

ven de moeilijke situatie wellicht een adequate oplossing. De doktersnachtdienst moge echter binnen de situatie van een grote stad een oplossing bieden, ideaal is het niet. Men denke aan het informeren van de waarnemende artsen.

De Amsterdamse huisarts Querido stelde op het recente Wonca-congres dat het zelf uitvoeren van de avonddienst aanzienlijk minder belastend is: minder hulpvragen en meer bevrediging (eigen patiënten).

Hopelijk vormt ook deze discussie aanleiding voor nadere bezinning. Essentieel is dat een patiënt zo snel mogelijk met de huisarts of een (liefst geïnformeerde) waarnemer in direct contact kan treden, dat wil zeggen dat het aantal tussenschakels beperkt blijft. Collega Rensing kan zelf de proef op de som nemen door enkele collega's op te bellen.

Prof.dr. R.A. de Melker

1 Engelenburg JL. Medische hulpverlening buiten kantooruren in Groot Den Haag. Lelystad: Meditext, 1992.

Verlenging beroepsopleiding

Met belangstelling volg ik de discussie betreffende de vermeende zin en onzin van een driejarige beroepsopleiding. Steeds weer bekruipt mij het gevoel dat er bij de huisartseninstituten sprake is van een krampachtig vasthouden aan een beslissing die genomen is uit angst om niet voor vol te worden aangezien. Daarnaast vraag ik mij af of men op de huisartseninstituten wel voldoende beseft dat theorie en praktijk lang niet altijd overeenstemmen. Veel fraaie doelstellingen met betrekking tot begeleiding en nabespreking worden in de praktijk vaak niet gerealiseerd, soms door gebrek aan interesse of motivatie bij een van de partijen, vaak door gebrek aan tijd. Velen laten zich negatief uit over de terugkomdagen op het instituut, in de trant van 'het is nu eenmaal verplicht, maar we steken er niet zoveel zinnigs op'. Om problemen te voorkomen en geen mensen te kwetsen, worden deze zaken echter zelden op het instituut besproken.

Het idee van Wiersma (Huisarts Wet 1993; 36(11): 390) om een enquête te houden, lijkt mij uitstekend, en ik denk dat dit voorstel zeker niet zonder meer terzijde gelegd dient te worden. Ook ik verwacht opzienbarende resultaten.

Teus Dorresteyn
huisarts te Ederveen

The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men

Pfaffenberger RS, Hyde RT, Wing AL, et al. N Engl J Med 1993; 328: 538-45.

The health benefits of exercise.

A critical appraisal

Editorial. Curfman GD. N Engl J Med 1993; 328: 574-5.

In dit onderzoek werd nagegaan welke invloed verandering van leefgewoonten had op de mortaliteit van oud-studenten van Harvard University. Aan de 31.000 studenten die tussen 1916 en 1950 aan Harvard gestudeerd hadden en nog in leven waren, werd tussen 1962 en 1966 een vragenlijst toegezonden die door ongeveer tweederde beantwoord werd. Diegenen die in de vragenlijst aangaven aan coronair vaatlijden, beroerte, Cara of carcinoom te lijden, werden niet verder gevolgd. In 1977 werd een tweede vragenlijst verzonden. Uiteindelijk bleven ruim 10.000 ondervraagden over. De lijst bevatte vragen over ziekten die door een arts gediagnostiseerd waren, ziekten en doodsoorzaken van de ouders, roken en lichaamsbeweging.

Tussen 1977 en 1985 waren er 476 sterfgevallen. Bij ruim 200 was er een cardiale doodsoorzaak. Bij analyse van deze gevallen bleek dat de kans op overlijden met 25 procent was verminderd bij de mannen die tussen 1966 en 1977 meer lichamelijke activiteiten hadden verricht dan voordien. Daarnaast bleek dat het overlijdensrisico voor rokers 87 procent hoger was dan voor niet-rokers, dat hypertensieve mannen 69 procent meer kans hadden op een cardiale dood dan normotensieve mannen, en dat vetzucht het overlijdensrisico met 31 procent verhoogde.

Stoppen met roken, beginnen met forse lichaamsbeweging (zwemmen, tennissen, handbal, joggen en hardlopen), en een normale bloeddruk en lichaamsgewicht zijn dus factoren die onafhankelijk van elkaar de levensduur verlengen en de kans op cardiovasculaire aandoening verminderen.

In het *editorial* wordt de vraag aan de orde gesteld of een grotere lichamelijke inspanning een gunstige invloed op de coronairvaten heeft, of dat mensen met uitstekende coronairvaten er makkelijker toe komen zich lichamelijk in te spannen, doordat ze zich fitter voelen. Deze kip/ei-kwestie is ook in deze studie niet opgelost.

