

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



Buisjes en ontwikkelingsachterstand op 9- tot 11-jarige leeftijd

Paradise JL, Feldman HM, Campbell TF, et al. Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. *N Engl J Med* 2007;356:248-61.

Tot op heden werd aangenomen dat er bij kinderen een verband bestond tussen persisterende middenooreffusie in hun jonge levensjaren en latere ontwikkelingsachterstand. In een studie, besproken in *Minerva*¹, rapporteerden de auteurs eerder al dat bij kinderen met persisterende middenooreffusie en jonger dan drie jaar, onmiddellijk plaatsen van buisjes (tympanostomie) vergeleken met uitgesteld plaatsen niet resulteerde in een betere taal-, spraak- of psychologische ontwikkeling op drie, vier of zes jaar. Hiervoor werden 6 350 kinderen kort na hun geboorte in de studie geïncludeerd en regelmatig geëvalueerd voor middenooreffusie. Vóór de leeftijd van drie werden 429 kinderen met persisterende effusie at random toegewezen aan onmiddellijke plaatsing van buisjes of plaatsing tot negen maanden later, als de effusie bleef bestaan.

Andere belangrijke aspecten van de ontwikkeling van deze kinderen konden niet worden onderzocht totdat ze ouder werden. Daarom ging men de taalvaardigheid, aandacht, sociale vaardigheden en schoolprestaties na bij 391 van deze kinderen op 9- tot 11-jarige leeftijd. Men vond geen significant verschil in de gemiddelde scores op 48 ontwikkelingsmaten tussen beide studiegroepen, en concludeerde daarom dat bij gezonde kinderen jonger dan drie jaar met persisterende middenooreffusie het onmiddellijk plaatsen van buisjes de ontwikkeling op 9- tot 11-jarige leeftijd niet verbetert. Een afwachtend beleid blijft daarom een verantwoorde aanbeveling voor de praktijk.

S.C.

Literatuur

¹ Van Balen F. Trommelvliesbuisjes bij otitis media met effusie. *Huisarts Nu (Minerva)* 2002;31:254-7.



WHO klasseert orale anticonceptiva als carcinogeen

Kahlenborn C, Modugno F, Potter DM, Severs WB. Oral contraceptive use as a risk factor for premenopausal breast cancer: a meta analysis. *Mayo Clin Proc* 2006;81:1290-302.

Van de risicofactoren voor borstkanker zijn er een aantal al lang bekend: een familiale anamnese van borstcarcinoom, een vroege menarche, een late menopauze, nullipariteit en het niet geven van borstvoeding.

Over de invloed van hormoongebruik weten we heel wat minder. Is er bijvoorbeeld een aantoonbaar verband tussen het lang nemen van gecombineerde oestrogeen-progesteronpreparaten? Verschillende studies noopten de WHO in september van 2006 zowel orale anticonceptie als hormonale substitutietherapie als een groep 1-carcinogeen te kenmerken.

Sinds 1980 merken onderzoekers een stijging van borstkanker bij pilgebruiksters op. Dit veranderde patroon heeft waarschijnlijk te maken met de verschillende manieren waarop vrouwen tegenwoordig de pil gebruiken: langer en al vóór de eerste voldragen zwangerschap. Met deze meta-analyse van case-controlstudies vanaf 1980 wilde men uitklaren wat de verhouding kan zijn tussen orale anticonceptie en borstkanker bij vrouwen in de premenopauze of vóór de leeftijd van 50 jaar. De in verschillende landen – geografisch verspreid over de wereldbol – gepubliceerde resultaten werden gepoold. Apart bekeken, kwam er in grofweg alle studies een verhoogde incidentie van borstkanker bij pilgebruiksters aan het licht. Na analyse waren er wel een aantal opmerkingen. In het algemeen werd het gebruik van de pil geassocieerd met een verhoging van het risico op premenopauzale borstkanker. Zowel bij vrouwen met als zonder kinderen gaf het gebruik van orale anticonceptie een verhoging van het risico op borstkanker. Het risico bij nulliparae verschilde niet bij korter of

langer pilgebruik, echter wel bij vrouwen die kinderen hadden gehad. Bij deze laatste groep was het risico groter als ze orale anticonceptie gebruikten vóór hun eerste voldragen zwangerschap. Het grootste risico liepen vrouwen die voor hun eerste voldragen zwangerschap vier jaar of langer pilgebruikster waren.

