

Commentaar

Digitalispreparaten (digoxine en digoxine) zijn vooral bekend als behandeling bij atriumfibrilleren. Echter ook voor hartfalen wordt met name digoxine frequent voorgeschreven. De positie van digoxine bij de behandeling van hartfalen, indien de patiënt sinusritme heeft, is in de laatste jaren verschoven. In 1995, in de NHG-Standaard Hartfalen, neemt digoxine nog de derde plaats in voor de behandeling van hartfalen, na diuretica en ACE-remmers.¹ Nu echter is gebleken dat ook bètablokkers, angiotensine-II-antagonisten en spironolacton (als aldosteronantagonist), toegevoegd bij ACE-remmers en diuretica, de mortaliteit kunnen verlagen, is de rol van digoxine verder naar de achtergrond gedrongen.^{2,3}

Deze review laat zien dat dit terecht is omdat digoxine weliswaar het aantal ziekenhuisopnames en de klinische achteruitgang kan verminderen, maar de mortaliteit niet gunstig beïnvloedt. Van belang is verder dat onderzoek met medicatie bij hartfalen gebeurt volgens het principe 'bovenop' bestaande medicatie. Het beschreven gunstige effect van digoxine op het aantal ziekenhuisopnames en de klinische achteruitgang is aangetoond in combinatie met diuretica en ACE-remmers. Het effect van digoxine toegevoegd bij patiënten die daarnaast ook een bètablokker, angiotensine-II-antagonist of spironolacton gebruiken, is nog onbekend.

Conclusie: digitalispreparaten (digoxine of digoxine) kunnen van nut zijn bij de behandeling van patiënten met hartfalen en sinusritme, als toevoeging bij diuretica en ACE-remmers. Toevoeging van digitalispreparaten leidt echter alleen tot minder ziekenhuisopnames en minder klinische achteruitgang, zonder vermindering van de mortaliteit. Omdat voor een groot aantal patiënten met hartfalen inmiddels is aangetoond dat zowel bètablokkers, angiotensine-II-antagonisten als spironolacton, toegevoegd bij diuretica en ACE-remmers naast klachtenverlichtend, ook mortaliteitsverlagend kunnen werken, hebben deze middelen

de voorkeur boven digitalis. Hiermee is digoxine van de derde plaats naar de zesde plaats verschoven in de behandeling van hartfalen (bij patiënten met sinusritme).

F.H. Rutten

Literatuur

1. Walma EP, Bakx HCA, Besselink RAM, Hamstra PWJ, Hendrick JMA, Kootte JHA, et al. NHG-Standaard Hartfalen. Huisarts Wet 1995;38:471-87.
2. Geijer RMM, Walma EP. Medicamenteuze behandeling van hartfalen. Een herwaardering van bètablokkers, spironolacton en digoxine. Huisarts Wet 2000;43(4):163-6.
3. Lonn E, McKelvie R. Drug treatment in heart failure. BMJ 2000;320:1188-92.

Plaswekker bij kinderen met bedplassen helpt

Glazener CMA, Evans JHC. *Alarm interventions for nocturnal enuresis in children (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software*.

Achtergrond Enuresis nocturna komt bij 15-20% van de kinderen van 5 jaar en tot 2% van de volwassenen voor. Hoewel de aandoening vaak spontaan verdwijnt, kan de belasting voor kinderen en ouders groot zijn.

Methode Er werd in diverse databases gezocht naar gerandomiseerde onderzoeken waarin voor bedplassen de plaswekker vergeleken werd met geen behandeling, andere gedragsmatige interventies of medicamenteuze behandeling. Aanvullend werd informatie opgevraagd bij producenten en wetenschappers op het gebied van enuresis. De zoekprocedure ging tot juli 1997.

