

## Opinie

P. Verhamme  
N. Claes

**A**l meer dan een halve eeuw lang berust orale anticoagulatie op het oordeelkundig gebruik van vitamine K-antagonisten. We schatten dat 1,1% van de bevolking met orale anticoagulantia (OAC) wordt behandeld. Bij een aanzienlijk deel van de patiënten is het correcte gebruik van OAC een moeizaam proces. Dat leidt ertoe dat patiënten vaak helemaal niet of niet correct worden behandeld.

In een Belgisch onderzoek dat onlangs werd uitgevoerd, bleek dat de *International Normalized Ratio* of INR ongeveer de helft van de tijd buiten het therapeutische venster gesitueerd is.<sup>1</sup> Het risico van trombose of bloeding complicaties stijgt aanzienlijk wanneer de OAC slecht geregeld zijn. In de vermelde studie bedroeg het aantal majeure bloeding complicaties meer dan 5% per jaar.<sup>1</sup>

#### Waarom zijn vitamine K-antagonisten zo moeilijk te regelen?

De vitamine K-antagonisten hebben enkele in het oog springende schaduwzijden:

- de nauwe therapeutische marge;
- de onvoorspelbare biologische respons;
- de talrijke interacties met geneesmiddelen en voedingsmiddelen.

De dosis vitamine K-antagonisten die nodig is om een effectieve antistollingsbehandeling te bereiken, varieert sterk

## Point-of-care-meting van de INR: missen we een kans voor een beter anticoagulatiebeleid?

van persoon tot persoon. Ze blijft ook lang niet altijd stabiel in de loop van de tijd. Frequent worden artsen geconfronteerd met een INR die zich hoog boven de beoogde waarde bevindt.

Een van de belangrijke oorzaken van een verstoring van de bereikte waarde is het starten van nieuwe medicatie, zoals een statine of een protonpompinhibitor. Andere redenen kunnen een interfererende ziekte of gastro-intestinale problemen zijn. Ten slotte is een beperkte compliance van de patiënt een niet te onderschatten factor wanneer de antistollingsregeling moeizaam verloopt.

#### Naar een betere kwaliteit van de antistollingstherapie

De kwaliteit van de orale antistollingstherapie kan worden gekwantificeerd door te berekenen hoeveel tijd een patiënt zich binnen het therapeutische venster bevindt (uitgedrukt in een *INR-range*). Zelfs een geringe kwalitatieve verbetering van de therapie met OAC leidt al tot aanzienlijk minder hemorrhagische complicaties of trombosen.

In de BISOAT-studie (*Belgian Improvement Study on Oral Anticoagulation Therapy*) verbeterde de kwaliteit van de orale antistollingsbehandeling significant wanneer artsen een doorgedreven opleiding en ondersteuning kregen. De tijd dat de INR goed geregeld was, steeg

van 50% naar 60%.<sup>2</sup> Bijscholing en ondersteuning van artsen zijn derhalve een eerste stap naar kwaliteitsverbetering.

#### Introductie van point-of-care-tests

Frequente controle van de intensiteit van de orale antistolling en een adequate dosisaanpassing zijn noodzakelijk voor een goed gebruik van vitamine K-antagonisten. Traditioneel gebeurt de controle aan de hand van een veneus bloedstaal. Daardoor verstrijkt er enige tijd voordat de behandelend arts het resultaat verneemt en worden eventuele therapeutische aanpassingen pas met enige vertraging doorgevoerd.

De term *point-of-care-tests* (POC-tests) slaat op bepalingen die op de plaats van de zorg kunnen worden uitgevoerd en niet worden gecentraliseerd in een laboratorium. POC-tests kunnen worden afgenomen door professionele zorgverstrekkers of door de patiënt zelf. Naar analogie met de goed ingeburgerde meting van de glucosespiegels bij diabetespatiënten is meetapparatuur ontwikkeld die, middels een vingerprik, de graad van anticoagulatie bepaalt en de INR-waarde weergeeft (Coagucheck®, INRatio®, ProTime®). Studies hebben aangetoond dat de kwaliteit van dergelijke metingen even betrouwbaar is als die van INR-bepalingen na veneuze bloedafname.<sup>3</sup>

### POC-meting in de huisartsenpraktijk?

Gemiddeld heeft een Vlaamse huisarts 12 patiënten die OAC nemen onder zijn hoede. In de BISOAT-studie verbeterde de kwaliteit van de antistolling aanzienlijk, wanneer de huisarts een POC-toestel ter beschikking krijgt voor opvolging van zijn patiënten onder orale antistolling. Dat leidde ook tot meer tevredenheid bij de huisartsen: het gebruik van dit toestel werd beoordeeld als een meerwaarde voor de dagelijkse praktijk.

