University of Groningen

Mictieklachten bij mannen – meer dan een vergrote prostaat

Blanker, Marco ; Dekker, Janny H.

Published in:
Bijblijven

DOI:
[10.1007/s12414-015-0096-z](https://doi.org/10.1007/s12414-015-0096-z)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2015

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Blanker, M., & Dekker, J. H. (2015). Mictieklachten bij mannen – meer dan een vergrote prostaat. *Bijblijven*, 31(9), 730-737. <https://doi.org/10.1007/s12414-015-0096-z>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Mictieklachten bij mannen – meer dan een vergrote prostaat

Marco H. Blanker · Janny H. Dekker

Samenvatting

Plasklachten zijn bij mannen decennialang ten onrechte toegeschreven aan prostaatvergroting en daardoor ontstane urine-uitstroomelemmering. In deze bijdrage wordt de multifactoriële oorzaak van plasklachten toegelicht, met specifieke aandacht voor de rol van de bekkenbodem. Uitleg over het onschuldige karakter en het gunstig beloop van plasklachten zijn naast leefstijladviezen de eerste stap in het behandelplan. De onderbouwing daarvan is beperkt. Dat geldt ook voor het effect van bekkenfysiotherapie bij mannen met plasklachten.

Inleiding

Plasklachten komen vaak voor bij de ouder wordende man en werden voorheen toegeschreven aan goedaardige prostaatvergroting. In de afgelopen decennia zijn de inzichten rond het ontstaan van plasklachten bij mannen veranderd. Prostaatvergroting speelt daarin een veel kleinere rol. In deze bijdrage worden hypothesen over de pathofysiologie van plasklachten bij mannen toegelicht, gevolgd door de fysiologie van de mictie op bekkenniveau, met bijzondere aandacht voor de rol van de bekkenbodemspieren. Er wordt kort stilgestaan bij de diagnostiek door de huisarts. Daarna worden het natuurlijk beloop en de niet-medicamenteuze behandeling besproken, gevolgd door de overige therapeutische opties die de huisarts voor deze grote patiëntengroep heeft.

Dr. J.H. Dekker (✉)
Groningen, Nederland
e-mail: j.h.dekker@umcg.nl

Dr. M.H. Blanker
e-mail: marcoblanker@gmail.com

Verklaringsmodellen voor mictieklachten bij mannen

Het oude verklaringsmodel: prostaatvergroting en uitstroombemmering

Van oudsher werden plasklachten bij mannen toegeschreven aan goedaardige prostaatvergroting [1]. De belangrijkste reden daarvoor was de groei die de prostaat bij elke man van nature doormaakt bij het ouder worden en de toename in incidentie en prevalentie van plasklachten bij het toenemen van de leeftijd. De groter wordende prostaat zou de urethra dichtdrukken, waardoor er een uitstroombemmering ontstaat. Analyse van plasklachten is daarom ook jarenlang gericht geweest op prostaatvolume en uitstroombemmering, met een centrale plek voor prostaatvolumebepaling en uroflowmetrie. Zowel in pathofysiologische als in therapeutische studies vormden prostaatvolume en urine-uitstroomsnelheid belangrijke uitkomstmaten, die soms zelfs belangrijker gevonden werden dan de ernst van klachten. De meest gebruikte medicatie voor mannen met plasklachten (alfablokkers en 5-alfa-reductaseremmers – zie verder) richtte zich dan ook op de uitstroombemmering respectievelijk het prostaatvolume.

Uit enkele grote onderzoeken in de algemene populatie bleek echter, dat een aanzienlijke groep mannen met een (sterk) vergrote prostaat geen relevante plasklachten had. Dat gold ook voor mannen met een sterk verminderde urine-uitstroomsnelheid (gemeten met uroflowmetrie). Ook bleek een grote groep mannen met relevante klachten geen prostaatvergroting of uitstroombemmering te hebben.

