

Tweede lijn geschikter om koemelkallergie op te sporen

Poli koemelkallergie bespaart kosten

dr. Jamiu Busari,
kinderarts medisch manager/
opleider, Atrium Medisch
Centrum Parkstad, Heerlen

Chantal Janssen,
verpleegkundige specialist i.o.,
coördinator koemelkallergie-
poli, Atrium Medisch Centrum
Parkstad, Heerlen

dr. Janneke Kaper,
beleidsmedewerker, Atrium
Medisch Centrum Parkstad,
Heerlen

Correspondentieadres:
j.busari@atriummc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Hollandse Hoogte

Het diagnosticeren van een koemelkallergie gebeurt vaak met een open provocatietest in de eerste lijn. Dat lijkt effectief, maar is het niet. Een uitgebreidere test in de tweede lijn blijkt per saldo kosten te besparen.

Jeugdartsen riepen begin 2012 zorgverzekeraars op om kritisch te kijken naar de opkomst van huilbabypoli's, allergiepoli's en andere 'nodeloos ingewikkelde en dure' voorzieningen die ziekenhuizen massaal optuigen. Hierbij werd specifiek gedoeld op de behandeling van kinderen met een koemelkallergie. Behandeling in de eerste lijn zou goedkoper, efficiënter en beter zijn.¹ Wij vinden dat de zorg voor kinderen met een koemelkallergie door een betere diagnose efficiënter is in de tweede lijn.

Zekerheid

De bestaande in-vitromethoden om klinisch relevante koemelkallergie op te sporen zijn van beperkte diagnostische waarde. Alleen met een koemelkprovocatietest is deze allergie met 100 procent zekerheid vast te stellen.

Omdat het uitvoeren van een dubbelblinde placebo-gecontroleerde voedselprovocatietest (DBPGVP) wordt gezien als arbeidsintensief, tijdrovend en duur, wordt deze diagnose in de

eerste lijn en vaak ook in de tweede lijn nog vaak gesteld op basis van een open provocatietest.

Om de DBPGVP uit te voeren wordt het kind twee keer een ochtend opgenomen op de kinderafdeling waarbij het kind at random óf voeding krijgt met het verdachte allergene voedingsmiddel (verumprovocatie) óf een placebovoeding waarbij kind, ouder(s) en

onderzoeker geblindeerd zijn. Klachten die optreden op de verumvoeding leiden tot de diagnose, zie onderstaand schema.

Verum-provocatie	Placebo-provocatie	Uitslag DBPGVP
+	–	positief
+	+	negatief
++	+	positief
–	–	negatief
+ of –	++	negatief

+ = klachten; – = geen klachten

Bij een open provocatietest wordt na een periode van abstinentie het 'vermeende' allergeen toegediend en afhankelijk van de symptomen die daarna optreden volgt de diagnose, of niet. Het nadeel van deze methode is dat alle symptomen die optreden worden gezien als allergische reactie, waardoor er veel fout-positieve diagnoses voorkomen.²

De DBPGVP geldt als gouden standaard voor deze diagnose, omdat hierbij kind, ouder en onderzoeker geblindeerd zijn.³ In een Nederlands onderzoek zijn 41 kinderen bij wie op grond van klachten en open testen aan koemelkallergie werd gedacht, hertest met de DBPGVP.² De diagnose koemelkallergie werd bij 28 kinderen (66%) verworpen.

Dubbelblinde provocatietesten in de tweede lijn zijn kostenbesparend en effectief

Als de diagnose koemelkallergie ten onrechte wordt gesteld, kan dat nadelige gevolgen hebben: te laat beginnen met bijvoeding bij zuigelingen, slechte groei of ondervoeding, fixatie op voedsel als oorzaak van onschuldige symptomen, sociaal isolement en nalaten van verdere diagnostiek als er een andere aandoening is.⁴ Ook de hoge kosten spelen een rol. Daarom is het van belang om bij kinderen met een bewezen allergie regelmatig na te gaan of er inmiddels tolerantie is opgetreden, zodat het allergeenvrije dieet niet onnodig lang hoeft te worden volgehouden.

Hoewel de open provocatietesten goedkoper zijn om uit te voeren, zorgt het hoge percentage fout-positieve diagnoses uiteindelijk toch voor meer kosten. De onterecht toegewezen dieetvoeding en de begeleiding door de diëtiste brengt meer kosten teweeg dan de dubbelblinde koemelkprovocatietest.

Kostenbesparing

We hebben de kosteneffectiviteit van de (poli) klinische behandeling van koemelkeiwitallergie bij kinderen onderzocht middels de

DBPGVP.⁵ Kinderartsen, huisartsen en consultatiebureaus verwijzen kinderen, die zij verdenken van een koemelkallergie, naar onze poli. Er is geen wachttijd en binnen zes tot tien weken bevestigen of verwerpen wij de diagnose. Daarna worden de kinderen terugverwezen naar de kinderarts, huisarts of het consultatiebureau.

