

echter sensibiliseren ze het bronchusslijmvlies, zodat astma-aanvallen gemakkelijker optreden.

De conclusie is dat alleen chromoglicaten en corticosteroiden als onderhoudsdosering veilig zijn en dat alle andere stoffen – met name de sterk werkende – alleen in de acute aanval gebruikt mogen worden.

H.G. Frenkel-Tietz

**Asymptomatic hypertriglyceridaemie** [Editorial]. Hulley SB, Avins AL. *Br Med J*, 1992; 304: 394-5.

**For Debate: Should there be a moratorium on the use of cholesterol lowering drugs?** Smith GD, Pekkanen J. *Br Med J*, 1992; 304: 431-34.

**Doubts about preventing coronary heart disease** [Editorial]. Oliver MF. *Br Med J*, 1992; 304: 393-4.

In deze artikelen wordt een analyse gegeven van diverse grote, gedegen, langdurige onderzoeken waarin getracht werd het nut van het medicamenteus behandelen van hyperlipidemie als preventie van hart- en vaatziekten na te gaan. Zo werden in een tien jaar durend Fins onderzoek ruim duizend mannen met één of meer risicofactoren voor cardiovasculaire aandoeningen *at random* in een controle- en een interventiegroep verdeeld. De laatste groep werd regelmatig gezien, voorgelicht over het nut van goede voeding, meer lichaamsbeweging en minder roken, en kreeg medicamenteuze therapie bij hypertensie of hyperlipidemie. Deze interventie werd na vijf jaar gestaakt. Toen bleek het voor deze groep voorspelde risico op coronaire aandoeningen al met de helft te zijn afgenomen. Desondanks kwamen er in deze groep meer – al dan niet fatale – hartinfarcten voor.

Een follow-up van alle deelnemers vond vijftien jaar na het begin van de studie plaats. Bij degenen die cholesterolverlagende middelen gebruikten, zag men een reductie van de morbiditeit door hart-vaatziekten, maar een hogere mortaliteit als gevolg van niet-coronaire aandoeningen, met name door geweld (merendeels ongevallen). Deze toename van de sterfte als gevolg van geweld blijkt ook uit de verslagen van diverse andere cholesterolverlagende trials. Dit is een nog onverklaarde, verontrustende bevinding die niet onderschat of genegeerd mag worden. Een afname van het cholesterolgehalte door middel van dieet vertoont dit verschijnsel niet.

Zolang over dit verschijnsel niet meer duidelijk wordt, moet men zo min mogelijk cholesterolverlagende middelen voorschrijven, omdat ze meer kwaad dan goed doen, behalve bij de ernstige familiale hyperlipidemie. Bovendien vonden de onderzoekers geen rechtvaardiging

voor de opsporings- en behandelingsprogramma's voor asymptomatische hypertriglyceridemie.

M. Sanders

**Amoxicillin in treatment of acute uncomplicated exacerbations of chronic bronchitis. A double-blind, placebo-controlled multicentre study in general practice.** Jørgensen AF, Coolidge J, Pedersen PA, et al. *Scand J Prim Health Care* 1992; 10: 7-11.

De etiologie van een acute exacerbatie van chronische bronchitis is multifactorieel: specifieke pathogenen, rookgewoonten en omgevingsfactoren kunnen alle een rol spelen. In welke mate bacteriën een rol spelen, is niet goed bekend. In deze studie is nagegaan of acute exacerbaties moeten worden behandeld met antibiotica.

In een dubbelblind, gerandomiseerd onderzoek in een groot aantal Deense huisartspraktijken werd het effect van amoxicilline (tweemaal daags 750 mg gedurende één week) vergeleken met een placebo. In 30 maanden werden via 131 huisartsen 278 patiënten geworven. Inclusiecriteria waren leeftijd >18 jaar en een acute exacerbatie van chronische bronchitis. Chronische bronchitis was gedefinieerd als continue hoest en opgeven van sputum gedurende minstens drie maanden per jaar in meer dan twee opeenvolgende jaren. Acute exacerbatie werd gedefinieerd als subjectieve verslechtering door verandering van sputum (toename, verandering in viscositeit of kleur), al dan niet gepaard gaande met hoest of dyspnoe en langer dan drie dagen durend. Exclussiecriteria waren onder andere: pneumonie, koorts >38,5°C, pols >100/min. en antibioticagebruik in de voorafgaande zeven dagen.

