

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

HET MAGER RESULTAAT VAN DIËTEN



Langeveld M, De Vries JH. Het mager resultaat van diëten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2013;157:1548-52.

Besmet als we zijn door een vreemd virus dat de naam 'meritocratie' kreeg, vinden we dat alles wat we verwerven het gevolg is van hard werken en alles wat we niet kunnen verwerven een gevolg van een gebrek aan inzet en doorzettingsvermogen. Wie zwaarlijvig is, heeft dit dus enkel aan zichzelf te danken. Even doorzetten met een dieet en het vet smelt van je af zoals sneeuw wegsmelt voor de zon. Straks komen er nog mensen opzetten met wilde ideeën dat zwaarlijvige mensen een hogere bijdrage zullen moeten leveren voor de ziekteverzekering.

Onbeschaamd wijzen artsen patiënten er frequent op dat ze moeten afvallen. Wellicht hebben ze ook gelijk, want een significante gewichtsreductie van 5 à 10% van het uitgangsgewicht geeft een

verbetering van de metabole en cardiovasculaire parameters. Mensen met een hoog normaal gewicht (BMI van 24 tot 29,9 kg/m²) hebben de laagste sterftecijfers. Hoeveel wetenschappelijk bewijs is er voor de effectiviteit van diëten om een langdurige gewichtsreductie te bereiken? Het wetenschappelijke bewijs voor de kortetermijneffecten van diëten die de energie-inname beperken, is overweldigend. Maar hoeveel mensen die met een dieet starten, houden hun gewichtsverlies van >5% langer dan drie jaar? Dit was de vraag van een literatuuronderzoek.

Het antwoord uit de literatuur was echter beperkt. Slechts drie systematische reviews (respectievelijk met een analyse van 13,3 en 8 studies) en één onderzoeksartikel rapporteerden gegevens die een

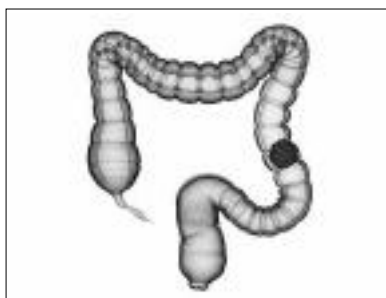
antwoord konden zijn op de vraag. In de systematische review waar gecorrigeerd was, was het gemiddelde gewichtsverlies minder dan 5%. Een Amerikaanse database die de gegevens bijhield van mensen die met succes langer dan een jaar een gewichtsverlies van minimaal 13,6 kg wisten te behouden, verzamelde ook gegevens over de inspanning die ze hiervoor moesten leveren. De fysieke inspanning kwam overeen met wekelijks 45 km wandelen en het handhaven van een dieet met 30% minder energie dan de gemiddelde bevolking.

Conclusie: er zijn heel weinig studies die het effect van energiearme diëten op lange termijn bestudeerden. De beperkte gegevens waarover we beschikken en de ervaring uit de praktijk, tonen aan dat een dieet als behandeling van obesitas op lange termijn maar een beperkt effect heeft en dat een initieel gewichtsverlies snel verloren gaat.

Misschien moeten we onze doelstellingen bijstellen en zeker de patiënt niet veroordelen omdat zijn dieetinspanning mislukt. Als afvallen niet lukt, is het misschien realistischer te opteren voor een stabilisatie van het gewicht.

Marc Lemiengre

MINDER COLORECTALE KANKER DOOR BETERE EERSTELIJNSZORG



Ferrante JM, Lee J-H, McCarthy EP, et al. Primary care utilization and colorectal cancer incidence and mortality among medicare beneficiaries: a population-based, case-control study. *Ann Intern Med* 2013;159:437-46.

Een grootschalige studie in de Verenigde Staten van Amerika heeft onderzocht of er binnen de Medicare-populatie van een aantal regio's een associatie is tussen de frequentie van visites in de eerstelijnszorg en de incidentie en mortaliteit van colorectale kanker en mortaliteit in het algemeen.

