



KEUZEHULP WIJST PATIËNT BIJ PIJN IN DE BOVENBUIK NAAR PASSENDE ZORG

Lang niet alle patiënten met pijn in de bovenbuik zijn na een galblaasverwijdering van hun klachten af. Mogelijk waren de vastgestelde galstenen niet de oorzaak van hun buikklachten. Omdat er veel meer andere oorzaken voor pijn in de bovenbuik zijn, zou een keuzehulp op basis van symptomen patiënten misschien wel naar de juiste zorg kunnen leiden. Promovendus Anton Jonkers zoekt dat in het Radboudumc in Nijmegen uit met de RELIEF-studie.

TEKST Jenneke van de Streek

Kan een keuzehulp patiënten met pijn in de bovenbuik naar de juiste zorg leiden? Vanuit deze vraag is het Radboudumc Nijmegen samen met het MDL-fonds drie jaar geleden gestart met de opzet van de RELIEF-studie die sinds eind 2024 open is voor inclusie. De studie komt voort uit de ervaring van gastro-intestinaal chirurg Philip de Reuver, dat patiënten bij wie een cholecystectomie is verricht lang niet altijd van de klachten af zijn. Reden ook dat hij projectleider van de RELIEF-studie is. De Reuver noemt daarom eerst een serie getallen, om duidelijk te maken waar het nu eigenlijk gaat. ‘400.000 patiënten komen jaarlijks bij de huisarts met bovenbuikklachten. Daarvan verwijst de huisarts er 100.000 naar de tweede lijn en komen er uiteindelijk 30.000 bij de chirurg. Die besluit bij 25.000 patiënten om een cholecystectomie te verrichten. Echter, 30 procent blijft na de galblaasoperatie pijnklachten houden. En 20 procent heeft persisterende klachten van diarree. We weten dus niet of zij wel plezier aan de galblaasoperatie hebben beleefd.’ De Reuver vraagt zich daarom af of de cholecystectomie wel de juiste behandeling voor de klachten is geweest. Hij schat dat een kwart van de galsteenoperaties achteraf gezien onnodig was (zie kader Onderzoek naar verbetering selectie cholecystectomie). De pijn in de bovenbuik kan wijzen op galsteenziekten, maar ook op prikkelbaredarmsyndroom (PDS), dyspepsie of klachten waarbij stress- en metabo-gerelateerde ziektebeelden zoals obesitas een rol spelen.¹⁻⁴ Een keuzehulp zou wellicht kunnen uitwijzen wat voor hen de beste zorg is.

De RELIEF-studie is onderdeel van het promotieonderzoek van physician assistant maag-, darm-, leverziekten Anton Jonkers. ‘De keuzehulp is heel erg gericht op zelfmanagement. In filmpjes belichten de huisarts, MDL-arts, chirurg en een leefstijlcoach het probleem van bovenbuikklachten en geven daarbij uitleg. De patiënt vult een symptoombereik in en krijgt daarna in een staafdiagram te zien welke ziektebeelden het beste bij zijn klachten kunnen passen. Daar worden dan ook potentiële behandelingen bij vermeld en leefstijladviezen gegeven over wat de patiënt zelf kan doen.’

SYMPTOMEN

In 2021 heeft de afdeling MDL van het Radboudumc al samen met artsen van het Nederlands Huisartsen Genootschap en redacteuren van Thuisarts de keuzehulp Maagklachten gemaakt op basis van de huisartsenrichtlijn. Deze is dit jaar geactualiseerd. Die keuzehulp geeft ook informatie over maagklachten, de oorzaak ervan en potentiële behandelingen, maar richt zich op het wel of niet verwijzen van patiënten naar de MDL-arts voor een gastroscopie. ‘De keuzehulp is succesvol gebleken, het aantal gastroscopieën – waarvan we weten dat het onderzoek weinig oplevert – is met de helft teruggebracht van 80 naar 40 procent’, geeft Jonkers aan. ‘Deze keuzehulp is als een soort pilot te beschouwen. Onze keuzehulp ligt in dezelfde lijn, maar waar die voor maagklachten zich richt op de interventie, gaat Pijn in de Bovenbuik over symptomen en het managen ervan.’ De Reuver vult aan: ‘Voorheen dacht de huisarts bij buikpijn al gauw aan galstenen en verwees naar de chirurg voor een operatie. Nu zijn ze daar al terughoudender in en erkennen dat er meer oorzaken voor de buikpijn kunnen zijn. Soms geeft de huisartsen een duidelijk differentiaaldiagnose mee, zoals dyspepsie, maar soms zijn er twee of wel drie mogelijke diagnoses. De Keuzehulp dient dan om te kijken wat het beste past.’

