

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



Jong begonnen is oud verloren: tabaksgebruik bij opgroeiende jeugd

Rosen IM, Maurer DM. Reducing tobacco use in adolescents. *Am Fam Physician* 2008;77:483-90.

Tabaksgebruik leidt tot een vroeger overlijden en tot een waslijst van aandoeningen bij leven: dat zijn open deuren voor elke huisarts. Adolescenten slepen hun rookgedrag vaak hun leven mee en zijn dus bij uitstek een doelgroep om rookstop te promoten, of beter: ervoor te zorgen dat ze niet beginnen te roken.

Vóór 2004 verminderde het aantal rokende adolescenten, maar vanaf 2005 stijgen de cijfers opnieuw. Met 23% in 2005 zitten ze in de Verenigde Staten ruim boven de nationale richtlijn

van 16% van de opgroeiende bevolking. In dit artikel wordt met behulp van literatuur een strategie bedacht om dit cijfer te doen dalen. De risicofactoren om vroeg te beginnen roken zijn: blank zijn, geen studieplannen hebben, stress, ADHD hebben of depressief zijn, druk van leeftijdsgenoten, ouders die roken, positieve publiciteit in de media en een eigen positief beeld over roken. In tegenstelling met pakweg 20 jaar geleden is er geen verschil tussen mannen en vrouwen meer.

Kun je screenen en heeft het zin? Eigenlijk is er onvoldoende bewijsmateriaal om routinematig te screenen. Het lijkt evident om bij elk bezoek van een jongere patiënt te vragen of hij rookt, zeker bij risicofactoren. Het advies van de arts om te stoppen met roken is immers al een interventie op zich. Als een jongere inderdaad rookt, is dezelfde strategie te volgen als bij volwassenen: met de Fagerströmtest de nicotineafhankelijkheid bepalen en daarna verder opvolgen aan de hand van bijvoorbeeld de vijf A's: Ask, Advice to stop, Assess willingness to stop, Assist efforts, Arrange follow-up (zie ook de Domus Medica-aanbeveling Stoppen met roken¹).

Adolescenten gaan niet vaak naar hun huisarts, maar een sportonderzoek of een onderzoek op school zou een ingangspoort kunnen zijn om het over roken te hebben.

De beste interventie voor het individu lijkt een combinatie van medicatie en counseling. Qua farmacotherapie zijn nicotine, zowel onder de vorm van pleisters als kauwgom, en bupropion de enige middelen die in deze doelgroep werden bestudeerd, en dit vanaf 16 jaar. Beide interventies verminderden het roken bij pubers en ook het aantal pubers dat op volwassen leeftijd nog rookt. Counseling alleen loont eveneens op deze twee vlakken, maar samen met medicatie gaf het een beter resultaat.

Op gemeenschapsvlak hebben schoolinterventies een goede maar kortetermijnpact. Ze zijn slechts succesvol als er wordt gefocust op de onmiddellijke gevolgen van roken en op copingstrategieën, als de interventie aangepast is aan hun leeftijd, studierichting en cultuur, en de school meewerkt door een strenge en daadwerkelijk gecontroleerde antirookpolitiek door te voeren.

De overheid ten slotte kan inspelen op het zelfbeeld van de jongeren door landelijke antirookcampagnes te voeren die niet roken als stoer en gezond voorstellen, en tegelijk advertenties te verbieden die roken als sexy, leuk en avontuurlijk voorschotelen. Het opdrijven van de prijs voor rookwaren en ervoor zorgen dat ze moeilijker te verkrijgen zijn, zou ook een mooie taak voor de overheid kunnen zijn. Als we dus willen dat onze jeugd niet puffend en piepend aan hun vijftigste komt, is er nog veel werk aan de winkel.

S. Berael

Literatuur

- 1 Gailly J. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Stoppen met roken. *Huisarts Nu* 2006;35:395-425. www.domusmedica.be/aanbevelingen



Haalbaar voorschrift voor een langer leven?