Patiënten tussen 67 en 85 jaar die in de periode 1994-2005 gediagnosticeerd werden met colorectale kanker, werden gematcht met controlepatiënten. Hierbij werden de volgende factoren gemeten: het aantal eerstelijnsvisites in de periode van 27 maanden tot 4

maanden vóór diagnose, de incidentie en mortaliteit van colorectale kanker en de totale mortaliteit.

Vergeleken met personen die nul of één eerstelijnsvisite hadden, hadden personen met vijf tot tien eerstelijnsvisites een lagere incidentie van colorectale kanker en een lagere mortaliteit, zowel die gelieerd aan colorectale kanker als de algemene mortaliteit. Deze associaties waren sterker bij de patiënten die gediagnosticeerd werden met colorectale kanker in late stadia, met distale letsels en als de diagnose in recentere jaren werd gesteld (toen was er een groter bereik van de screening). Deze associatie van een groter gebruik van eerstelijnszorg met een verminderde

colorectale kankerincidentie werd verklaard door voorschriften voor colorectale kankerscreening en polypectomie. Omdat de studie enkel administratieve gegevens gebruikt, is het moeilijk eventuele confounders op het spoor te komen. Er kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een zogenaamde 'healthy user' bias, waarbij wordt gesteld dat de groepen patiënten die meedoen aan

screening, doorgaans mensen zijn die hun gezondheid belangrijk vinden en daarom ook veel andere 'gezondheidsstrategieën' hanteren. Toch kan men besluiten dat eerstelijnszorg, en screeningsactiviteiten in het bijzonder, kunnen bijdragen tot een lagere ziektelast door colorectaal carcinoom. Dit onderzoek is zeker een extra motivatie om het Vlaams bevolkingsonderzoek

naar dikkedarmkanker te steunen, ook in uw praktijk!

Bert Leysen

Start Vlaams bevolkingsonderzoek naar dikkedarmkanker. www.zorg-en-gezondheid.be/v2_nieuws.aspx?id=33934 (laatst geraadpleegd op 19/11/2013).

OUDERMIS(BE)HANDELING

Norris D, Fancey P, Power E, Ross P.

The critical-ecological framework: advancing knowledge, practice, and policy on older adult abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect* 2013;25:40-55.

Het onderliggende mechanisme van ouderenmis(be)handeling in onze maatschappij is nog niet goed gekend, onder andere door een gebrek aan consensus bij de stakeholders. Veel acties en interventies zijn niet gecoördineerd en verliezen daardoor slagkracht. Coördinatie van de aanpak is daarom zinvol. Ook mensen zelfbewuster maken is essentieel.

Intrafamiliaal geweld en ouderenmisbehandeling zijn complexe fenomenen, waar meerdere factoren en processen aan ten grondslag liggen.

Sinds 1970 wordt ouderenmis(be)handeling bestudeerd. De auteurs van dit artikel, verbonden aan het departement van familiestudies en gerontologie aan de Mount Saint Vincent Universiteit van Canada, gaan uit van een holistische visie. Ze hebben verschillende methodes gebruikt voor hun studies, waaronder twee focusgroepen.

Eerst werd de huidige kennis bestudeerd: het biopsychologische model, het sociale model en de situationele theorie, het sociale leren en modellerend model, het sociale uitwisselingsmodel en de feministische theorie, de structureel politieke theorie en het ecologisch perspectief.

Uit deze studies werd een 'kritisch ecologisch model' opgemaakt. Een centrale veronderstelling van deze kritische

theorie gaat ervan uit dat alle acties en denkpatroon fundamenteel gemedieerd worden door machtsrelaties die berusten op sociale en historische constructies.

