

soabulletin en de voorbereidingstijd van publicatie van deze kennistoets H&W stond afstemming echter in de weg.

Margriet Bouma,
huisarts, NHG
Wilma Spinnewijn,
huisarts, SVUH

Antwoord 2

Het is belangrijk om uit het veld signalen te krijgen over aspecten van standaarden die verbeterd kunnen worden. Er is altijd een spanningsveld tussen de mate van actualiteit en de grondigheid waarmee NHG-Standaarden worden gemaakt. Wij hadden ons al gerealiseerd dat een aantal soa-gerelateerde standaarden aan herziening toe zijn en hebben deze voor het volgende jaar al ingepland. Dit jaar is prioriteit gegeven aan de GGZ-gerelateerde standaarden en aan standaarden met een spoedeisende component, aansluitend bij NHG-thema's voor dit jaar. Wij hantieren momenteel de stelregel dat een standaard bij voorkeur niet ouder mag zijn dan vijf jaar. Daarnaast probeert het NHG een betere afstemming tussen actualisaties van NHG-Standaarden en (actualisaties van) multidisciplinaire (vaak CBO-)richtlijnen te bereiken. Ook werken we aan een verdere verbetering van de methodologie en transparantie van de standaarden. Hier zal de gebruiker helaas nog niet direct het resultaat van zien. De productietijd van een standaard is van begin tot eind vaak anderhalf tot twee jaar.

Wij nodigen collega Van Bergen van harte uit om zitting te nemen in een van de werkgroepen voor een standaard. Ook andere belangstellenden zijn vanzelfsprekend welkom: een veelheid aan, ook niet-soa, onderwerpen staat in de steigers. Een kwalitatief hoogstaande huisartsgeneeskunde zonder actuele standaarden is gelukkig nog steeds ondenkbaar. Het NHG kan de hulp van enthousiaste huisartsen voor werkgroepen daarbij best gebruiken.

Pim Assendelft, hoofd Richtlijnontwikkeling
en Wetenschapsbeleid NHG
Arno Timmermans,
medisch directeur NHG

Twijfel aan het nut van borstkankerscreening – een omgekeerde preventieparadox?

Raymond Giard schrijft zijn commentaar op de Cochrane-studie over borstkankerscreening rond de vraag 'Wat adviseert u als huisarts aan een vrouw die aarzelt of ze zich wel zal laten screenen?' (Huisarts Wet 2002;45(03):110-2).

Ik acht die vraagstelling belangrijk, maar vind deze in het commentaar onvoldoende besproken: de meeste informatie en argumentatie betreft het nut van borstkankerscreening *op populatieniveau*: het gaat bijvoorbeeld over opkomstpercentage, de 45% borstkankers buiten de screeningsleeftijd, de te lage sterftereductie, de vraag of screening verantwoord is bij wetenschappelijke twijfel over het effect en de nadelige effecten van behandeling. De *individuele patiënte* heeft aan deze informatie geen houvast in haar beslissingen over screening op, en diagnostiek en behandeling van borstkanker. Voor haar zijn er volgens mij twee overwegingen bij de vraag of zij zich zal laten screenen:

- 1 Wil ik nadere diagnostiek bij een positief screeningsresultaat?
- 2 Wil ik een eventueel kanker laten behandelen?

Deze vragen worden zowel door dokter als door patiënte bijna altijd positief beantwoord en de relativiserende argumenten hierover van Giard (te agressieve chirurgie, vergroot risico op HVZ na bestraling) zullen daar geen verandering in brengen. Logischerwijs betreffen de overblijvende argumenten voor de individuele patiënte dan nog de kans om nu bij deze screening borstkanker te vinden en de schade/belasting van dit onderzoek: met name de fout-positieve uitslagen en bijbehorende overdiagnostiek.

Juist over deze zaken is het commentaar weinig expliciet. Voor zover ik heb nagegaan is 1,3% van de screeningsuitslagen positief en wordt bij de helft daarvan ook een carcinoom vastgesteld.

Waar Giard terecht stelt dat er 1000 vrouwen gescreend moeten worden om één leven te sparen, is voor de individuele

patiënte de afweging veel minder somber (zij het nog steeds niet rooskleurig), namelijk een globale kans van 1 op 140 dat een borstkanker vroegtijdig opgespoord wordt. Deze discrepantie – tussen het epidemiologisch zeer geringe effect en de gunstiger te waarderen kansen voor het individu – lijkt mij het spiegelbeeld van de zogenaamde preventieparadox, waarbij duidelijk positieve effecten op populatieniveau voor de individuele patiënt verwaarloosbaar klein blijken.

F. Schreuder

Antwoord

De reactie van collega Schreuder is grotendeels al beantwoord in mijn stuk van H&W 2002(6). De vraag óf borstkankerscreening zinvol is, kan alleen afgemeten worden aan een serieuze eindmaat, de daling van de sterfte. Wat er allemaal boven water wordt gehaald met screening, hoe vaak iemand nader onderzocht en geopereerd moet worden en hoe vaak het daarbij om carcinomen gaat, zijn kwaliteitsmaten voor de screening, maar beantwoorden de vraag naar zinvolheid niet. De uiteindelijke winst van screening in een *low risk* bevolking is te laag om deze te rechtvaardigen en daarom zal het bevolkingsonderzoek uiteindelijk plaats gaan maken voor gericht onderzoek bij vrouwen met een verhoogd risico. Dan nog moet het effect goed worden onderzocht en zal hetzelfde gelden als bij populatiescreening: slechts een deel zal er baat bij hebben.

