

Hypoglykemie, antibiotica bij keelpijn, tolbutamine + metformine, vallen van ouderen

Hypoglykemie

Mulder *et al.* wijzen op het relatief goedaardige karakter van hypoglykemieën die worden veroorzaakt door het gebruik van orale antidiabetica; wanneer de huisarts zorgt voor voldoende follow-up, kan de patiënt in principe thuis worden behandeld.¹ Recent is echter ten aanzien van sulfonyl-ureumpreparaten een relatieve hoge kans (14 procent) op het ontstaan van een hypoglykemie gemeld.² In het licht hiervan lijkt het interessant van Mulder *c.s.* te vernemen, welke specifieke antidiabetica werden gebruikt bij patiënten die thuis werden behandeld, en bij degenen die toch werden ingestuurd.

J.W.M. Muris

¹ Mulder JD, Gerts MJJ, Dekker FW. Hypoglykemie door orale antidiabetica: insturen of thuis houden? *Huisarts Wet* 1991; 34: 567-77, 597.

² De Lavenne Ph, Peijnenburg MAJ. Sulfonylureumpreparaten en hypoglycaemie [Ingezonden]. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 191.

Naschrift

Wij kunnen de vraag van Muris niet nauwkeurig beantwoorden. Slechts in 23 van de 39 gevallen ontvingen wij van de huisarts een antwoord op de vraag naar het gebruikte antidiabeticum. Twintig van deze patiënten slikten een tweede-generatiepreparaat, de overige drie een eerste-generatiepreparaat (enkele malen gecombineerd met glucophage). Op grond van deze cijfers is niet te beoordelen of de huisartsen hun beslissing om wel of niet thuis te behandelen, mede hebben laten beïnvloeden door het gebruikte preparaat.

J.D. Mulder

Antibiotica bij keelpijn 1

Boekhoorn *et al.* inventariseerden het feitelijk handelen van de huisarts vijf maanden na publicatie van de NHG-standaard Acute Keelpijn.¹ Eenentwintig huisartsen vulden gedurende een maand een formulier in, en aan de hand van 221 ingevulde formulieren trekken de auteurs een conclusie die er niet om liegt: is deze standaard wel haalbaar?

Een van de uitkomsten is dat 52 procent van de 221 patiënten met acute keelpijn werd behandeld met antibiotica. Dit resultaat stemt de – van onterecht antibioticagebruik gruwende – huisarts/onderzoeker in eerste instantie tevreden; eerdere onderzoeken wezen immers in de richting van een hoger percentage: *De Melker* vatte deze recent samen door te stellen dat de huisarts

in 60-90 procent van gevallen van acute keelontsteking antibiotica voorschrijft.²

Helaas laten Boekhoorn *et al.* relevante vormen van selectie-bias onbesproken: zijn hun 21 huisartsen aselekt gekozen? Ze zijn in elk geval gespitst op een zorgvuldig voorschrijven van antibiotica door de koppeling van het registratieformulier aan het voorgestelde beleid van de NHG-standaard. Deze bias kan het relatief lage percentage van antibiotische prescriptie verklaren.

Terecht wijzen de auteurs op bijkomende factoren die de medicus practicus doen afwijken van de norm. Enkele van de geregistreerde argumenten om af te wijken (diabetes, cardiale pathologie), worden echter toch besproken in de NHG-standaard. Bij huisartsen die in de loop der jaren een voorschrijfpatroon hebben ontwikkeld, kan men niet verwachten dat dit patroon vijf maanden na de publicatie van een standaard volledig is doorbroken. Winst is al gemaakt, nu meer huisartsen dan vroeger durven erkennen dat de invloed van de patiënt het in hun ogen ideale beleid kan vervormen, vooropgesteld dat de hulpvraag is geïnventariseerd en de evaluatie plaatsvindt in harmonieuze samenspraak met de patiënt. Nu is het tijd voor de huisarts om door 'trial and error', nascholing en onderlinge toetsing te leren de patiënt te overtuigen van het individueel toegesneden 'ideale beleid'.³

De conclusie dat de huidige standaard niet aansluit bij het feitelijk handelen van de huisarts, dient dan ook niet te leiden tot een herbezinning omtrent de haalbaarheid. Dat is de wereld op zijn kop: de discrepantie tussen theorie en praktijk vormt juist de basis voor het bestaansrecht van de standaard.

Sjoerd Zwart,
huisarts te Kampen

¹ Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij acute keelpijn. Een inventariserend onderzoek naar de toepassing van een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 35(2): 70-1.

² De Melker RA. Infecties van de bovenste luchtwegen. Utrecht: Bunge, 1990.

³ De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Niets is standaard in de huisartspraktijk (en zelfs dat niet). *Huisarts Wet* 1991; 34: 2-3.