Het ecologische netwerk is samengesteld uit verschillende systemen, die interageren met elkaar (*figuur*). Het micro-systeem is de directe omgeving van de patiënt (familie, vrienden, mantelzorgers en professionele verzorgers); het meso-systeem is een grotere entiteit waar de verschillende microsystemen met elkaar interageren en het exosysteem (wetgeving) is de grotere organisatie, die ook de hulp van de gemeenschap bepaalt. Uiteindelijk heeft men het macrosysteem met zijn sociohistorische ideologieën en culturele waarden.

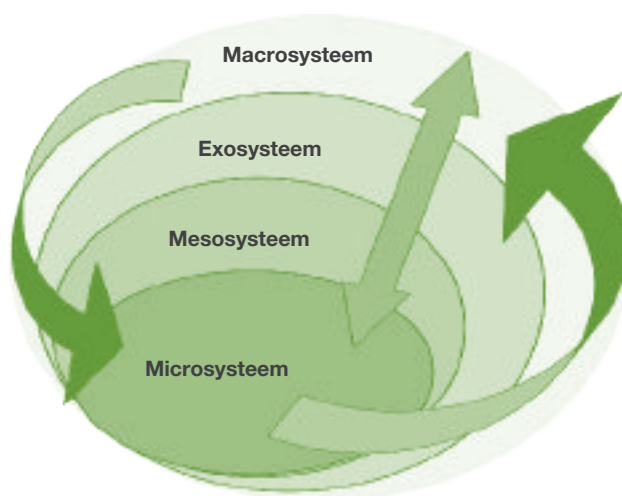
Het kan dus op verschillende niveaus fout gaan. Het patriarchale, het familiegebonden zijn en het kapitalisme maken dat er meer geweld is in deze culturen dan in andere culturen. Macht en controlemechanismen bevorderen geweldsituaties.

Omdat bejaarden niet meer productief zijn, verliezen ze aan macht en zijn ze kwetsbaarder. In tegenstelling tot ander geweld waarbij het slachtoffer afhankelijk is, is het bij oudermis(be)handeling vaak de dader, die financieel en emotioneel afhankelijk is. Uit de focusgroepen bleek verder dat zowel mannen als vrouwen potentieel slachtoffer kunnen zijn.

De auteurs besluiten dat ouderenmis(be)handeling een complexe problematiek is. Het kritisch ecologisch model helpt om oog te hebben voor deze problematiek en helpt om de verbindingen te kunnen leggen om geweldsituaties te begrijpen. De integratieve en holistische benadering houdt rekening zowel met het macro-niveau als met het leven van elke dag.

De toekomst zal uitmaken of dit model voldoende is om preventie verder uit te bouwen en om na te gaan of interventiestrategieën effect hebben.

Lut De Deken



IS ER EEN VERBAND TUSSEN LUCHTVERVUILING EN ACUUT HARTFALEN?



Shah A, Langrish J, Nair H, et al. **Global association of air pollution and heart failure: a systematic review and meta-analysis.** *Lancet* 2013;382:1039-48.

Het verband tussen luchtvervuiling en het optreden van een myocardinfarct is in het verleden al gelegd. Deze onderzoekers plozen het bestaande onderzoek naar de invloed van luchtvervuiling uit om te zien of dat er ook is voor acuut hartfalen.

En ja... Een stijging in de concentratie van zowel schadelijke gasen (CO, NO₂, SO₂) als fijn stof zorgt voor een hoger aantal gehospitaliseerde patiënten met hartfalen en een hoger sterftecijfer.

Ozon is de enige uitzondering: daar kon geen verband gevonden worden. Het grootste effect wordt gezien op de dag zelf van expositie. Een van de mogelijke pathofysiologische mechanismen is een door fijn stof veroorzaakte verhoogde pulmonaire vasoconstrictie en rechter ventrikel vullingsdruk.

