

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

BEHANDELING VAN FIBROMYALGIE MET ANTIDEPRESSIVA



Häuser W, Bernardy K, Uçeyler N,
Sommer C. Treatment of fibromyalgia syn-
drome with antidepressants.
JAMA 2009;301:198-209.

Het fibromyalgiesyndroom komt in Noord-Amerika en Europa bij 0,5% tot 5,8% van de populatie voor. Deze ziekte brengt veel kosten met zich mee. Het is dan ook belangrijk dat hiervoor een effectieve therapie wordt gevonden.

Om de effectiviteit van antidepressiva bij fibromyalgie na te gaan werd een meta-analyse uitgevoerd van gerandomiseerd gecontroleerde klinische studies (RCT's). De volgende antidepressiva werden dubbelblind gecontroleerd: de tricyclische en tetracyclische antidepressiva (TCA's), de selectieve serotonineantagonisten (SSRI's), de serotonine- en noradrenalineantagonisten (SNRI's) en de monoamine oxydase-inhibitoren (MAO-inhibitoren).

Van de 337 mogelijke relevante studies werden slechts 18 bruikbaar gevonden. In deze 18 studies waren samen 1 427 deelnemers geïncludeerd. De studies die uit de boot vielen, waren meestal ofwel reviews of dubbelpublicaties, ofwel stu-

dies die niet aan de kwaliteitscriteria voldeden. De voornaamste beperking van de geselecteerde studies was de meestal vrij korte studieduur.

Nochtans suggereren deze studies dat door toediening van antidepressiva pijn, depressie, vermoeidheid en slaapstoornissen verminderen en de levenskwaliteit verbetert. Bij de SSRI's zou het effect kleiner zijn dan bij de TCA. SNRI's hadden minder effect op pijn, slaapstoornissen en depressieve stemming; ook de MAO-inhibitoren zijn weinig effectief in de behandeling van pijn. Het kortetermijngebruik van amitriptyline en duloxetine bij pijnklachten en slaapstoornissen is zeker mogelijk. Het is bij alle antidepressiva echter niet geweten of het effect ook blijvend is.

Omdat niet alle studies eenduidig zijn, is er nood aan meer uitgebreide studies die het effect op langere termijn evalueren.

L. De Deken

FARMACOTHERAPEUTISCHE RICHTLIJN NACHTELIJKE KUITKRAMPEN



Verduijn MM, Fiolmer H, Draijer LW.
NHG-Farmacotherapeutische richtlijn
Nachtelijke spierkrampen in de benen.
Huisarts Wet 2008;51:491-5.

Naar schatting heeft 2% van de bevolking wekelijks last van nachtelijke kuitkrampen. Vrouwen en ouderen met comorbiditeit, in het bijzonder bij neurologische en cardiovasculaire ziekten, hebben er meer last van. Toch blijken bij onderzoek niet veel mensen voor deze aandoening te consulteren. Misschien omdat ze het niet als hoofdoorzaak van hun consultatie aangeven en het er eerder terzijde over hebben? De oorzaak van nachtelijke kuitkrampen is niet gekend. Voor men tot deze diagnose kan komen, moeten een aantal aandoenin-

gen worden uitgesloten: restless legs syndrome (RLS), perifere neuropathische pijn, perifere arterieel vaatlijden enzovoort.

Maar kan er iets aan gedaan worden? Met voorlichting over uitlokkende factoren komt men al een heel eind. Te grote spierbelasting, te weinig drinken of lopen op hoge hakken kan de patiënt(e) beter vermijden. Bij zwangerschap verdwijnen de kuitkrampen spontaan na de bevalling; spataders en hypothyreoïdie, beide uitlokkende factoren, kunnen worden behandeld. Calciumantagonisten kunnen worden vervangen door andere medicatie, terwijl de niet-medicamenteuze behandelopties – zoals gebruikelijk weinig of niet onderzocht – vooral berusten op ervaring: draag goede schoenen, verander van slaaphouding, doe rekoefeningen, neem een massage of een warm

bad en zorg voor voldoende vochtinname. In deze richtlijn wordt aangeraden om medicatie alleen te overwegen als de klachten ernstig zijn en aanhouden ondanks niet-medicamenteuze maatregelen. Het gebruik van dopamineagonisten, zoals bij RLS, heeft geen zin. (Hydro)kinine heeft een mogelijk gunstig effect op nachtelijke kuitkrampen, maar ook een risico op bijwerkingen zoals de inductie van het hemolytisch uremisch syndroom of ernstige en potentieel fatale overgevoeligheidsreacties (kininegeïnduceerde trombocytopenie). Andere bijwerkingen zijn maagdarmklachten, bittere smaak in

