

Conclusie Er is onvoldoende reden voor operatieve behandeling. Als men niet opereert, lijkt een functionele behandeling de voorkeur te hebben boven immobilisatie. Vergelijkingen tussen de verschillende functionele behandelingen berusten echter vaak op slechts een of twee onderzoeken, waarvan bovendien de kwaliteit slechts matig is. Een definitieve conclusie kon dan ook niet worden getrokken.

Commentaar

Ook na lezing van deze drie reviews blijven nog vele vragen onbeantwoord.

Operatie zou – volgens de eerste review – betere resultaten kunnen hebben dan conservatieve behandeling bij rupturen (alle ingesloten patiënten hadden of een artrografisch aangetoonde ruptuur of een duidelijk afwijkende stressfoto), maar gezien het kleine, weinig robuuste verschil met een functionele behandeling kan daar in de praktijk niet voor worden gekozen. Mogelijk dat verschillen in nabehandeling na een operatie nog een effect hebben op de uitkomst (functionele nabehandeling versus immobilisatie), maar dat werd niet uitgesplitst. Gips en helemaal niet behandelen vallen duidelijk af.

Een belangrijke tekortkoming in de andere twee reviews is dat er geen onderscheid werd gemaakt tussen contusie en ruptuur, wat in de NHG-Standaard Enkel-distsorsie consequenties heeft voor het beleid.¹ Het lijkt me daarom aannemelijk dat een eventueel effect van behandeling zozeer wordt ondergesneeuwd door de resultaten bij de contusies dat het in deze reviews niet meer meetbaar is. Daarnaast veroorzaakt een behandel-effect bij rupturen een kleine verschil in uitkomst voor de gehele groep van inversietrauma's van de enkel. Kortom: door de samenstelling van de patiëntengroepen kan men eigenlijk niet meer verwachten eventueel aanwezige effecten ook daadwerkelijk te vinden. Als men een effect vindt, is het onduidelijk of dat niet moet worden toegeschreven aan de in de behandelgroep aanwezige patiënten met een laterale enkelbandruptuur. Een sub-

groepsanalyse werd niet verricht.

De betekenis voor de dagelijkse praktijk van deze reviews lijkt dan ook gering. Er is geen reden om af te zien van het in de standaard geformuleerde beleid, omdat een ruptuur en een contusie niet dezelfde aandoeningen zijn en dus ook niet zonder meer hetzelfde behandeld kunnen worden. Het beleid in mijn praktijk blijft bij een contusie een rekverband of na ontzwellen belasten en bij een duidelijke ruptuur een functionele behandeling: in Nederland is dat in het algemeen een tape. Of het ongemak van jeuk aan de huid voldoende reden is om over te stappen op een dure brace is daarbij de vraag.

Henk van Weert

¹ Goudswaard AN, Thomas S, Van den Bosch WJHM, Van Weert HCPM, Geijer RMM. NHG-Standaard Enkel-distsorsie (eerste herziening). Huisarts Wet 2000;43:32-7.

Orale behandelingen van tinea pedis

Bell-Syer SEM, Hart R, Crawford F, Torgerson DJ, Tyrrell W, Russell I. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.

Achtergrond Ongeveer 15% van de bevolking heeft een schimmelinfectie van de voet (tinea pedis of zwemmerseczeem). De meest voorkomende presentatie is de interdigitale infectie of een infectie van de voetzool en -rand. De infectie kan zich uitbreiden naar andere plaatsen zoals de nagels, van waaruit opnieuw infectie kan plaatsvinden. Orale therapie wordt gewoonlijk pas toegepast wanneer lokale behandeling heeft gefaald.

Doel Vaststellen van de effecten en kosten van orale behandelingen van tinea pedis.

Zoekstrategie RCT's werden gezocht in MEDLINE, EMBASE en CINAHL, vanaf het begin van deze databases tot januari 2001. Daarnaast onderzochten de auteurs het Cochrane Controlled Trial Register, de Science Citation Index, BIOSIS, CAB Health, Health Star en economische

databases. Bovendien werden bibliografieën en podologietijdschriften handmatig doorzocht en werd geïnformeerd bij de farmaceutische industrie en podologieopleidingen. De onderzoekers sloten alleen RCT's in waarbij de klinische diagnose bevestigd werd door zowel microscopisch onderzoek als een schimmelkweek.