Bij het eerste en tweede bezoek (na de kuur op dag 8) registreerde de arts op een vierpuntschaal de symptomen, gebaseerd op verklaringen van de patiënt. De patiënten dienden iedere dag temperatuur en ochtend- en avond-peakflow te meten. De belangrijkste effectmaat was het door de arts beoordeelde resultaat: positief (verminderde of verdwenen symptomen) of negatief (onveranderde of verergerde symptomen).

Ten aanzien van het uiteindelijke 'succespercentage' werd geen verschil gevonden tussen amoxicilline en placebo: 63 versus 64 procent. In beide groepen ging de peakflow tijdens de behandelperiode iets omhoog, zonder een statistisch significant verschil tussen de twee groepen. Het aantal bijwerkingen en het aantal patiënten met bijwerkingen was gelijk in beide groepen.

Robert Vink

**Guidelines of the management of hyperlipidaemia in general practice** [Occasional Paper 55]. Waine C, Pereira Gray D, Evans P, et al. *London: The Royal College of General Practitioners*, 1992.

Net als in veel andere geïndustrialiseerde landen is ischemische hartziekte in het Verenigd Koninkrijk de belangrijkste doodsoorzaak. De risicofactoren voor het ontstaan van deze aandoening kunnen worden onderscheiden in wel en niet beïnvloedbare factoren. Verhoogde bloeddruk en diabetes mellitus zijn voorbeelden van de eerste categorie; geslacht en familiale belasting vallen onder de niet-beïnvloedbare risicofactoren. Ook het hebben van een verhoogd serumcholesterolgehalte – als gevolg van een relatief ongunstig voedingspatroon, erfelijke aanleg of het gebruik van bepaalde medicamenten – is een oorzakelijke, deels reversibele risicofactor.

Primair en secundair preventieve maatregelen in dezen moeten enerzijds op populatieniveau en anderzijds op individueel niveau worden genomen. Bij deze laatste activiteiten vervult de huisarts een sleutelfunctie: niet alleen spoort hij de risicofactoren op, hij is ook degene die een eventuele behandeling instelt en de resultaten evalueert.

Centraal in dit rapport staan het identificeren en behandelen op een zo vroeg mogelijk tijdstip van personen met een verhoogd risico op het verkrijgen van ischemische hartziekte. Toegespit op serumcholesterol kunnen de volgende groepen 'at risk' worden onderscheiden:

- patiënten met een hart/vaatlijden <65 jaar;
- personen met klinische manifestaties van hypercholesterolemie: xanthelasmata of een arcus senilis voor de leeftijd van 50 jaar;
- personen met ziekten die het cholesterolmetabolisme beïnvloeden: diabetes mellitus, hypothyreoïdie;
- personen met een familiale belasting voor hyperlipidemie, ischemische hartziekten of andere atherosclerotische ziekten voorkomend in de eerste graad onder de leeftijd van 65 jaar;
- personen met twee of meer van de volgende risicofactoren: roken, hypertensie ( $\geq 100$  mm Hg diastolisch), adipositas (Quetelet-index  $\geq 25$ ) en mannelijk geslacht;
- kinderen van ouders met een bewezen genetisch bepaalde stoornis in de lipidehuishouding.

Aanbevolen wordt bij de diagnostiek uit te gaan van het gemiddelde van twee metingen. Wil men een hypercholesterolemie als gevolg van een verhoogd HDL-cholesterol uitsluiten, dan moet een aanvullende bepaling nuchter geschieden. Alvorens over te gaan tot (medicamenteuze)