

Welke aanpak bij perifeer arterieel vaatlijden?

Gesuperviseerde oefentherapie en leefstijl-aanpassing versus heelkunde

Auteurs

- › **Marleen Finoult** is hoofdredacteur Gezondheid en Wetenschap, en verbonden aan het Belgisch Centrum voor Evidence-based Medicine;
- › **Fons De Schutter** is verbonden aan de Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Kinesitherapeuten en EBPracticenet;
- › **Bruno Zwaenepoel** is verbonden aan de vakgroep Revalidatiewetenschappen, UGent en aan de Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Kinesitherapeuten.

Inleiding

Perifeer arterieel vaatlijden komt voor bij 7% van de 50-plussers, bij 15 tot 20% van de 70-plussers en bij meer dan de helft van personen ouder dan 80 jaar.

Ongeveer 30% is symptomatisch: pijn, moeheid, krampen in de benen (kuit, heup of bil) bij inspanning en verdwijnend in rust binnen een tiental minuten. De meerderheid van de patiënten met perifeer arterieel vaatlijden blijft jarenlang stabiel, terwijl bij een op vijf de klachten toenemen. Jaarlijks evolueert 1 tot 2% naar een toestand van kritieke lidmaatschemie.

Perifeer arterieel vaatlijden gaat in meer dan de helft van de gevallen gepaard met coronair vaatlijden of cerebrovasculaire aandoeningen. Atherosclerose is veruit de belangrijkste oorzaak met de gekende risicofactoren: roken, diabetes, hypercholesterolemie, fysieke inactiviteit, obesitas en in

beperkte mate hypertensie, al dan niet in combinatie met chronische nierinsufficiëntie.

Wat zijn de voordelen van oefentherapie?

Gesuperviseerde oefenprogramma's (*Supervised Exercise Training*) met leefstijlaanpassing verbeteren de levenskwaliteit van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden in dezelfde mate als een heelkundige aanpak.¹ Deze oefenprogramma's vormen de startaanpak van perifeer arterieel vaatlijden. Verbeterd de levenskwaliteit van de patiënt onvoldoende, dan is revascularisatie te overwegen. Deze aanpak wordt ook wel 'stepped care' genoemd (www.steppedcare.net). Enkel in geval van kritische ischemie is meteen heelkundig ingrijpen aan de orde: angioplastiek (met of zonder stent) of een bypassoperatie.²

Revascularisatie als enige aanpak heeft geen invloed op de onderliggende oorzaak van perifeer arterieel vaatlijden, waardoor progressie van perifeer arterieel vaatlijden onverminderd voortgaat en nieuwe ingrepen vaak noodzakelijk zijn. De combinatie van gesuperviseerde oefenprogramma's en leefstijlaanpassingen pakt wel de risicofactoren van het vaatlijden aan. Bewegen verbetert daarnaast waarschijnlijk ook het aerobe metabolisme in de onderste ledematen en stimuleert mogelijk de vorming van een collaterale circulatie.³

Vraag is of de combinatie van interventie en gesuperviseerde oefenprogramma's kosteneffectief is, als de werke-

Nieuw implementatieproject: ClaudicatioCare

De gesuperviseerde oefenprogramma's met leefstijlaanpassing bij perifeer arterieel vaatlijden blijven momenteel onderbenut, onder andere door de ontoereikende terugbetaling.

Daar komt nu verandering in met het project *ClaudicatioCare*. Net als in Nederland krijgen kinesitherapeuten met een aanvullende opleiding tot claudicatiotherapeut vanuit het Riziv een volledige terugbetaling voor 36 zittingen (i.p.v. de huidige 18 zittingen) voor het bege-

leiden van oefenprogramma's en dit tijdens het lopende implementatieproject tot eind 2020. De individuele begeleiding door de claudicatiotherapeut leert de patiënt ook beter om te gaan met de klachten.

Op dit moment volgen een vijftigtal kinesitherapeuten de opleiding, vooral in de regio's Leuven en Gent.

Artsen kunnen patiënten doorverwijzen via: www.claudicatiocare.be.

lijk gemaakte kosten (met inbegrip van de kostprijs van de stents) in ogenschouw worden genomen. De cruciale vraag is of de gesuperviseerde oefenprogramma's nog gevolgd moeten worden, als er voordien een ingreep is uitgevoerd die meteen een effect heeft op korte termijn. De vaatchirurg is de centrale figuur bij de heekundige behandeling, en onvermijdelijk gaat de huisarts dan in de stand-by modus, terwijl die juist tot actie moet overgaan samen met de claudicatiotherapeut. Onderzoek naar de therapietrouw van oefenprogramma's zonder en met voorafgaande heekunde kunnen hier uitsluitsel over geven.

Wat brengt oefentherapie op voor de patiënt?

