

- 9 Nudelman PM, Andrews LM. The 'value added' of not-for-profit health plans. *N Engl J Med* 1996;334:1057-9.
- 10 Hasan MM. Let's end the nonprofit charade. *N Engl J Med* 1996;334:1055-7.
- 11 Starfield B. Primary care. Concept, evaluation and policy. Oxford: Oxford University Press, 1992.
- 12 Institute of Medicine. Special issue on primary care. *J Fam Pract* 1996;42:109-203.
- 13 Schatz IJ, Realini JP, Charney E. Family practice, internal medicine, and pediatrics as partners in the education of generalists. *Acad Med* 1996;71:35-9.
- 14 Rivo ML, Altman D, Foss F. Primary care and the education of the generalist physician: coming of age. *Acad Med* 1995;70(suppl):S1-S116.
- 15 Lohr KN, Vanselow NA, Detmer DE, editors. The nation's physician workforce: options for balancing supply and requirements. Washington: IOM, National Academy Press, 1996.
- 16 Miller RS, Jonas HS, Whitcomb ME. The initial employment status of physicians completing training in 1994. *JAMA* 1996;275:708-12.
- 17 Rivo ML, Kindig DA. A report card on the physician work force in the United States. *N Engl J Med* 1996;334:892-5.
- 18 Baird MA. A view from the bridge. President's column. *Fam Med* 1996;28:392-4.
- 19 Hofmans-Okkes I, Lamberts H. Episodes of care and the large majority of health care needs: is the new IOM definition of primary care reflected in US primary care data? Paper commissioned by the Institute of Medicine Committee on the Future of Primary Care, 1995.
- 20 Dick RS, Steen EB, editors. The computer-based patient record – an essential technology for health care. Washington: IOM, National Academy Press, 1991. ■

NOTA BENE

Daar in 'evidence based medicine' de evidence 'money based' is, zien we dus 'money based medicine'.

Stelling bij: De Vries RJM. Second generation dihydropyridine calcium channel blockers in chronic heart failure [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

Bij het verzoek om de dienstdoende specialist te spreken zou de vraag: 'Is uw man thuis?' niet meer van deze tijd mogen zijn.

Stelling bij: De Graaf H. How to fit the treatment to the breast cancer patient [dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1997.

Standaard Maagklachten

De opstellers van de NHG-Standaard Maagklachten (eerste herziening)¹ pretenederen dat de 'evidence based medicine'-benadering wordt toegepast. Met een aantal voorbeelden wil ik aantonen dat dit niet altijd het geval is. Dit leidt tot een suboptimale behandeling van de patiënt en soms ook tot minder kosteneffectieve adviezen.

- Over NSAID-gerelateerde klachten zegt de standaard op pagina 568: 'combineren van een NSAID met een H₂-receptor antagonist voorkomt een deel van de complicaties, met name ulcus duodeni.' Zoals terecht aangegeven in noot 32, biedt ranitidine weinig bescherming tegen het ontstaan van ulcenië altijd het geval is. Dit leidt tot een suboptra ventriculi. Er zijn echter diverse studies waarin wordt aangegevoerd dat omeprazol een grotere profylactische effectiviteit heeft dan ranitidine bij patiënten die NSAID's gebruiken, niet alleen nok het voorkomen van ulcera duodeni maar ook van ulcera ventriculi.^{2,4} Bovendien is omeprazol, in tegenstelling tot ranitidine, geregistreerd voor deze profylaxe.

- Met betrekking tot refluxklachten en refluxoesofagitis wordt in de standaard gesteld: 'Bij ernstiger klachten worden cimetidine en ranitidine gedurende 2 weken aanbevolen, eventueel verlengd tot 6-8 weken. Bij een snel recidief, nogmaals 6-8 weken hetzelfde regime, waarbij bij onvoldoende effect de dosis verdubbeld kan worden of overgegaan kan worden op een protonpompremmer.' Zoals in noot 34 wordt vermeld, zijn de patiënten met refluxklachten bij de huisarts niet goed vergelijkbaar met patiënten met vastgestelde refluxoesofagitis. Therapieadviezen voor de eerste groep zouden derhalve gebaseerd moeten zijn op onderzoek bij patiënten in de huisartspraktijk. Dergelijke onderzoeken bij patiënten met refluxklachten in de huisartspraktijk⁵⁻⁷ laten zien dat omeprazol (evenals bij vastgestelde refluxoesofagitis)⁸⁻¹³ aanzienlijk effectiever is dan ranitidine of cimetidine. Door de patiënten direct met omeprazol te behandelen (en dus niet na falen van een H₂-antagonist) zullen in 2-4 weken bij meer patiënten sneller de klachten verminderen of geheel verdwijnen. Deze aanpak is daardoor patiëntvriendelijker en kosteneffectiever.¹⁴ De in de standaard aanbevolen aanpak om bovengenoemde patiënten eerst met ranitidine te behandelen en pas bij falen hiervan met een protonpompremmer, kan eigenlijk als obsoleet worden beschouwd.

