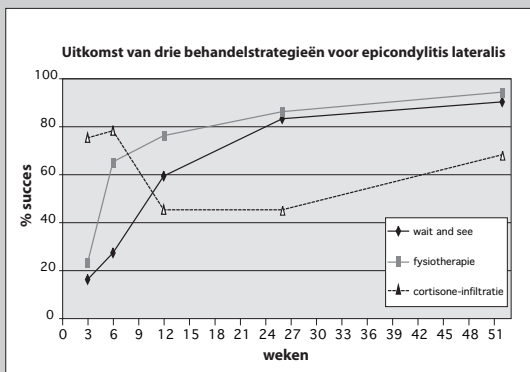


In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsengeneeskundige praktijk bondig samen.



Meer duidelijkheid over het effect van verschillende behandelingen van epicondylitis lateralis

Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, et al. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. *BMJ* 2006;333:939.

Welke vooruitzichten kun je een patiënt geven wanneer die een behandeling vraagt voor een tenniselleboog waarvan hij al meer dan zes weken last

heeft? Je kunt vertellen dat een tenniselleboog een zelflimiterende aandoening is die gemiddeld zes maanden tot twee jaar duurt en waarvan gelukkig negen op de tien patiënten binnen het jaar herstelt. Wellicht zal diezelfde patiënt je dan vragen om vlugger van de hinder verlost te zijn. Maar welke garanties kun je geven? Wat mag iemand van de verschillende behandelingsstrategieën verwachten?

Een Australische RCT (Randomized Controlled Trial) tracht hier een antwoord op te geven. Bij 198 patiënten werden drie strategieën vergeleken. De eerste groep patiënten kreeg fysiotherapie: 8 behandelingen van 30 minuten over een periode van zes weken. De tweede groep kreeg cortisone-injectie(s): één à twee infiltraties met 10 mg triamcinolone en 1% lidocaïne. En voor de derde groep was het gewoon afwachten ('wait and see'). Aan alle patiënten was het gebruik van pijnstillers in de follow-upperiode toegestaan. Na zes weken scoorde de infiltratiegroep beter dan de fysiotherapiegroep en die deed het dan weer beter dan de 'wait and see'-groep. Dit superieure effect van de infiltratie was echter zes weken later al verdwenen door het grote aantal recidieven (47/65). Opmerkelijk was dat de infiltratiegroep het na 52 weken slechter deed dan de fysiotherapiegroep voor alle uitkomstmaten en slechter dan de 'wait and see'-groep voor de meeste uitkomstmaten. Op de punten waarop de fysiotherapiegroep op korte termijn significant beter scoorde dan de 'wait and see'-groep was dit verschil niet meer significant na 52 weken. Wel gebruikten patiënten van de fysiotherapiegroep het minste extra pijnstillers.

Kortom, infiltratie blijkt eerder nadelig op langere termijn, fysiotherapie geeft winst op korte termijn maar is op langere termijn niet superieur ten opzichte van 'wait and see'. Deze laatste optie is wellicht de goedkoopste en bevestigt het standpunt van de Nederlandse richtlijn. Aan de hand van de resultaten van deze studie is het voortaan mogelijk patiënten een duidelijk beeld te geven van wat ze van de verschillende behandelingen mogen verwachten. Aan hen de keuze.

M.V.N.

Literatuur

- Smidt N, van der Windt DA. Tennis elbow in primary care. *BMJ* 2006;333:927-8.
- Assendelft W, Rikken S, Mel M, et al. NHG-Standaard Epicondylitis. *Huisarts Wet* 1997;40:21-6.



Rookverbod maakt snel verschil

Menzies D, Nair A, Williamson PA, Schembri S, et al. Respiratory symptoms, pulmonary function, and markers of inflammation among bar workers before and after a legislative ban on smoking in public places. *JAMA* 2006;296:1742-8.

Een rookverbod op de werkvloer is goed voor iedereen, maar bijzonder goed voor eigenaars en personeel van horecazaken die tot zes keer meer passief rook inademen dan andere werkende mannen en vrouwen. Het rookverbod in de Verenigde Staten, Ierland, Noorwegen en

Nieuw-Zeeland heeft reeds aangetoond dat horecapersoneel vrij snel gezonder wordt als er voor hun klanten een rookverbod geldt. Er zijn recente, objectieve gegevens uit Schotland waar sinds maart 2006 cafés, restaurants en andere besloten publieke plaatsen rookvrij zijn. Na twee maanden bleek dat het horecapersoneel significant minder rook inhaleerde (gemeten via de serumconcentratie van cotinine), en had een significant betere longfunctie en minder luchtweg- of andere symptomen dan kort voor het rookverbod. De voordelen voor astmatisch horecapersoneel waren het grootst. Hun longfunctie verbeterde meer dan die van hun gezonde collega's en ze meldden een betere astmagerelateerde kwaliteit van leven. In deze subgroep verbeterde ook de ontsteking van de luchtwegen.

