

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



Appendicitis: welk kind past in het plaatje?

Becker T, Kharbanda A, Bachur R. Atypical clinical features of pediatric appendicitis. *Acad Emerg Med* 2007;14:124-9.

Het typische beeld van appendicitis kennen we allemaal: buikpijn die eerst epigastrisch of umbilicaal begint en geleidelijk migreert naar de rechter fossa, braken en anorexie, lichte koorts (tot 38,3°C), pijn en loslaatpijn ter hoogte van het Mc Burney-punt, toename van de pijn bij Valsalva, percussiegevoeligheid, psoasteken, Rovsing-teken enzovoort. Dit beeld is echter gebaseerd op appendicitis bij volwassenen. Zelfs bij deze groep presenteert appendicitis zich slechts in minder dan de helft van de gevallen op deze manier. Erger is het nog bij kinderen.

Vijf procent van de totale bevolking en 0,4% van de kinderen onder de 14 jaar krijgen ooit appendicitis. De laatste jaren is er een tendens om geavanceerde beeldvorming (Computed Tomography (CT) en ultrasonografie (US)) in te schakelen bij de diagnosestelling, maar is dit wel zo zinvol? Kunnen we niet meer halen uit het klinisch onderzoek?

Amerikaanse onderzoekers voerden een cross-sectionele observationele studie bij kinderen en jongeren tussen 3 en 21 jaar oud die zich met buikpijn op de spoedgevallendienst van een pediatrisch ziekenhuis aanmeldden. 755 patiënten werden geïncludeerd van wie ruim een derde 'bewezen' appendicitis bleek te hebben. De klinische symptomen bij deze patiënten werden zorgvuldig verzameld en ook een wittebloedcellentelling vond plaats.

De historie van de klachten en de klinische bevindingen bleken nogal vergelijkbaar te zijn tussen de groep met en de groep zonder appendicitis. Bovendien vertoonde 44% van de appendicitispatiënten zes of meer 'atypische' symptomen (of moeten we dit vertalen als afwezigheid van typische tekenen?). Bijna geen kind had koorts, meer dan twee derde vertoonde geen teken van Rovsing en had een normale darmperistaltiek, de helft had geen typische migratie van pijn, geen loslaatpijn, geen anorexie, iets minder dan de helft beschreef een plots opkomende pijn en een derde had zelfs helemaal geen pijn in de rechter fossa.

Moeten we dan toch grijpen naar CT en US? Neen, met de gegevens van dit onderzoek kunnen we toch wat meer differentiëren. De sterkste positieve voorspellers voor appendicitis zijn: afwezigheid of verminderd darmgeluid (LR 2,53), Rovsing's teken (LR 2,01), loslaatpijn (LR 1,96), absoluut aantal neutrofielen $\geq 7500/\text{mm}^3$ (LR 1,39), $\geq 10000 \text{ WBC}/\text{mm}^3$ (LR 1,89), migratie van pijn (LR 1,82) en aanwezigheid van percussiegevoeligheid (LR 1,78). De sterkst negatieve voorspellers voor appendicitis zijn: $< 10000 \text{ WBC}/\text{mm}^3$ (LR 0,18), (absolute telling van neutrofielen: $< 7500/\text{mm}^3$ - LR 0,35), afwezigheid van percussiegevoeligheid (LR 0,50), afwezigheid van spierverset (LR 0,63) en afwezigheid van braken of nausea (LR 0,65). Jammer dat de LR's allemaal te laag zijn om ons echt vooruit te helpen... A.D.



Verlicht chondroïne de pijn van artrose?

Reichenbach S, Sterchi R, Scherer M, Trelle S, et al. Meta-analysis: Chondroitin for osteoarthritis of the knee or hip. *Ann Intern Med* 2007;146:580-90.

Deze meta-analyse toont aan dat chondroïne de pijn bij artrose niet meer verlicht dan een placebo (niet gecommmercialiseerd in België, maar een metaboliet van glucosamine). Een begeleidend editoriaal stelt evenwel dat veel patiënten geloof hechten aan het supplement en dat het blijven innemen ervan wellicht geen kwaad kan¹.

