

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 nota bene van beide reviews geëxcludeerd, en dus in alle evidence buitengesloten. Bij nazoeke van de meest recente van de twee, een vergelijking tussen oraal terbinafine en lokaal clotrimazol bij interdigitale voetschimmel,<sup>3</sup> 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 Hove 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** Coloncarcinoom 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 coloncarcinoom. 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 coloncarcinomen.

**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 coloncarcinoom 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, coloncarcinoom 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 coloncarcinomen in de interventiegroep – dus met extra vezels – gevonden.

**Conclusies** De reviewers concluderen dat voedingsvezels niet beschermen tegen het (opnieuw) ontstaan van poliepen of coloncarcinoom. 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 coloncarcinoom, maar om personen die al poliepen hadden en daarvoor behandeld werden.

Om het effect van primaire preventie van coloncarcinoom 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 coloncarcinoom 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