Ook al gaat het om een kleine studie – slechts 77 mensen legden alle tests af – ze bevestigt dat een rookvrije omgeving een snelle en klinisch belangrijke verbetering betekent voor horecapersoneel. Deze studie toont aan dat ze zich na een maand al beter voelden.

S.C.



Kleine groep geneesmiddelen veroorzaakt bijna alle ongewenste effecten

Budnitz DS, Pollock DA, Weidenbach KN, Mendelsohn AB, et al. National surveillance of emergency department visits for outpatient adverse drug events. *JAMA* 2006;296:1858-66.

Allergische reacties, onbedoelde overdoses en bijwerkingen zijn mogelijke ongewenste effecten van geneesmiddelen. Elk jaar ondervinden naar schatting ongeveer 700 000 Amerikanen (0,24% van de bevolking) een ongewenst geneesmiddeleneffect dat ernstig genoeg is om een spoedgevallendienst te bezoeken. Omgerekend zou dit op 6 miljoen Vlamingen om bijna 15 000 gevallen gaan.

Volgens routineregistratiegegevens in 63 Amerikaanse ziekenhuizen bleek 0,6% van alle spoedgevallen om ongewenste geneesmiddeleneffecten te gaan. In één op drie gevallen ging het om allergische reacties. Nog eens een derde waren onbedoelde overdoseringen, voornamelijk bij geneesmiddelen waarvoor gemonitord wordt, zoals digoxine en warfarine. Een kwart van alle ernstige gevallen was te wijten aan insuline en warfarine. Insuline, warfarine en digoxine samen waren zelfs verantwoordelijk voor meer dan 40% van de ernstige bijwerkingen bij vijftenzestigplussers.

Het lijkt hier dus om een belangrijk probleem te gaan. Inspanningen om er iets aan te doen moeten volgens de auteurs in de eerste plaats gericht zijn op ouderen. Zij nemen immers meer geneesmiddelen, hebben vaker last van bijwerkingen, en komen vaker in het ziekenhuis terecht dan jongere mensen.

Verder werd duidelijk dat bijna alle ongewenste effecten door een kleine groep van geneesmiddelen worden veroorzaakt. Van de 18 in deze studie gebruikte geneesmiddelen ging het in 7 gevallen om antibiotica. Amoxicilline bijvoorbeeld is alleen al in de Verenigde Staten verantwoordelijk voor naar schatting 30 135 spoedgevalleninterventies per jaar! In Vlaanderen zou dit omgerekend om 700 gevallen gaan. Een extra reden dus om voorzichtig te zijn bij het voorschrijven van dit voorkeursantibioticum en andere veelgebruikte en zeer actieve geneesmiddelen.

V.V.



Minocycline niet langer geprefereerd oraal antibioticum bij acne

McManus P, Iheanacho I. Don't use minocycline as first line oral antibiotic in acne. *BMJ* 2007;334:154.

Door een zeer effectieve marketing en heel veel steun vanuit de tweede lijn is minocycline jarenlang het bij voorkeur voorgeschreven orale antibioticum bij acne geweest. Een Cochrane review over de behandeling van acne vergeleek oraal minocycline met placebo of een andere actieve behandeling. Hoewel het gebruik van minocycline een effectieve behandeling voor acne leek, waren er geen goed opgezette studies die overtuigend aantoonde dat het superieur zou zijn aan andere orale antibiotica.

Zoals andere tetracyclines kan minocycline gastro-intestinale ongemakken, schimmelinfectie en fotosensibiliteit, alsook overgevoelheidsreacties en benigne intracranële hypertensie veroorzaken. Als enige tetracycline kan het echter ook een graniet-grijze hyperpigmentatie van de huid teweegbrengen, die irreversibel is. Bovendien lijkt het ook vaker te leiden tot een lupusachtig syndroom.

Als grote voordeel werd steeds gesteld dat minocycline slechts eenmaal per dag moet worden ingenomen. Maar ook doxycycline en lymecycline moeten maar eenmaal daags ingenomen worden. Hun werkzaamheid wordt niet beïnvloed door voeding en bovendien zijn ze goedkoper dan minocycline.

Wanneer bij de behandeling van acne tetracyclines nodig zijn, kan men dus even effectief en comfortabel, maar veiliger en voordeliger gebruik maken van doxycycline of lymecycline.

L.D.D.