

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

Virushepatitis en andere leveraandoeningen

van Geldrop WJ, Numans ME, Berg HF, et al. NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen. *Huisarts Wet* 2007;50: 666-81.

Eind 2007 werd een tweede herziening van de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen gepubliceerd in *Huisarts & Wetenschap*. De vorige versie dateerde van 2000. De belangrijkste wijzigingen betreffen de verbeterde behandelingsmogelijkheden van chronische hepatitis B en vooral van hepatitis C door het beschikbaar komen van peginterferon en virusremmers. De verwijfsindicaties bij hepatitis B zijn gespecificeerd. Naast richtlijnen voor de diagnostiek bij vermoeden van virushepatitis gaat deze standaard ook in op de opsporing van andere leveraandoeningen, zoals niet-alcoholische leversteatose en leverschade door alcoholmisbruik of gebruik van geneesmiddelen of drugs. Het NHG maakte deze standaard net zoals alle andere ook voor niet-leden integraal online beschikbaar. Neem dus gerust een kijkje op <http://nhg.artsennet.nl/> onder standaarden.

S. Coenen

Zie ook het artikel 'NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen: toepasbaar voor België?' van P. Michielsens, K. Van Hercken en P. Van Damme op blz. 372.

De kernboodschappen van de NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen

- Verricht nadere diagnostiek indien de transaminasewaarden bij herhaling verhoogd zijn.
- Denk bij persisterend licht verhoogde transaminasewaarden aan virushepatitis, maar ook aan niet-alcoholische steatosehepatitis en niet-alcoholische steatohepatitis.
- Indien het hepatitis-B-oppervlakteantigeen (HBsAg) langer dan zes maanden aantoonbaar blijft, is er chronische hepatitis B.
- Verwijs voor nadere diagnostiek en behandeling naar een maag-darm-leverarts of naar een internist of infectioloog met specifieke belangstelling voor hepatitis:
 - patiënten met chronische actieve hepatitis B:
 - patiënten met chronische hepatitis B en een positief HBeAg;
 - patiënten met chronische hepatitis B, een negatief HbeAg en een ALAT boven de referentiewaarde;
 - patiënten met hepatitis C.
- Volg patiënten met chronische hepatitis B, een negatief HbeAg en een normaal ALAT gedurende ten minste drie jaar.



Sociaaleconomische ongelijkheden in gezondheid in Europa en de huisarts

Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam A-JR, et al. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *N Engl J Med* 2008;358:2468-81.

Vergelijken tussen landen kan mogelijkheden aan het licht brengen om ongelijkheden in gezondheid te verminderen. In dit onderzoek vergeleek men de grootte van de ongelijkheden in sterfte en de zelfbeoordeelde gezondheid tussen 22 landen in alle delen van Europa. De gegevens over sterfte volgens opleidingsniveau en beroepsgroep kwamen van bevolkingsstudies. Overlijdens werden ingedeeld volgens oorzaak, waaronder algemene oorzaken zoals hart- en vaatziekte en kanker, en oorzaken die samenhangen met roken, alcoholgebruik en

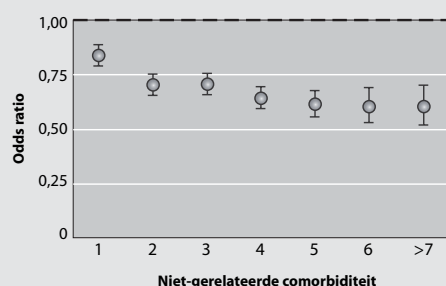
die te verbeteren zijn door medische interventies, zoals tuberculose en hoge bloeddruk. De gegevens over zelfbeoordeelde gezondheid, roken en zwaarlijvigheid – ditmaal volgens opleiding en inkomen – kwamen uit bronnen zoals de gezondheidsenquête van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (WIV). Voor elk land werd het verband tussen de sociaaleconomische status en gezondheidsuitkomsten gemeten.

In bijna alle landen waren de sterftecijfers en de lagere zelfbeoordeelde gezondheid aanzienlijk hoger in de groepen met een lagere sociaaleconomische status; de grootte van de ongelijkheden tussen de groepen met hogere en lagere sociaaleconomische status was in sommige landen veel groter dan in andere. Ongelijkheden in sterfte waren klein in sommige Zuid-Europese landen en erg groot in de meeste landen in Oost-Europa. Deze verschillen tussen landen bleken gedeeltelijk toe te schrijven aan de doodsoorzaken die samenhangen met roken of alcoholgebruik of die te verbeteren zijn door medische interventies. De grootte van de ongelijkheden in zelfbeoordeelde gezondheid varieerde ook aanzienlijk tussen de landen, maar volgens een ander patroon.