Bij het interpreteren van studies als deze moet rekening worden gehouden met hun tekortkomingen. Omdat het hier gaat om gepoolde case-controlstudies, bestaat de mogelijkheid dat er een *recallbias* is ingeslopen. Verder melden de auteurs dat de verschillende landen er ook een ander patroon van pilgebruik én een verschillende dosage op na houden. Ook dit kan invloed op de resultaten hebben. Toch een artikel om aandacht aan te besteden, vooral voor diegenen onder ons die veel werken met tieners en opgroeiende jeugd.

S.B.



Overdonderd door het relatieve risico?

Schwartz LM, Woloshin S, Dvorin EL, Welch HG. Ratio measures in leading medical journals: structured review of accessibility of underlying absolute risks. *BMJ* 2006;333:1248-50.

Het is u wellicht al overkomen. Men tracht u te overtuigen met het argument van een relatief risico van 0,5 (50%) op bijvoorbeeld overlijden bij de vergelijking van geneesmiddel A met een placebo (of geneesmiddel B). Met andere woorden, mensen die geneesmiddel A nemen, hebben maar de helft zoveel kans om te overlijden als mensen die de placebo (of geneesmiddel B) nemen. Zonder informatie over het onderliggende absolute risico – de kans op overlijden in beide groepen – is zulke informatie echter on-

volledig. Een relatief risico van 0,5 komt bijvoorbeeld overeen met allerlei mogelijke veranderingen in de kans om te overlijden: van 20% naar 10%, van 1% naar 0,5%, of zelfs van 0,0004% naar 0,0002%.

Het is meermaals aangetoond dat effecten alleen gepresenteerd in relatieve uitkomstmaten meer indruk maken dan dezelfde effecten uitgedrukt in absolute termen. Daarnaast is aangetoond dat patiënten stellingen over absolute en relatieve risicoreductie beter begrijpen als je hun de absolute risico's laat zien. Vandaar dat verschillende initiatieven, zoals de 'consolidated standards of reporting trials' (CONSORT) en meer recent 'Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology' (STROBE) het rapporteren van absolute risico's in verslagen van RCT's en cohortstudies trachten te verbeteren.

In het onderzoek van Schwartz et al. werd systematisch nagegaan of de absolute risico's beschikbaar waren in artikels uit toonaangevende medische tijdschriften die relatieve uitkomstmaten rapporteerden. In *Annals of Internal Medicine*, *BMJ*, *Journal of the American Medical Association*, *Journal of the National Cancer Institute*, *Lancet* en *New England Journal of Medicine* werden 222 artikels gepubliceerd tussen 1 juni 2003 en 1 mei 2004 met studieopzetten die toelaten absolute risico's te berekenen (61 RCT's en 161 cohortstudies). Daarvan rapporteerden 150 artikels (68%) de absolute risico's van de eerste relatieve uitkomstmaat niet in het abstract en de helft van de artikels deed dat ook verder in het artikel niet.

Vraag dus steeds naar de onderliggende absolute risico's als men u met relatieve risico's wil overdonderen.

S.C.



Huisarts tussen specialisten: kritische vragen over ons beroep

Stein HF. Family Medicine's identity: being generalists in a specialist culture? *Ann Fam Med* 2006;4:455-9.

Als huisarts zijn we al een tijdje op zoek naar onze beroepsidentiteit: zijn we nu specialisten in de huisartsgeneeskunde, of zijn we algemeen geneeskundigen, of zijn we poortwachters?

De Amerikaanse huisarts stelt zich dezelfde vraag. Zowel in Amerika als bij ons zijn een aantal modellen voor huisartsgeneeskunde in de running: is het een holistische visie op leven, gereflecteerd en uitgeoefend in de praktijk? Is het eerder een stapsgewijze aanpak

van geneeskunde, waarbij we niet verder gaan dan een bepaalde grens? Of identificeren we ons eerder met onze meer recente poortwachtersrol, waar we puur inspelen op de thans bestaande marktbehoeften?