Antibiotica bij keelpijn 2

Uit het onderzoek van Boekhoorn *et al.* blijkt dat de standaard niet altijd wordt gevolgd,¹ maar niet of de afwijkingen terecht zijn. Een standaard leidt niet automatisch tot gedragsverandering; daarvoor zijn meer stappen noodzakelijk. In plaats van bezinning op de haalbaarheid van de standaard, is te adviseren tijdens nascholing

(meer) aandacht te besteden aan deze aspecten en aan het geven van patiëntenvoorlichting. Want uitleggen dat 'een kuur' geen gunstige invloed zal hebben (of erger...), blijft kennelijk moeilijk en gebeurt veel te weinig.

Namens de NHG-werkgroep Acute Keelpijn,
Carien Dagnelie

¹ Boekhoorn HCM, Van Ree JW, Dubois V. Antibiotica bij acute keelpijn. Een inventariserend onderzoek naar de toepassing van een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 35(2): 70-1.

Naschrift

Ons onderzoek had een oriënterend, explorerend karakter, omdat de eerste auteur op discrepanties was gestoten bij het onverkort toepassen van de standaard in de dagelijkse praktijk; het meten van het effect van de standaard is nooit het doel geweest.

Als dan blijkt dat de huisartsen zich niet beperken tot de indicaties die in de NHG-standaard zijn vermeld, is het van belang je af te vragen hoe dat komt en welke inspanningen nodig zijn om de standaard tot een bruikbare leidraad te maken, zonder dat huisartsen meteen met schuldgevoelens rondlopen als zij zich er niet aan (kunnen) houden. Dit kan gebeuren op verschillende niveaus:

- *De standaard* In hoeverre zijn aanvullingen op de standaard noodzakelijk? Bijvoorbeeld adviezen omtrent de behandeling van patiënten met Diabetes mellitus, Cara, belaste cardiale anamnese, reumatische artritis, etc. Dus ook in die gevallen waarbij niet direct sprake is van een ernstige deficiëntie van het immuunsysteem.
- *De huisarts* Hoe kan de huisarts gemotiveerd en geschoold worden op het terrein van patiëntenvoorlichting, zodat hij zo goed mogelijk zijn boodschap aan de patiënt kan overbrengen? De lasten kunnen echter niet alleen bij de huisarts liggen.
- *De patiënt* Hoe kan de patiënt goed geïnformeerd worden over de klacht en de effecten die van penicilline verwacht mogen worden (ook de nadelige...)?

Misschien dat een goede patiëntenbrochure van nut kan zijn voor de patiënt en de huisarts.

Ook wij zien het nut van het opstellen en regelmatig evalueren van een NHG-standaard, al zal dat niet automatisch leiden tot gedragsverandering van de huisarts en zeker niet tot die van de patiënt. Er zijn veel krachten die hier werken, vaak in tegengestelde richtingen.

R. Boekhoorn

Tolbutamide + metformine?

Tijdens het FTO binnen onze huisartsengroep over de NHG-standaard Diabetes Mellitus type II¹ rees de vraag of de combinatie Rastinon/Glucofaag zinvol is. Volgens de Standaard lijkt er voor deze combinatie geen plaats. Toch wordt zij veel voorgeschreven, door huisarts en internisten. Kortom: tolbutamide samen met metformine – juist of onjuist?

S.J. Kool

¹ Cromme PVM, Mulder JD, Rutten GEHM, et al. NHG-standaard Diabetes Mellitus Type II. Huisarts Wet 1989; 32: 509-12.

Naschrift

Gezien de verschillende werkingsmechanismen van sulfonylureumderivaten en metformine, is er reden om te veronderstellen dat de combinatie tolbutamide-metformine een gunstige invloed op het bloedglucosegehalte zal hebben. Irrationeel is de combinatie dus niet, maar zij is niet logisch.

Wanneer met tolbutamide alleen geen adequate regulering van het bloedglucosegehalte wordt bereikt, is het zinvoller eerst het effect van een langer en sterker werkend sulfonylureumderivaat af te wachten, alvorens eventueel over te gaan op een combinatietherapie van twee medicamenten. Daarvoor zijn twee redenen: monotherapie bevordert de compliantie en metformine heeft nogal wat contra-indicaties en niet zelden ook bijwerkingen. Wanneer toch moet worden overgegaan tot combinatietherapie, dan is het onlogisch om naast metformine weer tolbutamide te gaan gebruiken.

Het antwoord luidt dus: deels juist, deels onjuist.

