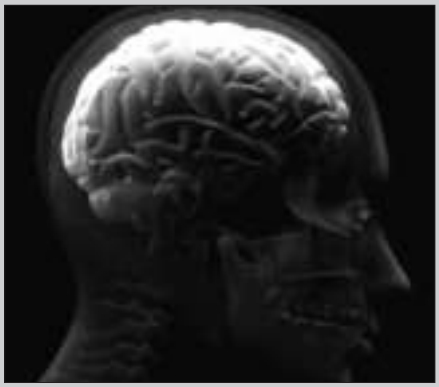
In deze rubriek vatten we iedere maand relevant nieuws voor de huisartsengeneeskundige praktijk bondig samen.

Voordelen van borstkankerscreening bij vrouwen onder de 50 jaar nog niet aangetoond

Moss SM, Cuckle H, Evans A, et al. Trial Management Group. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality at 10 years' follow-up: a randomised controlled trial. *Lancet* 2006;368:2053-60.

De voordelen van borstkankerscreening bij vrouwen boven de 50 jaar zijn vrij goed onderbouwd, maar of screening van jongere vrouwen zin heeft, blijft een groot vraagteken.
In een ambitieuze RCT, de Age-studie, waarin meer dan 160 000 vrouwen vanaf de leeftijd van 40 jaar voor een jaarlijkse screeningsmammografie werden uitgenodigd, daalde de sterfte aan borstkanker met een onzekere 17% op tien jaar. Het resultaat is onzeker omdat de vermindering niet statistisch significant was en het onderzoek kleiner dan gepland. De auteurs concluderen dat hun bevindingen in grote lijnen aan hun verwachtingen beantwoordden en dat een langere follow-upperiode daarover duidelijkheid moet verschaffen.
Ondertussen moeten we ook rekening houden met de neveneffecten van deze screening. Vals-positieve mammografieën zijn niet ongewoon. Ze verontrusten patiënten en brengen bijkomende kosten met zich mee. Het grootste neveneffect is het ontwikkelen van kanker door de straling. De beste schattingen op basis van studiemodellen suggereren dat vroegtijdige screening waarschijnlijk meer kankers vindt dan het veroorzaakt, maar precieze gegevens die vrouwen toelaten een onderbouwde keuze te maken, zijn nog niet direct beschikbaar. S.C.



Het ABCD^2-acroniem en het risico op CVA na een doorgemaakte TIA

Claiborne Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007;369:283-92.

Dat een TIA een voorbode kan maar niet hoeft te zijn van een CVA, is evident. Maar hoe kun je als huisarts inschatten welke TIA-patiënten op korte termijn meer risico lopen om een CVA te doen?
Onderzoekers uit Oxford (VK) en Californië (VS) hebben hiervoor een nieuwe schaal (de ABCD^2-score) gevalideerd. Een heterogene groep van 2 893 patiënten met een recente TIA kreeg zulke ABCD^2-score en werd gedurende 90 dagen opgevolgd. Om de situatie van de dagelijkse praktijk zoveel mogelijk te benaderen startte de timing van de follow-up op het moment dat de TIA-diagnose gesteld was en dus niet op het moment van het optreden van de eerste symptomen. Het ABCD^2-acroniem verwijst naar de vijf te scoren klinische gegevens die je zonder bijkomende technische onderzoeken kan invullen, wat de schaal uiterst bruikbaar maakt in de huisartsenpraktijk:

- A(ge) scoort 1 punt als de patiënt ouder is dan 60 jaar;
- B(lood pressure) scoort 1 punt voor een systolische druk boven 140 mmHg of een diastolische druk boven 90 mmHg;
- C(linical features) scoort 2 punten bij hemiparese of 1 punt bij spraakstoornis zonder parese;
- D(uration of TIA) scoort 2 punten voor TIA die langer dan 60 min duurt of 1 punt wanneer dit langer dan 10 min maar minder dan 60 min duurt;
- D(iabetes) scoort 1 punt bij aanwezigheid van suikerziekte.