H.G. Frenkel-Tietz

Comparison of insulin regimens in patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus

Yki-Järvinen H, Kauppila M, Kujansuu E, et al. N Engl J Med 1992; 327: 1426-33.

In dit onderzoek is nagegaan welke insulinebehandeling het gunstigst is voor patiënten met diabetes mellitus type II die door het gebruik van orale antidiabetica niet meer goed ingesteld kunnen worden. Daartoe werden 153 patiënten ingedeeld in vijf vergelijkbare groepen:

- 1 Doorgaan met orale antidiabetica (= controlegroep).
- 2 Orale medicatie en erbij 's ochtends een injectie van lang- en kortwerkende insuline (verhouding 70-30).
- 3 Orale therapie en 's avonds één injectie gecombineerde insuline.
- 4 Orale therapie staken en tweemaal per dag een injectie met gecombineerde insuline.
- 5 Orale therapie staken en driemaal per dag een injectie kortwerkende insuline en 's avonds een injectie met gecombineerde insuline.

De patiënten werden gedurende vijf dagen opgenomen, waarbij ze leerden hun bloedsuiker zelf te controleren. Gedurende de drie volgende maanden werden allen wekelijks gecontroleerd. Hierbij bleek de controlegroep een gemiddelde bloedsuikerwaarde van 16 mmol te hebben, terwijl de gemiddelde bloedsuikerwaarde bij alle andere groepen tot 9 mmol daalde. Ook het HbA1c daalde bij alle insulinegebruikende groepen van 10 tot 8.

Na het overschakelen op insuline was het algemeen welbevinden bij alle groepen groter. Alle vormen van insulinebehandeling gingen gepaard met een stijging van het lichaamsgewicht vergeleken met de slecht ingestelde controlegroep. Het is echter de vraag of deze gewichtstoename niet gedeeltelijk een correctie is van het gewichtsverlies ten gevolge van een slecht ingestelde diabetes. Bij de groep die naast orale therapie één avondinjectie gebruikte, waren de insulinespiegels over het hele etmaal volkomen gelijk; bij alle andere groepen vertoonden deze waarden grote schommelingen.

Samenvattend kan men concluderen dat insuliner therapie de instelling van diabetes en hiermee het welbevinden van de patiënt verbetert. Het lijkt erop dat de één-injectiebehandeling voor patiënten het meest acceptabel is, hetgeen waarschijnlijk de therapietrouw bevordert.

H.G. Frenkel-Tietz

Influences on control in diabetes mellitus: patient, doctor, practice, or delivery of care?

Pringle M, Stewart-Evans C, Coupland C, et al. Br Med J 1993; 306: 630-4

Diabetic care in general practice. Adding quality to quantity

Editorial. Kinmonth A-L. Br Med J 1993; 306: 599-600

Wat draagt het meeste bij aan een goede metabole instelling bij patiënten met diabetes mellitus? Om deze vraag te beantwoorden werden gegevens verzameld van 32 huisartsen, van hun praktijken, van 320 spreekuurconsulten op video, en van ruim 300 diabeten. De metabole instelling werd afgemeten aan het percentage HbA1c.

De volgende praktijkkenmerken hingen samen met een goede instelling: uitgebreide praktijkvoorzieningen, niet-solopraktijk, beschikbaarheid van een diëtist of voedingsdeskundige en het houden van een diabetes-spreekuur. Patiënten van huisartsen met een speciale belangstelling voor diabetes bleken beter ingesteld te zijn.

Wat de patiëntkenmerken betreft, werd een positief verband met de instelling gevonden voor dieetbehandeling, behandeling met orale antidiabetica, vrouwelijk geslacht, langere duur van de diabetes en het ontbreken van diabetesgerelateerde complicaties. In een multivariate analyse bleken deze variabelen 15 procent van de variantie van het HbA1c te verklaren.

In het *editorial* wordt benadrukt dat een groot deel van de variantie onverklaard blijft. Aanbevolen wordt om in toekomstig onderzoek ook aandacht te besteden aan opvattingen en gedrag van patiënten en huisartsen.

François Schellevis

Clinical diagnosis of pyloric stenosis: a declining art

Macdessi J, Oates RK. Br Med J 1993; 306: 553-5.

Bij de diagnostiek van pylorusstenose wordt steeds vaker gebruik gemaakt van beeldvormende technieken. In hoeverre leidt dit sneller tot de diagnose? Om deze vraag te beantwoorden werd van ruim 400 kinderen met een in 1974-1977 respectievelijk in 1988-1991 geopereerde pylorusstenose achteraf de status bestudeerd. De resultaten uit deze twee perioden werden met elkaar vergeleken.