Khaw KT, Wareham N, Bingham S, et al. Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine* 2008;5:e12*.

Er is al heel wat geschreven over het afzonderlijke effect van de verschillende onderdelen van een 'gezonde leefstijl' op zich, maar er is nog niet zoveel gekend over hun gecombineerd effect. In deze prospectieve cohortstudie onderzocht men de relatie tussen leefstijl en mortaliteit in een populatie uit Norfolk (VK) die gedurende gemiddeld 11 jaar gevolgd werd voor de EPIC-studie, een Europese studie naar het verband tussen dieetgewoonten en kanker. In het kader van deze studie werden tijdens de inclusiejaren (1993-1997) mannen en vrouwen in de leeftijdscategorie 45-79 jaar grondig bevraagd naar hun

medische voorgeschiedenis, hun actuele activiteitsniveau en hun rookgewoonten. Daarnaast gebeurden er enkele onderzoeken waar- onder een vitamine C-serumbepaling, wat een maat is voor de dagelijkse inname van fruit en groenten. Men kon voor de betreffende populatie vrij eenvoudig de mortaliteit opvolgen.

De invloed van vier leefstijlfactoren – rookgedrag, fysieke activiteit, alcoholconsumptie en inname van groenten en fruit – op deze mor- taliteit werd beoordeeld aan de hand van een pragmatisch ontwikkelde ‘gezondheidsgedragscore’. Voor elke factor kon iedere deel- nemer ofwel nul ofwel één scoren. Een totaalscore van vier betekende dus de combinatie van vier positieve leefstijlfactoren: niet roken, een niet-sedentair beroep of een sedentair beroep met gemiddeld minstens een halfuur per dag extra beweging, minstens één maar maximaal 14 eenheden alcohol (1 eenheid= 8 g alcohol) per week en minstens vijf porties fruit of groenten per dag (= serumvitamine C-concentratie ≥ 50 mmol/L).

Van 20 244 deelnemers – deelnemers met een voorgeschiedenis van hartziekte, CVA of kanker werden geëxcludeerd – had men al de nodige gegevens. Men vond een sterke inverse relatie tussen de totale score voor gezondheidsgedrag en mortaliteit. Diegenen met een gezondheidsgedragscore van vier hadden een mortaliteit die een kwart bedroeg van diegenen met een score van nul. Dit komt overeen met een verschil in chronologische leeftijd van 14 jaar: wie nul scoorde, had dezelfde levensverwachting als iemand die 4 scoorde maar 14 jaar ouder was! Het verhoogde mortaliteitsrisico was het duidelijkst voor cardiovasculaire mortaliteit, maar bleek ook hoger voor sterf- te aan kanker en voor andere doodsoorzaken.

Een beperking van het onderzoek is dat het geen interventiestudie betreft en dat het effect van het veranderen van leefgewoonten niet kon worden opgemeten. Maar de voorliggende cijfers zijn wel voldoende overtuigend om het combineren van gezonde leefgewoon- ten intens te promoten. Regelmatig bewegen, niet roken, voldoende groenten en fruit eten en ook nog van het leven genieten met af en toe een lekker glaasje... lijkt u dit geen haalbaar voorschrift voor een langer leven?

M. Van Nuland



Wat onze patiënten online zoeken maar ons zelden vertellen...

Dijkstra R, Verbakel D, Mokkink H. Surfende patiënten. Hoe gebruiken patiënten het internet rondom het huisartsenconsult? *Huisarts Wet* 2008;51:138-41.