G. Rutten

Vallen van ouderen

In de geriatrie literatuur wordt vallen bij ouderen nogal eens in verband gebracht met een excessieve bloeddrukval bij het overeind komen uit liggende of zittende houding (orthostatische hypotensie).^{1,2} Deze relatie is echter niet zo vanzelfsprekend: bij gezonde bejaarden daalt de bloeddruk bij het overeind komen niet sterker dan bij jongere mensen.³ Waarschijnlijk wordt vallen vaker veroorzaakt door aandoeningen van het (neuro)vestibulaire apparaat dan door aandoeningen van het hart- en vaatstelsel.

Daarnaast kan het (onjuist) gebruik van onder meer sedativa tot vallen leiden.⁴ Als de huisarts

te maken krijgt met een oudere die is flauwgevalen, kan hij meestal volstaan met een grondige anamnese en gericht lichamelijk onderzoek;³ aanvullend onderzoek (zoals Holter-monitring) zal zelden nodig zijn.⁵

Prudham & Grimley Evans constateerden dat 50 procent van de door hen onderzochte 65-plussers was gevallen door struikelen.⁶ Tegen deze achtergrond lijkt de bewering dat vallen altijd veroorzaakt wordt door een combinatie van omgevings- en patiëntgebonden factoren,⁷ minder relevant dan het feit dat een bejaarde nu eenmaal minder snel op struikelen reageert, en daardoor ook in een aangepaste omgeving gemakkelijker zal vallen.

Overigens had in de literatuurlijst het boekje 'Vallen, een geriatrisch probleem'⁸ niet mogen ontbreken.

J.H.A.Dambrink

¹ Johnson RH, Lambie DG, Spalding JMK. Neurocardiology. London: Saunders, 1984: 139-42.

² Lye M. The autonomic nervous system and postural hypotension in the elderly. Grimley Evans J, Caird FI, eds. Advanced geriatric medicine. London: Butterworth & Co, 1988: 62-73.

³ Dambrink JHA. Orthostatic regulation of blood pressure in healthy individuals. A comparative study in young and old individuals. Franeker: Van Wijnen, 1991.

⁴ Halper JP, Mann JJ. Cardiovascular effects of antidepressant therapy. Br J Psych 1988; 153(suppl): 87-98.

⁵ Day SC, Eisenberg JM. Syncope. In: Griner PF, Panzer RJ, Greenland P. Clinical diagnosis and the laboratory. Chicago: Year Book Medical Publishers 1986: 107-22.

⁶ Prudham D, Grimley Evans J. Factors associated with falls in the elderly. A community study. Age Ageing 1981; 10: 141-6.

⁷ Soomers-Turlings JMSJG, Crebolder HFJM, Beusmans GHM, Bal RM. Het vallen van ouderen. Huisarts Wet 1992; 2: 57-61.

⁸ Goedhard WJA, Knook DL. Vallen: een geriatrisch probleem. Alphen a/d Rijn: Stafleu, 1982.

Naschrift

Wij zijn met opzet niet ingegaan op de mogelijke betekenis van orthostatische hypotensie bij het vallen van ouderen, omdat een dergelijk verband niet blijkt uit de studie van Tinetti.¹ Het relatieve risico bedraagt 0,8 en 'postural hypotension' werd slechts bij 10 procent van de gevallen ouderen gevonden. Of er op het moment van de val sprake was van orthostatische hypotensie, is niet onderzocht. Het onderzoek van Dambrink maakt een dergelijk verband zelfs onwaarschijnlijk; hij vond geen verschil in bloeddrukval tussen jongeren en ouderen bij overeind komen.²

H.F.J.M. Crebolder

¹ Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988; 319: 1701-7.

² Dambrink JHA. Orthostatic regulation of blood pressure in healthy individuals. A comparative study in young and old individuals. Franeker: Van Wijnen, 1991.

Abstract

Muskens JB, Gieles A, Vernooij-Dassen MJFJ, Persoon JMG, Van Weel C. Seriousness of dementia in demented patients living at home. Huisarts Wet 1992; 35(6): 230-4.

Most demented patients live at home but there is little research as to the condition of this group, most studies having been performed in clinics. This study was directed at the seriousness of dementia in elderly patients living at home who had a primary form of dementia. The group studied consisted of 44 males and 97 females all of whom were supported by a central care. The average age was 79 years and the average duration of the disease since the beginning of the disorder was 4 years. Seriousness of dementia was estimated by means of the Brief Cognitive Rating Scale (BCRS) and the Global Deterioration Scale. The Assessment Scale for Elderly Patients (in Dutch: BOP) was used to study the relation between cognitive and behavioral disturbances on the one hand and the seriousness of the dementia on the other hand. Most patients were moderately demented, but more than one quarter showed serious dementia. There were relatively more females than males in the latter group. A relation was found between seriousness of dementia and duration of illness but not with depressive or aggressive behaviour.

Key words Dementia, senile.

Correspondence J.B. Muskens, MD, 22 Bachstraat, 6521 EJ Nijmegen, The Netherlands.