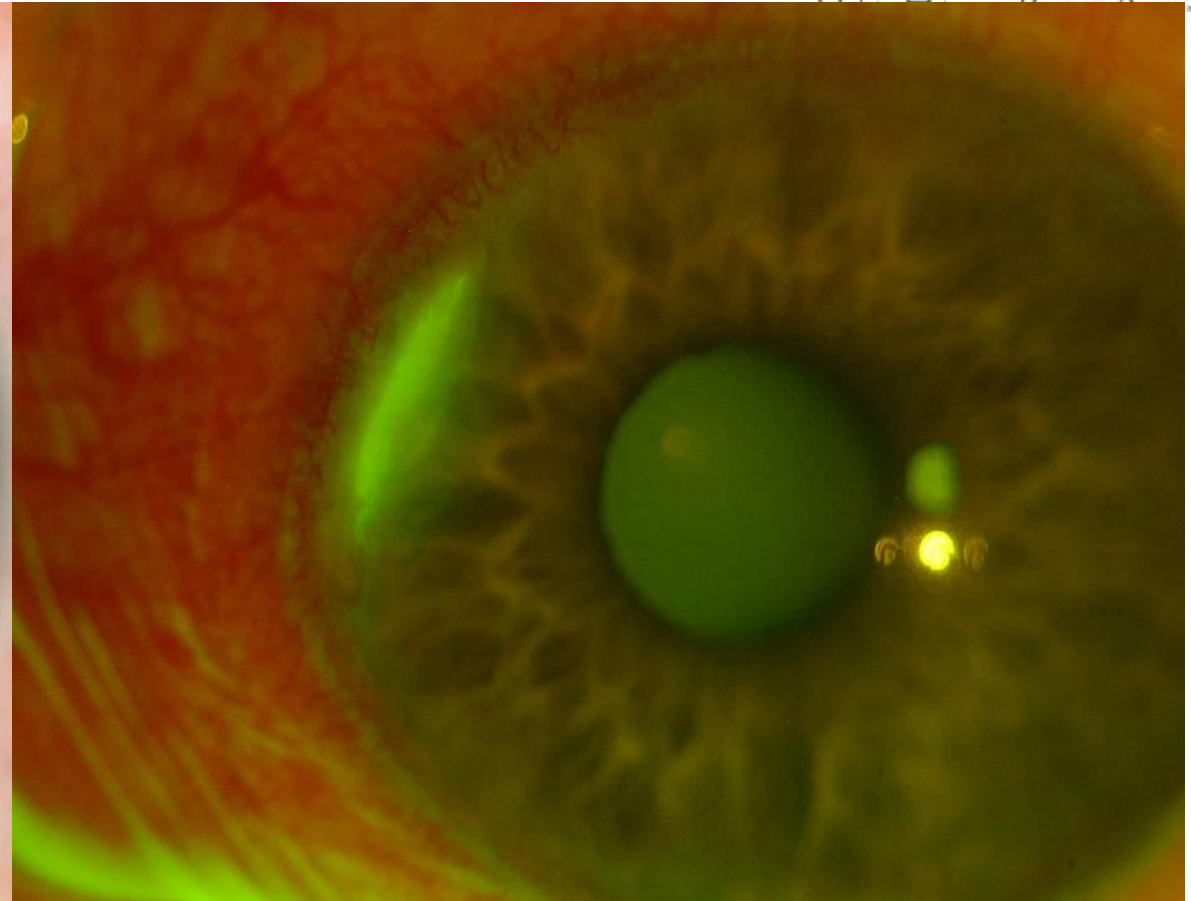