Met die kennis werd het verklaringsmodel toch nog niet verlaten, maar werden afzonderlijke groepen benoemd met elk hun afkorting [2], waaronder BPE (*benign prostate enlargement*, oftewel goedaardige prostaatvergroting) en BPO (*benign prostate obstruction*, oftewel goedaardige prostaatobstructie). Hoewel de term BPH (benigne prostaathypertrofie) formeel gereserveerd werd voor de pathologische diagnose (dus uit een biopt), wordt in de urologische literatuur nog steeds de term ‘klinische BPH’ (waarbij er naast plasklachten prostaatvergroting én uitstroombemmering aanwezig zijn) of ‘plasklachten suggestief voor BPH’ (plasklachten ongeacht de verdere bevindingen) gebruikt. Het lukt wetenschappers en urologen, maar ook huisartsen, blijkbaar nog niet het oude denkbeeld los te laten.

Behalve naar de rol van prostaatvergroting en uitstroombemmering is veel onderzoek gedaan naar de rol van detrusoroveractiviteit [3]. Daarbij heeft de m. detrusor vesicae onwillekeurige contracties, ook als de blaas niet, of maar weinig gevuld is. Dit kan leiden tot klachten van frequente aandrang – overdag en in de nacht, urgency klachten, en incontinentie. Overigens blijkt detrusoroveractiviteit bij lang niet alle patiënten met dit klachtenpatroon aanwezig te zijn. Detrusoroveractiviteit kan voorkomen bij neurogene aandoeningen, zoals de ziekte van Parkinson, multipale sclerose, dwarslaesies, maar ook bij diabetische neuropathie. Bij een normaal functionerend zenuwstelsel kunnen blaastumoren en urineweginfecties ook leiden tot detrusoroveractiviteit. Mogelijk veroorzaakt ook urine-uitstroombemmering een overactiviteit van de detrusor, evenals veroudering van het cerebrale mictiecentrum. In veel gevallen is er overigens sprake van idiopathische detrusoroveractiviteit.

Een nieuw verklaringsmodel

Pas in recente artikelen wordt ook door urologen benadrukt, dat plasklachten bij mannen multifactorieel zijn [4]. Zoals ook in de inleidende bijdrage van dit themanummer is besproken, ligt een ingewikkeld mechanisme ten grondslag aan het kunnen opslaan en lozen van urine. De blaas, prostaat, bekkenbodemspieren en hun vascularisatie en innervatie spelen daarbij een rol. Met veroudering samenhangende veranderingen die disfunctie veroorzaken in een van de onderdelen daarvan, zullen meestal niet direct tot klachten leiden. Disfunctie van meerdere onderdelen echter wel.

Fysiologie van de mictie: de rol van de bekkenbodem

Bekkenbodemspieren spelen een belangrijke rol bij het ontstaan van incontinentieklachten bij vrouwen. Wat de rol van de bekkenbodemspieren tijdens de mictie bij mannen is, werd in recent onderzoek zichtbaar gemaakt. Hiervoor werd functionele MRI ingezet bij zestien mannen (52–69 jaar) die niet bekend waren met mictieklachten of andere pathologie van de urinewegen [5]. Bij hen werden met functionele MRI de plasbuis, prostaat, bekkenbodemspieren en blaas in beeld gebracht tijdens het plassen. Hierbij werden verschillende metingen verricht, waaronder die van de plaats van de bekkenbodemspieren en de hoek van de externe sfincteras ten opzichte van de pubococcygeale lijn.

Het onderzoek richtte zich op veranderingen van het niveau van de externe sfincter, de draaiing van de prostaat rondom de symfyse, de verticale beweging van het ventrale deel van de prostaat en ontspanning van de bekkenbodem (m. levator ani).

Bij aanvang van de mictie bleek dat de bekkenbodem – zoals verwacht – werd ontspannen. Het niveau van de m. levator ani daalde daarbij, met een gelijktijdige verlaging van de externe sfincteras ten opzichte van de pubococcygeale lijn. Vóór de mictie was deze afstand gemiddeld 10,5 mm en aan het eind van de mictie 20 mm. De mictie kwam alleen op gang als de prostaat rond de symfyse roteerde, waarbij de hoek tussen het ventrale deel van de prostaat en het os pubis wijder werd (van 34 graden naar 57 graden). Er was één man die niet kon plassen; bij hem werd geen enkele verandering gezien van deze hoek. Wanneer het plassen wel lukte, vond tegelijkertijd trechtervorming van de blaashals en contractie van het ventrale deel van de prostaat plaats. Dit was meetbaar doordat de lengte van dit deel van de prostaat afnam van 48,5 mm naar 37,6 mm (craniocaudale lengte). De lengte van het dorsale deel van de prostaat vertoonde geen meetbare verandering.