De onderzoekers kozen ervoor hun analyse toe te spitsen op de drie grootste en beste studies. Dit is vrij ongewoon. Een eerdere meta-analyse liet echter zien dat de eerste studies klein, heterogeen, zwak uitgevoerd en mogelijk vertekend waren. Zoals gewoonlijk rapporteerden de minder kwaliteitsvolle studies positievere resultaten dan de kwaliteitsvollere studies.

De drie beste studies bevatten 40% van alle gerandomiseerde patiënten. De meeste van hen hadden artrose van de knie. Samen suggereren deze studies dat chondroïne ongeveer een halve millimeter verschil maakt ten opzichte van placebo in de score van patiënten op een 10 cm lange visueel analoge schaal. Het verschil was statistisch niet

significant en klinisch nauwelijks merkbaar. Het effect van chondroïne op de vernauwing van de gewrichtsspleet was moeilijk te evalueren op basis van de bestaande gegevens, maar de onderzoekers stellen dat de kans op enig voordeel klein is.

Volgens het editoriaal is dit nog maar eens een voorbeeld van een interventie die bruikbaar lijkt in de eerste studies, maar het niet blijkt te zijn als grotere en betere studies zijn uitgevoerd¹. S.C.

Literatuur

1 Felson DT. Chondroitin for pain in osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2007;146:611-2.



Minder cardiale sterfte door middagdutjes?

Naska A, Oikonomou E, Trichopoulou A, et al. Siesta in healthy adults and coronary mortality in the general population. *Arch Intern Med* 2007;167:296-301.

De observatie dat een lagere cardiale sterfte genoteerd wordt in landen waar men regelmatig een middagdutje doet, heeft in het verleden tot de hypothese geleid dat het houden van een siësta beschermt tegen cardiale sterfte. Observationeel onderzoek (verscheidene case-control en cohortonderzoeken) uit de jaren negentig gaf echter tegenstrijdige resultaten. De belangrijkste methodologische zwakte van deze eerdere studies was dat er onvoldoende gecontroleerd werd voor de mate van fysieke activiteit en de cardiovasculaire comorbiditeit. Meer dutten is immers vaak geassocieerd met minder fysieke activiteit en cardiovasculaire morbiditeit is dan weer meer geassocieerd met vaker dutten. Aan de hand van de gegevens uit een recent groot

opgezet prospectief onderzoek naar kanker en voeding konden Griekse onderzoekers het verband tussen het houden van een siësta en de incidentie van cardiale sterfte nagaan. Hierbij werden 23 681 volwassenen zonder cardiovasculaire antecedenten geïncludeerd en kon in de analyse gecontroleerd worden voor de mate van fysieke activiteit. De gemiddelde follow-upperiode bedroeg 6,32 jaren; in deze periode stierven 792 personen binnen het gevolgde cohort. Hiervan bleek de doodsoorzaak bij 133 personen een coronaire hartziekte te zijn.

Zowel voor mannen als voor vrouwen bleek dat de cardiale mortaliteitsratio (MR) 0,66 (95%-betrouwbaarheidsinterval (BI): 0,45-0,97) bedroeg voor diegenen die occasioneel een siësta hielden, vergeleken met diegenen die geen middagdutje deden. Zij die 'systematisch' een siësta hielden (d.w.z. minstens 3x/week en minstens 30 minuten durend), hadden zelfs een 37% lagere cardiale sterfte (MR: 0,63; BI: 0,42-0,93). Bij mannen was dit verband het meest uitgesproken bij diegenen die bij aanvang van de studie nog aan het werk waren (MR: 0,36; BI: 0,16-0,77) terwijl dit voor niet-werkenden (meestal gepensioneerden) zwakker en niet meer significant was. Een gelijkaardige analyse voor vrouwen was niet mogelijk door het relatief kleine aantal coronaire doden onder hen (48).

Men kan besluiten dat Grieken die de gewoonte hebben hun dagdagelijkse werk te onderbreken voor een flinke middagdut, minder cardiale sterfte vertonen. Of we dit mogen veralgemenen naar onze West-Europese situatie blijft echter nog de vraag. Jammer, anders hadden we EBM-argumenten om een middagwachtdienst te organiseren om onszelf een middagdut(je) te gunnen.

M.V.N.

Nieuwe afkapwaarden voor 24 uurbloeddrukmonitoring

Kikuya M, Hansen TW, Thijs L, Björklund-Bodegård K, et al. Diagnostic thresholds for ambulatory blood pressure monitoring based on 10-year cardiovascular risk. *Circulation* 2007;115:2145-52.

