

Pasgeboren

In deze H&W verschijnt heel toepasselijk zo rond kerst de standaard 'Onderzoek van de pasgeborene'. In 2000 jaar is de pre- en perinatale zorg op het eerste gezicht wel enigszins verbeterd. In de Grieks-Romeinse wereld lag de perinatale sterfte naar schatting rond de 5-8%. Plinius de Oude (23-79) schreef een verhandeling over de volksgebruiken rond de bevalling: de rechter poot van een hyena zorgde voor een vlotte bevalling, maar de linker poot veroorzaakte de dood van de moeder. Veren van een gier, placenta's van teefjes – alles hielp, al was het maar als placebo. De zorg was in ieder geval zeer persoonlijk: vrouwen bevielen bijna altijd thuis, omringd door vrouwelijke familieleden en een vroedvrouw. Een wat meer geneeskundige verhandeling over de geboorte komt van Soranus (rond het jaar 100). Hij beschrijft wat er nodig is voor een geboorte: olijfolie, zachte sponzen, wollen lapjes, verband, een kussen, geurige stoffen (om het flauwvallen tegen te gaan), twee bedden (een harde en een zachte) en een baarkruk. Uit de beschrijving blijkt dat er weinig verschil is tussen de baarkruk van toen en die van nu. Als het kind geboren was, keek de vroedvrouw het na op aangeboren afwijkingen: ze keek de openingen van de neus, oren, urethra en anus na en prikkelde het kind om te zien of het de armpjes en beentjes goed bewoog. Zo schatte zij de kans op overleving in. Het kind werd gewassen en gezalfd. Soranus benadrukt de kwetsbaarheid van het kind. Opvallend is dat de huidige NHG-standaard nog begint met: 'Ondanks een beperkte wetenschappelijke onderbouwing lijkt er consensus over de globale inhoud van het eerste routineonderzoek'. Na 2000 jaar niets opgeschoten dus. (JZ)

French V. *Midwives and maternity care in the Roman world*. *Helios* 1986;13:69-84.
(www.indiana.edu/~ancmed/midwife.htm)

Informatie over nieuwe geneesmiddelen op internet

Nieuwe geneesmiddelen doen ook in de huisartspraktijk vaak stof opwaaien; soms wordt er agressieve reclame gemaakt, soms liggen de claims bij de reclame onwaarschijnlijk hoog en soms zijn wel de kosten hoger, maar niet het effect. De Commissie Farmaceutische Hulp van het College voor Zorgverzekeringen maakt over alle nieuwe geneesmiddelen een zorgvuldig rapport. Deze rapporten zijn sinds 1999 online beschikbaar (www.cvz.nl onder het kopje 'onderzoek'). De Farmacotherapeutische rapporten kunnen de huisarts helpen om snel objectieve en relevante informatie over nieuwe middelen te vinden. Enkele voorbeelden van nieuwe middelen waarover Farmacotherapeutische rapporten online zijn: atovaquon/proguanil (Malarone®), amfebutamon (Zyban®), clopidrogel (Plavix®), desloratadine (Aerius®), esomeprazol (Nexium®), ethinylestradiol/drospirenon (Yasmin®), etonogestrel-implantaat (Implanon®), montelukast (Singulair®), rofecoxib (Vioxx®), rosiglitazon (Avandia®), zanamavir (Relenza®).

De rapporten kunnen ook zinvol zijn bij het voorbereiden van FTO, FTTO en allerlei andere ontwikkelingen op het gebied van farmacotherapie, zoals het opstellen van formularia. (FD)

Diabetesdiscussie

Al eerder was er forse kritiek op de UKPDS. Recent schreef Ewart een vernietigend stuk over de opzet van dit onderzoek.¹ De onderzoekers zouden de opzet en de eindpunten gedurende de lange looptijd van het onderzoek voortdurend hebben aangepast. Aanvankelijk leken er helemaal geen specifieke eindpunten geformuleerd te zijn, maar later beschouwden de onderzoekers een verschil van 15% op de belangrijkste uitkomstmaten als klinisch relevant. Bij de publicatie doet men volgens Ewart ten onrechte opgetogen over een statistisch significant verschil van 12% en vergeet met de eerder gedefinieerde klinische relevantie. Bovendien zou de duur van het onderzoek steeds verlengd zijn: 'Although it is acceptable to extend a study for a set period and to have pre-determined stopping rules, it is not acceptable to repeat interim analysis and to delay publication until a significant result is found.' Dat is een beschuldiging die er niet om liegt. De verschillen tussen een intensieve en een minder intensieve behandeling waren – zo hebben we al eerder gemeld (H&W 2000;43:374,579-81) – alleen significant voor minder harde eindpunten (met name het aantal laserbehandelingen voor retinopathie). De UKPDS-onderzoeksgroep reageert slechts kort: het zijn slechts verschillen in

bewoording door verschillende auteurs en redacties; de stopregels zijn netjes gedefinieerd en er was toezicht op het hele onderzoek door de Medical Research Council in Engeland en het National Institute of Health in de VS en er is nu eenmaal een 12% reductie in tevoren gedefinieerde eindpunten.²

Methodologische problemen bij groot-schalig onderzoek komen op alle terreinen voor: zo is er al een tijd ernstige twijfel over de resultaten van borstkanker-screening die berusten op een Zweeds onderzoek dat onder vuur ligt. Het is meestal onvoldoende als de onderzoekers roepen dat ze het allemaal netjes hebben gedaan. Op die manier wordt de twijfel niet weggenomen.

De hele diabeteszorg berust op de UKPDS. Als nu én dit onderzoek niet deugt én georganiseerde zorg weinig effectief is, wat zijn we dan aan het doen met onze diabetesprekuren en praktijkverpleegkundigen? Wie schept eindelijk eens echt helderheid voor de Nederlandse huisarts? (JZ)

1 Ewart RM. *The case against aggressive treatment of type 2 diabetes: critique of the UK prospective diabetes study*. *BMJ* 2001;323:854-8.

2 Holman RR, Matthews DR, Meade T. *Commentary: UKPDS is well designed and clinically important*. *BMJ* 2001;323:858.