- Ook ten aanzien van de onderhoudsbehandeling

bij refluxklachten en refluxoesofagitis adviseert de Standaard een H₂-antagonist. Met omeprazol is echter een effectievere onderhoudsbehandeling beschikbaar (ook bij minder ernstige refluxoesofagitis)¹⁵⁻¹⁷ die tevens kosteneffectiever is^{18,19} dan met de H₂-antagonisten. Bovendien is de veiligheid van omeprazol afdoende aangetoond, waardoor omeprazol als enige protonpompremmer is geregistreerd voor onderhoudsbehandeling.

dr. J.S. Wiering,
medisch wetenschappelijk directeur
Astra Pharmaceutica BV

- 1 Numans ME, Wit NJ, Geerdes RHM, et al. NHG-Standaard Maagklachten (eerste herziening). *Huisarts Wet* 1996;39:565-77.
- 2 Yeomans ND, Swannell AJ, Eriksson S, et al. Healing of NSAID-associated gastroduodenal ulcers and erosions: superiority of omeprazole over ranitidine. *Gastroenterol* 1996;110:A303.
- 3 Ekström P, Carling L, Wetterhus S, et al. Prevention of peptic ulcer and dyspeptic symptoms with omeprazole in patients receiving continuous non-steroidal anti-inflammatory drug therapy. *Scand J Gastroenterol* 1996;31:753-8.
- 4 Hawkey CJ, Swannell AJ, Eomans ND, et al. Increased effectiveness of omeprazole compared to ranitidine in non steroidal anti inflammatory drug (NSAID) users with reference to H. Pylori status. *Gut* 1996;39(Suppl 1):A33.
- 5 Hungin APS, Gunn SD, Bate CM, et al. A comparison of the efficacy of omeprazole 20 mg once daily with ranitidine 150 mg bd in the relief of symptomatic gastro-oesophageal reflux disease in general practice. *Br J Clin Res* 1993;4:73-88.
- 6 Venables TL, Newland RD, Patel AC, et al. Omeprazole 10 mg once daily, omeprazole 20 mg once daily, or ranitidine 150 mg twice daily, evaluated as initial therapy for the relief of symptoms of gastro-oesophageal reflux disease in general practice. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:965-73.
- 7 Bate CM, Green JRB, Axon ATR, et al. Omeprazole is more effective than cimetidine for the relief of all grades of gastro-oesophageal reflux disease-associated heartburn, irrespective of the presence or absence of endoscopic oesophagitis. *Aliment Pharmacol Ther* 1997;11:755-63.
- 8 Bate CM, Crowe JP, Dickinson RJ, et al. Reflux oesophagitis resolves more rapidly with omeprazole 20 mg once daily than with ranitidine 150 mg twice daily: omeprazole 40 mg once daily provides further benefit in unresponsive patients. *Br J Clin Res* 1991;2:133-48.
- 9 Bate CM, Keeling PWN, O'Morain C, et al. Comparison of omeprazole and cimetidine in reflux oesophagitis: symptomatic, endoscopic and histological evaluations. *Gut* 1990;31:968-72.
- 10 Sandmark S, Carlsson R, Fausa O, Lundell L. Omeprazole or ranitidine in the treatment of re-

flux esophagitis. Results of a double-blind, randomized, Scandinavian multicenter study. *Scand J Gastroenterol* 1988;23:625-32.

- 11 Festen HPM, Tan TG, Snel P, Nelis GF. Symptom relief in symptomatic mild reflux oesophagitis: omeprazole 20 mg o.m. more effective than high dose ranitidine 300 mg bid. *Gastroenterology* 1997;112:A117.
- 12 The Italian Reflux Oesophagitis Study Group. Omeprazole produces significantly greater healing of erosive or ulcerative reflux oesophagitis than ranitidine. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1991;3:511-17.
- 13 Green JRB, Tildesley G, Theodossi A, et al. Omeprazole 20 mg to 40 mg once daily is more effective than ranitidine 300 mg to 600 mg daily in providing complete symptom relief and endoscopic healing in patients with reflux oesophagitis. *Br J Clin Res* 1995;6:63-76.
- 14 Bate CM, Hungin APS, Wilcock C, et al. Cost effective management of gastroesophageal reflux disease in general practice. *Br J Med Econ* 1993;6:81-90.
- 15 Hallerbäck B, Unge P, Carling L, et al. Omeprazole or ranitidine in long-term treatment of reflux esophagitis. *Gastroenterology* 1994;107:1305-11.
- 16 Vigneri S, Termini R, Leandro G, et al. A comparison of five maintenance therapies for reflux esophagitis. *N Engl J Med* 1995;333:1106-10.
- 17 Dent J, Yeomans ND, Mackinnon M, et al. Omeprazole versus ranitidine for prevention of relapse in reflux oesophagitis. A controlled double blind trial of their efficacy and safety. *Gut* 1994;35:590-8.
- 18 Bate CM, Richardson PDI. A one year model for the cost-effectiveness of treating reflux oesophagitis. *Br J Med Econ* 1992;2:5-11.
- 19 Segal R, Russel WL, Ben-Joseph R, et al. Cost of acid peptic disorders in a managed-care organization. *Clinical Therapeutics* 1996;18:319-33.