Op basis van de somscore kan elke nieuwe TIA-patiënt ingedeeld worden in een groep met respectievelijk laag risico (ABCD^2-score tussen 0 en 3: 1,0% risico op CVA binnen twee dagen), intermediair risico (ABCD^2-score van 4 of 5: 4,1% risico op CVA binnen twee dagen) of hoog risico (ABCD^2-score van 6 of 7: 8,1% risico op CVA binnen twee dagen). Van deze patiënten die in de follow-upperiode van 90 dagen uiteindelijk een CVA deden (9,2% van alle TIA-patiënten; 17,8% van de patiënten uit de hoogrisicogroep), overleed 20%. Gezien de zeer waarschijnlijke voordelen van bepaalde interventies in de acute fase hebben patiënten met een hogerisicoscore baat bij een dadelijke opname voor observatie, terwijl voor de laagrisicogroep een ambulante opvolging te rechtvaardigen is. Voor patiënten met een intermediair risico zullen contextfactoren de beleidskeuze mee bepalen. De ABCD^2-score laat dus toe om een zekere inschatting van het risico op CVA te maken met consequenties voor het beleid. Nu alleen nog het ABCD^2-acroniem memoriseren of nog beter: de programmeurs van onze medische software vragen een pop-up te ontwikkelen om de ABCD^2-score vlug te berekenen op basis van wat we in het EMD (elektronisch medisch dossier) genoteerd hebben. M.V.N.

CT of geen CT bij mineure hoofdtraumata

Smits M, Dippel DWJ, Steyerberg EW, de Haan GG, et al. Predicting intracranial traumatic findings on computed tomography in patients with minor head injury: The CHIP prediction rule. *Ann Intern Med* 2007;146: 397-405.

Om bij mineure hoofdtraumata te beslissen, bestaan er twee gevalideerde hulpmiddelen, maar beide zijn enkel bruikbaar bij patiënten die bewusteloos waren. Nederlandse onderzoekers hebben nu een derde beslisregel ontwikkeld die ook geldt voor de meeste mensen die bij bewustzijn blijven na een hoofdtrauma. De regel voorspelt wie waarschijnlijk een traumatisch intracranieel letsel heeft op basis van de aan- of afwezigheid van majeure en mineure risicofactoren. De tien majeure risicofactoren omvatten o.a. braken, langduriger posttraumatische amnesie, een Glasgow-comascore onder de 15, i.e. niet de maximumscore, en stuipen. De mineure risicofactoren omvatten: een val van een hoogte, elk bewustzijnsverlies en contusie van de schedel. Computertomografie (CT) van het hoofd is geïndiceerd bij iedereen met één majeure of twee mineure risicofactoren *(zie tabel)*.

In een cohorte van 3 181 Nederlandse patiënten met mineure hoofdtraumata identificeerde een eenvoudige versie van de regel iedereen bij wie neurochirurgie noodzakelijk was (17/3 181, 0,5%; sensitiviteit 100%, 95% BI 82% tot 100%) en 96% van diegenen die een intracranieel letsel hadden. De specificiteit was niet zo hoog (25% voor intracraniële letsels, 23% tot 27%), maar de auteurs schatten dat de regel het aantal scans na mineure hoofdtraumata met bijna een kwart zou kunnen verminderen.

CT is geïndiceerd in aanwezigheid van 1 majeure risicofactor op intracranieel letsel:
- Voetganger of fietser tegen voertuig
- Uit het voertuig geslingerd
- Braken
- Posttraumatische amnesie ≥ 4 u
- Klinische tekens van schedelfractuur*
- Glasgow Coma Scale (GCS) score < 15
- GCS verslechtering ≥ 2 punten (1 u na presentatie)
- Gebruik van anticoagulerende therapie
- Posttraumatische stuipen
- Leeftijd ≥ 60 j

CT is geïndiceerd in aanwezigheid van ten minste 2 mineure risicofactoren op intracranieel letsel:
- Val van elke hoogte
- Persisterende anterograde amnesie**
- Posttraumatische amnesie van 2 tot < 4 u
- Contusie van de schedel
- Neurologische stoornis
- Bewustzijnsverlies
- GCS verslechtering van 1 punt (1 u na presentatie)
- Leeftijd 40–60 j

* *Elk letsel dat een schedelfractuur suggereert, zoals een palpeerbare discontinuïteit van de schedel, lekkage van cerebrospinaal vocht, brilhematoom en bloedverlies uit het oor.*

** *Persisterende anterograde amnesie is elk gebrek van het kortetermijngeheugen.*

De nieuwe regel geldt voor volwassen met hoofdtraumata die zich presenteren met een Glasgow-comascore van 13-15 en is meteen ook een goed voorbeeld van de waarde van een gevoelige test (hoge sensitiviteit) als uitsluiter. Bij een negatief testresultaat is er hoogstwaarschijnlijk geen intracranieel letsel en is neurochirurgie niet nodig. De regel moet wel nog gevalideerd worden. S.C.