De kennis uit dit onderzoek moet worden gecombineerd met informatie over het (dis)functioneren van de blaas en prostaat en illustreert de complexiteit van wat zo eenvoudig lijkt: het ophouden en lozen van urine.

Bekkenbodempunctie bij mannen met plasklachten

Vergelijkbaar onderzoek bij mannen met specifieke mictieklachten ontbreekt vooralsnog. Daardoor is het nog niet mogelijk om te duiden welke rol de bekkenbodempunctie precies speelt bij het ontstaan van plasklachten. Een van de hypothesen is dat hypertonie van de bekkenbodempunctie kan veroorzaken, doordat de weerstand in de plasbuis toeneemt wanneer de bekkenbodempunctie niet ontspannen bij aanvang van de mictie. Ook zou hypertonie kunnen leiden tot een frequent aandranggevoel. Het is nog niet goed mogelijk om een specifiek klachtenpatroon te benoemen dat wordt veroorzaakt bij hypertonie van de bekkenbodempunctie bij mannen. Wellicht dat dit wel een belangrijke rol speelt bij mannen met aanhoudend irritatieve klachten, die vaak geduid worden als chronische prostatitis.

Natuurlijk beloop

Plasklachten hebben in het algemeen een vrij gunstig beloop. Dat wil zeggen, in ongeveer een derde van de gevallen nemen de klachten af, bij een derde blijven ze gelijk en in de overige gevallen nemen ze toe [6]. Urineweginfecties en urinereëntie worden beschouwd als een gecompliceerd beloop. De incidentie daarvan is laag, maar neemt toe met de leeftijd en is hoger bij mannen met een sterk vergrote prostaat.

Richtlijnen voor urologen adviseren om mannen met een hoger risico op dergelijke complicaties eerder behandeling aan te bieden, onder andere met 5-alfa-reductaseremmers. In de NHG-Standaard wordt dit niet aanbevolen, omdat een groot aantal mannen moet worden behandeld om bij één man een urinereëntie te voorkomen.

Diagnostiek

Volgens de NHG-Standaard *Mictieklachten bij mannen* beperkt de diagnostiek bij mannen met mictieklachten zich tot het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek en aanvullend onderzoek op indicatie [7]. Het doel van dit onderzoek is de kleine groep mannen te ontdekken met een specifieke oorzaak van hun plasklachten. De meerderheid van de mannen met plasklachten heeft aspecifieke plasklachten.

Lichamelijk onderzoek omvat buikonderzoek met inspectie en palpatie van de blaasregio en inspectie van de penis. Rectaal toucher wordt geadviseerd om rectale/anale pathologie uit te sluiten en een indruk te verkrijgen van de prostaat. Het volume van de prostaat kan onvoldoende betrouwbaar worden geschat bij rectaal toucher. Wel kan het aspect van de prostaat (asymmetrie, onregelmatige consistentie, of noduli) worden bepaald.

Urineonderzoek wordt alleen aanbevolen bij een anamnestic vermoeden op de aanwezigheid van een blaasontsteking. Er is geen indicatie voor bloedonderzoek, echografie, of uroflowmetrie, omdat dit het beleid van de huisarts niet beïnvloedt.

Van pathofysiologie naar behandeling

De behandeling van mictieklachten bij mannen bestaat volgens de NHG-Standaard uit het geven van leefstijladviezen, het eventueel voorschrijven van alfablokkers (tamsulosine, alfuzosine) en verwijzing. Er is maar een beperkte rol voor het voorschrijven van anticholinergica (urologische spasmolytica) en 5-alfa-reductaseremmers.