Patiënten raadplegen steeds meer het internet; deze bron van informatie beïnvloedt hun kennis en verwachtingen op het moment dat ze zich bij de huisarts aanbieden en op die manier beïnvloedt het ook het arts-patiëntcontact. Maar wat weten wij, huisartsen, over het internetgebruik van onze patiënten voor, maar ook na hun con- sult? Dit hebben Nederlandse onderzoekers in 21 praktijken onderzocht, goed voor samen 25 huisartsen. Er werden vragenlijsten gestuurd naar de laatste 20 patiën- ten, ouder dan 16 jaar, die zich met een nieuwe klacht bij hun huisarts hadden aan- gemeld. Van de 500 opgestuurde vragenlijsten werden er (slechts) 250 teruggestuurd

met voldoende antwoorden. En wat bleek? Ruim één derde van de patiënten (32%) had voor of na het consult internet geraadpleegd. Een kwart van de patiënten had voorafgaand aan hun consult informatie over hun klacht online opgezocht, terwijl 12% na het consult ging surfen. Om medische informatie op te sporen gebruikten patiënten vooral de zoekmachine Google™ (in 89%) waarbij opgemerkt werd dat de zoekresultaten eerder naar websites van de farmaceutische industrie leiden. Slechts 21% van diegenen die vóór het consult informatie op internet hadden gezocht, besprak dit tijdens het consult. Het verifiëren of een doktersbezoek wel noodzakelijk is (57%) en de ongerustheid over de klacht (50%) bleken de belangrijkste drijfveren om vóór het consult online te zoeken. Na het consult gingen pa- tiënten vooral op zoek naar aanvullende informatie (93%), maar toch ruim een kwart (26%) ging online omdat ze nog steeds ongerust waren over hun klacht. En wat was het effect op de patiënt van het internetbezoek? Bijna de helft (49%) begreep de klacht beter na on- line te gaan en 38% was nadien minder ongerust. Ongeveer de helft kon dankzij internet de klacht ook beter aan de huisarts uitleggen. De meeste huisartsen (84%) verklaarden zich zelden of nooit te storen aan het surfgedrag van hun patiënten. Wel hadden sommigen be- zwaar tegen de autoriteit die sommige patiënten aan de gevonden informatie toekenden. Het mag echter een troost zijn dat geen en- kele patiënt door de internetinformatie was gaan twifelen aan de deskundigheid van de huisarts.

De belangrijkste beperking van dit onderzoek is de lage respons en de mogelijke selectiebias omdat de deelnemende huisartsen zelf moesten kiezen welke patiënten ze includeerden. Toch geven de resultaten aan dat we als huisarts bij nieuwe klachten naast hun ge- dachten, bezorgdheden en verwachtingen (ICE: Ideas, Concerns, Expectations) beter ook naar hun onlinezoektocht vragen. Ongeveer één op vier zal dit immers op voorhand gedaan hebben en 80% zal dit niet tijdens het consult bespreken!

M. Van Nuland



Hypertensie bij hoogbejaarden behandelen?

Beckett NS, Peters R, Fletcher AE, et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008;358:1887-98.

Of het behandelen van 80-plussers met een hoge bloeddruk nog voordelen biedt, was onzeker. Eerder onderzoek suggereerde dat behandeling het risico op CVA zou verminderen, maar anderzijds het risico op overlijden mogelijk zou verhogen. In deze dubbelblinde multicenterstudie werden 3 845 mensen van 195 centra in 13 landen uit West- en Oost-Europa, China, Australazië en Noord-Afrika gerandomiseerd voor placebo of antihypertensieve behandeling met 1,5 mg 'sustained release' indapamide en 2-4 mg perindopril indien nodig. De deelnemers waren 80 tot 105 jaar oud bij de start en hadden een systolische bloeddruk van 160 mmHg of meer. Bijna driekwart was 80 tot 84 jaar.

Na twee jaar hadden mensen met antihypertensieve behandeling een lagere bloeddruk (systolisch 15,0 en diastolisch 6,1 mmHg lager dan in de placebogroep), minder fatale of niet-fatale CVA's, een lagere mortaliteit wegens cardiovasculaire oorzaken, CVA of andere oorzaken en minder hartfalen. De streefbloeddrukwaarde van 150/80 mmHg werd in de placebogroep bij 19,9% van de patiënten bereikt en in de interventiegroep bij 48,0%. Dit is significant meer.

