

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

WELKE OEFENINGEN ZIJN EFFECTIEF BIJ VERMINDERDE ZELFREDZAAMHEID BIJ BEJAARDEN?



Davidson L, Hudson R, Kilpatrick K, et al.
Effects of exercise modality on
insulin resistance and functional limitation
in older adults. A randomized controlled trial.
Arch Intern Med 2009;169:122-31.

Bewegen zou essentieel zijn in de aanpak van risicofactoren voor chronische ziekten en verminderde zelfredzaamheid, maar welke oefeningen moeten we ons hierbij voorstellen? Geven weerstandsoefeningen of aerobe oefeningen het beste resultaat of is een combinatie van beide beter?

In een gerandomiseerde gecontroleerde trial rekruteerden de onderzoekers 136 oudere sedentaire mannen en vrouwen met abdominale obesitas, die in vier groepen werden verdeeld. Eén groep kreeg zes maanden weerstandsoefeningen aangeboden als een set van negen oefeningen met bijvoorbeeld schouderflexie, buigen en strekken van benen, gedurende één uur per week. De groep met aerobe oefeningen liep een half uur op een loopband, met gemiddelde intensiteit, en deed dit voor 150 minuten verspreid over de week. De derde groep combineerde beide volgens een wekelijks tijdsgebruik van 150 minuten. De vierde groep diende als controle en oefende niet.

Tijdens de onderzoeksperiode werd er nauwkeurig op toegezien dat de deelnemers hetzelfde gewicht bewaarden; ze werden wel aangemoedigd hun gewicht stabiel te houden door gezond te eten.

De groep die zowel aerobe oefeningen als weerstandsoefeningen deed, had de beste

verbetering op het vlak van insulineresistentie, daarna volgde de aerobe oefengroep. De beide andere groepen verbeterden niet. De groep die gecombineerde oefeningen kreeg, haalde 9,2 mg/ml/microlU/kg skeletspier per minuut x 100 tegenover 1,8 in de groep die de weerstandsoefeningen kreeg. Alle types van oefeningen verbeterden de functionele beperkingen, al waren de gemengde groep en de weerstandsgroep hierin koplopers.

Bijkomend werd ook gevonden dat de totale lipiden verminderden bij de aerobe en gemengde groep, niet bij de weerstandsgroep. De skeletspiermassa vermeerderde dan weer bij de weerstandsgroep en de gemengde groep.

De combinatie van aerobe oefeningen en weerstandsoefeningen is dus de beste strategie om zowel insulineresistentie als functionele beperkingen te verbeteren, en dit met 150 minuten oefenen, verspreid over drie dagen in de week. Niet zo'n moeilijke klus dus.

Deze studie dient misschien toch eens te worden overgedaan met grotere aantallen, wellicht in een multicenterdesign. Dat zou in België heel goed kunnen.

S. Berael

WANKELT DE 'EVIDENCE BASE' VOOR UITGEBREIDE INFLUENZAVACCINATIECAMPAGNES?



Jefferson T, Di Pietrantonio C, Debalini MG, et al. Relation of study quality, concordance, take home message, funding, and impact in studies of influenza vaccines: systematic review. *BMJ* 2009;338(feb12_2):b354.

De laatste jaren rommelt het in het onderzoek naar het effect van influenzavaccinaties. Volgens enkele recente systematische reviews is de evidentie hierover grotendeels gebaseerd op niet-gerandomiseerd en op observationeel onderzoek vooral wat het onderzoek met ouderen betreft, die toch onze belangrijkste doelgroep zijn. Ook de studiekwaliteit laat vaak te wensen over. Ondanks deze wankelende evidentie

ziet men dat wereldwijd het gezondheidsbeleid sterk investeert in het promoten van influenzavaccinatiecampagnes.

Voor de auteursgroep van deze systematische review was dit het uitgangspunt om de beschikbare evidentie nog eens extra op haar kwaliteit te beoordelen. Ze analyseerden hiervoor 274 studies (tussen 1948 en 2006 gepubliceerd) waarvan slechts de helft (semi)gerandomiseerde studies bleken te zijn. Zeventig procent van de studies bleek van zwakke kwaliteit met overoptimistische conclusies die niet gedragen werden door de resultaten. Een volledige overeenstemming tussen de gepresenteerde resultaten en de geformuleerde conclusie werd slechts gevonden in 18% van de studies. Verder oordeelden de reviewers dat studies van hoge kwaliteit meer kans hadden een overeenstemming te tonen tussen de resultaten en de conclusies en dat deze studies

ook minder vaak de effectiviteit van het influenzavaccin ondersteunden. Er werd hierbij geen verband gevonden tussen de methodologische kwaliteit en de 'power' (gerelateerd aan de grootte van de studiepopulatie) van de betreffende studies.