Hoewel de ambulante 24 uurbloeddrukmeting (ABM) (nog) niet tot het routinearsenaal van de huisarts behoort, heeft het wel het potentieel om waardevolle informatie te leveren bij de diagnose van hypertensie, vooral bij het vermoeden van wittejashypertensie. De normaalwaarden voor ABM in de huidige richtlijnen zijn eerder gebaseerd op de verdeling van de waarden in de normotensieve populatie en zijn niet geleid door uitkomstmaten. Zo ook voor de Domus Medica-aanbeveling Hypertensie die voor de ABM als normale grenzen voor het 24 uurgemiddelde minder dan 130/80 mmHg vermeldt, voor het daggemiddelde minder dan 135/85 mmHg en voor het nachtgemiddelde minder dan 120/70 mmHg¹.

Het unieke van de studie van Kikuya et al. is dat ze nieuwe normaalwaarden voor ABM berekende op basis van geobserveerde cardiovasculaire uitkomstmaten. Hiervoor werden in de 'International Database on Ambulatory blood pressure monitoring in relation to Cardiovascular Outcomes' (IDACO) de resultaten van vier longitudinale prospectieve studies samengebracht waarbij een willekeurige populatie werd opgevolgd vóór het optreden van fatale en niet-fatale cardiovasculaire uitkomsten. Eén van deze vier studies betreft een Belgische studie waarbij een cohort van 2 542 mensen uit de Noorderkempen werd opgevolgd, wat de resultaten van deze studie toepasbaar maakt op onze patiëntenpopulatie. Voor de vier studies samen werden 5 682 personen opgevolgd gedurende 9,7 jaar (mediaan): 814 cardiovasculaire eindpunten werden genoteerd waarvan 377 cerebrovasculair (CVA) en 435 cardiaal. Met een multivariate analyse werden op basis van de waargenomen uitkomsten nieuwe ABM-drempelwaarden bepaald met een 10-jaars cardiovasculair risico analoog aan deze waarvoor de drempelwaarden voor conventionele bloeddrukmeting gelden (optimaal: 120/80 mmHg; normaal: 130/85 mmHg; hoog: 140/90 mmHg). Het resultaat van deze analyse is dat de resulterende drempelwaarden voor ABM (zie tabel) merklijk lager zijn dan deze die door de huidige hypertensierichtlijnen worden geadviseerd. Blijkbaar moeten we de resultaten van ABM voortaan door een strengere bril lezen.

M.V.N.

Tabel: Voorgestelde afgeronde referentiewaarden voor ABM op basis van geobserveerde cardiovasculaire eindpunten.

	24 uur	Overdag	's Nachts
Optimale bloeddruk, mmHg	<115/75	<120/80	<100/65
Normale bloeddruk, mmHg	<125/75	<130/85	<110/70
Ambulante hypertensie, mmHg	≥130/80	≥140/85	≥120/70

tionele bloeddrukmeting gelden (optimaal: 120/80 mmHg; normaal: 130/85 mmHg; hoog: 140/90 mmHg). Het resultaat van deze analyse is dat de resulterende drempelwaarden voor ABM (zie tabel) merklijk lager zijn dan deze die door de huidige hypertensierichtlijnen worden geadviseerd. Blijkbaar moeten we de resultaten van ABM voortaan door een strengere bril lezen.

Literatuur

- 1 De Cort P, Philips H, Govaerts F, Van Royen P. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. Hypertensie. *Huisarts Nu* 2003;387-411.



Is er een verband tussen rookstop en gewichtsstijging en lendenomtrek?

- Pisinger C, Jorgensen T. Weight concerns and smoking in a general population: The Inter99 study. *Prev Med* 2007;44:283-9.
- Pisinger C, Jorgensen T. Waist circumference and weight following smoking cessation in a general population: The Inter 99 study. *Prev Med* 2007;44:290-5.
- Commentary. Weight gain as an impediment to cigarette smoking cessation: A lingering problem in need of solutions. *Prev Med* 2007;44:296-7.