Er is nu dus evidentie om hypertensie ook te behandelen bij hoogbejaarden, de snelst groeiende groep van de bevolking.

S.Coenen

Metformine het veiligst bij diabetici met chronisch hartfalen

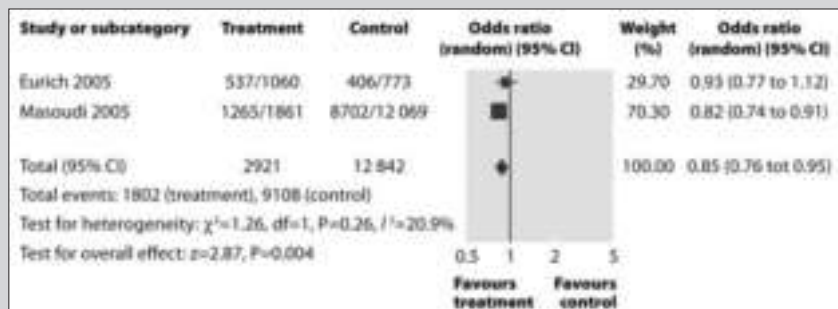
Eurich DT, Mcalister FA, Blackburn DF, et al. Benefits and harms of antidiabetic agents in patients with diabetes and heart failure: systematic review. *BMJ* 2007;335:458-9.

Voor patiënten met diabetes mellitus type 2 vormen cardiovasculaire aandoeningen de belangrijkste risico's; chronisch hartfalen komt bij deze groep patiënten frequent voor. De vraag of orale antidiabetica een stijging van morbiditeit en mortaliteit bij patiënten met chronisch hartfalen tot gevolg hebben, is dan ook een terechte klinische vraag.

Wat oorspronkelijk geconcipeerd was als een meta-analyse, werd een systematische review omwille van de heterogeniteit van de studies (1 RCT, 2 posthocanalyses van een RCT, 4 retrospectieve en 1 prospectieve cohortstudie). De geïncludeerde patiënten hadden allen diabetes mellitus type 2 en chronisch hartfalen; totale mortaliteit en cardiovasculaire morbiditeit werden als de uitkomsten genomen.

Metformine in monotherapie had een significante daling van de totale mortaliteit tot gevolg in vergelijking met de sulfonyleureas of insuline. De combinatie van metformine en een sulfonyleureum versus een sulfonyleureum alleen had eveneens een daling van de totale mortaliteit tot gevolg. Merkwaardig blijft het resultaat dat insuline in monotherapie ten opzichte van perorale therapie de totale mortaliteit deed stijgen. Een behandeling met thiazolidines versus andere orale antidiabetica leidde ook tot een significante daling van de totale mortaliteit, maar er was een toename van het aantal hospitalisaties ten gevolge van chronisch hartfalen.

Deze studie brengt vooral de schraalheid van het studiemateriaal aan het licht. Slechts één RCT randomiseerde patiënten met diabetes mellitus type 2 en chronisch hartfalen; het effect op de totale mortaliteit door thiazolidines is enkel gebaseerd op retrospectief verzamelde data. Diabetes en chronisch hartfalen zijn progressief aan het toenemen. De vraag naar een degelijke RCT die het effect van verschillende glykemiecontroleerende strategieën op cardiovasculaire eindpunten uitklaart, is dus groot. Bij patiënten met chronisch hartfalen en diabetes mellitus type 2 is metformine in monotherapie of gecombineerd met een sulfonyleureum nog altijd de behandeling die de patiënt de langste overleving garandeert.



M. Lemiengre



‘Mijn dochter eet mijn matras op!’

Kolthof MJ, Van Weel EAF. Gevalsbeschrijving: Een patiënte met pica. *Tijdschr Psychiatr* 2008;50:185-9.