RELIEF-STUDIE

In de RELIEF-studie krijgt een deel van de patiënten met pijn in de bovenbuik reguliere zorg en een deel krijgt reguliere zorg met ondersteuning van de keuzehulp. Patiënten kunnen meedoen nadat ze door de huisarts zijn verwezen naar de polikliniek Chirurgie in het Radboudumc of een van de zeven deelnemende ziekenhuizen. Patiënten uit de onderzoeksgroep vullen de keuzehulp in voor het polibezoek en bespreken de uitkomst ervan met de MDL-arts of chirurg, die samen met de patiënt een behandelplan opstelt. Omdat patiënten voor het bezoek aan de arts kunnen zien wat de mogelijke oorzaak van de pijn is en uitleg krijgen over de behandelopties, kunnen ze zelf al aan de slag met de adviezen die de keuzehulp geeft. Bovendien krijgen ze dan ook de keuze om een leefstijlcoach te bezoeken. Jonkers volgt de patiënten gedurende een jaar en zal daarna analyseren of de inzet van de



A. (ANTON) JONKERS

physician assistant,
afdeling Maag-, darm-,
leverziekten,
Radboudumc, Nijmegen



DR. P.R. (PHILIP) DE REUVER

gastro-intestinaal chirurg,
afdeling Heelkunde,
Radboudumc, Nijmegen

keuzehulp invloed heeft op tal van mogelijke vervolgstappen. Hoeveel gastroscopieën, coloscopieën of chelecystectomieën zijn er uitgevoerd? Hoeveel patiënten zijn verwezen naar de MDL-arts, de chirurg of een leefstijlcoach? Ook meet hij de *patient reported outcome* (PROMs). Misschien is het wensdenken, erkent hij, maar Jonkers zou het mooi vinden als patiënten na vijf jaar een betere gezondheid ervaren en onnodig zorggebruik is teruggedrongen.

AMBITIE

Herfst 2025 is driekwart van de patiënten geïncludeerd en Jonkers verwacht komend voorjaar de instroom te kunnen sluiten. Op dit moment doorloopt 80 procent van de patiënten uit de onderzoeksgroep de keuzehulp in zijn geheel en geven die het cijfer 8,5. Dat stemt Jonkers tevreden, maar het resultaat behoeft wel enige nuance. ‘De groep die meedoet aan de studie is natuurlijk wel een geselecteerde groep. We zien dat patiënten graag de keuzehulp gebruiken omdat ze daarmee zelf iets kunnen doen. Als een keuzehulp vrijblijvend wordt voorgesteld, wordt deze vaak maar matig doorgenomen.’ Het plan is om over drie jaar de keuzehulp te kunnen implementeren. ‘Dat is ambitieus’, erkent De Reuver. ‘Opname in de richtlijn en implementatie op de werkvloer na een trial, duurt vaak wel acht tot negen jaar. Omdat we de studie nu samen met het MDL-fonds doen, hebben we gelijk een partner om de kennis in de praktijk te brengen. Daarmee hopen we op meer snelheid.’ Een stap in de goede richting is al dat bij chirurgen inmiddels duidelijk is dat cholecystectomie niet de kip met de gouden eieren is. Advies daarover wordt naar

Selectie cholecystectomie bij patiënten met buikpijn en galstenen

Arts-onderzoeker Daan Comes promoveert op 18 november aan de Radboud Universiteit in Nijmegen met zijn proefschrift 'Optimizing care for patients with symptomatic cholelithiasis'. Hij concludeert daarin dat de langetermijntuitkomsten na cholecystectomie kunnen worden verbeterd door bij de selectie van patiënten rekening te houden met patiëntkarakteristieken, pijnkarakteristieken en aanwijzingen voor dyspepsie en het prikkelbare darmsyndroom. Gepersonaliseerde keuzehulp gecombineerd met klinische beslisregels kunnen daarbij een uitkomst bieden. In het huidige diagnostische traject ontdekte Comes dat bij twee derde van de patiënten met een klinische verdenking van galsteenziekten op de echo geen galstenen werden vastgesteld. Koliekachtige pijn, ernstige aanvullende pijn, pijn die minder vaak dan wekelijks optreedt en afwezigheid van zuurbranden waren geassocieerd met de aanwezigheid van galstenen. Comes ontwikkelde een voorspelmodel om huisartsen te ondersteunen bij de betere selectie van patiënten voor een abdominale echo.

Om de impact van buikklachten bij galstenen te meten, werd een nieuwe vragenlijst ontwikkeld en gevalideerd. Bestaande vragenlijsten bleken vaak te lang of van onvoldoende kwaliteit. Daarom werden uit eerder gebruikte vragenlijsten de meest relevante en valide items geselecteerd. Dit leidde tot de Gall-Q, een vragenlijst met dertien items die de impact van buikpijn en galstenen meet op verschillende dimensies, waaronder galsteengerelateerde buikpijn, overige buikklachten en de invloed op het sociale leven.⁵

De Gall-Q is laagdrempelig toepasbaar in de spreekkamer en kan helpen de impact van klachten op het dagelijks leven in kaart te brengen.