Resultaten Na toepassing van strenge selectiecriteria werden er in totaal 22 gerandomiseerde onderzoeken ingesloten, met in totaal 1125 kinderen die de plaswekker kregen. In de regel was de methodologische kwaliteit laag en bij veel onderlinge vergelijkingen ging het

om slechts één onderzoek. Kinderen die met de plaswekker werden behandeld, hadden in vergelijking met niet-behandelde kinderen significant meer kans om droog te worden (RR voor niet droog worden gedurende 14 nachten: 0,27; 95%-BI: 0,19-0,39) en droog te kunnen blijven (RR: 0,58; 95%-BI: 0,46-0,74). Er was onvoldoende bewijs om te kunnen bepalen of het ene type wekker beter is dan het andere, of dat alleen een wekker even goed of beter is dan een andere gedragsmatige aanpak, of dat een combinatie van beide beter is. Desmopressine of tricyclische antidepressiva lijken tijdens de behandelperiode even effectief als de plaswekker. Er is echter enig bewijs dat bij de plaswekker recidieven minder vaker voorkomen (RR: 0,11; 95%-BI: 0,02-0,78).

Conclusie De plaswekker is een effectieve behandeling voor bedplassen bij kinderen. Desmopressine en tricyclische antidepressiva zijn even effectief, maar er treedt na de behandelperiode vaker een recidief op dan met de plaswekker. Er zijn nog meer vergelijkingen tussen gedragsmatige en medicamenteuze behandelingen nodig waarbij vooral ook op recidieven moet worden gelet.

Commentaar

De huisarts wordt maar enkele keren per jaar geconfronteerd met hulpvragen rondom enuresis nocturna. Gezien het spontane gunstige beloop is terughoudendheid aangewezen. Om de groep volwassenen met enuresis nocturna (1-2%) mogelijk te verkleinen zijn drie vragen van belang:

- ▶ Welke kinderen lopen het grootste risico op een gestoorde zindelijkheids-training?
- ▶ Welke interventie heeft de grootste kans van slagen met de minste terugval?
- ▶ Op welke leeftijd is interventie het meest succesvol?

Uit de literatuur zijn enkele kenmerken van kinderen bekend, die een moeilijker beloop van de zindelijkheidsstraining kunnen hebben: allochtone kinderen, kinderen met een sterke familiale belasting

van enuresis nocturna en kinderen met een ingrijpend psychotrauma tussen 2-4 jaar (met name scheiding van de ouders).¹

Een gedragsmatige aanpak, de plaswemaker en medicatie zijn in effectiviteit vergelijkbaar, maar de plaswemaker heeft minder kans op terugval na staken van het gebruik. Er zijn overwegingen om het succespercentage te vergroten door de plaswemaker te combineren met desmopressine. Daarvan is echter maar één klein (n=28) goed uitgevoerd cross-overonderzoek in een academische setting bekend, dat ook in de Cochrane-review en in de Standaard wordt besproken.² Daarmee blijft de plaswemaker de meest succesvolle behandelingsmethode.

De plaswemaker wordt aangeraden vanaf acht jaar, maar in 1998 is in een Nederlands eerstelijns onderzoek beschreven dat de plaswemaker ook bij 5-7-jarigen succesvol is.³ Het succespercentage lag voor de 7-jarigen het hoogst (90%), maar de benodigde tijd en de terugval was het minst bij de 5-jarigen.

Daarmee blijft de Standaard actueel: de huisarts kan terughoudend zijn – met aandacht voor bepaalde risicogroepen; de plaswemaker is de meest succesvolle interventie.

Louwrens J. Boomsma

Literatuur

1. Dijk PA van, Boomsma LJ, Ubbink JTh, Veraart-Schelfhout LM, Van der Meulen P, Dijkstra RH, et al. NHG-Standaard Enuresis nocturna. Huisarts Wet 1996; 39:459-70.
2. Sukhai RN, Mol J, Harris AS. Combined therapy of enuresis alarm and desmopressin in the treatment of nocturnal enuresis. *European J Pediatr* 1989;148:465-7.
3. Van Zwet JML, Wiertz YDBM, Bolk-Bennink LF, Van Leerdam FJM, Hirashing RA. Plaswemaker ook succesvol bij 5-7-jarigen met enuresis nocturna. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:897-900 (en [ingevoerd] *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142: 1685-6).

