

Zakkaartje Parkinson

1. Wat is de ziekte van Parkinson? • Hersenziekte: te weinig dopamine door verlies van zenuwcellen. Verloopt langzaam progressief. • Behandeling is symptomatisch; er is geen medicijn dat de ziekte afremt. • Na alzheimer de meest voorkomende neurodegeneratieve ziekte. • Praktijk: ~0,2–0,4 nieuwe patiënten per 1000 per jaar; bij diagnose is ~80% ouder dan 65 jaar.	2. Kernsymptomen (motorisch) • Traag bewegen (bradykinesie) + stijfheid en/of rusttremor = het kernbeeld. • Begint aan één kant en blijft asymmetrisch (ergst aan de beginkant). • Let ook op: kleine armzwaai, schuifelen, voorovergebogen houding, maskergelaat, klein schrift, zachte monotone spraak.	3. Vroege & vage signalen • Kunnen jaren vóór de tremor komen: minder ruiken, levendige dromen 'naspelen' (REM-slaapstoornis), obstipatie, duizelig bij opstaan, moeheid, somberheid. • 2 van de 3 patiënten start met een (rust)tremor als eerste klacht. • Denk eraan bij een stijve/onhandige arm of been zonder duidelijke reden.
4. Anamnese: wat vraag je? • Aard, duur en beloop van tremor, stijfheid, loopproblemen; éézijdig begin? • Gevolgen voor dagelijks leven: schrijven, knoopjes, tandenpoetsen, vallen, werk. • Bijkomend: reuk, moeheid, stemming, denken/geheugen, plassen, obstipatie. • Gebruikt de patiënt middelen die parkinsonisme geven? (antipsychotica, anti-emetica, SSRI, venlafaxine, bupropion, valproïnezuur). Familie ermee bekend?	5. Onderzoek in de praktijk • Tremor: handen ontspannen, tijdens bewegen én armen vooruit; neemt toe bij hardop terugtellen. • Lopen: snelheid, paslengte, armzwaai; balans bij opstaan/draaien. • Stijfheid met tandradgevoel; klein schrift (laat een zin schrijven); mimiek en spraak. • Geen aanvullend onderzoek vanuit de praktijk nodig.	6. Verwijzen & overleggen • Vermoeden (traag bewegen + stijfheid en/of rusttremor): verwijs binnen 6 weken naar (bewegings)neuroloog. • Lijkt medicatie de oorzaak? Stop/wissel indien mogelijk (kan weken–maanden aanhouden), overleg neuroloog. • De neuroloog is hoofdbehandelaar; verwijs bij voorkeur binnen ParkinsonNet.
7. Rol van de huisartsenpraktijk • Stem contactfrequentie af op fase en behoefte van patiënt én naasten. • Signaleer bijwerkingen en veranderend effect van medicatie. • Signaleer en behandel (in overleg) niet-motorische klachten. • Let op overbelasting van de mantelzorger; verwijs zo nodig.	8. Medicatie: waar op letten • Nooit abrupt staken – continueer dopaminerge medicatie, ook rond operatie en in de laatste fase. • Consulteer (vervroegd) de neuroloog bij bijwerkingen, afnemend effect of schommelingen (peak-dose bewegingen, off-fasen). • Alert op impulscontrole (gokken, seks, kopen, eten) en op vragen om steeds méér medicatie → verwijs neuroloog.	9. Niet-motorische klachten • Komen véél voor en nemen toe: somberheid (~30%), angst, apathie, geheugen/dementie, slaap, pijn, moeheid. • Autonoom: obstipatie, duizelig bij opstaan, plasklachten, slik-/spreekselproblemen (→ logopedist). • Depressie: kies SSRI met korte werking (bijv. sertraline); niet samen met MAO-B-remmer (serotoninesyndroom).
10. Alarm: direct handelen • Koorts + suf + extreme stijfheid + ontregeling na (te) weinig levodopa = maligne levodopa-onttrekkingssyndroom (ook door infectie, obstipatie, OK). Direct naar neuroloog/speed. • Zelfde beeld bij MAO-B-remmer + SSRI/TCA/tramadol = serotoninesyndroom. • Denk aan ileus bij ernstige obstipatie; voorkom obstipatie.	11. Vallen, bewegen & voeding • Hoog, meervoudig valrisico (balans, bloeddruk, freezing, ondervoeding) → fysio-/oefen- en ergotherapeut (parkinsonspecifiek). • Blijven bewegen helpt tegen klachten en verbetert kwaliteit van leven. • Ongewenst gewichtsverlies → diëtist; slikproblemen → logopedist.	12. Laatste fase & vastleggen • Huisarts neemt coördinatie over; neuroloog blijft consultant. Continueer medicatie (evt. via sonde). • Vermijd metoclopramide, haloperidol en atropine; misselijkheid → domperidon. • Bespreek wensen op tijd (denken en spraak gaan achteruit). Wijs op thuisarts.nl en Parkinson Vereniging.