Raimond Giard

Pijn op de borst

In hun literatuuroverzicht *Pijn op de borst* (H&W 2002;45:259-64) melden Van Weert et al. dat risicofactoren minder belangrijk zijn voor (het anamnestiche deel van) de diagnose bij deze klacht. Zij noemen die factoren met name, maar in deze opsomming miste ik de met cardiale ischemie en/of myocardinfarct belaste familieanamnese ('overall', dus niet alleen familiale hyperlipidemie). Is die ook 'minder belangrijk'? Kunnen zij hun uitdrukking

'minder belangrijk' (ook waar gebezigd ten aanzien van comorbiditeit met diabetes mellitus) kwantificeren, evenals de formulering 'Bij patiënten met andere verschijnselen van atherosclerose neemt de kans op het bestaan van een hartaandoening toe'? (De referentie aan Patterson et al. zal niet voor iedere lezer direct toegankelijk zijn.)

Mijn toespraak op de familieanamnese is ingegeven door een ervaring met een patiënt met cardiogene pijn op de borst. Als ik van de duidelijke familiale belasting, die mij achteraf ter kennis kwam, bijtijds, door gericht te vragen, op de hoogte was geweest, zou ik hem eerder en mogelijk op tijd hebben ingestuurd. Daarna vroeg ik er wel naar; deze ervaring heeft er veel toe bijgedragen dat ik bij kennismaking met nieuwe patiënten in de instabiele, heterogene patiëntenpopulatie waarvoor ik werkzaam was systematisch naar voorgeschiedenis, inclusief familieanamnese vroeg.

J.D. Querido

Antwoord

Querido vraagt zich af of familiale belasting niet tevens een risicofactor is en of het vragen naar risicofactoren bij een

patiënt met pijn op de borst toch waarde zou kunnen hebben voor de differentiële diagnostiek bij een patiënt met pijn op de borst. Hij heeft gelijk met zijn opmerking dat familiale belasting tevens een risicofactor is. Het probleem met risicofactoren is echter dat hun aanwezigheid – ook tot onze verbazing – slechts een relatief geringe verhoging van de kans op ziekte geeft. De kans op het bestaan van cardiale ischemie blijkt vooral afhankelijk van de anamnese en de leeftijd. Indien het bestaan van risicofactoren een rol gaat spelen bij de schatting van de kans op ischemie bestaat de mogelijkheid, dat de huisarts zich ten onrechte gerust laat stellen. Indien een 65-jarige man klaagt over een drukkende retrosternale pijn bij inspanning, is de kans op cardiale ischemie 94%. Indien deze zelfde persoon geen klachten van pijn op de borst heeft, is deze kans gemiddeld 12,3%. In het door ons geciteerde artikel van Patterson et al. blijkt het bestaan van 5 risicofactoren deze laatste kans te verhogen tot ongeveer 30%, hetgeen een maximale toename van 18% betekent. Aanwezigheid van een typische anamnese verhoogt de kans op aanwezigheid van ischemie met 82%. Zelfs bij een atypische pijnklacht is deze

kans al veel hoger, namelijk 67%: een toename met 55%.

In het algemeen doet men er dan ook verstandig aan met name te vertrouwen op de anamnese en het klinische beeld, onafhankelijk van het bestaan van risicofactoren. Natuurlijk kent ook iedere huisarts uitzonderingen op de algemene regel. Wij hebben ons artikel echter geschreven op basis van gegevens uit kwantitatief wetenschappelijk onderzoek. Een kwantitatieve benadering maakt nu eenmaal gebruik van gemiddelden. Dat ontslaat de huisarts echter niet van de verplichting om soms van het gemiddelde af te wijken.

Henk van Weert

- 1 Patterson RE, Horowitz SF. *Importance of epidemiology and biostatistics in deciding clinical strategies for using diagnostic tests. A simplified approach using examples from coronary artery disease.* JACC 1989;13(7):1653-65.

Cochrane-reviews

Corticosteroiden bij Bell's palsy

Salinas RA, Alvarez G, Alvarez MI, Ferreira J. *Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) (Cochrane review).* In: *The Cochrane Library, Issue 6, 2002.* Oxford: Update Software.

Achtergrond De incidentie van Bell's palsy is 23-25 per 100.000 per jaar. De aandoening komt vooral voor onder het veertigste levensjaar. De prognose is gunstig; binnen 3 weken na de eerste symptomen begint bij 85% van de patiënten het herstel; uiteindelijk geneest 71% volledig en 13% met minimale restverschijnselen; de overige 16% houdt een verminderde functie met soms disfunctie in de

zin van hemifaciale spasmen. Gezien de veronderstelde rol van oedeem en inflammatie in de etiologie worden van corticosteroiden gunstige effecten verwacht. **Vraagstelling** Resulteert het gebruik van steroïden in een betere genezing en minder disfunctie?

Methode Uitgebreide zoekactie in Medline, Embase, LILACS en het Cochrane Neuromuscular Disease Group register tot december 2000 naar randomized trials, aangevuld met zoeken in de literatuurlijsten van reeds gevonden artikelen en raadplegen van auteurs en experts voor ongepubliceerd materiaal. Publicaties werden geïnccludeerd als het ging om een gerandomiseerde vergelijking tussen steroïden en placebo bij patiënten met Bell's palsy,

ongeacht het stadium van de ziekte. De belangrijkste uitkomstmaat was incompleet herstel zes maanden na randomisatie; secundaire uitkomstmaten waren het blijven bestaan van hinderlijke asymmetrie, hemifaciale spasmen of bijwerkingen van corticosteroiden. Drie reviewers selecteerden artikelen, vier deden data-extractie en 2 reviewers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de methodologische kwaliteit. Subgroepanalyse werd gepland voor patiënten bij wie de behandeling werd gestart binnen 48 uur versus patiënten bij wie de behandeling later werd gestart, bij patiënten met een complete uitval van de nervus facialis versus patiënten met een incomplete uitval, en bij trials van goede kwaliteit.