POC-tests door de huisarts – in combinatie met opleiding en ondersteuning – is ook kosteneffectief wanneer men dit vergelijkt met het gangbare werkmodel. Dat bestaat eruit dat de huisarts een veneus bloedstaal afneemt en dit laat transporteren naar een laboratorium voor een INR-bepaling. Voor het aanpassen van de therapie is er een tweede contact met de patiënt nodig.<sup>4</sup> Implementatie van het nieuwe werkmodel (introduktie van POC-tests en een opleiding die verschillende onderdelen omvat) betekent een besparing van 2% op het totale jaarbudget voor klinische biologie.

### Zelfmonitoring door de patiënt?

Bij gemotiveerde en actieve patiënten is ook zelfcontrole een mogelijkheid. Bij geselecteerde patiënten kan het zelf bepalen van de INR de kwaliteit van de antistollingstherapie gunstig beïnvloeden. Tijdens een intensieve opleiding worden de patiënten de basisprincipes van OAC, de vereiste follow-up, de apparatuur en de interpretatie van de resultaten aangeleerd. Afhankelijk van de patiënt kan hieraan een zekere mate van zelfmanagement worden gekoppeld. Deze opleiding gebeurt het best in een gespecialiseerde trombosediensdienst of anti-

stollingskliniek. Deze dienst houdt dan samen met de huisarts een oogje in het zeil en geeft indien nodig feedback.

De eerste studies met op afstand gesuperviseerde zelfcontrole tonen een minstens even goede of zelfs een betere INR-regeling. Nederlandse en Engelse studies toonden dat de kwaliteit van de orale antistolling minstens even goed of beter was bij zelfmonitoring dan bij opvolging door de gespecialiseerde trombosediensdiensten. Deze zelfmonitoring is echter nog niet in de Belgische context uitgetest, en de verantwoordelijkheid van de verschillende zorgverstrekkers bij een model van zelfmonitoring is nog niet omschreven.

### Volgende stap: terugbetaling regelen

Een goed geïnformeerde patiënt die nauw betrokken wordt bij zijn behandeling met orale anticoagulantia door een terzake goed opgeleide arts, is de sleutel tot een optimale orale anticoagulatie. Dat vermindert aanzienlijk de kans op trombotische of hemorragische complicaties.

Voor de huisarts biedt het bepalen van de INR via een POC-toestel het grote voordeel dat het resultaat direct beschikbaar is en therapeutische aanpassingen onmiddellijk kunnen worden uitgevoerd. Maar ook een goed opgeleide patiënt kan op een veilige en betrouwbare manier zelf instaan voor de opvolging van de orale antistolling door POC-meting van de INR.

In de ons omringende landen raakt zelfmonitoring bij antistollingstherapie in toenemende mate ingeburgerd; het wordt er volledig terugbetaald. In België is er momenteel geen terugbetaling voor het gebruik van POC-toestellen. De recentelijk beschikbaar gekomen weten-

schappelijke gegevens wijzen op een kwaliteitsverbetering, gebruiksvriendelijkheid en kostenbesparing. Terugbetaling van POC-tests zou ook in ons land door de beleidsmakers in overweging moeten worden genomen.

Zowel artsen als patiënten – de laatste bij monde van de patiëntenvereniging VIBAST, wat staat voor *Verantwoord Individueel Beheer van de AntiStollingsTherapie* (zie [www.vibast.be](http://www.vibast.be)) – zijn vragende partij voor een regeling van dit terugbetalingsdossier. Afwezigheid van enige vorm van terugbetaling verhindert momenteel de toepassing van een model dat de zorgkwaliteit betekenisvol kan verbeteren.

**Prof. dr. Peter Verhamme** is verbonden aan de afdeling Bloedings- en Vaatziekten van de Universitaire Ziekenhuizen Gasthuisberg, Leuven.

**Prof. dr. Nereë Claes** is verbonden aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Hasselt.

### Referenties:

1. Claes N, Buntinx F, Vijgen J et al. Quality assessment of oral anticoagulation in Belgium, as practiced by a group of general practitioners. *Acta Cardiol* 2005; 60:247-252.
2. Claes N, Buntinx F, Vijgen J et al. The Belgian Improvement Study on Oral Anticoagulation Therapy: a randomized clinical trial. *Eur Heart J* 2005; 26:2159-2165.
3. Fitzmaurice DA, Murray ET, McCahon D et al. Self management of oral anticoagulation: randomised trial. *BMJ* 2005; 331:1057.
4. Claes N, Moeremans K, Buntinx F, Arnout J, Vermylen J, Van Loon H, Annemans L. Estimating the cost-effectiveness of quality improving interventions in oral anticoagulation management within general practice. *Value in Health* 2006;9:369-76.