

# SENTI Bulletin

MEDECINS VIGIES

2003-1

HUISARTSENPEILPRAKTIJKEN

1980

1990

2000

BULLETIN quadrimestriel de l'équipe "Médecins Vigies" (SENTI nel GP's) de la section d'Epidémiologie  
Viermaandelijks BULLETIN van het team "Huisartsenpeilpraktijken" (SENTI nel GP's) van de Afdeling Epidemiologie

Scientific Institute  
of Public Health  
Unit of Epidemiology



<http://www.iph.fgov.be/epidemia/>

Société Scientifique de  
Médecine Générale



<http://www.ssmg.be/>

Wetenschappelijke Vereniging  
Vlaamse huisartsen



<http://www.wvvh.be/>

Ministère des Affaires  
Sociales et de la Santé de la  
Communauté française



<http://www.cfwb.be/>

Ministerie van de Vlaamse  
Gemeenschap Administratie  
voor Gezondheidszorg



<http://www.vlaanderen.be/gezondheidszorg/>

## 1. Programme d'enregistrement 2003

V. Van Casteren

Le nouveau programme d'enregistrement des Médecins Vigies a débuté le 30 décembre dernier. Ce programme comprend des thèmes enregistrés de façon continue ainsi que d'autres repris pour une période limitée (1 ou 2 ans).

Les thèmes pour l'année 2003 sont :

### Nouveaux cas de cancer

L'enregistrement reprend toutes les localisations de cancer, mais se concentre principalement sur les cancers du sein, du col, du côlon-rectum, de la prostate et de la peau. L'enregistrement continu des circonstances du diagnostic permet d'étudier l'évolution de l'apport du dépistage dans le diagnostic.

### Examens préventifs pour le cancer

Cet enregistrement continu depuis le début des années 90 permet de suivre l'évolution du nombre et du type d'examens préventifs demandés/effectués par les médecins vigies pour le cancer, afin d'étudier entre autres l'impact de campagnes de prévention.

### Vaccinations

Comme en 2002, l'enregistrement se limite au vaccin contre la grippe, au vaccin contre le pneumocoque et à celui contre la diphtérie-tétanos chez les plus de 13 ans. Cet enregistrement permet de suivre le nombre de vaccins administrés annuellement aux adultes par les médecins participants. Comme en 2002, les motifs de vaccination y sont également repris.

### Violence intentionnelle

Cet enregistrement a démarré en 2002 et sera poursuivi jusqu'à la fin 2003. Il a pour buts d'étudier la fréquence des différents types de violence (physique, psychique, sexuelle) auxquels le médecin généraliste est confronté. Sont également étudiés le type de lésions contractées, les différentes caractéristiques de la victime et de l'auteur, ainsi que les suites qui ont été données à la violence par la victime et le médecin. L'enregistrement ajoute à l'intérêt actuellement porté à ce problème au niveau national et international. L'Organisation Mondiale de la Santé est elle-même particulièrement intéressée par cet enregistrement.

### Suspicion d'un nouveau cas d'asthme

Cet enregistrement a démarré en 2002 et sera poursuivi jusqu'à la fin 2003. En 2001, les cas connus (prévalents) d'asthme ont été

## 1. Registratieprogramma 2003

V. Van Casteren

Op 30 december II. ging het nieuwe registratieprogramma van de Huisartsenpeilpraktijken van start. Het programma omvat gewoontegetrouw thema's die continu worden geregistreerd, afgewisseld met nieuwe thema's die gedurende een beperkte periode (1 tot 2 jaar) worden opgenomen.

De thema's voor 2003 zijn :

### Nieuwe kankerdiagnose

Alhoewel de registratie alle kankerlocalisaties omvat, is ze vooral gefocust op borst-, cervix-, colon-rectum-, prostaat- en huidkanker. De continue registratie van de omstandigheden van diagnose laat toe het aandeel van screening in de tijd op te volgen.

### Preventieve kankeronderzoeken

Deze continue registratie vanaf begin jaren 90 laat toe de evolutie van het aantal, alsook van het type preventieve kankeronderzoeken door de peilartsen aangevraagd/uitgevoerd in de tijd op te volgen en aldus o.a. de impact van preventiecampagnes te bestuderen.