Deze studie zegt iets over een mogelijk verband tussen luchtvervuiling in het algemeen en het aantal gehospi-

taliseerde patiënten voor hartfalen in een gehele populatie. Ze kan zich niet uitspreken over het effect van luchtvervuiling op patiënten met voorafbestaand chronisch hartfalen. Ze kon ook niet aantonen of er belangrijke lokale verschillen waren, bijvoorbeeld of het wonen naast een autosnelweg enige invloed heeft. Verder blijkt dat risico-inschatting op basis van de aanwezige luchtvervuiling in een regio niet zomaar geëxtrapoleerd kan worden naar een andere regio.

Wat kan de huisarts hiermee? Dit artikel lijkt vooral gericht aan de beleidsmakers: *'In de Verenigde Staten zou een gemiddelde reductie van 3,9 µg/m³ fijn stof 7978 hospitalisaties voor acuut hartfalen kunnen vermijden, wat op een besparing neerkomt van een derde biljoen dollar per jaar.'* Elk zijn job?

Nicholas Matthijs

NUT VAN GROOTSCHALIGE PREVENTIEVE ONDERZOEKEN



Krogsbøll L, Jørgensen K, Larsen C, Gøtzsche P. **General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease: Cochrane systematic review and meta-analysis.** *BMJ* 2012;345:e7191.

Deze Cochrane systematische review en meta-analyses onderzochten het nut van preventieve gezondheidsonderzoeken bij volwassenen om de morbiditeit en de mortaliteit te verminderen. Men onderzocht enkel de gerandomiseerde trials die een volledig gezondheidsonderzoek vergeleken met geen onderzoek en bij populaties die niet geselecteerd waren op een ziekte of een risico. Ook hield men enkel rekening met gezondheidsonderzoeken die meer dan een risicofactor

of ziekte nagingen. De trials die ouderen bekeken, werden niet geïncludeerd.

Twee onafhankelijke waarnemers gingen na of de voorwaarden vervuld waren, de data correct waren samengesteld en of er mogelijke bias was.

Er werden zestien onderzoeken nagekeken waarvan veertien voldoende data bevatten. Negen onderzoeken bevatten data in verband met mortaliteit en gaven een risico aan van 0,99 (95%-BI: 0,95-1,03). Acht onderzoeks-

gegevens gingen over de cardiovasculaire mortaliteit en acht over mortaliteit ten gevolge van kanker. Er werden geen voordelen gevonden van gezondheidsonderzoeken op morbiditeit, hospitalisatie, ziekte, angst, bijkomende doktersraadplegingen of arbeidsongeschiktheid.

Niet al deze onderzoeken hebben deze data onderzocht. Een onderzoek toonde zelfs een stijging van 20% van nieuw gestelde diagnoses per deelnemer gedurende zes jaar, vergeleken met de controlegroep. Er was tevens een stijging van het aantal mensen met zelfgerapporteerde chronische ziekten en een onderzoek vond zelfs een gestegen prevalentie van hypertensie en hypercholesterolemie. Twee van de vier onderzoeken toonde een stijging van het gebruik van antihypertensiva.

Globale gezondheidsonderzoeken toonden geen vermindering van morbiditeit of mortaliteit noch op cardiovascu-

lair gebied noch op gebied van kanker. Er was wel een stijging van het aantal nieuwe diagnoses. Belangrijke schadelijke effecten werden echter niet geregistreerd.

Of door deze vaststelling alle andere initiatieven van screening, zoals borstkankerscreening of darmkankerscreening,

moeten worden weggeveegd, is te kort door de bocht. Vermoedelijk is iedereen jaarlijks onderwerpen aan een reeks gezondheidsonderzoeken nutteloos. Dit kan zelfs leiden tot overdiagnosen.

Of het voldoende is om enkel gericht onderzoek te doen als er klachten zijn, wordt door deze studie niet echt beves-

tigd. Zoals vaak zal de gulden middenweg bewandelen nog steeds de beste strategie zijn.