Langdurig gebruik van zuurremmers veilig?

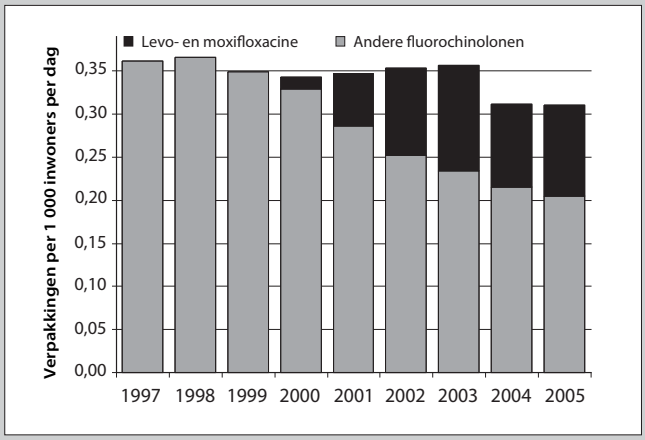
Garcia Rodriguez, Lagergren J, Lindblad M. Gastric suppression and risk of oesophageal and gastric adenocarcinoma: a nested case control study in the UK. *Gut* 2006;55:1538-44.

H2-antihistaminica en protonpompinhibitoren worden steeds vaker en langduriger gebruikt. Al sinds de introductie van deze producten rijzen er vragen over de veiligheid van een langdurige onderdrukking van het maagzuur, waarbij men vooral beducht is voor een verhoging van het risico op adenocarcinoma van de maag en slokdarm.

Deze studie wil onderzoeken of er inderdaad een dergelijk verband kan worden aangetoond. Hiervoor werd gebruikgemaakt van een indrukwekkende databank – de 'general practitioners research database' – die opgericht werd in de jaren '80 in de UK en op dit ogenblik data over de diagnoses, demografische kenmerken en medicatievoorschriften van meer dan drie miljoen personen bevat. Via deze geautomatiseerde databank werden gegevens over meer dan vier miljoen patiëntenjaren prospectief verzameld. Tijdens deze observatieperiode kregen 287 patiënten slokdarmkanker, 195 maagkanker in de cardia en 327 buiten de cardia. Deze patiënten werden vergeleken met 10 000 controles.

De onderzoekers kwamen tot de vaststelling dat bij patiënten die omwille van Barrett's oesophagus langdurig zuurremmers namen, de kans op slokdarmkanker vijf keer verhoogd was ten opzichte van de controlepopulatie. Slokdarmkanker was echter niet frequenter bij patiënten die langdurig zuurremmers gebruikten om andere redenen zoals 'gastroduodenale symptomen' (gastritis, dyspepsia, indigestie, epigastrische pijn) of peptisch ulcus. Patiënten die langdurig zuurremmers namen omwille van peptische ulcus, bleken wel een vier keer hogere kans te hebben op maagkanker (non-cardia). Maagkanker was niet frequenter bij mensen die deze medicatie namen omwille van slokdarmpathologie of gastroduodenale symptomen.

Hieruit besluiten de onderzoekers dat langdurig gebruik van zuurremmers eerder moet worden beschouwd als een indicator van een verhoogd risico op slokdarm of maagkanker dan als de oorzaak ervan: het verhoogd risico lijkt vooral te maken te hebben met de indicatie tot het innemen van de zuurremmers dan wel met de medicatie zelf. A.D.S



Fluorochinolonen en gestoorde bloedsuikerspiegels

Catero M. Dysglycemia and fluoroquinolones: Are you putting patients at risk? *J Fam Pract* 2007;56:101-7.