Leefstijladviezen

Zowel de NHG-Standaard als internationale richtlijnen van urologen vermelden leefstijladvies als de basis van behandeling, naast uitleg over de pathofysiologie en gunstige prognose van mictieklachten. Voor veel mannen zal de uitleg dat plasklachten niet door prostaatkanker worden veroorzaakt, al geruststellend zijn. Ook is uitleg over de normale plasfrequentie behulpzaam.

Er is overigens maar beperkt wetenschappelijke onderbouwing voor de leefstijladviezen over het gebruik van cafeïnehoudende dranken en alcohol (dat zou verminderd moeten worden), behandeling van obstipatie, beweging en gewichtsreductie [7].

In een gerandomiseerde studie in de urologische praktijk werd een zelfmanagementprogramma onderzocht voor de behandeling van plasklachten [8]. Dit programma was tot stand gekomen na gestructureerde consultatie van urologen, huisartsen en continëntieverpleegkundigen. De hiervoor genoemde leefstijladviezen waren onderdeel van dit programma, waarin ook uitleg over het onschuldige karakter van plasklachten werd gegeven en het gunstig beloop werd toegelicht. Dit werd vergeleken met standaardzorg. Het programma werd aangeboden in de vorm van drie groepssessies met acht tot tien mannen met mictieklachten, die hiervoor verwezen waren naar het ziekenhuis. De gekozen primaire uitkomstmaat was het falen van behandeling. Dit was gedefinieerd als een klachtentoeename van 3 of meer punten op de Internationale Prostaat Symptoom Score (IPSS), het voorschrijven van medicatie, operatie, of acute urineretentie.

Na twaalf maanden was er bij 31 % van de mannen in de interventiegroep sprake van falen van behandeling, vergeleken met 79 % van de mannen in de groep die standaardbehandeling kreeg. Het falen van behandeling bestond voor de helft van de gevallen uit een toename van de klachten en voor de andere helft uit het voorschrijven van medicatie, maar niet door operaties. De ernst van plasklachten nam aanzienlijk af in de interventiegroep, maar niet in de controlegroep (ondanks behandeling in die groep).

Of een zelfmanagementprogramma ook effectief is bij mannen die hiervoor hun huisarts bezoeken, moet nog worden onderzocht. Tot die tijd blijven de leefstijladviezen matig onderbouwd.

Medicamenteuze behandeling

De beschikbare geneesmiddelen voor de behandeling van mictieklachten bij mannen volgen voornamelijk uit het inmiddels verlaten verklaringsmodel voor het ontstaan ervan [9]. Alfablokkers en 5-alfa-reductaseremmers richten zich op de functie van blaashals en prostaat. Alfablokkers zorgen voor relaxatie van het gladde spierweefsel in de urethra en de prostaat. 5-Alfa-reductaseremmers hebben effect op het prostaatvolume, dat gemiddeld genomen halveert tijdens het gebruik van deze middelen.

De effectiviteit van deze middelen op klachten van patiënten overtreft het placebo-effect nauwelijks. Alfablokkers worden desondanks wel in de NHG-Standaard aanbevolen. In de NHG-Standaard wordt afgeraden om 5-alfa-reductaseremmers voor te schrijven, omdat het effect daarvan op de ernst van plasklachten te klein is [7]. De in onderzoek gevonden afname van het risico op urineretentie of prostaatoperatie is niet voldoende klinisch relevant om een positief advies over deze middelen te ondersteunen. Toch worden ze in de richtlijnen van urologen wel actief aanbevolen. De statistische significantie heeft het daarbij (helaas) gewonnen van de klinische relevantie.

Een deel van de mannen met plasklachten heeft vooral urgency klachten, al dan niet met incontinentie. Huisartsen kunnen aan deze groep anticholinergica voorschrijven, die zich richten op de contractiliteit van de blaas. Voorheen werd grote terughoudendheid geadviseerd bij het gebruik van deze middelen bij mannen met plasklachten. Belangrijkste reden daarvoor was het verhoogde risico op urineretentie bij deze middelen. Het absolute risico daarop blijkt echter klein. In de NHG-Standaard wordt terecht nog wel terughoudend gebruik geadviseerd bij ouderen, omdat het starten van deze middelen achteruitgang in de cognitie zou kunnen veroorzaken [7].