Van juli 2011 tot januari 2012 zijn 75 kinderen naar de koemelkallergiepoli verwezen omdat men hen verdacht van een koemelkallergie; 65 van hen doorliepen het hele traject. Van de 14 kinderen afkomstig uit de eerste lijn bleek 64 procent (9 kinderen) geen koemelkallergie te hebben. Van de 51 kinderen afkomstig uit de tweede lijn bleek 51 procent (26 kinderen) geen koemelkallergie te hebben.

Dit leverde een kostenbesparing van 2885 euro per kind op, terwijl vooraf was gedacht dat de diagnosestelling in de tweede lijn duurder zou zijn (zie tabel). Zowel ouders vanuit de eerste als vanuit de tweede lijn waren tevreden over onze poli (gemiddelde score 8, n=45).

Het is van belang om bij kinderen met een bewezen allergie regelmatig na te gaan of er inmiddels tolerantie is opgetreden.



SAMENVATTING

- De diagnose 'koemelk-allergie' komt vaak tot stand door open provocatietesten met een hoog percentage fout-positieve diagnoses.
- Met de dubbelblinde placebogecontroleerde voedselprovocatietest (DBPGVP) wordt de diagnose koemelkallergie bij ruim de helft van de patiënten verworpen.
- Zo is gemiddeld 2885 euro per kind aan voeding- en dieetkosten te besparen.

Kosten en besparingen

(euro)

- Als 35 kinderen mogelijk tot de leeftijd van 2,5 jaar gebruik hadden gemaakt van gehydrolyseerde voeding zijn de volgende voedingskosten bespaard:
 - De gebruikte voeding tot de leeftijd van een jaar, waarbij stap 1, 2 en 3 respectievelijk 5,27, 8,29 en 26,70 euro per dag kosten. (Stap 1 is een wei-eiwit hydrolysaat, stap 2 een caseïnehydrolysaat en stap 3 een volledig monomere voeding op basis van vrije aminozuren.)
 - De gebruikte voeding van 1 tot 2 jaar, waarbij stap 1, 2 en 3 respectievelijk 2,64, 4,14 en 13,35 euro per dag kosten. 124.890
 - De kosten van de diëtiste (1 startconsult en gemiddeld 4 vervolconsulten). 8.400
 - Kosten van de 65 kinderen die hebben meegedaan. - 32.305

Bespaard

100.985

(2.885 per kind)

Efficiënt

Ons project heeft duidelijk gemaakt dat dubbelblinde koemelkprovocatietesten in de tweede lijn kostenbesparend, effectief en efficiënt zijn. Wij hebben niet alleen de kosten verminderd met 2885 euro per kind, maar ook een sterk samenwerkingsverband gecreëerd met onze ketenpartners. Ketenpartners en ouders ervaren onze werkwijze als zeer positief; het proces om de diagnose te stellen is kort en efficiënt.

Een belangrijk voordeel is bovendien dat ouders een diagnose op basis van DBPGVP beter accepteren dan een diagnose na een open provocatie. Dit is belangrijk, omdat het eraan

bijdraagt dat het toegewezen dieet beter wordt nageleefd.⁶

De koemelkallergiepoli laat zien dat een wetenschappelijke procedure kan worden gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

We pleiten voor het toepassen van DBPGVP binnen een infrastructuur waarbij eerste en tweede lijn samenwerken, zodat alle kinderen optimale en doelmatige zorg kunnen krijgen. Omdat de eerste lijn geen faciliteiten heeft om deze provocatietesten uit te voeren, is het efficiënter om bestaande klinische faciliteiten te gebruiken. 

praktijkperikel

Digitaal

In de tijd van de moderne communicatie, waarbij we toch vooral over moeten naar een digitaal patiëntendossier, viel ik vandaag van mijn stoel van verbazing.

Patiënten van ons verhuizen naar een praktijk in het midden van het land. Wij leveren via ons systeem en de mail keurig een MedOvd-bericht aan dat door ieder systeem moet kunnen worden ingelezen. Je slaat zo'n bericht op in de computer en leest het daarna met je HIS in. Deze mail met bestand wordt keurig verzonden. Nu kent ons eigen systeem de beperking dat de digitale berichten en documenten in het archief apart verwerkt moeten worden. Deze hebben we netjes als pdf- en tiff-documentjes op een cd gezet om te verzenden via de post.

Dan gaat de telefoon. De assistente van de desbetreffende nieuwe praktijk aan de telefoon. Zij laat weten dat het MedOvd-bericht niet te openen is. Dat klopt dus, je moet het eerst opslaan en dan importeren vanuit je HIS. Verder kan hun systeem geen cd inlezen, omdat er helemaal geen driver op de computer zit. Na wat heen-en-weergepraat waarbij ik toch vooral steeds ongeduldiger wordt, is eigenlijk de conclusie dat alles gewoon op papier uitgedraaid wordt en via de post verzonden wordt. Wat nou digitaal: gewoon heel veel papier, onnodige portokosten en extra werk.

/praktijkperikel