De twee groepen kinderen verschilden niet van elkaar in leeftijd, geslacht, duur van de klachten en mate van dehydratie. In de periode 1974-1977 werd bij 99 procent een zwelling in de bovenbuik gepalpeerd, in de periode 1988-1991 bij 79 procent. In de eerste periode werd bij 20 procent echo- of röntgencontrastonderzoek uitgevoerd, in de tweede periode bij 61 procent. De diagnose werd uitsluitend op beeldvormende diagnostiek gebaseerd bij 1 procent in de eerste periode en bij 21 procent in de tweede periode. Er waren geen verschillen tussen de groepen wat betreft de tijd die nodig was voor de diagnostiek.

De conclusie van de auteurs is dat frequenter gebruik van beeldvormende diagnostiek niet leidt tot een snellere diagnose. Beeldvormende diagnostiek is van belang in twijfelgevallen, maar door het toenemend vertrouwen daarop dreigt de vaardigheid in het palperen van een vergrote pylorus af te nemen.

François Schellevis

Gastrointestinal damage associated with the use of nonsteroidal antiinflammatory drugs

Allison MC, Howatson AG, Torrance CJ, et al. N Engl J Med 1992; 327: 749-54

In deze case-control-studie is gekeken bij mensen die NSAID's gebruiken, wat de prevalentie en de morfologie is van de schade in het jejunum en het ileum ten gevolge van het gebruik van deze middelen. Ook werd gekeken of het vóórkomen van ulcera in maag en duodenum een voorspellende waarde hebben voor de aanwezigheid van laesies in het jejunum en ileum.

Van 713 overleden patiënten werden de obductiegegevens bekeken. Van hen hadden er 249 NSAID's gebruikt in de laatste zes maanden van hun leven, 464 hadden dat niet gedaan en vormden dus de controlegroep. Alle laesies die in de dunne darm gevonden werden, werden histologisch onderzocht.

Bij 12 procent van de NSAID-gebruikers werd een laesie in de dunne darm gevonden; bij de controlegroep was dat 3 procent. Met name ulcera werden in de NSAID-groep meer gevonden. Hoe meer NSAID's er gebruikt waren, des te groter was de kans op schade in de dunne darm. In de NSAID-groep werden ook meer ulcera in maag en duodenum gevonden, 22 tegen 12 procent in de controlegroep. Er kon geen verband aangetoond worden tussen de aanwezigheid van een ulcus in maag of duodenum en laesies in jejunum of ileum.

Het gebruik van NSAID's is dus gerelateerd

aan het vaker voorkomen van met name ulcera in de dunne darm.

Germa Joppe

Mifepristone (RU 486) compared with high-dose estrogen and progestogen for emergency postcoital contraception

Glacier A, Thong KJ, Dewar M, et al. N Engl J Med 1992; 327: 1041-4

Mifepristone (RU 486)- an abortifacient to prevent abortion?

Editorial. Grimes DA, Cook RJ. N Engl J Med 1992; 327: 1088-9.

In deze studie worden de werkzaamheid en de bijwerkingen van een eenmalige dosis mifepristone, een antiprogesterone werkzame stof, vergeleken met die van de morning-after pil zoals die nu vaak in de vorm van de 2x2-methode wordt gegeven. Ongeveer 800 vrouwen die binnen 72 uur na een onbeschermd coïtus, hulp zochten, werden in de studie opgenomen. De helft van de vrouwen kreeg 600 mg mifepristone, de andere helft kreeg 0,1 mg ethinyl-estradiol en 1 mg norgestrel. De laatste groep kreeg ook nog een zelfde dosis mee naar huis om 12 uur later in te nemen.

Van de met het standaardregime behandelde vrouwen werden er vier zwanger, van de met mifepristone behandelde vrouwen niet één. Dit verschil was niet statistisch significant. Dat neemt niet weg dat mifepristone minstens even effectief was als de standaardmethode. Alle zwangere vrouwen hadden de coïtus gehad binnen drie dagen voor of na de berekende ovulatie. Bijwerkingen, met name misselijkheid, braken en hoofdpijn, kwamen vaker voor in de groep met het standaardregime. In de mifepristone-groep daarentegen kwam de menstruatie na de behandeling vaker te laat.

In het *editorial* worden de positieve resultaten van mifepristone onderstreept. Bij uitstel van de menstruatie door de behandeling kunnen gevoelige zwangerschapstests snel geruststelling geven. Mifepristone, tot nu toe beter bekend als een abortuspil (omdat het middel tot nu toe alleen gegeven werd kort na het uitblijven van de menstruatie in combinatie met prostaglandines) kan de vraag om abortus nu juist verkleinen. Volgens de schrijvers begint een zwangerschap pas na de implantatie, en pleegt de arts dus geen abortus als hij voor de implantatie mifepristone geeft.

Germa Joppe