### Vaccinaties

Net als in 2002 is ook dit jaar de registratie beperkt tot het griep-, pneumokokken- en difterie-tétanos vaccin bij de meer dan 13-jarigen. De registratie maakt het mogelijk om het aantal vaccins jaarlijks door de peilartsen aan volwassenen toegediend in de tijd op te volgen. Daarnaast worden net als in 2002 ook de redenen van toediening bestudeerd.

### Intentioneel geweld

Deze registratie startte in 2002 en zal tot eind 2003 worden voortgezet. Deze registratie heeft tot doel patiënten geconfronteerd met verschillende vormen van geweld (fysisch, psychisch, seksueel) en die de huisarts consulteren te bestuderen. Er wordt gepeild naar de opgelopen letsels, naar een aantal kenmerken van dader en slachtoffer en naar de acties door de arts en door het slachtoffer ondernomen. Deze registratie sluit goed aan bij de huidige aandacht (nationaal en internationaal) voor geweld en de gevolgen ervan. Zo is de Wereld Gezondheids Organisatie erg in deze registratie geïnteresseerd.

### Vermoeden van nieuwe diagnose van astma

Deze registratie startte in 2002 en zal tot eind 2003 worden voortgezet. In 2001 werden de gekende (prevalente) gevallen van astma ge-

enregistrés. Les enregistrements de 2002 et 2003 se limitent aux nouveaux diagnostics. Des précisions quant au diagnostic et à l'étiologie sont récoltées par un formulaire de suivi.

### Placement définitif en institution

Le but de l'enregistrement est d'étudier les facteurs qui influencent le placement définitif en institution, ainsi que la procédure suivie et le rôle du médecin généraliste. Ce thème a déjà été enregistré en 1994 et est repris maintenant car depuis, quelques éléments essentiels ont changé, suite à de nouvelles législations et réglementations.

### Morsures de tiques et/ou suspicion de la maladie de Lyme

Ce thème est enregistré pour la première fois. L'enregistrement a pour but de déterminer l'incidence et la prise en charge d'une part des morsures de tiques et d'autre part de la maladie de Lyme.

### Douleur ou oppression thoracique

Ce thème est enregistré pour la première fois. Le but de cet enregistrement est d'étudier les arguments préconisés par le médecin généraliste pour référer/hospitaliser ou non un patient avec une douleur ou oppression thoracique.

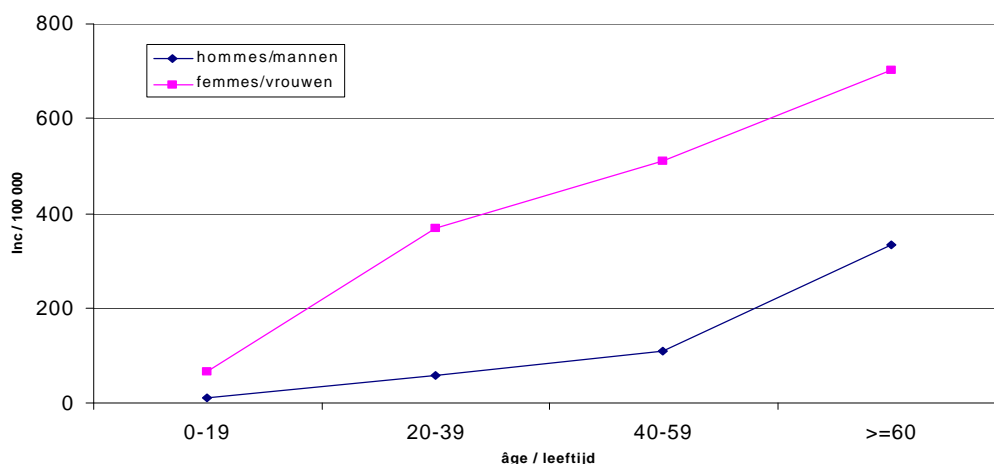
## 2. Les affections thyroïdiennes : enregistrement 1996-1997