Naschrift

De medisch wetenschappelijke directeur van de firma Astra meldt dat in enkele onderdelen van de vorig jaar herziene NHG-Standaard Maagklachten de kwaliteiten van de door zijn firma geproduceerde protonpompremmers onvoldoende worden gewaardeerd. Zijn commentaar betreft:

- het middel van eerste keuze bij refluxklachten;
- het nut van een protonpompremmer bij de preventie van NSAID-ulcera.

Alvorens hierop in te gaan, willen wij enkele algemene opmerkingen maken.

Het 'evidence based' zijn van standaarden wil niet zeggen dat de richtlijnen letterlijk uit de wetenschappelijke literatuur gedistilleerd kunnen worden. De literatuur is de basis; het daarop opgetrokken gebouw van richtlijnen is een vertaling naar de praktijk, waarin acceptatie door de beroepsgroep, haalbaarheid wat betreft uitvoering en de kosteneffectiviteit alle een rol spelen. Bovendien wordt enige voorzichtigheid betracht ten aanzien van de nieuwere medicijnen, zodat 'conservatieve' keuzen worden gemaakt en wel voor de 'oudste' effectieve medicamenten, met name omdat daarvan de lange-termijneffecten het best bekend zijn.

De huisartsgeneeskundige aanpak van maagklachten, zoals die in de NHG-Standaard Maagklachten wordt uiteengezet, kenmerkt zich door een stapsgewijze aanpak, waarbij begonnen wordt met niet-medicamenteuze adviezen en eenvoudige medicamenteuze middelen. In de huisartspraktijk is de diagnose in eerste instantie vaak niet voldoende zeker en wordt daarom bij voorkeur niet direct met het zwaarste geschut gestart. De patiënt krijgt het advies terug te komen als een behandeling onvoldoende soelaas biedt. Als bij reflux-achtige klachten bijvoorbeeld adviezen en een antacidum volstaan, is het bestaan van een ernstiger aandoening redelijkerwijs uitgesloten. In

de klinische setting is zo'n aanpak niet alleen minder gemakkelijk te realiseren, maar ook ongewenst, omdat de kans op ernstiger aandoeningen door de voorselectie groter is.

Bij de behandeling van patiënten met refluxklachten bij wie de diagnose anamnestic gesteld is, wordt in de huisartspraktijk niet geadviseerd direct met een protonpompremmer te behandelen. De keuze te beginnen met antacida of een H₂-receptorantagonist is in overeenstemming met de beoogde stapsgewijze aanpak. Het onderzoek dat ten tijde van de herziening beschikbaar was, had vooral betrekking op patiënten bij wie gastroscopie was verricht, dus een fase verder in de behandeling. Ook over het beleid na een eerste effectieve behandeling voor reflux en over onderhoudsbehandeling (na gastroscopie) is nog discussie. We zijn het echter eens met Wiering, dat een langdurige onderhoudsbehandeling met omeprazol, als dat het middel is waarmee de refluxklachten zijn verdwenen, een goede, door de literatuur ondersteunde keuze kan zijn. Het zou echter tot overbehandeling leiden als bij alle reflux-achtige klachten meteen een protonpompremmer zou worden gegeven. Tenslotte krijgt ook niet iedere patiënt met een bovenste-luchtweginfectie een antibioticum, of iedere hoester een inhalatiecorticosteroid.

Over het nuttig effect van de combinatie van omeprazol met een NSAID ter preventie van NSAID-ulcera waren ten tijde van de voorbereiding van de herziening van de standaard enkele abstracts in omloop. Wij hebben daarin onvoldoende redenen gezien op dat moment een ander advies te geven dan vooral het chronisch gebruik van NSAID's af te raden bij risicopatiënten. Bij een volgende herziening zal de dan beschikbare literatuur opnieuw worden gewogen.

M.E. Numans,
J.R. van der Laan
R.M.M. Geijer