Wat houdt gesuperviseerde oefentherapie in?

Een oefentherapie voor claudicatioklachten start met een loopbandtest om een objectief beeld te krijgen van de loopafstand die een patiënt kan afleggen alvorens de pijn start (pijnvrije loopafstand) of alvorens hij/zij moet stoppen wegens te felle pijn (maximale loopafstand). Vervolgens komt een vragenlijst aan bod over de dagelijkse activiteit, symptoomlast, pijn, emotie en sociale consequenties. Na het diagnostisch luik start onder begeleiding van een kinesitherapeut de oefentherapie (zowel stap- als krachtoe-

feningen).^{4,5} Van alle zorgverstrekkers spendeert de patiënt de meeste tijd bij de kinesitherapeut, wat de mogelijkheid biedt om leefstijlaanpassingen in dialoog te bespreken en op te volgen.

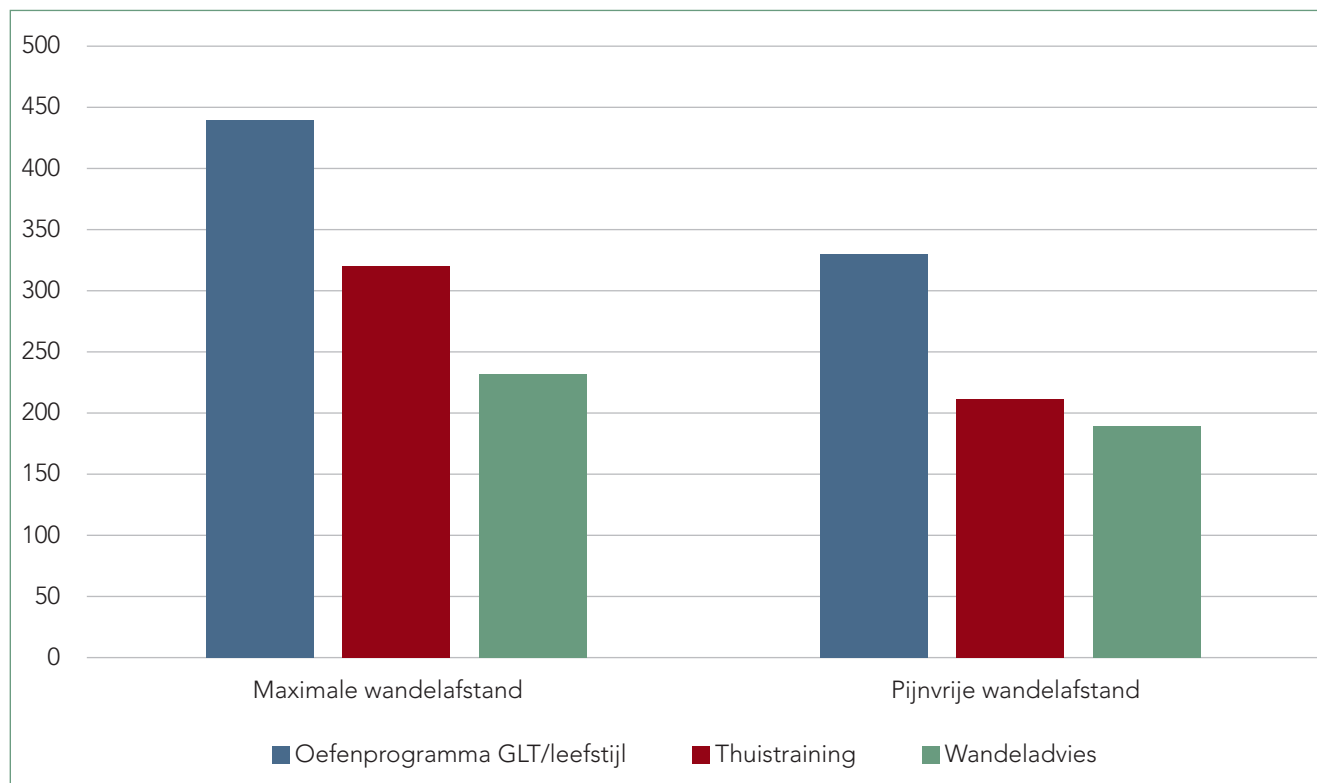
Wat is het effect van deze oefentherapie?