P. Jonckheer

### Vision d'ensemble

En 1996 et 1997, les médecins participant au réseau vigie (119 médecins en 1996 et 105 en 1997) ont noté chaque semaine les nouveaux cas d'affections thyroïdiennes auxquels ils se trouvaient confrontés dans leur pratique. Au total, 758 cas furent enregistrés, ce qui correspond à un taux brut annuel d'incidence de 268 pour 100 000. Ces cas se retrouvent dans 80% chez des femmes et l'incidence augmente avec l'âge, comme le montre la figure 1.

Figure 1 : Incidence des affections thyroïdiennes quel qu'en soit le type (n=758) par 100 000 hab. selon le groupe d'âge et le sexe



Parmi les différentes atteintes possibles de la glande thyroïde, les goitres représentent l'affection la plus fréquente. Ils sont en effet cités dans plus d'un tiers des cas. Viennent ensuite les nodules isolés (13% des cas) et les thyroïdites (9%). Seuls 4 cas de cancers ont été enregistrés au cours des deux années.

registreerd. Dit jaar is de registratie beperkt tot de nieuwe diagnoses. Er worden inlichtingen ingewonnen via een follow-up formulier over de wijze van diagnosestelling en over de etiologie.

### Definitieve opname in instelling

Doel van de registratie is zicht te krijgen op de factoren die een definitieve opname in een instelling beïnvloeden, de gevolgde procedure en de rol van de huisarts. Dit thema werd reeds in 1994 geregistreerd en wordt nu terug opgenomen omdat een aantal belangrijke elementen zijn gewijzigd, onder andere door de nieuwe regel- en wetgeving. Deze wijzigingen kunnen een belangrijke invloed hebben op het verloop van de beslissing tot opname.

### Tekenbeten en/of vermoeden van ziekte van Lyme

Dit thema wordt voor het eerst opgenomen. De registratie heeft als doel enerzijds de incidentie en aanpak van tekenbeten en anderzijds de incidentie en aanpak van de ziekte van Lyme in kaart te brengen.

### Thoracale pijn of druk

Dit is een nieuw thema. De bedoeling van de registratie is na te gaan welke argumenten de huisarts hanteert om patiënten met thoracale pijn of druk al of niet door te verwijzen.

## 2. Schildklierandoeningen : de registratie in 1996-1997

P. Jonckheer

### Algemeen overzicht

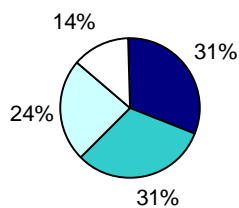
In de loop van 1996 en 1997 noteerden de peilartsen (119 in 1996 en 105 in 1997) wekelijks het aantal nieuwe gevallen van schildklierandoeningen waarmee zij in hun praktijk werden geconfronteerd. In totaal werden 758 gevallen geregistreerd, wat neerkomt op een jaarlijkse bruto incidentie van 268/100 000. In 80% van de gevallen gaat het over vrouwen en de incidentie stijgt met de leeftijd, zoals de onderstaande figuur illustreert.

Figuur 1 : Incidentie van schildklierandoeningen (ongeacht het type) (n=758) per 100 000 inwoners volgens leeftijdsgroep en geslacht

Van alle mogelijke schildklierpathologie zijn de goiters het frequentst. Zij vertegenwoordigen namelijk meer dan een derde van de gevallen, gevolgd in orde van belangrijkheid, door de geïsoleerde nodules (13% van de gevallen) en door thyroïditis (9%). Er werden in de loop van de 2 jaar slechts 4 gevallen van kanker opgetekend.

Figure 2 : Répartition des différentes catégories de fonctionnement thyroïdien (n=758)

Au niveau du fonctionnement thyroïdien, l'hyperthyroïdie et l'hypothyroïdie sont signalées chacune dans 31% des cas. Il faut noter que pour 14% des affections thyroïdiennes enregistrées, le fonctionnement thyroïdien n'est pas précisé.



