

# Preventie van osteoporose

## Voorlopig te broos voor een NHG-standaard

T. WIERSMA  
A.L.M. LAGRO-JANSSEN

De NHG-Adviesraad Standaarden is van mening dat de tijd nog niet rijp is voor een standaard over de preventie van osteoporose. Bestudering van de literatuur leert dat over opbrengst en haalbaarheid van maatregelen ter preventie van osteoporose nog onvoldoende bekend is. Bovendien is het opsporen van risicodragers verre van eenvoudig, mede doordat te weinig inzicht bestaat in de voorspellende waarde van de recent ontwikkelde botdichtheidsmetingen. Op basis van de literatuur kunnen geen ondubbelzinnige richtlijnen voor de preventie van osteoporose worden geformuleerd. Gezien het feit dat de Nederlandse huisarts over het algemeen reeds terughoudend is bij het voorschrijven van oestrogenen, valt niet te verwachten dat een osteoporose-standaard op dit moment zal leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg.

Wiersma T, Lagro-Janssen ALM. Preventie van osteoporose. Voorlopig te broos voor een NHG-standaard. *Huisarts Wet* 1992; 35(11): 428-9.

Drs. T. Wiersma, Nederlands Huisartsen Genootschap, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; Dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts te Nijmegen.  
Correspondentie: Drs. T. Wiersma.

### Inleiding

De NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) heeft als belangrijkste taak elk onderwerp dat haar via het Bestuur van het NHG of langs andere weg bereikt, te toetsen op zijn geschiktheid als ingang voor een standaard, en vervolgens een projectplan te maken voor onderwerpen die geschikt zijn bevonden. In zo'n projectplan wordt het onderwerp van de standaard zo nauwkeurig mogelijk afgebakend en worden globale aanwijzingen gegeven voor de structuur van de standaard. Tevens geeft het projectplan aan op welke aspecten de nadruk moet worden gelegd.

De NAS bestaat uit tien ervaren huisartsen. Bij de advisering worden de volgende vier criteria gehanteerd:

- Er moet uitgangsmateriaal beschikbaar zijn in het huisartsgeneeskundig veld, want de standaard moet wetenschappelijk verantwoord, dan wel optimaal beargumenteerd kunnen worden. Om dit vast te stellen, vindt een marginale inhoudelijke toetsing van de literatuur plaats.
- Het onderwerp moet huisartsgeneeskundig zijn: de huisarts moet er regelmatig dan wel intensief mee te maken hebben.
- Er moeten normen en richtlijnen over het betreffende onderwerp geformuleerd kunnen worden: de standaard moet ondubbelzinnig zijn (wat iets anders is dan dwingend).
- Verwacht moet kunnen worden dat een standaard over het betreffende onderwerp de kwaliteit van het handelen van de huisarts zal verbeteren.

De NAS heeft zich recent gebogen over de vraag of het aanbeveling verdient richtlijnen op te stellen voor het handelen van de huisarts met betrekking tot de preventie van osteoporose. Na ampel beraad was het merendeel van de NAS van mening dat de tijd hiervoor nog niet rijp is. Omdat de NAS zich realiseert dat er bij veel huisartsen behoefte kan bestaan aan een standaard over de preventie van osteoporose, meent zij er goed aan te doen dit negatieve advies hier toe te lichten.

### Aan de criteria getoetst

#### Wat is er bekend?

Osteoporose is een ernstige aandoening, die zich – vooral bij oudere vrouwen – manifesteert in fracturen van wervels en heup door geringe traumata. Gedurende de eerste jaren na de menopauze kan bij vrouwen versnelde botafbraak optreden; dit proces kan worden geremd door toediening van oestrogenen.

De Gezondheidsraad heeft in dit verband een aantal algemene maatregelen geadviseerd, zoals voldoende lichaamsbeweging en het nuttigen van voedingsmiddelen die voldoende calcium bevatten.<sup>1</sup> Tevens wordt oestrogeensubstitutie bepleit voor vrouwen bij wie perimenopauzaal een geringe botmineraaldichtheid wordt aangetroffen; hiervoor is recent betrouwbare apparatuur ontwikkeld.