Comes onderzocht in de SECURE-trial het langetermijneffect van strenger selecteren voor een cholecystectomie met de standaardzorg (voorkeur van chirurg en patiënt). Uit de kortetermijnresultaten (één jaar) van de SECURE-studie bleek dat zo'n restrictieve selectie wel zorgde voor minder operaties, maar niet voor minder pijn na de operatie; maar 60% van de patiënten was pijnvrij. In de 5-jaar follow-upstudie waren deze getallen vergelijkbaar, maar bleek ook dat strenger selecteren veilig was als het gaat om galsteen- en chirurgisch-gerelateerde complicaties.⁶ Daaruit concludeerde Comes onder meer dat strenger selecteren mogelijk is, maar dat er betere criteria nodig zijn. Om een kans op een klinisch relevante pijnreductie op de lange termijn te voorspellen, werd een klinisch voorspelmodel ontwikkeld en gevalideerd.⁷ Het model dat karakteristieken over pijn en andere buikklachten bevat, is in staat goed onderscheid te maken tussen patiënten met en zonder klinisch relevante pijnreductie na vijf jaar. Dit model kan laagdrempelig in de spreekkamer worden gebruikt om een goede afweging te maken om wel of niet voor een galblaasverwijdering te kiezen. Concluderend weten we nu dat veel patiënten zelfs op de lange termijn nog buikpijn hebben, ook als de galblaas is verwijderd. Strenger selecteren is veilig, maar beter selecteren verbetert de uitkomsten en kan daarbij onnodige operaties voorkomen.

verwachting komend jaar in een nieuwe module van de richtlijn opgenomen.

Het primaire eindpunt van de RELIEF-studie is het zorggebruik en de kwaliteit van leven. Jonkers ziet daarnaast nog verdiepende vragen. 'Zo heeft stress veel invloed op het ervaren van klachten van PDS en staan bij maagklachten voeding en overgewicht op de voorgrond. Wat zou dan het effect van leefstijlcoaching zijn? De interventie van een leefstijlcoach is tot nu beperkt bestudeerd.'

FAGSTONE, een andere studie bij de afdeling MDL van het Radboudumc, zou daar mogelijk antwoord op kunnen geven. Daarin wordt het effect van het leefstijlorgloket bij patiënten met een MDL-aandoening onderzocht. De leefstijlcoach krijgt drie kwartier de tijd om met de patiënt in te gaan op de rol van leef-

stijl bij het ontstaan van de klachten en heeft de mogelijkheid om patiënten door te verwijzen naar bijvoorbeeld een diëtist, slaapcoach, buurtcoach of psycholoog. Anton Jonkers ziet daar een mooie aanvulling op zijn onderzoek in. '80 procent van de patiënten in de interventiearm van de RELIEF-studie wil een leefstijlcoach bezoeken.' ■

Referenties

1. De Jong JJ, Latenstein CSS, Boerma D, et al. Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy: A Prospective, Multicenter, Observational Study (PERFECT - Trial). *Annals of Surgery*. 2020; 275(6):e766-e772.
2. Latenstein CSS, De Jong JJ, Eppink JJ, et al. Prevalence of dyspepsia in patients with cholelithiasis: a systematic review and meta-analysis. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 2019, 31(8):928-934.

3. Horn A, Stang S, Parisi S, et al. Systematic review with meta-analysis: Stress-management interventions for patients with irritable bowel syndrome. *Stress Health*. 2023;39(4):694-707.
4. Volarić M, Šojat D, Majnarić LJ, et al. The Association between Functional Dyspepsia and Metabolic Syndrome: The State of the Art. *Int J Environ Res Public Health*. 2024; 18;21(2):237.
5. Thunnissen FM, Comes DJ, Kornmann VNN, et al. Short disease-specific quality of life questionnaire for patients with uncomplicated symptomatic cholelithiasis: Gall-Questionnaire. *BJs Open*. 2025;9(2):zraf025.
6. Comes DJ, Wennmacker SZ, Latenstein CSS, et al. Restrictive Strategy vs Usual Care for Cholecystectomy in Patients With Abdominal Pain and Gallstones: 5-Year Follow-Up of the SECURE Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*. 2024; 159(11):1235-1243.
7. Comes DJ, Latenstein CSS, van der Bilt JDW, et al. Development and validation of a clinical decision tool for predicting long-term pain reduction following laparoscopic cholecystectomy in patients with symptomatic cholelithiasis: a prospective cohort study. *Int J Surg*. 2025;111(8):5205-5214.