Ook vertoonden studies die werden gepubliceerd in tijdschriften met een hoge impactfactor, geen betere studiekwaliteit dan andere studies, maar ze werden wel vaker gesponsord door de farmaceutische industrie. Ook het aantal keren dat een artikel na publicatie door andere onderzoekers geciteerd wordt, toonde geen relatie met de studiekwaliteit. Ook hier bleken de meest geciteerde studies eerder gesponsorde studies te zijn.

Dit betekent dat de gesponsorde studies waarschijnlijk meer kans hebben om door te dringen tot een groot lezerspubliek, inclusief via het doorsijpelen van hun conclusies

in de lekenpers, maar dat deze studies niet van hogere kwaliteit of van grotere omvang zijn dan andere studies. Gecombineerd met het gegeven dat gesponsorde studies vaker optimistische resultaten weergeven, doet dit toch wel wat vraagtekens rijzen bij het huidige influenzavaccinatiebeleid. Een goede gids voor het kritisch bekijken van dit beleid is het hoofdstuk over influenzavaccinatie in *Clinical Evidence* (<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/lind/0911/0911.jsp>) dat trouwens geschreven werd door Tom Jefferson, de eerste auteur van de hier besproken review.

M. Van Nuland

KAN EDUCATIEMATERIAAL HET SHAKEN-BABY-SYNDROOM VOORKOMEN?



Barr R, Barr M Fujiwara T, et al.

Do educational materials change knowledge and behaviour about crying and shaken baby syndrome? A randomized controlled trial. *CMAJ* 2009;180:727-33.

Het *shaken-baby-syndroom* komt vaak voor na aanvallen van heftig wenen door de baby. Men vermoedt dat het voorkomt bij 30 kinderen per 100 000 jonger dan of gelijk aan één jaar oud.

Het PURPLE Crying Program (*P: piekpatroon van wenen; U: unexpected timing of prolonged crying bouts; R: resistance of soothing; P: pain-like look of child's face; L: long crying bouts; E: late afternoon and evening clustering*) maakt gebruik van de associatie tussen heftig wenen en het shaken-baby-syndroom om de ouders op het gevaar te wijzen. Aangezien dit syndroom reeds tijdens de tweede week kan voorkomen, is het best dat deze informatie juist voor of juist na de partus gegeven wordt. In deze RCT, uitgevoerd in British Columbia, ontvingen 1 279 moeders tijdens een huisbezoek van een verpleegster twee weken na de geboorte ofwel dit Purple Crying-materiaal ofwel controlemateriaal

(twee brochures en een boekje over kindveiligheid). Op vijf weken vulden de moeders een dagboek in om hun gedrag en het gedrag van de baby te noteren. Twee maanden na de geboorte werden de moeders telefonisch bevestigd over hun kennis en gedrag. De gemiddelde kennis over het wenen van baby's was groter bij de moeders die dit speciaal aangemaakte materiaal hadden ontvangen in vergelijking met de controlegroep. De scores over de kennis van het syndroom en de reacties op het wenen waren gelijkaardig. Moeders met het Purple Crying-materiaal hadden een grotere kennis over het gevaar en hoe men zelf het shaken-baby-syndroom kan voorkomen, bijvoorbeeld door eventjes weg te wandelen als het kind ontroostbaar weent. Ze spraken ook meer met andere hulpverleners over het wenen van hun baby. Een gelijkaardig onderzoek in Seattle (VS) toonde ongeveer dezelfde resultaten.

Dit onderzoek heeft echter wel beperkingen. Zo toetste men enkel de kennis en het gerapporteerd gedrag via een telefonenquête. Gerapporteerd gedrag kan gewenst gedrag zijn, zeker wanneer men meer kennis over de problematiek heeft. Mannen werden helemaal niet bij dit onderzoek betrokken, terwijl juist zij frequenter dan vrouwen de daders zijn bij een shaken-baby-syndroom. Onderzoek

waarbij ook vaders als doelgroep betrokken zijn en waarbij men het gedrag poogt te observeren, lijkt dan ook wenselijk. Kunnen we hiervan iets opsteken als huisarts? Informeren helpt om de kennis te verhogen en om het gesprek met hulpverleners achteraf gemakkelijker te maken. Op die manier toont de huisarts dat hij/zij de problematiek van ontroostbaar huilen-de baby's kent en weet hoe jonge onerva-

ren moeders daarop heel gefrustreerd en onzeker reageren. De informatie werd verspreid via verpleegkundigen. Kind & Gezin kan ook hier ondersteunend optreden.