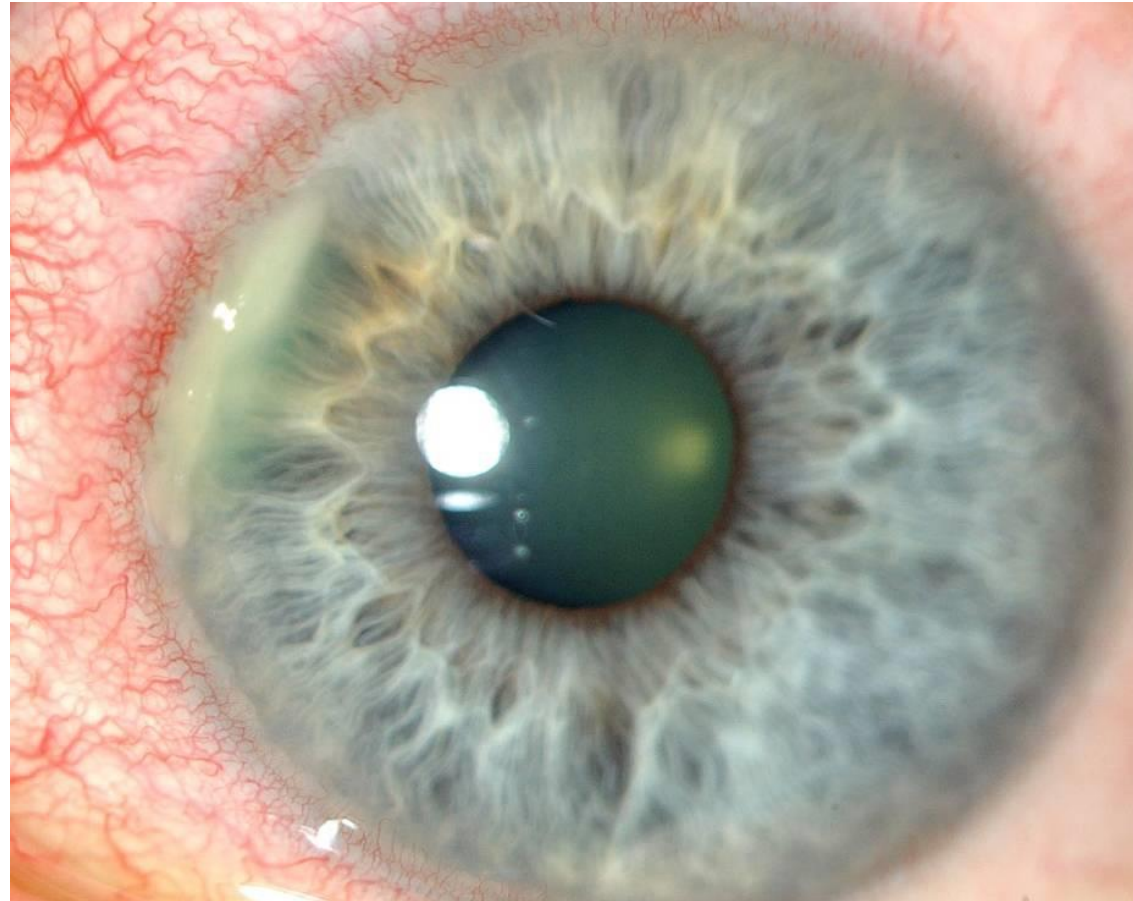