### Régionalement parlant

Lorsqu'on compare les régions entre elles, on observe que l'incidence des affections thyroïdiennes, quel qu'en soit le type, est nettement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre et que cette différence se retrouve également pour les goitres totaux, les goitres euthyroïdiens et hypothyroïdiens ainsi que pour l'hypothyroïdie sans autre diagnostic associé (tableau 1). Ces différences persistent après standardisation pour l'âge et le sexe.

Tableau 1 : Taux bruts d'incidence pour 100 000 (I.C. à 95%) des affections thyroïdiennes estimés par le réseau des médecins vigies en Flandre et en Wallonie

	Wallonie / Wallonië		Flandre / Vlaanderen		P	
	Taux / Cijfer	I.C. / C.I.	Taux / Cijfer	I.C. / C.I.		
Affections thyroïdiennes	412	(360-452)	208	(186-227)	< 0.001	Schildklierandoeningen
Goitres totaux	182	(146-222)	72	(57-87)	< 0.01	Goiters (totaal)
diffus	124	(100-152)	36	(28-46)	< 0.05	diffuse
multinodulaires	58	(42-78)	35	(27-43)	NS	multinodulaire
euthyroïdiens	70	(52-92)	22	(15-29)	< 0.001	euthyroïde
hypothyroïdiens	26	(15-40)	05	(02-09)	< 0.001	hypothyroïde
hyperthyroïdiens	28	(17-43)	22	(16-30)	NS	hyperthyroïde
Hypothyroïdie	100	(78-125)	43	(34-53)	< 0.001	Hypothyroïdie
Hyperthyroïdie	58	(42-78)	39	(31-49)	NS	Hyperthyroïdie

### Conclusion

Cette différence régionale s'explique-t-elle par une carence iodée marginale plus importante en Wallonie qu'en Flandre ? D'autres facteurs interviennent-ils dans ce débat ? Au vu des résultats, il semble en tout cas intéressant d'approfondir la question. Un nouvel enregistrement des affections thyroïdiennes serait peut-être opportun dans ce cadre.

### 3. Incidence des suicides et des tentatives de suicide, 2000-2001

N. Bossuyt

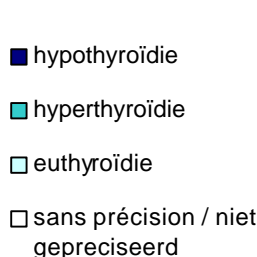
#### Collecte de données

Durant ces dix dernières années, le thème suicide et tentatives de suicide a été inclus à deux reprises dans l'enregistrement des médecins vigies : en 1993-1995 et en 2000-2001. Durant la période 2000-2001, 333 cas de tentatives de suicide et 70 cas de suicides ont été enregistrés par les médecins participants (153 pratiques en 2000 et 158 pratiques en 2001). La moyenne d'âge était de 36 ans pour les tentatives de suicide et de 45 ans pour les suicides.

#### Incidence des suicides

L'enregistrement montre qu'en Belgique, durant la période 2000-2001, l'incidence annuelle de suicides chez les hommes (35 pour 100 000) était plus élevée que chez les femmes (11 par 100 000 femmes) ( $p < 0,001$ ), le taux de suicide étant particulièrement important chez les hommes âgés.

Figuur 2 : Verdeling volgens de verschillende categorieën van schildklierfunctie (n=758)



Op niveau van de schildklierfunctie werd hyperthyroïdie en hypothyroïdie gesignaleerd elk in 31% van de gevallen. Bij 14% van de schildklieraandoeningen werden geen details omtrent de schildklierfunctie verstrekt.

### Resultaten op niveau van de regio's

Bij vergelijking tussen de regio's wordt vastgesteld dat de incidentie van schildklierpathologie, ongeacht het type, merklijk hoger ligt in Wallonië dan in Vlaanderen en dat dit verschil aanwezig blijft voor de totale groep van de goiters, voor de euthyroïde en de hypothyroïde goiters evenals voor de gevallen van hypothyroïdie zonder andere geassocieerde diagnose (tabel 1). Deze verschillen blijven bestaan ook na standaardisatie voor leeftijd en geslacht.