Na het verschijnen van de NHG-Standaard is een nieuw middel geregistreerd voor de behandeling van urgency klachten bij mannen en vrouwen: mirabegron (Betmiga®). Dit middel lijkt echter niet beter dan andere anticholinergica. Het verschil met placebobehandeling is ook bij dit middel beperkt. Opvallend is dat geen afzonderlijke gegevens over het gebruik bij mannen beschikbaar zijn. Resultaten van mannen en vrouwen zijn gecombineerd weergegeven, ook in de beschikbare meta-analyses. Onderzoek in de eerstelijns populatie ontbreekt.

Een goede verklaring voor het beperkte effect van de diverse beschikbare middelen is dat deze gericht zijn op slechts een onderdeel van het complexe systeem [9]. Combinatiebehandeling wordt daarom onderzocht, zowel voor de combinatie van alfablokkers en 5-alfa-reductaseremmers als voor die van alfablokkers en anticholinergica. Tot nog toe is dit niet effectiever gebleken dan monotherapie om klachten te verminderen.

Bekkenfysiotherapie

Het effect van bekkenfysiotherapie voor de behandeling van aspecifieke plasklachten bij mannen is maar mondjesmaat onderzocht. Dat wil zeggen, wij kennen maar

één onderzoek waarin het effect hiervan is onderzocht bij mannen met aspecifieke plasklachten. Dat was een pilotonderzoek op onze eigen onderzoeksafdeling, waaraan 26 mannen deelnamen. Zij werden gerandomiseerd naar bekkenfysiotherapie of een alfablokker. Er was geen verschil tussen beide groepen wat betreft klachten. Deze pilotstudie was echter te klein voor het trekken van conclusies.

In ander onderzoek werden specifieke groepen onderzocht, te weten mannen met nadruppelen als klacht en mannen die een prostatectomie ondergingen.

In een onderzoek werd bekkenfysiotherapie vergeleken met het leegstrijken van de plasbuis of alleen uitleg, bij mannen met nadruppelen als belangrijkste klacht [10]. Aan die studie namen 43 mannen deel. Zij werden gerandomiseerd naar een groep die counseling ontving, dan wel bekkenbodemspieroefeningen of leegstrijken van de plasbuis. Als uitkomstmaat kozen de auteurs het gewicht van het incontinentiemateriaal. Dit nam sterker af bij oefeningen en leegstrijken dan bij counseling. De klinische relevantie van deze uitkomstmaat lijkt niet heel relevant.

Voor mannen met erectiestoornissen en nadruppelen lijkt bekkenfysiotherapie een effectievere behandeling dan alleen uitleg en leefstijladviezen. Dat bleek in een kleine studie van Dorey et al. [11]. Bekkenfysiotherapie was in 81 % van de gevallen effectief, vergeleken met 67 % in de controlegroep.

Burgio en collegae vergeleken gedragstherapie (waarvan bekkenbodemoefeningen deel uitmaakten) met het gebruik van anticholinergica bij mannen met mictieklachten die geen baat hadden van een alfablokker [12]. In beide groepen nam de 24-uurs plasfrequentie (primaire uitkomstmaat) af van gemiddeld 11,5 keer naar 9,5 keer. Het ontbreken van een goede vergelijkingsgroep bemoeilijkt helaas het trekken van conclusies.

Veel meer onderzoek is beschikbaar over het effect van bekkenfysiotherapie bij mannen die een prostaatoperatie ondergingen en daarna incontinent waren. In een recente Cochrane review werden de resultaten van 50 studies gecombineerd met in totaal 4.717 mannen [13]. In 45 studies ondergingen mannen een prostatectomie, in vier een transurethrale resectie van de prostaat (TURP) en in één studie TURP of prostatectomie. De interventies en uitkomstmaten verschilden aanzienlijk tussen de studies en veel rapportages waren incompleet. Hierdoor konden studies nauwelijks worden gepoold. Slechts drie studies (met 665 mannen) gaven behandel-effecten na twaalf maanden weer: er was daarin geen verschil tussen bekkenfysiotherapie of geen behandeling, wat betreft de frequentie en ernst van incontinentie. Belangrijkste commentaar van de reviewers was de matige kwaliteit van de geïncludeerde onderzoeken.