We zien onszelf bijvoorbeeld niet als kleine internistjes, kleine pediatertjes of kleine psychiaterjes, maar als een beroepsgroep van onafhankelijke artsen, gedefinieerd door het onderscheid met andere – specialistische – artsen. Gezien de algemene tendens om in een structuur in te willen passen, of integendeel op te vallen, vormt algemene geneeskunde niet meer dan een deel van het leven in het algemeen en van de tegenstellingen erin. Waar we zeker voor gaan is de 'family-issue' en een sociale aanpak gebaseerd op ethische waarden. Een heikel punt in de huisartsengeneeskunde is de afbakening van onze grenzen: waar stopt huisartsengeneeskunde en waar begint specialistische geneeskunde? Behandelen wij echt patiënten en niet alleen ziekten? Gaan we met het bijwonen van Lok-vergaderingen en het invoeren van accreditering de goede kant op? Welke invloed heeft dat op de kwaliteit, de uitstraling en de identiteit van huisartsengeneeskunde?

We zullen onze identiteitscrisis niet op stel en sprong kunnen oplossen. Kritisch blijven over wat we doen en hoe we werken blijft daarom belangrijk. En als we ons vinden in de idee van een bepaalde ideologie, dan toch niet zonder daarbij de praktijk van correcte samenwerking met onze collega's huisartsen en specialisten uit het oog te verliezen. S.B.



Eén pijnstillers superieur voor episodische spanningshoofdpijn?

Verhagen AP, Damen L, Berger MY, Passchier J, et al. Is any one analgesic superior for episodic tension-type headache? *J Fam Pract* 2006;55:1064-72.

Spanningshoofdpijn (*zie kader*) is de meest frequente vorm van hoofdpijn. Hoewel hiermee minder vaak wordt geconsulteerd in de Vlaamse huisartsenpraktijk (www.intego.be), komt de aandoening toch voor bij 35% tot 40% van de volwassen populatie.

Mensen met een acute episode van spanningshoofdpijn behandelen dit meestal zelf met milde, niet-narcotische pijnstillers ter verlichting van de pijn. Onderzoek suggereerde dat paracetamol en NSAID's zoals aspirine, ibuprofen, naproxen en ketoprofen effectief zijn om de symptomen te verlichten. Het gaat om een hele waaier aan geneesmiddelen, doseringen en combinaties. Maar tot op heden ontbrak een overzicht.

Een recente systematische review beveelt ibuprofen aan als verantwoorde eerste keuze bij episodische spanningshoofdpijn. Nochtans bleken alle niet-narcotische pijnstillers een vergelijkbare effectiviteit te bezitten bij spanningshoofdpijn. Beslissend daarbij is dus of deze middelen al of niet goed verdragen worden. En, zoals ook door anderen is aangetoond, heeft ibuprofen vergeleken met andere NSAID's het laagste risico op ernstige maagdarmplicaties. Vergeleken met placebo blijkt uit meta-analyse van 15 RCT's dat alle NSAID's effectiever zijn dan placebo (>50% verlichting van de pijn), en dit zonder verschil in neveneffecten.

Wanneer geniet paracetamol, eerste keuze in de NHG-Standaard Hoofdpijn, dan de voorkeur? Meta-analyse van zeven studies (waarvan twee van minder goede kwaliteit) geeft aan dat NSAID's effectiever zijn voor spanningshoofdpijn. Maar omdat NSAID's bij sommige mensen allergie kunnen veroorzaken en ze niet samen gebruikt mogen worden met anticoagulantia, is paracetamol in deze gevallen een goed alternatief. Indien paracetamol wordt gegeven, is gezien de dosis-responsrelatie de juiste dosis van belang. S.C

Episodische spanningshoofdpijn is door de International Headache Society (IHS) gedefinieerd als hoofdpijn met meer dan 10 episodes in een mensenleven, maar minder dan 15 episodes per maand; een doorsnee episode duurt 30 minuten tot 7 dagen; en met ten minste 2 kwaliteitskenmerken van de pijn [dat wil zeggen milde of matige intensiteit, bilateraal, drukkend of spannend (niet pulserend), en geen toename bij lichaamsbeweging]. Daarnaast heeft de hoofdpijn geen kenmerken van migraine (dat wil zeggen misselijkheid, braken of licht- en lawaaigevoeligheid). De definitie van chronische spanningshoofdpijn is identiek aan die van episodische spanningshoofdpijn, behalve voor de episodefrequentie. Deze is 15 of meer per maand gedurende ten minste 6 maanden, en een geassocieerd symptoom van misselijkheid, licht- of lawaaigevoeligheid is toegelaten.