Tabel 1 : Bruto incidentie per 100 000 (95% B.I.) van schildklieraandoeningen geschat door het netwerk van peilartsen in Vlaanderen en in Wallonië

### Besluit

Kan dit regionaal verschil worden uitgelegd door een marginaal gebrek aan jodium dat groter is in Wallonië dan in Vlaanderen ? Zijn er andere factoren in het spel? Voortgaande op deze resultaten lijkt het in ieder geval de moeite om zich hierin verder te verdiepen. In dit verband zou een nieuwe registratie van schildklieraandoeningen via de peilpraktijken nuttig zijn.

### 3. Incidentie van suicide en suicidepogingen, 2000-2001

N. Bossuyt

#### Gegevensverzameling

In de afgelopen tien jaar werd het thema suicide en suicidepogingen tweemaal opgenomen in de registratie door de huisartsenpeilpraktijken : in de periodes 1993-1995 en 2000-2001. In de periode 2000-2001 werden in totaal 333 gevallen van suicidepoging en 70 gevallen van suicide genoteerd door de deelnemende artsen (153 praktijken in 2000 en 158 in 2001). De mediane leeftijd van de patiënt was 36 jaar bij suicidepoging en 45 jaar bij suicide.

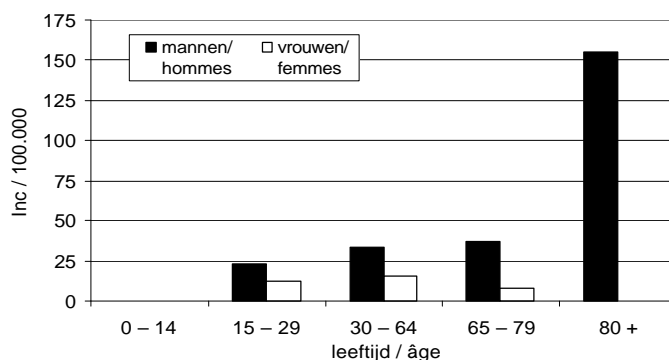
#### Incidentie suicide

Uit die registratie bleek dat in België in de periode 2000-2001 de incidentie van zelfdoding bij mannen (35 op 100 000 mannen) hoger was dan bij vrouwen (11 op 100 000 vrouwen) ( $p < 0,001$ ). De hoge incidentie bij hoogbejaarde mannen is opmerkelijk.

Figure 1 : Suicide : incidence par groupe d'âge et par sexe

Statistiquement, l'incidence des suicides était la même en Flandre et en Wallonie.

Entre 1993-1995 et 2000-2001 on constate une augmentation de l'incidence des suicides chez les hommes contre une diminution chez les femmes, ces variations n'étant toutefois pas significatives d'un point de vue statistique.



Figuur 1 : Suïcide : leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie

De incidentie van suïcide was niet significant verschillend in Vlaanderen in vergelijking met Wallonië.

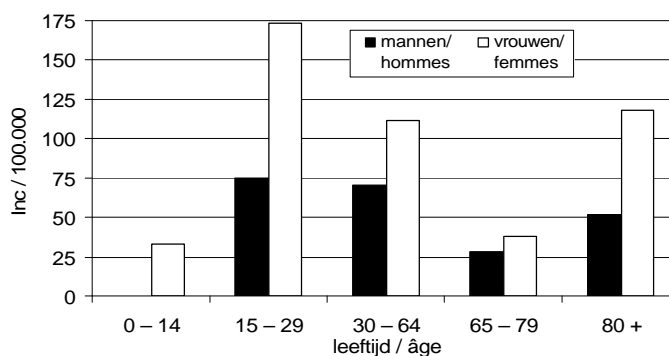
Tussen 1993-1995 en 2000-2001 steeg het aantal zelfdodingen bij mannen terwijl de incidentie van suïcide bij vrouwen afnam, maar die verschuivingen waren niet statistisch significant.