Updates Huisartsen Provincie Antwerpen





U H A S
rpen

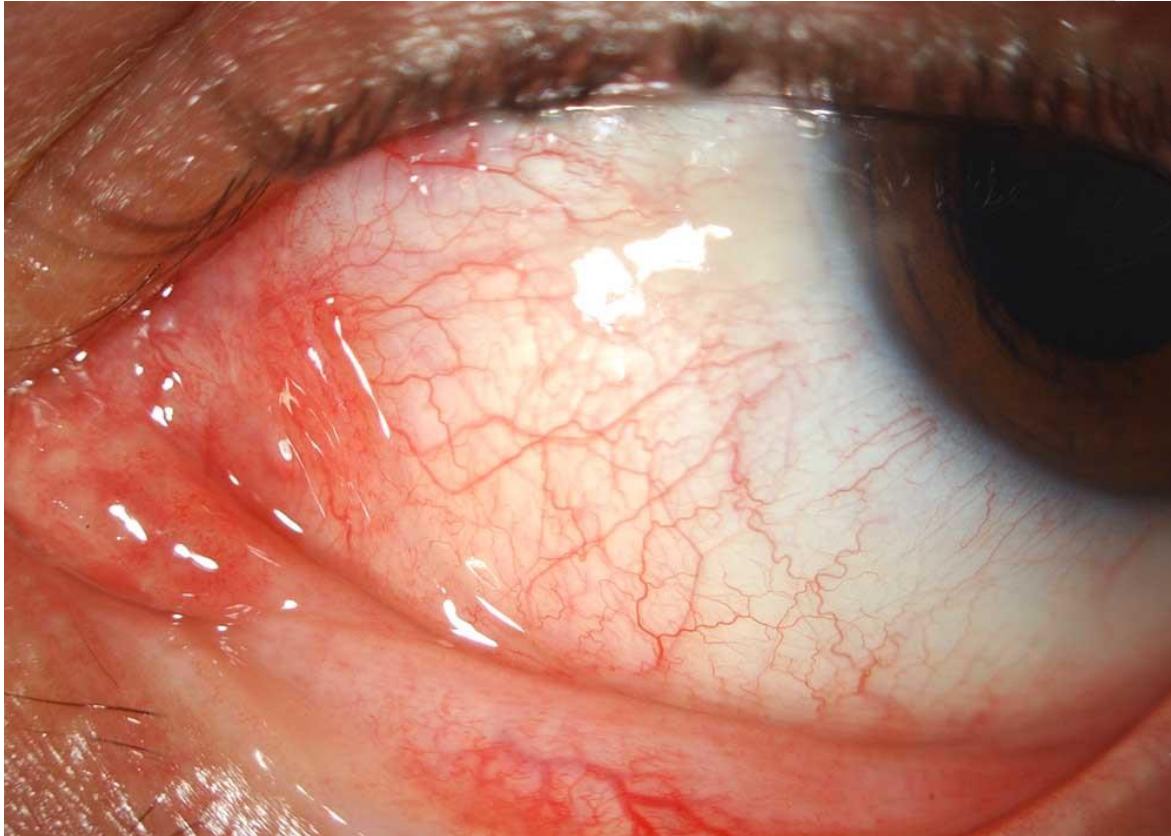




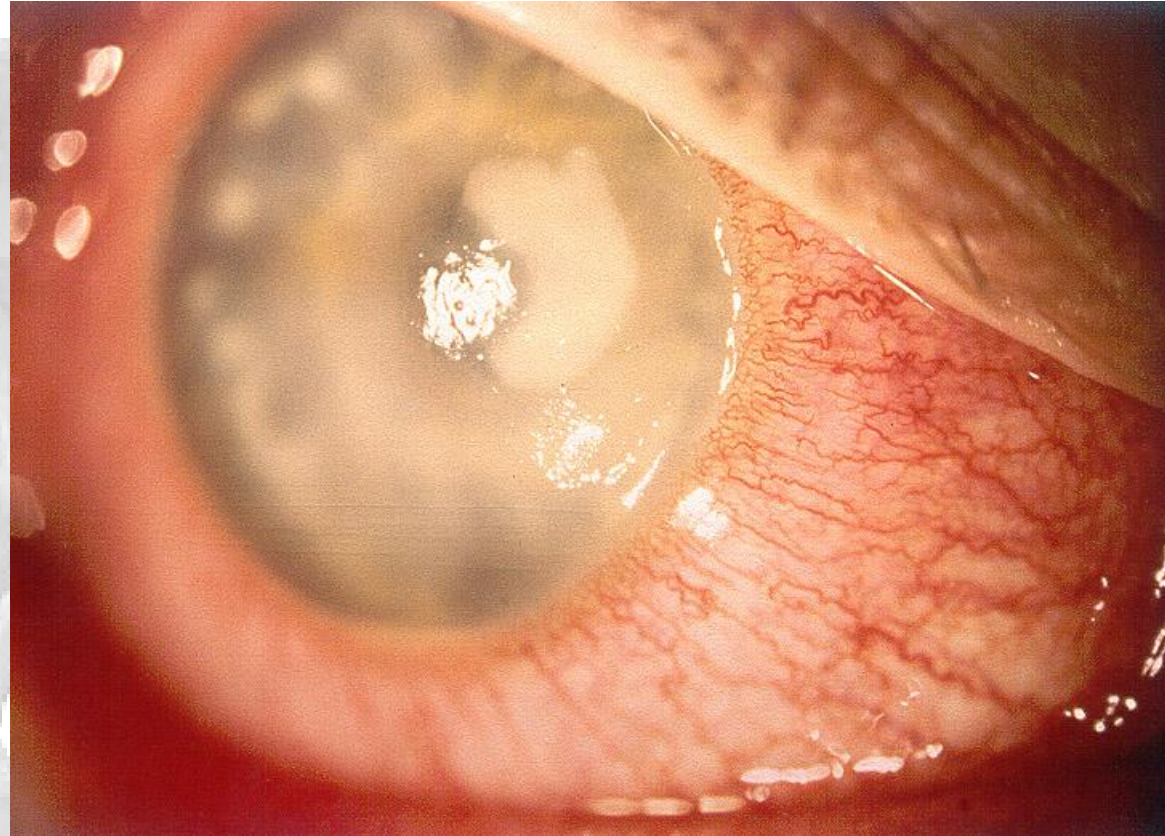
Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Conjunctivale versus ciliaire injectie



Conjunctivale roodheid =
toenemend naar de fornix
Irritatie, secreties



Ciliare roodheid = rond de cornea

Een rood oog in uw consultatie?



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen

Evalueer pijn, fotofobie, blefarospasme en tranen

Oogonderzoek:

Visus

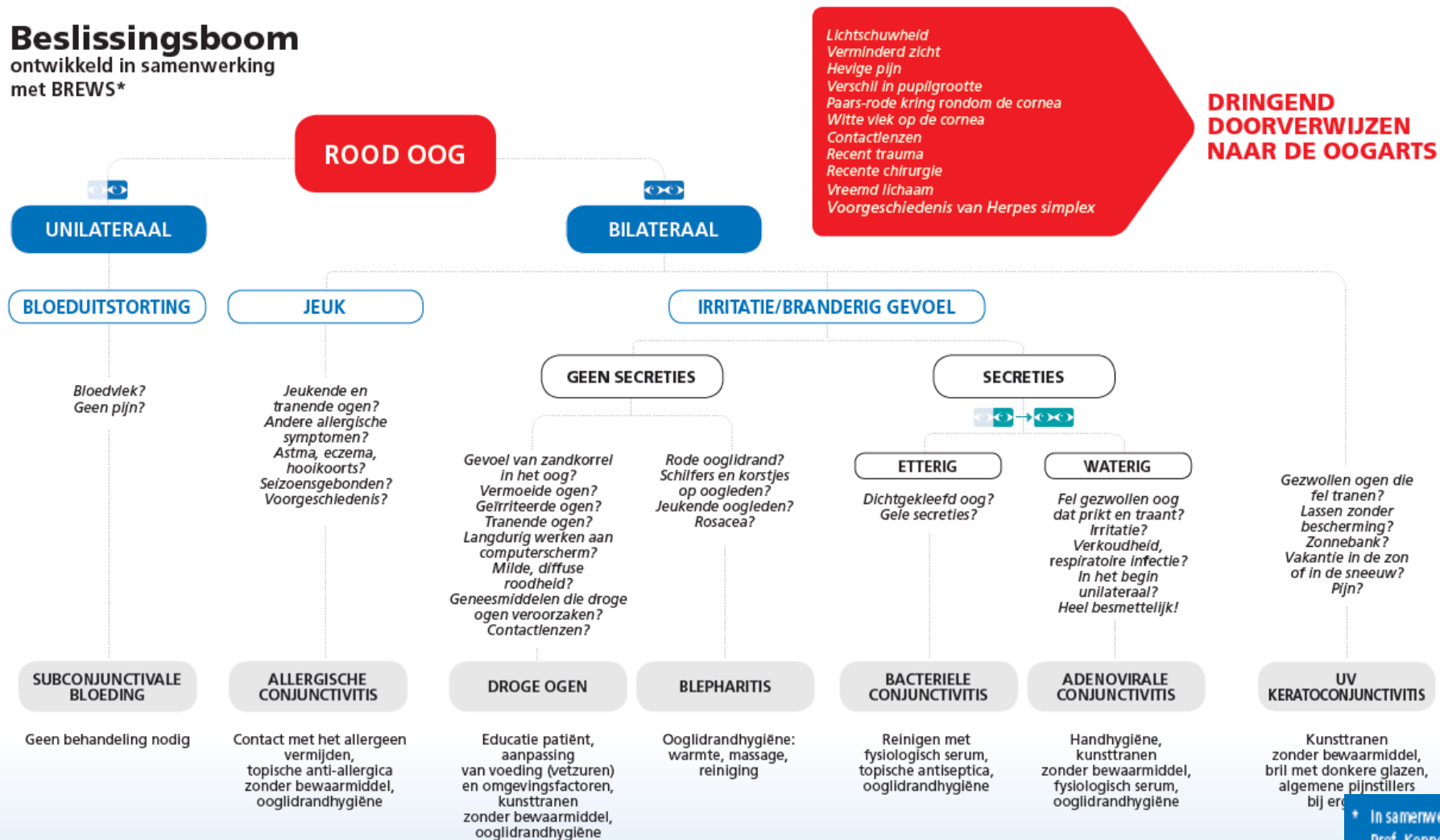
Pupil en motiliteit

Inspectie inclusief fluoresceïne-test

Palpeer de oogbol

Het rode oog: beslissingsboom

Beslissingsboom
ontwikkeld in samenwerking
met BREWS*



Bij twijfel of verergering, raadpleeg een oogarts.

Gebaseerd op Timlin H, Butler L, Wright M. Eye 2015;29: 619-624.
Gebaseerd op Granet D. Allergy Asthma Proc. 2008;29(6):565-74.
Gebaseerd op Morrow GL, Abbott RL. Am Fam Physician. 1998;57(4):573-577.
Gebaseerd op Cronau H, Kankanala RR, Mauger T. Am Fam Physician.

* In samenwerking met BREWS, de Belgian Red Eye Workshop met Prof. Koppen, Prof. Duchesne, Dr. Behaegel, Dr. Es Saft, Dr. Gast, Dr. Kreps, Dr. Leysen, Dr. Qin, Dr. Assouline, Dr. Bleyen, Dr. De Craene, Dr. Delbeke, Dr. Termote, Dr. Van Acker



Updates Huisartsen Provincie Antwerpen



Accreditatie:
in aanvraag via
Domus Medica

ONLINE

Special Olympics Health Congres

*Mensen met een verstandelijke beperking
de zorg van de huisarts*

maandag 23 november 2020
16.00 - 18.30u

Voor **huisartsen** en **studenten geneeskunde**,
om mensen met een verstandelijke beperking
beter te leren begrijpen

Kijk op: specialolympics.nl/congres
voor meer informatie en inschrijving! 