Orale versus vaginale behandeling van vaginale Candida-infectie

Watson MC, Grimshaw JM, Bond CM, Mollison J, Ludbrook A. Oral versus intra-vaginal imidazole and triazole anti-fungal treatment of uncomplicated vulvovaginal candidiasis (thrush) (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2001. Oxford: Update Software.*

Achtergrond Vaginale *Candida*-infecties komen vaak voor: 75% van de vrouwen voor de menopauze heeft wel eens een infectie. In deze review werden orale antimycotica vergeleken met vaginale middelen.

Methoden Er werd gezocht naar gerandomiseerde trials waarin orale middelen met vaginale middelen werden vergeleken. De diagnose moest met microscopie of kweek zijn gesteld. De primaire uitkomstmaat was klinische genezing.

Resultaten en conclusies Zeventien trials werden ingesloten, die verslag deden van negentien vergelijkingen tussen orale en vaginale antimycotica. De meest omvangrijke pooling bevatte 1721 patiënten. Er waren voor de uitkomst klinische genezing geen statistisch significante verschillen tussen orale en vaginale behandeling op korte termijn (OR: 1,00; 95%-BI: 0,72-1,40) en lange termijn (OR: 1,03; 95%-BI: 0,72-1,49). Een OR>1 betekent een grotere effectiviteit van de orale therapie. Er waren ook geen verschillen voor mycologische genezing (kweek of microscopie) noch bij kortetermijn follow-up (OR: 1,20; 95%-BI: 0,87-1,65) noch bij vervolg op wat langere termijn (OR: 1,30; 95%-BI: 0,99-1,71). Omdat er geen verschil in effectiviteit is tussen beide toedieningsvormen en bijwerkingen zeer zeldzaam zijn, zullen andere factoren bij de keuze de doorslag moeten geven.

Commentaar

Deze review beperkt zich tot de behandeling van de acute episode van de vaginale *Candida*-infectie, en laat dus geen con-

clusies toe voor het beleid bij recidiverende of chronische klachten.

De conclusie bij de behandeling van de acute episode van de vaginale *Candida*-infectie is duidelijk: er is geen significant verschil tussen de effectiviteit van de orale versus de vaginale antimycotica. Beide behandelingen geven een klinische en mycologische genezing op de korte termijn (5-15 dagen) in 80% van de gevallen. Op de middellange termijn van 2-12 weken werd klinische genezing bereikt bij 82% (vaginale behandeling) en 83% (orale behandeling) en mycologische genezing bij 66% (vaginale behandeling) en 72% (orale behandeling). Deze verschillen waren niet significant.

De Nederlandse huisarts kan deze conclusie zonder meer overnemen: de onderzochte middelen worden ook hier veel voorgeschreven (oraal fluconazol en itraconazol, en vaginaal voornamelijk clotrimazol en miconazol), en de onderzoeken vonden deels in de eerste lijn en deels in gynaecologische poliklinieken plaats, waarbij dit laatste bepaald leek door de organisatie van de gynaecologische zorg in de betreffende landen.

Nu de effectiviteit van de behandeling geen verschil toont, wordt de keuze bepaald door bijwerkingen, gebruiksgemak of voorkeur van vrouwen, en kosten. Ook deze factoren zijn in de review bekeken. Elf onderzoeken inventariseerden bijwerkingen. Er werden alleen lichte bijwerkingen gemeld; bij vaginale antimycotica waren dit lokale reacties zoals irritatie, branderigheid en jeuk, en bij orale antimycotica meer systemische klachten zoals hoofdpijn en maagdarmklachten. De aantallen klachten waren gelijkelijk verdeeld over de gebruikte medicijnen. De voorkeur van vrouwen werd in tien onderzoeken onderzocht, en voor zover genoemd, laten ze een lichte voorkeur voor orale behandeling zien. De gegevens zijn echter van slechte kwaliteit en laten geen conclusies toe. Ik kan me voorstellen dat culturele aspecten hierbij een rol spelen. Bij zulke twijfelachtige verschillen is ook de prijs van belang. In Nederland bedragen de kosten van miconazol en clotrimazol 11,50 NLG per kuur, flucona-