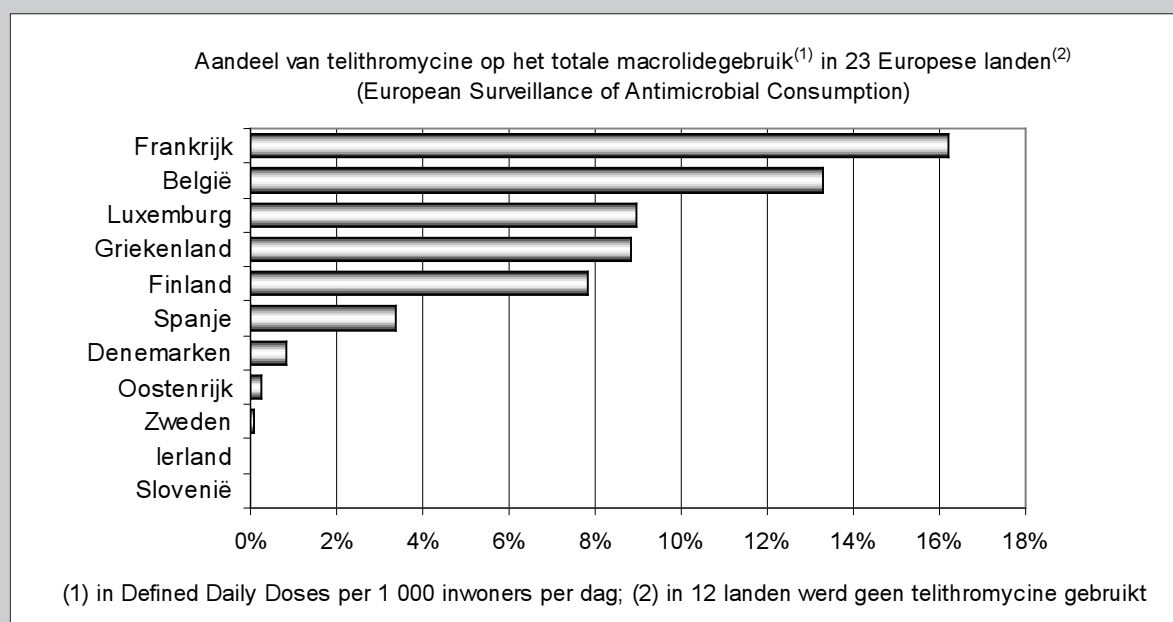
Beperk het gebruik van telithromycine: u bent gewaarschuwd!

European Medicines Agency. PRESS RELEASE: European Medicines Agency recommends restricted use and strengthened warnings for Ketek (EMA/129901/2007). www.emea.europa.eu/pdfs/general/direct/pr/12990107en.pdf

In België is het aandeel telithromycine op het totale antibioticagebruik en op het gebruik van macroliden (*zie figuur*) mee van het hoogste in Europa. In verband met het gebruik van telithromycine* voor drie van de vier goedgekeurde indicaties heeft het European Medicines Agency (EMA) onlangs echter beperkingen aanbevolen. Voor de behandeling van bronchitis, sinusitis en tonsillitis/faryngitis zou het enkel nog gebruikt mogen worden voor infecties veroorzaakt door bacteriën waarvan vermoed wordt of is aangetoond dat ze resistent zijn tegen of niet behandeld kunnen worden met macroliden of bètalactamantibiotica. Het EMA staat ook achter de contra-indicatie van het gebruik van telithromycine bij patiënten met myasthenia gravis en verscherpte de waarschuwingen in verband met transiënt bewustzijnsverlies en effecten op het gezichtsvermogen.

Hoewel het macrolidegebruik in de ambulante praktijk in België gestaag daalt (*zie blz. 186*) – in 2005 nog (maar) 2,26 dagdossissen per 1 000 inwoners per dag – voegen we hier voor alle duidelijkheid aan toe dat, voor zover er al antibiotica nodig zijn voor de behandeling van bronchitis, sinusitis en tonsillitis/faryngitis, macroliden, incl. telithromycine, geen eerste keuze zijn. S.C.

*Telithromycine wordt in België gecommmercialiseerd als Ketek®



advertentie

Lundbeck