Uitkomstmaat Mycologische genezing.

Resultaten Twaalf trials met in totaal 700 patiënten zijn geïnccludeerd. De twee trials die de effectiviteit van terbinafine met griseofulvine vergeleken lieten een gepoold relatief risico zien van 52% (95%-BI 33-71%) in het voordeel van terbinafine. Er was geen significant verschil tussen terbinafine en itraconazol, fluconazol en itraconazol of ketoconazol en tussen griseofulvine en ketoconazol. Maar de trials waren over het algemeen klein. Twee trials lieten zien dat terbinafine en itraconazol effectief zijn ten opzichte van een placebo. Van alle middelen werden bijwerkingen gerapporteerd, meestal gastro-intestinale.

Conclusie Terbinafine is effectiever dan griseofulvine. Terbinafine en itraconazol zijn effectiever dan placebo.

Commentaar

Onze NHG-Standaard Dermatomycosen stelt dat er – behalve in het geval van voetschimmel met mocassinpatroon – geen plaats is voor orale behandeling van oppervlakkige dermatomycosen zoals tinea pedis.¹ Een expliciet argument voor dit standpunt wordt daarbij niet genoemd.

De Cochrane-reviewers daarentegen stellen dat bij falen van lokale behandeling orale behandeling is aangewezen als tweede, effectievere behandelingsstap. Het is daarom jammer dat deze Cochrane-review alleen de *orale* behandelingen van tinea pedis beschrijft; de *lokale* behandelingen zijn in een vorige Cochrane-review van dezelfde auteurs behandeld.² Belangrijkste uitkomst van die review was dat er geen verschil in effect is tussen verschillende allylaminepreparaten zoals terbinafine en de verschillende azolen. In een derde review

zullen ze de orale behandeling van onychomycosen onderzoeken.

Het grote nadeel van deze opdeling is dat er zo voor de behandeling van voetschimmels geen directe vergelijking gemaakt kan worden tussen het effect van orale en lokale behandeling. De twee (enige?) trials die lokale behandeling met orale behandeling vergeleken, worden nabene van beide reviews geëxcludeerd, en dus in alle evidence buitengesloten. Bij nazoeken van de meest recente van de twee, een vergelijking tussen oraal terbinafine en lokaal clotrimazol bij interdigitale voetschimmel,³ blijkt dat deze middelen een gelijkwaardig effect hadden. De aanname in beide Cochrane-reviews, dat na falen van lokale behandeling orale behandeling aangewezen is, wordt dus niet door evidence ondersteund en het advies in de NHG-Standaard wordt niet ontkracht. Overigens lijkt voor de keuze van primair orale behandeling van het mocassintype voetschimmel evenmin duidelijke onderbouwing te bestaan.

Een tweede kritiekpunt op de review is dat de mycologische genezing (kweek en microscopie) en niet de klinische genezing als primaire uitkomstmaat is gekozen. Als patiënt zou mij de uitslag van een kweek niet interesseren wanneer mijn zwemmerseczeem over was.

Wanneer om welke reden dan ook orale behandeling aangewezen is, lijkt op grond van deze review terbinafine het middel van eerste keus.

Samenvattend geeft deze review geen duidelijkheid of orale behandeling beter is dan lokale, maar wel over de effectiviteit van verschillende orale behandelingen onderling.

Sander Koning

1 De Kock CA, Duyvendak RJP, Jaspas AHJ, Krol SJ, Van Hoeve JAC, Romeijnders ACM, et al. NHG-Standaard Dermatomyosen. Huisarts Wet 1997;40:541-52.

2 Hart R, Bell-Syer SE, Crawford, F et al. Systematic review of topical treatment for fungal infections of the skin and nails of the feet. BMJ 1999;319:79-82.