L. De Deken

KAN DE HUISARTS EEN DVT VEILIG UITSLUITEN?

Büller HR, ten Cate-Hoek AJ, Hoes AW, et al. (AMUSE investigators -Amsterdam-Maastricht-Utrecht study on thromboembolism). Safely ruling out deep venous thrombosis in primary care. *Ann Intern Med* 2009;150:229-36.

Negentig procent van de patiënten die door artsen voor een echografie worden verwezen met een vermoeden van DVT, heeft de ziekte helemaal niet. Nochtans is dit de juiste diagnostische strategie omdat het een potentieel levensbedreigende aandoening helpt uit te sluiten; 25% van de distale DVT's (v. poplitea en hoger) geeft immers aanleiding tot levensbedreigende longembolen. Enige diagnostische ijver is dus aangewezen.

Een groep Nederlandse onderzoekers is al enige tijd bezig met het onderzoek naar een efficiënte diagnostiek van DVT in de huisartsenpraktijk. Wanneer huisartsen de gekende regel van Wells in een patiëntenpopulatie met een lage voorkans toepasten, bleek dat er toch nog een prevalentie van 2,9% voor DVT was. Dit was ruim drie keer zoveel als in de originele studie van Wells die enkel patiënten die zich op spoed aanmeldde, had geïncludeerd. Daarom ontwikkelde en valideerde deze groep Nederlandse onderzoekers

een nieuwe beslissingsregel die een D-dimeertest toevoegde aan de klinische vragen. De vooruitgang van de technologie maakte het ondertussen mogelijk een D-dimeertest uit te voeren in de praktijk. Door deze nieuwe regel (zie kader) toe te passen kon men een categorie van patiënten isoleren met amper een prevalentie van 0,7% voor DVT.

Om uit te maken of deze regel ook buiten studieomstandigheden bruikbaar was en dus in de praktijk geïmplementeerd kon worden, gebeurde een prospectieve 'managementstudie'. Uit 300 Nederlandse huisartsenpraktijken werden hiervoor 1 028 patiënten, verdacht van DVT, geïncludeerd. Wanneer ze een score van drie of minder hadden, werden ze niet verwezen voor echografie en ook niet behandeld; bij een score van vier of meer was er wel een verwijzing. Vijfhonderd patiënten hadden een score van drie of minder; van hen kreeg nog 1,4% (95% BI 0,6-2,9%) een DVT. Van de 502 patiënten die zich aanboden voor een echografie, werd bij 25% een DVT aangetoond. Van de 374 patiënten die een normale echografie hadden, kreeg toch nog 1,1% (95% BI 0,3-2,7%) een DVT. De prevalentie van DVT in dit cohort was 13%, wat vrij aanzienlijk was en misschien nog maar eens aantoont dat huisartsen behoorlijk kansen kunnen inschatten.

Wanneer men in de huisartsenpraktijk een eenvoudige beslisregel in combinatie met een desktopbepaling van D-dimeren

Klinische beslisregel

Variabele	Score
Man	1
Gebruik hormonale contraceptie	1
Actieve kanker (laatste zes maanden)	1
Heelkunde vorige maand	1
Geen trauma been	1
Opzetting collaterale venen	1
Verschuif in kuitomtrek van ≥ 3 cm*	2
Verhoogde D-dimeren**	6

*Kuitomtrek gemeten 10 cm onder tuberculus tibialis.

**Inverness Medical Bedford UK

Patiënten met een score ≤ 3 werden niet verwezen voor echografie, zij met score ≥ 4 werden wel verwezen.

toepast, kan men de verwijzing naar de tweede lijn voor aanvullend technisch onderzoek beperken tot 50% van de 1 028 patiënten bij wie er een initieel vermoeden van DVT was.

M. Lemiengre

HEBBEN ECHOGELEIDE CORTICOÏDINJECTIES EFFECT OP EEN 'ROTATOR-CUFF'-ZIEKTE?



Ekeberg OM, Bautz-Holter E, Tveita EK, et al.
Subacromial ultrasound guided or systemic
steroid injection for rotator cuff disease:
randomised double blind study.
BMJ 2008;337:3112.