Een Cochrane-review die 32 placebogecontroleerde studies (waarbij de controlegroep enkel beweegadvies kreeg, zonder begeleiding) analyseerde, toont aan dat gesuperviseerde oefentherapie leidt tot een belangrijke verbetering van zowel de pijnvrije loopafstand, als de maximale loopafstand en dit na drie en zes maanden opvolging.³

De *figuur* geeft de resultaten weer van een recent gepubliceerde Cochrane-review met betrekking tot 1400 deelnemers van wie er 635 gesuperviseerde oefensessies driemaal per week (30 tot 70 minuten) gedurende drie maanden volgden. De oefensessie omvat wandelen op de loopband met variërende intensiteit tot de typische claudicatiopijn optreedt, waarna een rustperiode wordt ingelast en de oefensessie nadien verder loopt. De loopbandoefeningen kunnen worden aangevuld met krachtoefeningen voor de onderste ledematen of cardiovasculaire training.⁶

De gesuperviseerde oefentherapie is duidelijk superieur aan een gepersonaliseerd oefenprogramma (drie trainingssessies per week, gedurende drie maanden) om zelf thuis uit te voeren. Het effect van thuisstraining is vergelijkbaar

Figuur: Wandelaafstand van patiënten met perifeer arterieel vaatlijden (meta-analyse van diverse onderzoeken), drie maanden na het volgen van een oefenprogramma.⁶



*De verschillen tussen thuisstraining en wandeladvies zijn niet significant.

met eenvoudig wandeladvies: meer bewegen (wandelen) tijdens de dagelijkse bezigheden.

Tot twaalf maanden na de start van de oefentherapie is een verdere verbetering te verwachten. De gemiddelde toename van de pijnvrije wandelafstand met 120 meter (meer dan de lengte van een voetbalveld) heeft een positieve impact op de levenskwaliteit van de patiënt. Er is een opvallend grote spreiding in de behaalde resultaten. Blijvend motiveren van de patiënt is noodzakelijk om de bekomen verbetering te bestendigen.

Is deze oefentherapie ook nodig na vaatchirurgie?

Na een heelkundige revascularisatie is deze oefentherapie hoe dan ook aan de orde. Vaatchirurgie geeft een onmiddellijke verbetering van de wandelafstand (maximale en pijnvrije), maar op langere termijn (twaalf maanden) is er zonder bijkomende gesuperviseerde oefensessies geen verschil merkbaar met patiënten die enkel vrijblijvend wandeladvies kregen. Vergelijking van heelkundige revascularisatie en gesuperviseerde oefensessies laat geen verschil zien op het vlak van wandelafstand of levenskwaliteit.¹

Besluit

De huisarts kan best de rol van gatekeeper opnemen om patiënten met een stabiele claudicatio intermittens door te sturen naar de claudicatiotherapeut (www.claudicatiocare.be) voor oefentherapie en leefstijlbegeleiding. Voorlopig zijn vijftig kinesitherapeuten bijgeschoold, voornamelijk regio Gent en Leuven; dit aantal zal verder worden uitgebreid. ←

› Finoulst M, De Schutter F, Zwaenepoel B. Welke aanpak bij perifeer arterieel vaatlijden? Gesuperviseerde oefentherapie en leefstijl-aanpassing versus heelkunde. *Huisarts Nu* 2019;48:13-5.

› Dit artikel is een ingekorte bewerking van: Finoulst M, Vankrunkelsven P, Zwaenepoel B, De Schutter F, Vermassen F. Gesuperviseerde oefentherapie is meestal de eerstekeuzebehandeling bij claudicatioklachten. *Tijdschr voor Geneeskunde* 2018;74:1032-4.



Wat is bekend?

- › Als behandeling van ook de milde vorm (etalagebenen) van perifeer arterieel vaatlijden wordt percutane revascularisatie steeds vaker toegepast.
- › Het uiteindelijke effect van heelkundige revascularisatie is vaak ontgoochelend op middellange en lange termijn.

Wat is nieuw?

- › Gesuperviseerde oefentherapie is op lange termijn even doeltreffend als heelkunde en het effect op de wandelafstand houdt langer aan.
- › Bewegadvies zonder professionele coaching werpt weinig vruchten af.

Literatuur

- 1 Fakhry F, Fokkenrood H, Spronk S, et al. Endovascular revascularisation versus conservative management for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;3:CD010512.
- 2 EBPNNet. Revascularisatie bij perifeer vaatlijden van de onderste ledematen. Nationale richtlijn 12/05/2014.
- 3 Lane R, Harwood A, Watson L, et al. Exercise for intermittent claudication (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2017;12:CD000990
- 4 Layden J, Michaels J, Bermingham S, et al. Guideline Development Group. Diagnosis and management of lower limb peripheral arterial disease: summary of NICE guidance. *BMJ* 2012;345:e4947.
- 5 Norgren L, Hiatt W, Dormady J, et al. Inter-Society Consensus for the management of peripheral arterial disease. *J Vasc Surg* 2007;45:S5-S67.
- 6 Hageman D, Fokkenrood H, Gommans L, et al. Supervised exercise therapy versus home-based exercise therapy versus walking advice for intermittent claudication (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2018;4:CD005263.