Een 17-jarige adolescente wordt voor de derde keer aangemeld op een kinderpsychiatrische polikliniek omdat ze schuimrubber eet. Haar moeder is afkomstig uit Suriname. Pica of het eten van niet-eetbare zaken komt bij adolescenten en volwassenen niet veel voor. Uitzonderingen zijn jongeren of volwassenen met een mentale retardatie. Er zijn twee soorten verklaringen voor pica: een biologische en een psychosociale. Bij een meer biologisch bepaalde oorsprong van pica zou er sprake kunnen zijn van een voedingsdeficiëntie, zoals ijzer- of zinkdeficiëntie. Bij een meer psychosociaal bepaalde oorzaak onderscheiden auteurs pica als een ontwikkelingsachterstand, als perversie, als vorm van zelfbeschadiging, als een obsessieve-compulsieve stoornis, emotionele verwaarlozing of als onderdeel van bepaalde culturen. Beide verklaringen, de biologische en de psychosociale, sluiten elkaar niet uit.

Deze casus lijkt juist hiervoor een mooie illustratie. Uit het literatuuronderzoek bleek immers dat er nog drie gevallen beschreven zijn van adolescenten met sikkelcelanemie die schuimrubber aten. Een disfunctioneel eetpatroon komt voor bij de helft van de kinderen met sikkelcelanemie. Dit zou mogelijk wijzen op een verband met de stress die door de chronische en recidiverende pijn van de sikkelcelanemie ervaren wordt. De moeder en grootmoeder van het meisje zouden beiden sikkelcelanemie hebben zonder klachten. Het meisje zelf wou geen bloedonderzoek laten doen, maar was toch opgelucht met deze mogelijke verklaring. Ook voor een psychosociale verklaring waren er argumenten. Zo miste het meisje haar biologische vader. Haar moeder werkte 's nachts en sliep overdag. De resterende energie ging dan nog op in aandacht voor haar andere dochter die een aandachtstoornis had. Pica kan dan een inadequate manier zijn om aandacht te vragen of om te gaan met de stress binnen een nieuw samengesteld gezin. Als belangrijkste boodschap willen de auteurs met deze casus meegeven dat men alert moet zijn bij onbekende of ongewone symptomen in de diagnostiek en dat het van belang is om meerdere verklaringen te zoeken voor deze symptomen.

L. De Deken



Prognostische factoren bij een hittegolf

Bouchama A, Dehbi M, Mohamed G, et al. Prognostic factors in heat-wave-related deaths. A meta-analysis. *JAMA* 2007;298:917-9.

In deze meta-analyse van observationele studies werd nagegaan wat de risicofactoren en de beschermende factoren zijn bij een hittegolf. Zes gecontroleerde studies waarbij 1 065 hittegolfgelateerde overlijdens waren vastgesteld, werden nader onderzocht. De hoogste risicogroep werd gevormd door bedlegerige mensen en door mensen die niet zelfredzaam zijn. Een voorafbestaande psychiatrische aandoening verdrievoudigde het risico. Cardiovasculaire en longziekten verhoogden eveneens het risico, maar in mindere mate. Thuiswerken met airco, het bezoeken van koele plaatsen en meer sociaal contact waren beschermende factoren. Het nemen van extra douches of baden en het gebruikmaken van waaiers of ventilatoren waren geassocieerd met een verminderd risico op overlijden tijdens hitteperiodes.

Deze studie toont aan bij wie we extra moeten opletten: rusthuisbewoners, hulpbehoevende mensen die veel thuiszorg nodig hebben en psychiatrische patiënten. Meestal komt een hittegolf voor als veel mensen met vakantie zijn en hebben de hulpbehoevende mensen die hier blijven minder bezoek. Ook de meeste diensten hebben dan een vakantieregime. Uit dit onderzoek blijkt dat we er hoe dan ook moeten naar streven om tijdens deze moeilijke periode toch een behoorlijk sociaal netwerk aan onze patiënten aan te bieden. Als huisartsen kunnen we dit moeilijk alleen doen.

L. De Deken