Lut De Deken

NIEUWE CONSENSUS VITAMINE D-SUPPLETIE BIJ KINDEREN



De Ronne N, De Schepper J, mede in naam van de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Consensus vitamine D-suppletie bij de zuigeling en het jonge kind. Brussel: Kind&Gezin, 13/4/2013.

Onderzoeken tonen aan dat vitamine D-deficiëntie frequent voorkomt (12-24 %) en dat suboptimale 25(OH) D-concentraties eerder de norm zijn in gebieden met hoge breedtegraadligging zoals Scandinavië.

In een recente studie van een Oost-Vlaamse schoolpopulatie (tussen 4 en 11 jaar) werd bij meer dan de helft van kinderen een 25(OH) D <10 ng/ml vastgesteld tijdens de winter en lente.

In de dagelijkse praktijk bevelen veel gezondheidswerkers geen vitamine D-suppletie aan bij zuigelingen. Zij gaan ervan uit dat moedermelk als gouden standaard geen suppletie behoeft en dat er vanaf het moment dat er bijvoeding wordt gegeven, voldoende vitamine D-aanbreng is. De nieuwe consensus wil echter onder de aandacht brengen dat er zowel bij de zuigeling als bij het jonge kind en bij bepaalde risicosituaties nood is aan supplementair vitamine D. Tekort aan vitamine D is geassocieerd met hypocalcemie, rachitis en een

lagere botmineralisatie bij zuigelingen en peuters. Vitamine D-deficiëntie in de zuigelingenperiode wordt ook in verband gebracht met verscheidene chronische aandoeningen op latere leeftijd, zoals type 1 diabetes en astma. De kans op vitamine D-deficiëntie bij jonge kinderen is vooral groot wanneer moeder en/of kind weinig worden blootgesteld aan de zon en/of een donkere huidskleur hebben en/of wanneer het kind geboren is in de wintermaanden. Ook bij jonge kinderen die worden behandeld met anti-epileptica met een enzyminducerend effect, treedt vitamine D-tekort sneller op.

Er wordt aanbevolen bij alle kinderen dagelijks 400 IU vitamine D toe te dienen, vanaf de geboorte tot en met de leeftijd van zes jaar, gedurende het hele jaar, onafhankelijk van het soort melkvoeding en de vitamine D-suppletie van de lacterende moeder. Bij kinderen met een donker (negroïde) huidtype wordt 600 IU/dag aanbevolen. Bij preterm

geboren kinderen zonder comorbiditeit wordt dezelfde dosis toegediend. Men dient best een monopreparaat van cholecalciferol toe (in druppelvorm voor jonge kinderen: D-Cure: 5-8 druppels per dag (dr/d) of Davitamon D3: 4-6 dr/d of Dedrogy: 2-3 dr/d of Nutrivit D3: 2-3 dr/d). Bij oudere kinderen kan men vitamine D3 toedienen in druppelvorm (bv. Dagravit Kids), een kauwtablet (bv. Optimax Kinder Vitamine D) of smelttablet (Vista Vit D3 instant, Vitamine D 300 smelttablet of Vit D3 Springfield). Uiteraard vermijdt men een overdosis.

Naast medicatie wordt toch ook aanbevolen om regelmatig enige tijd buitenshuis door te brengen. De auteurs raden dagelijks vijftien minuten aan met minstens handen en hoofd ontbloot. Uiteraard moeten de weersomstandigheden dit mogelijk maken. Overmatige directe blootstelling aan zonlicht wordt echter afgeraden gezien de kans op ontwikkelingen van huidaandoeningen.

Bij zuigelingen zijn kunstvoedingen in principe verrijkt met vitamine D. Bij peuters is het aan te raden om daarnaast boter of margarine te gebruiken omdat deze verrijkt zijn met vitamine D. Het aantal voedingsmiddelen waaraan vitamine D wordt toegevoegd, is immers eerder beperkt in België.

Lut De Deken