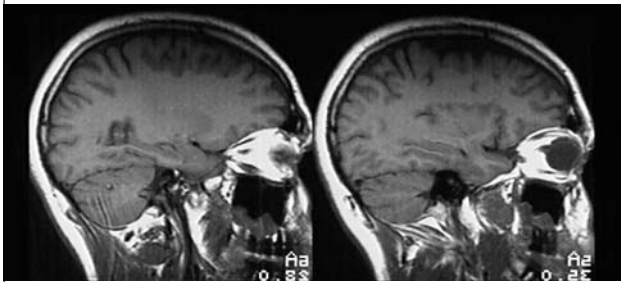
de mond, fotosensitiviteit, duizeligheid (en verhoogde valkans bij ouderen), hoofdpijn, angio-oedeem, levertoxiciteit, tinnitus, hypoglykemie en nierinsufficiëntie. Het gebruik in de zwangerschap wordt afgeraden wegens het opwekken van abortus en teratogeen effect.

Een proefbehandeling moet dus slechts worden overwogen bij niet-zwangeren, met aanhoudende ernstige klachten die gepaard gaan met slaapproblemen en klachten overdag. Dosis: bij het avondeten 200 mg hydrokinine en 100 mg bij het slapengaan. Een evaluatie wordt na twee à vier weken gepland. Staak de behandeling

zeker na vier weken en herbegint de behandeling eventueel voor twee weken, als de klachten terugkomen. Magnesiumzouten, vitamine B-complex, calciumzouten, vitamine E hebben geen effect aangetoond in studies die dit onderzochten.

S. Berael

SCHIZOFRENIE EN BIPOLAIRE STOORNIS: ZELFDE GENETISCHE BASIS?



Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet* 2009;373:234-9.

Een groots opgezette studie in Zweden zocht naar de gemeenschappelijke oorzaken van schizofrenie en een bipolaire stoornis. We kennen immers allemaal families in onze praktijk waar de grootvader suïcide heeft gepleegd en een kleinzoon aan een bipolaire stoornis lijdt.

Twee nationale registratiesystemen maakten de inclusie van 9 009 202 personen mogelijk. Het 'Multi Generation Register' met informatie over alle kinderen en hun ouders in Zweden werd gekoppeld aan het 'Hospital Discharge Register' waarin alle psychiatrische opnames zijn geregistreerd. Tussen 1973 en 2004 werden zo'n twee miljoen kerngezinnen geanalyseerd. Risico's op schizofrenie, bipolaire stoornis en hun comorbiditeit werden nagegaan bij zowel biologische als adoptieve ouders, bij broers en zussen en bij halfbroers en -zussen van patiënten met één van deze ziekten.

Eerstegraadsverwanten van personen met schizofrenie of een bipolaire stoornis hadden een verhoogd risico om ook aan één van deze aandoeningen te lijden: voor schizofrenie was het RR 9,0 (95% BI 8,5-11) en voor een bipolaire stoornis RR 7,9 (95% BI 7,1-8,8). Ook halfzussen en -broers liepen een significant verhoogd risico.

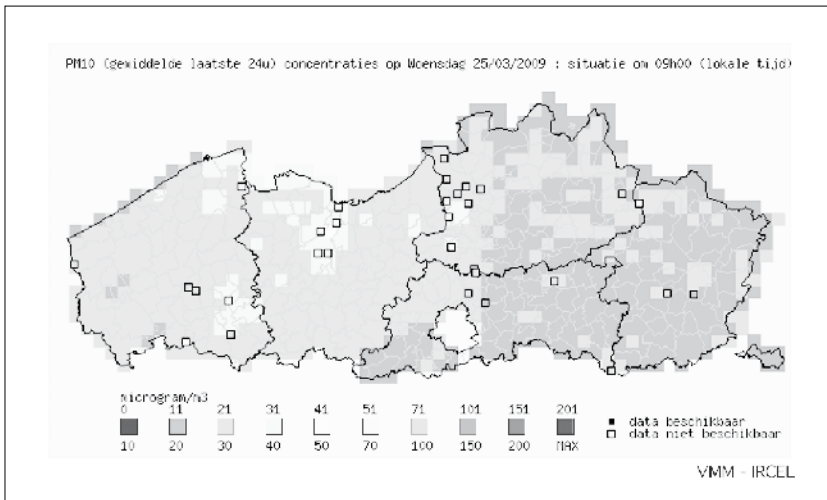
Verwanten van patiënten met een bipolaire stoornis hadden tevens een verhoogd risico op schizofrenie en dit in alle gradaties; ook adoptiekinderen van wie één van de biologische ouders een bipolaire stoornis had. In een multivariaatanalyse werden zowel erfelijkheidsfactoren als omgevingsfactoren meegenomen. De schatting van erfelijkheidseffecten bij schizofrenie en een bipolaire stoornis was respectievelijk 64% en 59%. De invloed van omgevingsfactoren was slechts in kleine mate aanwezig; hierbij was de inclusie van tweelingen in

de studie van groot belang. Comorbiditeit tussen de beide stoornissen was aanwezig in 63% van de gevallen en werd aan gezamenlijke genetische factoren toegeschreven.