De geobserveerde ongelijkheden zouden kunnen worden verminderd door de kans op onderwijs en opleiding te verbeteren, de verdeling van inkomsten, het gezondheidsgedrag of de toegang tot de gezondheidszorg. En laat dat laatste de huisarts zijn...

S. Coenen

NIET-GERELATEERDE COMORBIDE PROBLEMEN EN DE AANPAK VAN HYPERTENSIE



Men maakte daarbij een onderscheid tussen 'gerelateerde comorbiditeit' (zoals coronair, cerebraal of perifeer vasculair lijden, nierinsufficiëntie en diabetes) en 'niet-gerelateerde comorbiditeit' (zoals non-reumatoïde artritis, gastro-oesofageale reflux of schildklierlijden). Slechts 17% van de studiepopulatie had geen comorbiditeit, terwijl ongeveer 60% van de studiepopulatie minstens twee niet-gerelateerde comorbide problemen bleek te vertonen. Naarmate het aantal niet-gerelateerde comorbide problemen toenam, was er een grotere kans dat de ongecontroleerde hypertensie niet werd aangepakt. Bij aanwezig vasculair lijden (gerelateerde comorbiditeit) werd ongecontroleerde hypertensie wel vaker aangepakt (odds ratio - OR van 1,15). Dit was minder duidelijk bij chronisch nierfalen (OR 0,95) en ontbrak bij diabetes (OR 0,67); dit zijn nu juist de patiënten bij wie een optimale bloeddrukcontrole een hoge prioriteit heeft. De niet-gerelateerde comorbide problemen met de sterkste negatieve associatie voor het intensifiëren van de behandeling werd gevonden bij kanker, chronische sinusitis/rinitis, depressie of angst, diarree of constipatie, astma of emfyseem, gastro-oesofageale reflux, non-reumatoïde artritis, schildklierlijden en hoofdpijn.

De belangrijkste beperkingen van deze studie zijn dat men zich baseerde op de gegevens uit het EMD die potentieel onvolledig of niet accuraat kunnen zijn, dat men als uitkomstmaat enkel keek naar het voorschrijfgedrag en niet naar de actueel bereikte bloeddruk, dat men geen onderscheid maakte tussen licht of sterk verhoogde bloeddruk en dat men de artsen niet kon bevragen over hun motieven om al dan niet de ongecontroleerde hypertensie aan te pakken. De belangrijke verdienste van deze studie is dat ze de invloed van comorbiditeit in het licht heeft gesteld en daarbij ook aantoonde dat comorbiditeit (in de dagelijkse praktijk) meer regel dan uitzondering is.

M. Van Nuland



Het placebo-effect ontrafeld?

Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA, et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.

Naast het specifiek therapeutische effect van een behandeling zijn er ook contextfactoren die maken dat een behandeling min of meer zal aanslaan. Deze niet-specifieke effecten stelt men vaak gelijk met het placebo-effect. Theoretisch kan men deze contextfactoren verder opdelen in drie componenten: (1) de respons van de patiënt op het feit dat hij geobserveerd en beoordeeld wordt (Hawthorne-effect); (2) de respons van de patiënt op het therapeutisch ritueel (placebo-behandeling) en (3) de respons van de patiënt op de arts-patiëntinteractie. Op basis van deze onderverdeling bedachten Amerikaanse onderzoekers een origineel design om de relatieve bijdrage van deze verschillende componenten af te wegen. Ze kozen hierbij voor onderzoek naar het effect van de behandeling van spastisch colon bij middel van geveinsde acupunctuur ('sham

acupuncture'). De 262 patiënten die voldeden aan de criteria voor de diagnose van spastisch colon, werden gerandomiseerd in drie groepen. Een eerste groep belandde op een 'wachtlust', maar kreeg wel alle uitkomstmetingen; een tweede kreeg 'geveinsde acupunctuur' (tweemaal per week gedurende drie weken) waarbij de patiënt te horen kreeg dat omwille van het onderzoek er tijdens de behandeling niet gepraat zou worden; de derde groep kreeg dezelfde geveinsde acupunctuur (zesmaal) maar gecombineerd met eerder langdurende patiëntgerichte gesprekken met onder meer aandacht voor het inboezemen van vertrouwen en het creëren van positieve verwachtingen. Er werden hierbij geen specifieke cognitieve of gedragstherapeutische technieken aangewend.