De herziene 'Consensus osteoporose' schetst een soortgelijk beeld.<sup>2</sup>

Wie verwacht in het rapport van de Gezondheidsraad een doortimmerde analyse van de problematiek aan te treffen, wordt teleurgesteld. Op diverse punten wordt volstaan met algemene beweringen die lacunes in kennis lijken te moeten verbergen. Terwijl bijvoorbeeld wordt erkend dat er na de menopauze nog aanzienlijke veranderingen in de botmassa optreden (die bovendien van vrouw tot vrouw nogal kunnen variëren), kan men desalniettemin verwachten dat bij peri- en postmenopauzale vrouwen met een lage botmassa osteoporose ontstaat.<sup>3</sup> Wie zelf de literatuur bestudeert, moet vaststellen dat de opbrengst van substitutietherapie met oestrogenen alerminst duidelijk is. Zo is onduidelijk of tachtig-plussers die een heupfractuur krijgen, meer osteoporotisch zijn dan ouderen die dit niet overkomt.<sup>4,5</sup> De voorspellende waarde van de perimenopauzale botdichtheid voor fracturen van de heup is alleen bekend voor de korte termijn. De voorspellende waarde op langere termijn is niet onderzocht, terwijl de meeste fracturen nu juist pas na verloop van tijd optreden. Ook de studies naar de bijdrage van oestrogeensubstitutie aan de reductie van de kans op fracturen hebben een te korte looptijd om uitspraken te kunnen doen over effecten op

langere termijn. Alleen na zeer langdurig oestrogenengebruik is een aanzienlijke reductie (50 procent) van het fractuurrisico gemeten.<sup>6</sup> Dit effect lijkt echter al spoedig na het stoppen met de therapie te verdwijnen.<sup>7</sup>

Voor wervelfracturen geldt iets vergelijkbaars. De voorspellende waarde van de botdichtheidsmetingen voor fracturen van de wervels is vermoedelijk wat groter, maar over de effecten op lange termijn is ook hier niets bekend.<sup>8,9</sup> Verder is onduidelijk in welke mate wervelfracturen nu eigenlijk voorkomen; ze verlopen nogal eens asymptomatisch of de relatie tussen postuurverandering en wervelinzakking wordt niet gelegd. Ook hier geldt dat de bijdrage van substitutietherapie met oestrogenen alleen is onderzocht voor de korte termijn.

Substitutietherapie met oestrogenen op basis van botdichtheidsmetingen bij vrouwen na de menopauze is dan ook een sprong in het duister. Hetzelfde geldt voor oestrogeentherapie bij jonge vrouwen in de vruchtbare levensfase met amenorroe.

Over de lange-termijneffecten van behandeling van vrouwen met geringe botdichtheid met bisfosfonaten zijn evenmin gegevens beschikbaar. De werking van dit middel is alleen onderzocht bij patiënten met een ernstige osteoporose en hierdoor opgetreden fracturen; daarbij was de duur van de follow-up kort.<sup>10,11</sup> Nog minder is bekend over de veiligheid van dit middel.

Het onderzoek tot nu toe is overwegend uitgevoerd in geselecteerde patiëntenpopulaties; onderzoek in de populatie van de huisarts ontbreekt vooralsnog, evenals grootschalig interventie-onderzoek in de bevolking. Dat is een andere reden om terughoudend te zijn met aanbevelingen voor de huisartspraktijk.

Voldoende calcium in de voeding en voldoende lichaamsbeweging kunnen vermoedelijk osteoporose en daardoor optredende fracturen voor een deel voorkómen.<sup>7</sup> Maatregelen in die richting behoren echter eerder tot het domein van GVO en politiek dan in de spreekkamer van de huisarts. Onduidelijk is verder hoe grote groepen van de bevolking ertoe zouden moeten worden gebracht hun leefwijze in deze richting aan te passen.

### Is het onderwerp huisartsgeneeskundig?

Over het al dan niet huisartsgeneeskundige karakter van het onderwerp bestond binnen de NAS verschil van mening. De osteoporose-problematiek is niet ontstaan vanuit een hulpvraag van patiënten of vanuit het huisartsgeneeskundige veld, maar is geïnduceerd door specialisten en reclame van de farmaceutische industrie. Anderzijds is preventie nu juist wél huisartsenwerk. Dan moet echter gericht gewerkt kunnen worden met bijvoorbeeld risicoprofielen, zoals bij cholesterol. De voorspellende waarde van (combinaties van) risicofactoren voor osteoporose (mager, roken, weinig melk en amenorroe in de anamnese) is vermoedelijk te gering om daar een beleid op te kunnen baseren, en de voorspellende waarde van botdichtheidsmetingen is nog onvoldoende aange-toond.