Klinisch geleide en nog modernere echo-
grafisch geleide injecties in peeszones
waar men een ontsteking vermoedt, zijn
dagelijkse praktijk. Goed gerandomiseer-
de klinische experimenten die deze prak-
tijk ondersteunen, zijn eerder schaars
en kwalitatief niet altijd overtuigend.
Dit Noors onderzoek vergeleek de effec-
tiviteit van echogeleide corticoïdinjecties
in de bursa subacromialis met een syste-
misch geïnjecteerd corticoïd bij patiënten
met een 'rotator-cuff'-ziekte. Zij vonden
na zes weken geen verschil in pijn of
hinder tussen de twee groepen. Hieruit
kunnen we alvast besluiten dat de juiste
plaats van de injectie er weinig toe doet.
Huisartsen rekruteerden de patiënten die
ze vervolgens verwezen naar het studie-
centrum. De diagnostiek gebeurde door
middel van een NMR en wanneer de pa-
tiënt dit niet zag zitten door een echo-
grafie. Het vermoeden van 'rotator-cuff'-ziekte
werd slechts bij 55% van de verwezen pa-
tiënten door technisch onderzoek beves-

tigd. De klinische diagnose lijkt dus minder
evident. Uiteindelijk werden 106 patiënten
gerandomiseerd.

Methodologisch stak dit onderzoek goed
ineen. De patiënten die in aanmerking
kwamen voor lokale therapie, kregen een
echogeleide corticoïd- en lidocaïne-in-
jectie in de bursa subacromialis en een
lidocaïne-injectie in de bil. De patiënten
die toebedeeld waren in de groep voor
systemische therapie, kregen een echo-
geleide injectie met lidocaïne in de bursa
subacromialis en een corticoïd- en lido-
caïne-injectie in de bil.

De primaire uitkomstmaat, schouderpijn
en hinder, was na zes weken niet signi-
ficant verschillend tussen de twee groe-
pen. Op twee secundaire uitkomstmaten
was er wel een significant verschil in het
voordeel van de lokale injectie, maar de
grootte van het verschil was klein. Het de-
sign van deze studie wilde geen antwoord
geven op de vraag of corticoïdinjecties
bruikbaar zijn bij de behandeling van de
'rotator-cuff'-ziekte. De bescheiden ver-
betering in beide groepen kan zowel het
gevolg zijn van het natuurlijk verloop van
de ziekte, een placebo-effect als gevolg
van de injecties of zelfs door de injectie
van lidocaïne in de bursa subacromialis.
Een derde groep die enkel injecties kreeg
met placebo, had kunnen helpen om deze
vraag te beantwoorden.

De vraag wat een goede behandeling is
voor schouderpijn, blijft onbeantwoord.
Corticoïdinjecties zijn vrij courante praktijk
maar hun doeltreffendheid steunt op flinter-
dunne evidentie. Een Cochrane-analyse
vond weinig evidentie voor deze aanpak
vooral omwille van de methodologische
zwakte van het gepubliceerde onderzoek¹.
Twee recentere systematische reviews
bleven eveneens zonder hard besluit. Corti-
coïdinjecties in de bursa subacromialis lij-
ken effectiever dan placebo maar niet beter
dan NSAID's en het verschil in doeltref-
fendheid in vergelijking met fysiotherapie is
eveneens onvoldoende uitgeklaard²⁻⁴. Het

effect van deze injecties op lange termijn
is niet onderzocht. Aanbevelingen zijn dan
ook eerder terughoudend en zullen een
conservatieve aanpak aanraden: 'watch-
ful waiting', natuurlijk verloop, pijnstilling
indien nodig en NSAID's of corticoïden
indien de klacht resistent blijkt te zijn⁵.
Deze studie steunt geenszins de men-
sen die ervan overtuigd waren dat de
naald inbrengen op de juiste plaats onder
fluoroscopie of echografie een oplossing
was. Voor deze in de huisartsenpraktijk
frequente klacht blijft het wachten op
betere evidentie voor een doeltreffende
behandeling.

M. Lemiengre

- 1 Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticos-
teroid injections for shoulder pain. *Cochrane
Database Syst Rev* 2003;(1):CD004016.
- 2 Arroll B, Goodyear-Smith F. Corticosteroid in-
jections for painful shoulder: a meta-analysis.
Br J Gen Pract 2005;55:224-8.
- 3 Koester MC, Dunn WR, Huhn JE, Spindler KP.
The efficacy of subacromial corticosteroid in-
jection in the treatment of rotator cuff disease:
a systematic review. *J Am Acad Orthop Surg*
2007;15:3-11.
- 4 Van der Windt D, Koes B. Are corticosteroid
injections as effective as physiotherapy for the
treatment of a painful shoulder? In: MacAuley
D, Best T. Evidence-based sports medicine.
Oxford: Blackwell Publishing, 2007:391-417.
- 5 Winters JC, Van der Windt DAWM, Spinnewijn
WEM, et al. NHG-standaard Schouderklach-
ten. *Huisarts Wet* 2008;51:555-65.