Na verschijning van de Cochrane review werden de resultaten van een Nederlandse trial gepubliceerd [14]. Daarin werden 121 mannen vervolgd na laparoscopische prostatectomie. Eén groep kreeg preoperatieve bekkenfysiotherapie, de andere groep kreeg geen preventieve behandeling voor incontinentie. Ook in deze studie werd geen meerwaarde gevonden van bekkenfysiotherapie; de frequentie en ernst van incontinentie, gebruik van opvangmaterialen en de kwaliteit van leven verschilden niet tussen de twee groepen.

Conclusies

Plasklachten bij mannen zijn multifactorieel, waarbij prostaatvergroting een kleinere rol speelt dan voorheen werd aangenomen. Bekkenbodemspieren zijn van belang bij normale mictie, maar wat de rol is bij het ontstaan van klachten is nog onbekend.

Het natuurlijk beloop van plasklachten is in het algemeen gunstig, wat ruimte biedt om conservatieve strategieën uit te proberen, alvorens medicamenteuze behandeling te starten. Voor leefstijladviezen (minder cafeïne en alcohol) is weinig bewijs. Er is te weinig onderzoek gedaan om een uitspraak te kunnen doen over het nut van bekkenfysiotherapie bij mannen met plasklachten.

Mannen die incontinent zijn geworden na een prostaatoperatie hebben waarschijnlijk geen baat bij training van hun bekkenbodermusculatuur.

Literatuur

1. Jepsen JV, Bruskewitz RC. Comprehensive patient evaluation for benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1998;51:13–8.
2. Abrams P, et al. The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the international continence society. *Urology* 2003;61:37–49.
3. Sullivan J, Abrams P. Overactive detrusor. *Curr Opin Urol*. 1999;9:291–6.
4. Chapple CR, et al. Lower urinary tract symptoms revisited: a broader clinical perspective. *Eur Urol*. 2008;54:563–9.
5. Hocaoglu Y, et al. Real-time magnetic resonance imaging (MRI): anatomical changes during physiological voiding in men. *BJU Int*. 2012;109:234–9.
6. Kok ET, et al. Changes in disease specific and generic quality of life related to changes in lower urinary tract symptoms: the Krimpen study. *J Urol*. 2005;174:1055–8.
7. Blanker MH, et al. NHG-standaard Mictieklachten bij mannen. *Huisarts Wet*. 2013;56:114–22.
8. Brown CT, et al. Self management for men with lower urinary tract symptoms: randomised controlled trial. *BMJ*. 2007;334:25.
9. Blanker MH. Medicamenteuze behandeling van specifieke mictieklachten bij mannen. *Gebu*. 2013;47:39–47.
10. Paterson J, et al. Pelvic floor exercises as a treatment for post-micturition dribble. *Br J Urol*. 1997;79:892–7.
11. Dorey G, et al. Pelvic floor exercises for treating post-micturition dribble in men with erectile dysfunction: a randomized controlled trial. *Urol Nurs*. 2004;24:490–7, 512.
12. Burgio KL, et al. Behavioral versus drug treatment for overactive bladder in men: the Male Overactive bladder Treatment In Veterans (MOTIVE) trial. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:2209–16.
13. Anderson CA, et al. Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;1:CD001843.
14. Dijkstra-Eshuis J, et al. Effect of preoperative pelvic floor muscle therapy with biofeedback versus standard care on stress urinary incontinence and quality of life in men undergoing laparoscopic radical prostatectomy: a randomised control trial. *Neurourol Urodyn*. 2015;34:144–50.

Dr. M.H. Blanker, huisarts-epidemioloog, verbonden aan afdeling Huisartsgeneeskunde UMCG

Dr. J.H. Dekker, huisarts, verbonden aan afdeling Huisartsgeneeskunde UMG