De algemene conclusie van deze grote studie is dat er evidentie bestaat dat schizofrenie en bipolaire stoornissen gezamenlijke genetische oorzaken hebben. Dit kan voor de praktijk een consequentie hebben, zowel voor de vroegdetectie van deze aandoeningen en hun behandelingsopties als voor de research over antipsychosemedicatie.

K. Hendrickx

LANGER LEVEN MET ZUIVERDERE LUCHT



Pope CA, Ezzati M, Dockery DW.

Fine-particulate air pollution and life expectancy in the United States.

N Engl J Med 2009;360:376-86

Terwijl nog over de effecten van de Oosterweelverbinding op de fijnstofconcentraties in de lucht wordt gebakkeleid, is de luchtkwaliteit in Vlaanderen al bij de slechtste in Europa. Ondertussen komen er almaar meer aanwijzingen dat luchtvervuiling met

fijn stof slecht is voor onze gezondheid. De meest recente bevestiging komt van een studie naar trends in fijnstofvervuiling in de Verenigde Staten, die een zwak maar duidelijk waar te nemen verband vond tussen luchtverontreiniging en levensverwachting. Tussen 1980 en 2000 verminderde de luchtverontreiniging in alle 51 onderzochte grootstedelijke gebieden. Deze verbeterde luchtkwaliteit was geassocieerd met toenames in de levensverwachting, zelfs na correctie voor de voor de hand liggende sociaaleconomische en sociale kenmerken

die de mortaliteit beïnvloeden, waaronder roken. Het verband was statistisch significant, overleefde een verscheidenheid aan sensitiviteitsanalyses en bevestigde andere, kleinere observationele studies in de VS en elders.

In deze studie nam de levensverwachting in de VS tussen 1980 en 2000 toe met gemiddeld 2,72 jaren; de auteurs schatten dat zuiverdere lucht verantwoordelijk was voor ongeveer 15% van die verbetering. Ze schatten ook dat de levensverwachting toenam met 0,6 jaren voor elke 10 µg/m³ vermindering in de concentratie van fijn stof. De fijnstofpartikels waarvan sprake zijn niet groter dan 2,5 µm (PM_{2,5}), maar zijn net die deeltjes die bijzonder gevaarlijk zijn voor de volksgezondheid. De gemiddelde vermindering bedroeg 6,25 µg/m³, maar op sommige plaatsen daalde ze met zomaar 14 µg/m³. Dit zou bijdragen tot 0,82 extra levensjaren voor de bevolking. Op basis van deze gegevens vraag ik me af hoeveel extra levensjaren we elkaar in Vlaanderen willen bijgeven?

S. Coenen

OP TIJD NAAR BED!



Cohen S, Doyle WJ, Alper CM, et al. Sleep habits and susceptibility to the common cold.
Arch Intern Med 2009;169:62-7.

Voldoende slaap blijkt uit meerdere onderzoeken geassocieerd te zijn met een aantal gezondheidsvoordelen, zoals een geassocieerd lager risico op ischemische hartziekten. Naast het verband met dergelijk potentieel levensbedreigende aandoeningen heeft men in het verleden ook al gekeken naar het verband met meer banale, maar wel frequentere aandoeningen zoals een verkoudheid.

In een nieuw Amerikaans experimenteel onderzoek ging men prospectief te werk en beperkte men zich tot het retrospectieve bevragen van het slaaprofiel. Men volgde 153 gezonde vrijwilligers tussen 22 en 55 jaar oud. In een eerste stap werden gedurende 14 opeenvolgende dagen het aantal uren slaap geregistreerd, alsook de

slaapefficiëntie (uitgedrukt als het percentage tijd dat werkelijk geslapen wordt in de tijdspanne tussen slapengaan en ontwaken) en het gevoel van al dan niet uitgerust te ontwaken. Vervolgens werden de proefpersonen in afzonderlijke kamers geplaatst. Op de eerste dag werden een aantal 'baseline'-metingen gedaan. Er werden virushoudende neusdruppels toegediend en de proefpersonen werden gedurende vijf dagen in quarantaine opgevolgd. Verkoudheidsklachten werden bij middel van een scorelijst bijgehouden (subjectieve criteria) en zakdoeken werden na gebruik gewogen als maat voor de hoeveelheid rhinorroe (objectief criterium). Daarnaast werden nog meerdere covariabelen onderzocht en in de analyses opgenomen.