3 Barnetson R StC, Marley J, Bullen M, Brookman S, Cowen P, Ellis D, Williams T. Comparison of one week

of oral terbinafine (250 mg/day) with four weeks of treatment with clotrimazol 1% cream in interdigital tinea pedis. Br J Dermatology 1998;139:675-8.

Voeding en darmkanker

Asano T, McLeod RS. Dietary fibre for the prevention of colorectal adenomas and carcinomas. The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

Achtergrond Colonicarcinoom is een belangrijke doodsoorzaak in geïndustrialiseerde landen. Deze carcinomen ontstaan meestal uit langzaam groeiende goedaardige poliepen. Uit observationele onderzoeken tussen landen en onderzoeken bij migranten kwam de hypothese naar voren dat verschillende niet-verteerbare voedingsvezels beschermen tegen het ontstaan van colonicarcinoom. Een eerdere meta-analyse en drie grote cohortonderzoeken konden dit beschermende effect van vezels niet eenduidig aantonen.

Doel Er is nagegaan wat het effect van voedingsvezels is op het ontstaan van adenomateuze poliepen en colonicarcinomen.

Zoekstrategie Gezocht is naar (quasi-) RCT's die gepubliceerd zijn in MEDLINE, Embase en het Cochrane Trial register. Daarbij ging het om trials met personen die wel gedocumenteerde adenomateuze poliepen, maar geen colonicarcinoom hadden, waarbij de poliepen werden verwijderd en vervolgens herhaalde colonoscopieën volgden met een follow-up-periode van minstens twee jaar. Voedingsvezels waren dan de interventie.

Uitkomstmaten Uitkomstmaten waren het vinden van (kleine) poliepen, colonicarcinoom en bijwerkingen van de vezels.

Resultaten Vijf onderzoeken met onderling verschillende voedingsvezels voldeden aan de insluitingscriteria (totaal 4349 personen met een follow-up variërend van 2 tot 4 jaren). Personen met familiaire polyposis of colitis ulcerosa werden meestal uitgesloten. Er konden geen significante verschillen in het optreden van poliepen, carcinomen of bijwerkingen van de vezels in de groep personen met

extra voedingsvezels ten opzichte van die zonder die vezels worden aangetoond in de meta-analyse.

In enkele afzonderlijke onderzoeken werden juist wel significant meer poliepen of colonicarcinomen in de interventiegroep – dus met extra vezels – gevonden.

Conclusies De reviewers concluderen dat voedingsvezels niet beschermen tegen het (opnieuw) ontstaan van poliepen of colonicarcinoom. Ze geven wel aan dat er nog onderzoeken met vezels lopen waarin ook verschillende genetische mutaties van nieuwe poliepen bestudeerd worden

Commentaar

De ingesloten onderzoeken zijn van hoge kwaliteit met onder meer hoge follow-up-percentages. Vertekening lijkt geen rol van betekenis te spelen. Van belang is verder dat in enkele afzonderlijke RCT's een tegengesteld effect wordt gezien: meer poliepen bij extra vezels.

Het aantal gevonden carcinomen is erg laag en wellicht dan ook nog – volgens de reviewers – gemist bij de eerste scopie. De conclusie van geen effect van vezels in deze groep wordt daardoor nog sterker. Terecht wijzen de reviewers erop dat het hier niet gaat om primaire preventie van colonicarcinoom, maar om personen die al poliepen hadden en daarvoor behandeld werden.

Om het effect van primaire preventie van colonicarcinoom met voedingsvezels vast te kunnen stellen, zou een veel groter aantal personen gedurende een lange periode gevolgd moeten worden vanaf jongere leeftijd met herhaalde colonoscopieën.

Voor de huisartsenpraktijk impliceert deze review dat het geen zin heeft om bij personen met aangetoonde en behandelde poliepen een vezelrijk dieet te gaan adviseren met als doel om nieuwe poliepen of colonicarcinoom te voorkomen. Het effect van vezels van kinds af aan als onderdeel van gezonde voeding is niet bestudeerd. De normale gezonde voedingsadviezen staan door deze review niet ter discussie.

Richard Starmans, huisarts/epidemioloog