### Zijn er ondubbelzinnige richtlijnen te formuleren?

Richtlijnen zijn op dit moment alleen mogelijk op basis van een vergaande extrapolatie van onderzoeksgegevens. Het is onverstandig om preventieve activiteiten op zo'n wankel fundament te baseren. Voortijdige medicalisering kan de perceptie van de eigen gezondheid nodeloos negatief beïnvloeden. Verder zijn de bijwerkingen van oestrogeensubstitutie op lange termijn onvoldoende in kaart gebracht. Een overzichtartikel waarin de huidige stand van zaken in detail wordt uiteengezet, ligt dan ook meer voor de hand.

### Verbeter een standaard de kwaliteit van zorg?

De Nederlandse huisartsen voeren thans in meerderheid een terughoudend beleid bij het voorschrijven van oestrogenen. Er is dan ook geen reden te veronderstellen dat een standaard de kwaliteit van zorg zou verbeteren. In feite is het gevaar niet denkbeeldig dat in een standaard die is gebaseerd op de thans beschikbare onderzoeksgegevens, uit defensieve overwegingen gekozen zou worden voor een beleid dat strenger in de leer is dan de huidige praktijk. Dat zou dan zelfs een verslechtering ten opzichte van de huidige situatie kunnen betekenen.

### Beschouwing

In de NAS wordt gestreefd naar besluitvorming op basis van consensus. In dit geval is het niet gelukt die te bereiken. Uiteindelijk werd met zes tegen drie stemmen besloten het Bestuur te adviseren het onderwerp voorlopig niet in productie te nemen. De algemene maatregelen bevinden zich te zeer buiten het werkkterrein van de huisarts om een standaard te rechtvaardigen; richtlijnen voor medicamenteuze therapie – onafhankelijk van hoe die zouden uitvallen – zouden met de huidige kennis niet te onderbouwen zijn.

Gezien de huidige stand van zaken, is er geen reden voor onzekerheid voor huisartsen en patiënten, al suggereert de industrie het tegendeel.

### Literatuur

- <sup>1</sup> Gezondheidsraad. Preventie van osteoporose. Den Haag: Gezondheidsraad, 1991.
- <sup>2</sup> Lockefeer JHM. Herziening consensus osteoporose. Ned Tijdschr Geneesk 1992; 136: 1204-6.
- <sup>3</sup> Wiersma T. Preventie van osteoporose. Slecht uitgewerkt advies van Gezondheidsraad. Med Contact 1992; 47: 764-6.
- <sup>4</sup> Aitken JM. Relevance of osteoporosis in women with fracture of the femoral neck. Br Med J 1984; 288: 597-601.
- <sup>5</sup> Cummings SR. Are patients with hip fractures more osteoporotic? Review of the evidence. Am J Med 1985; 78: 487-94.
- <sup>6</sup> Ettinger B, Genant HK, Cann CE. Long-term estrogen replacement therapy prevents bone loss and fractures. Ann Intern Med 1985; 102: 319-24.
- <sup>7</sup> Law MR, Wald NJ, Meade TW. Strategies for prevention of osteoporosis and hip fracture. Br Med J 1991; 303: 453-9.
- <sup>8</sup> Cummings SR, Black D. Should perimenopausal women be screened for osteoporosis? Ann Intern Med 1986; 104: 817-23.
- <sup>9</sup> Van Berkum FNR, Pols HAP, Birkenhäger JC. Niet-invasieve meting van de botmassa en osteoporose. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132: 2233-7.
- <sup>10</sup> Watts NB, Harris ST, Genant HK, et al. Intermittent cyclical etidronate treatment of postmenopausal osteoporosis. N Eng J Med 1990; 323: 73-9.
- <sup>11</sup> Papapoulos SE, Lockefeer JHM. Bisfosfonaten bij de behandeling van osteoporose. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 553-6. ■