Fluorochinolonen worden (te) vaak voorgeschreven in België *(zie blz. 239)*. Maar hoe vaak keek u eerst de bloedsuikerspiegel na? Hoewel de meeste neveneffecten mild en zelflimiterend zijn (nausea, anorexie, braken, abdominale pijn, diarree, smaakstoornissen, duizeligheid, hoofdpijn en slaperigheid), is een dysglycemie of een gestoorde bloedsuikerspiegel – hypo- of hyperglycemie – een ander, mogelijk dodelijk, neveneffect.

Sinds hun ingebruikname weet men dat fluorochinolonen het glucosemetabolisme ontregelen. Met de recente publicatie van verschillende case reports over dysglycemie bij het gebruik van gatifloxacine – een in de VS gecommercialiseerd fluorochinolone – en de mededeling van producent Bristol-Myers Squibb dat gatifloxacine gecontraïndiceerd is bij diabetici, staat het probleem van mogelijk ernstige dysglycemie echter opnieuw op de voorgrond.

Op basis van literatuuronderzoek blijkt het probleem zich niet enkel voor gatifloxacine te stellen, maar ook voor andere nieuwe, wel in België gecommercialiseerde fluorochinolonen, zoals moxi- en levofloxacine (respectievelijk Avelox® en Proflox®, en Tavanic®). Hoewel het mechanisme nog niet goed begrepen is, acht men dit een voldoende reden om volgende aanbevelingen te formuleren. Overweeg een ander antibioticum dan een fluorochinolone voor oudere patiënten met diabetes mellitus (vooral zij die sulfonylurea nemen), lever – of nierinsufficiëntie. En onderbreek een behandeling met fluorochinolonen als een patiënt symptomen van hypo- of hyperglycemie ervaart, of als de bloedsuiker spiegel daalt tot onder de 60 mg/dL of stijgt tot boven de 200 mg/dL.

Het gebruik van gatifloxacine vermijden zal geen probleem zijn in België. En misschien is er nu nog meer reden om ook de nieuwe fluorochinolonen minder voor te schrijven in ons land *(zie figuur)*. S.C.

Bewegen: niet enkel goed voor hart en bloedvaten?

Chubak J, McTiernan A, Sorensen B, Wener MH, et al. Moderate-intensity exercise reduces the incidence of colds among postmenopausal women. *Am J Med* 2006;119: 937-42.

Het is algemeen bekend dat lichaamsbeweging het cardiovasculaire risico gunstig beïnvloedt en dit wordt nog eens onderstreept in de aanbeveling 'Globaal Cardiovasculair Risicobeheer' die binnenkort gepubliceerd zal worden. Maar misschien is bewegen voor nog meer goed?

In Seattle (USA) vroegen onderzoekers zich af of lichaamsbeweging kan leiden tot minder bovensteluchtweginfecties. Om dit te onderzoeken werden 115 postmenopauzale, niet-rokende, sedentaire vrouwen met overgewicht of obesitas in een studie opgenomen. De onderzoekers vroegen aan de helft van hen om één jaar lang, 5 keer per week, gedurende 45 minuten een matig intense inspanning te doen. Aan de andere helft werden 1 keer per week gedurende 45 minuten rekoefeningen aangeboden. Per kwartaal ontvingen de deelnemers een vragenlijst waarop ze konden aangeven of en hoe vaak ze grieperig of verkouden waren tijdens de voorbije drie maanden.

De resultaten zijn opmerkelijk: in de 'oefengroep' daalde het aantal gewone verkoudheden in de loop van het jaar, terwijl in de 'rekgroep' het aantal juist steeg. Het verschil in aantal verkoudheden tussen de oefengroep en de rekgroep was duidelijk statistisch significant. In het laatste kwartaal vatte de rekgroep zelfs drie keer vaker een kou dan de oefengroep.

Toch zijn er ook een aantal op zijn minst eigenaardige vaststellingen. Zo bleek het voordeel vooral duidelijk bij die vrouwen die géén vitamines slikten (ongeveer de helft slikte ze wél!). En, nog opmerkelijker: het aantal gewone verkoudheden daalde wel, maar níet het totaal aantal bovensteluchtweginfecties (waaronder ook griep). De onderzoekers verklaren dit laatste door feit dat in de rekgroep meer vrouwen gevaccineerd waren tegen griep dan in de oefengroep. Maar toch… voorlopig kunnen we beweging het best blijven promoten in het kader van cardiovasculair risicobeheer. Om het ook tegen verkoudheden te propageren zijn hardere bewijzen nodig. A.D.S