### Incidence des tentatives de suicide

L'enregistrement des tentatives de suicide (cas dans lesquels le patient survit) montre par contre une toute autre réalité : sur 100 000 hommes, seuls 71 ont tenté de se suicider tandis que sur un nombre identique de femmes, 141 ont essayé de mettre fin à leurs jours. L'incidence est, donc, clairement plus élevée chez les femmes, surtout chez les jeunes femmes âgées de 15 à 30 ans.

Figure 2 : Tentatives de suicide : incidence par groupe d'âge et par sexe

En 2000-2001, l'incidence des tentatives de suicide était manifestement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre. Le taux annuel de tentatives de suicide n'a pas changé de manière significative, ni en Flandre, ni en Wallonie, entre 1993-1995 et 2000-2001.



### Incidentie suïcidepogingen

De registratie van suïcidepogingen (= een poging waarbij de patiënt in leven bleef) liet een ander patroon zien : 71 op 100 000 mannen en 141 op 100 000 vrouwen ondernamen een suïcidepoging. De incidentie was dus duidelijk hoger bij vrouwen, en vooral bij jonge vrouwen tussen 15 en 30 jaar.

Figuur 2 : Suïcidepogingen : leeftijds- en geslachtsspecifieke incidentie

In 2000-2001 was de incidentie van suïcidepogingen in Wallonië significant hoger dan in Vlaanderen. Het jaarlijks aantal suïcidepogingen wijzigde niet noemenswaardig tussen 1993-1995 en 2000-2001, noch in Vlaanderen, noch in Wallonië.

Tableau 1 : Tentatives de suicide : incidence (par 100 000) standardisée selon l'âge, 2000-2001 en Flandre et en Wallonie

	Hommes / Mannen	Femmes / Vrouwen
Flandre / Vlaanderen	53	100
Wallonie / Wallonië	89	214
	p < 0,05	p < 0,001

Tabel 1 : Suïcidepogingen : incidentie (per 100 000) gestandaardiseerd naar leeftijd, 2000-2001 in Vlaanderen en Wallonië

### Contexte

L'enregistrement reprenait tous les cas de (tentatives de) suicide constatés par : un médecin, un collègue pendant une garde, un service psychiatrique ambulancier ainsi que tous les cas pour lesquels le patient a été immédiatement hospitalisé, le médecin généraliste étant informé ultérieurement.

Les incidences, surtout celles concernant les tentatives de suicide, ont été probablement sous-estimées, d'abord, parce que les personnes n'ayant pas de médecin généraliste n'ont pas été reprises dans l'enregistrement, ensuite, parce que tous les médecins généralistes n'étaient pas nécessairement mis au courant de la tentative de suicide commise par un de leurs patients.

Le rôle que joue le médecin généraliste dans l'accueil, l'accompagnement et le traitement après une tentative de suicide, nécessite cependant une bonne communication entre tous les acteurs. Cette stratégie de prévention sera notamment incluse dans l'objectif de santé flamand concernant le suicide (voir [www.gezondheidsconferentie.be](http://www.gezondheidsconferentie.be)).

### Context

De registratie omvatte alle gevallen van suïcide(pogingen) die vastgesteld werden door de huisarts zelf, door een collega huisarts (tijdens een wachtdienst), op een ambulante psychiatrie dienst, of waarbij er rechtstreekse opname in het ziekenhuis was én waar de peilarts achteraf bericht van kreeg.

Deze incidenties zijn wellicht onderschattingen van de werkelijke cijfers, vooral voor suïcidepogingen. Personen zonder vaste huisarts zijn namelijk niet opgenomen in de registratie. Bovendien wordt de huisarts niet altijd op de hoogte gebracht van een suïcidepoging van een van zijn patiënten.

Goede communicatie tussen alle zorgverleners is echter van kapitaal belang aangezien de huisarts een cruciale rol kan spelen in de opvang, begeleiding en behandeling na een suïcidepoging. Deze preventiestrategie wordt trouwens ook naar voor geschoven in het eerste ontwerp voor een Vlaamse gezondheidsdoelstelling over zelfmoord (zie [www.gezondheidsconferentie.be](http://www.gezondheidsconferentie.be)).