En wat bleek na drie weken? Voor alle uitkomstmaten ('globale verbetering', 'verhelpen van de klachten', 'ernst van de klachten' en 'levenskwaliteit') was de 'test op trend' statistisch significant ($p < 0,001$), wat betekent dat de hypothese van een rangorde (groep 3 > groep 2 > groep 1) niet kon worden verworpen. De paarsgewijze vergelijking tussen de derde en de tweede groep toonde statistisch significante verschillen voor alle uitkomstmaten. Voor de vergelijking tussen de eerste en de tweede groep bleek dit voor slechts twee van de vier uitkomstmaten significant. Dit suggereert dat de communicatieve interactie vanwege de arts de krachtigste component is binnen de drie niet-specifieke effecten. De auteurs wijzen erop dat binnen de derde groep 62% van de patiënten een voldoende verlichting van de symptomen behaalde, wat vergelijkbaar is met wat men doorgaans in klinische trials met medicatie voor spastisch colon bereikt. Voor de tweede groep was dit 44% en voor de wachtlijstgroep slechts 22%.

Wat nu echt boeiend lijkt, is om verder te onderzoeken wat in de arts-patiëntinteractie het meeste bijdraagt tot het gunstige effect: de extra tijd en aandacht, het bevragen van de patiënt over zijn gedachten, bezorgdheden en verwachtingen, het inboezemen van vertrouwen of het (gemanipuleerd) suggereren van een gunstig resultaat, ook al is de behandeling geveinsd? Op deze vraag levert dit onderzoek echter geen antwoord.

M. Van Nuland



Klinische gegevens zijn noodzakelijke voorwaarde

Omar RZ, O'Sullivan C, Petersen I, Islam A, Majeed A. A model based on age, sex, and morbidity to explain variation in UK general practice prescribing: cohort study. *BMJ* 2008;337:a238.

Het voorschrijfgedrag van (huis)artsen wordt nauwlettend in de gaten gehouden, met als doel zo kosteneffectief mogelijk voor te schrijven. Tot nu toe konden studies de grote verschillen in voorschrijfgedrag tussen de praktijken echter niet voldoende verklaren. Men keek naar geaggregeerde gegevens of controleerde gegevens van individuele patiënten enkel voor leeftijd en geslacht.

In dit retrospectieve cohortonderzoek ging men na of klinische gegevens de variatie in voorschrijven in de huisartsenpraktijk konden verklaren. Hiervoor gebruikte men patiëntengegevens uit de zogenaamde UK General Practice Research Database (www.gprd.com) van

1 032 072 patiënten die in 2001 ingeschreven waren in 129 huisartsenpraktijken. Om de klinische casemix te beschrijven gebruikte men het 'Johns Hopkins adjusted clinical group case mix system' (www.acg.jhsph.edu) dat op basis van morbiditeitsgegevens patiënten indeelt in zes categorieën van meest gezond tot meest ziek. Vervolgens ging men na in welke mate leeftijd, geslacht en casemix de variatie in voorschrijven verklaarden.

Het aantal voorschriften nam sterk toe met de leeftijd en de morbiditeit. Het verwachte aantal voorschriften voor jongens en meisjes van 0-15 jaar werd geschat op respectievelijk 1,6 en 2,2, terwijl dit voor mannen en vrouwen van 65 jaar of ouder 9,2 en 12,7 was. Voor de meest gezonde jongens en meisjes van 0-15 jaar was dit telkens 0,05; voor de ziekste respectievelijk 6,2 en 6,8 en voor de ziekste mannen en vrouwen van 65 jaar of ouder 21,1 en 23,3. Leeftijd en geslacht verklaarden echter slechts 10% van de variatie, terwijl tot 80% verklaard werd na de toevoeging van klinische gegevens. Als feedback over het voorschrijfgedrag verschillen door een andere casemix moet kunnen onderscheiden van verschillen door ondoelmatig voorschrijfgedrag, dan is het kunnen koppelen van klinische aan voorschrijfgegevens een *conditio sine qua non*.

S. Coenen