Van de 153 deelnemers kon men bij 88% een infectie aantonen. Van deze 153 voldeed ruim 35% aan de objectieve criteria en 43% aan de subjectieve criteria van een verkoudheid zoals ze in het onderzoeksprotocol werden gedefinieerd. Maar welke invloed had de slaap in de voorafgaande 14 dagen op deze resultaten? De belangrijkste bevinding was dat de vatbaarheid voor verkoudheid vooral samenhangt met de slaapefficiëntie: personen met een slaapefficiëntie lager dan 92% hadden vijfmaal meer kans om een verkoudheid te krijgen dan perso-

nen met een slaapefficiëntie van 98% of meer. Maar ook de slaapduur blijkt een invloed te hebben. Minder dan 7 uur slapen gaf versus 8 uur of meer slapen bijna driemaal meer kans op het krijgen van een verkoudheid na besmetting. Het gevoel van fris te ontwaken had echter geen duidelijke invloed op de vatbaarheid voor verkoudheden. De waargenomen verschillen konden niet verklaard worden door de reeks andere opgevolgde covariabelen.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat het een populatie betreft van

gezonde en eerder jonge volwassenen die daarenboven op een artificiële manier werden besmet. Dit neemt niet weg dat we wellicht niet alleen onze (kleine) kinderen maar ook onze leeftijdsgenoten mogen aansporen om op tijd naar bed te gaan... en om te slapen wel te verstaan!

M. Van Nuland

LEVENDE NIERDONOREN HEBBEN NORMALE LEVENSVORWACHTING



Word jij orgaandonor? www.beldonor.be



tekening: Eva-Lier, 12 jaar

.be

Hassan N, Ibrahim HN, Foley R, et al.

Long-term consequences of kidney donation.

N Engl J Med 2009;360:459-69.

Als men zich in ons land afvraagt of donororganen wel terechtkomen bij eigen volk, gaat het meestal om organen van overleden donoren. En als er hiervan niet voldoende zijn, haalt men vaak de gevolgen van deze vorm van orgaandonatie voor de nabestaanden aan. Maar hoe vergaat het mensen die bij leven en welzijn een van hun eigen organen wegschenken?

Tussen 1963 en 2007 ondergingen 3 698 levende nierdonoren een nefrectomie in een ziekenhuis in Minnesota in de Verenigde Staten. Ze hadden dezelfde levensverwachting als de algemene bevolking volgens een recente overlevingsanalyse. Het risico gedurende hun verdere leven op nierfalen in het eindstadium was ook laag

(11 donoren in totaal of 180 per miljoen per jaar) en vergelijkbaar met het risico in de algemene bevolking (268 per miljoen per jaar). De auteurs maten de glomerulaire filtratiesnelheid in een subgroep van 255 donoren. De meesten (85%) hadden een goede nierfunctie verschillende jaren na het schenken van de helft van hun nefronen aan iemand anders. Ze hadden niet meer kans om hypertensie of albuminurie te ontwikkelen dan overeenkomstige controles uit de bevolking, zelfs tot twintig jaar na schenking. Deze subgroep had een uitstekende levenskwaliteit vergeleken met de norm in de bevolking.

Dit zijn bemoedigende resultaten, volgens een bijbehorend editoriaal¹, al zijn ze mogelijk niet op iedereen van toepassing. De meeste donoren in deze cohorte waren blank, 60% van hen was vrouw, ze waren allen gezond en de meesten waren relatief jong op het moment dat ze een nier afstonden. We hebben dus nog altijd betere

prognostische informatie nodig over donoren van andere etnische groepen en van donoren die ouder zijn of een verhoogde bloeddruk of overgewicht hebben.

Wellicht kunnen we dus de meeste van onze patiënten, als ze vragen hebben over levend donorschap, geruststellen over de gevolgen voor henzelf. En wat donorschap bij overlijden betreft: op www.beldonor.be vind je het formulier voor instemming (of weigering) tot orgaandonatie.

S. Coenen

¹ Tan JC, Chertow GM. Cautious optimism concerning long-term safety of kidney donation. *N Engl J Med* 2009;360:522-3.