Een veel gehoord bezwaar om te stoppen met roken is de gewichtstoename. De relatie tussen deze bekommernis over het gewicht en de rookstatus werd voor het eerst onder-

zocht in een steekproef van 6 784 inwoners in Kopenhagen, Denemarken. Hoe deze bekommernis het stoppen met roken beïnvloedt, werd nagegaan bij alle dagelijkse rokers uit deze steekproef. Ze kregen alle 2 408 hulp aangeboden bij het stoppen met roken. Van de 1 387 die werden gezien na één jaar follow-up, waren er 221 daadwerkelijk gestopt. Hun lendenomtrek was gemiddeld met 3,88 cm toegenomen en 42% van hen had zelfs een vermeerdering van meer of gelijk aan 5 cm. Rookstoppers met een hoge rookscore en deze die weinig actief waren, waren hiervoor het meest gevoelig. De gemiddelde gewichtstoename bedroeg 4,22 kg. Bij vrouwen was de toename in gewicht en van de lendenomtrek groter dan bij mannen.

Rookstop verhoogt dus de kans op gewichtstoename en veroorzaakt een toename van het abdominaal vet. Door deze factoren worden een aantal voordelen van rookstop tenietgedaan. Het is dus belangrijk om hiermee rekening te houden. Uit deze studie is ook gebleken dat mensen die blijven roken, vaker overgewicht hebben en zich daar weinig zorgen over maken. Bij deze categorie mensen is preventie vaak moeilijk.

Om deze gewichtstoename te vermijden kan men dieetinstructies geven, meer fysieke activiteit aanraden en bepaalde medicatie voorschrijven. Nicotinepleisters zouden deze gewichtstoename minder uitgesproken maken. Hoe hoger hun dosering, hoe geringer de gewichtstoename. Ook bupropion alleen of in combinatie met nicotinepleisters vermindert de gewichtstoename.

De relatie zou ook beïnvloed worden door etnische afkomst en sociaal-economische status. Een zwarte zal bijvoorbeeld meer in gewicht toenemen dan een blanke Amerikaanse vrouw. Men vindt dan ook dat gewichtstoename bij rookstop een complex multifactorieel probleem is, waarvan de werkingsmechanismen nog onvoldoende gekend zijn. L.D.D.



Geen transmissie van kanker via bloedtransfusie

Edgren G, Hjalgrim H, Reilly M, Tran TN, et al. Risk of cancer after blood transfusion from donors with subclinical cancer: a retrospective cohort study. *Lancet* 2007;369:1724-30.

Met een bloedtransfusie kan een leven gered worden. Anderzijds is bloed een erg complexe en actieve substantie. Methoden om na een bloedtransfusie complicaties op korte termijn op te sporen zijn goed ontwikkeld. Veel moeilijker is het om complicaties na te gaan op langere termijn, in het bijzonder de transmissie van chronische ziekten zoals kanker. Een retrospectief cohortonderzoek op basis van registers ging de kankerincidentie na onder patiënten die bloed kregen van donoren bij wie kanker werd gediagnosticeerd binnen de vijf jaar na het bloed geven en van wie werd aangenomen dat ze subklinische kanker hadden op het moment dat ze bloed gaven (de zogenaamde precancereuze donoren). De gegevens van alle geïnformatiseerde bloedbankregisters in Zweden en Denemarken, verzameld tussen respectievelijk 1968 en 2002 en 1982 en 2002, werden samengevoegd tot één gemeen-

schappelijke databank. Demografische en medische gegevens, waaronder mortaliteit en kankerincidentie, werden gevalideerd via koppeling met nationale, en feitelijk volledige, populatie- en gezondheidszorgregisters.

Van de 354 094 bloedontvangers in de analyse werden er 12 012 (3%) blootgesteld aan het bloed van precancereuze donoren. Het risico op kanker bij deze ontvangers was niet groter dan het risico bij de andere ontvangers. Het relatieve risico was 1,00 (95% BI 0,94-1,07). Deze gegevens leveren met andere woorden geen bewijs voor de hypothese dat bloed toegediend krijgen van precancereuze donoren, geassocieerd is met een toegenomen risico op kanker. Of er meer dan twintig jaar na een dergelijke bloedtransfusie misschien toch een hoger risico op kanker is, en of een bloedtransfusie op zichzelf geassocieerd is met een hoger risico op kanker, is nog niet bekend. S.C.