

Thuis sterven

In Vlaanderen sterft driekwart van de mensen met kanker in het ziekenhuis, terwijl volgens een artikel in deze H&W 82% van de Nederlanders met kanker thuis doodgaat. Dat is een opvallend verschil. Vlaamse onderzoekers gingen bij 40 patiënten na wat de factoren waren die bepaalden dat zij thuis, in het ziekenhuis of op een palliatieve-zorgafdeling doodgingen. Twee artsen vroegen terminale patiënten of hun naasten en hun hulpverleners naar de klachten die bepaalden waar deze terminale patiënten verzorgd wilden worden. Van de lichamelijke problemen die de keuzen beïnvloedden, waren gastro-intestinale problemen en pijn het belangrijkste. Maar patiënten en hun naasten noemden ook neurologische problemen en de mobiliteit als belangrij-

ke factoren. Dat laatste probleem werd door de hulpverleners veel minder vaak als een motief voor de keuze van de plek van de verzorging genoemd. Bij 41% van de patiënten speelden psychologische factoren als angst, problemen met de aanvaarding, ontkenning en psychische ontreddering een belangrijke rol. Sociale, organisatorische en financiële problemen speelden een veel kleinere rol. Het zou zeer de moeite waard zijn om in een kwalitatief onderzoek na te gaan waarom er blijkbaar zo verschillend wordt doodgegaan in Nederland en Vlaanderen. (JZ)

Van den Eynden B, et al. Determinanten voor de plaats van palliatieve zorg. Een retrospectief, explorand en beschrijvend onderzoek. *Huisarts Nu* 2002;31:433-9.

Controle ventrikelfrequentie goed genoeg bij atriumfibrilleren

De behandeling van atriumfibrilleren was de laatste jaren gericht op het herstel van een sinusritme door cardioversie en medicatie (*rhythm control*). Die behandeling heeft vaak bijwerkingen en is ook lang niet altijd succesvol. Die nieuwe behandeling blijkt ook niet effectiever dan de aloude regeling van de ventrikelfrequentie (*rate-control*). Zowel een Amerikaans¹ als een Nederlands onderzoek² vergeleek beide behandelingen bij een groep hoogrisicopatiënten (ouder dan 65 jaar en met een recidief na cardioversie). De anti-aritmische behandeling bood geen enkel voordeel ten opzichte van rate-control wat betreft mortaliteit of cardiovasculaire morbiditeit en ook niet voor de kwaliteit van leven. Er bestond zelfs een net niet significant voordeel bij rate-control.

Deze bevindingen geven de behandeling van atriumfibrilleren terug in de handen van de huisarts, die met een beperkt farmacologisch arsenaal (bèta-blokkers, calciumantagonisten en eventueel digoxine) de hartfrequentie onder de 100 kan hou-

den. Antistolling blijft belangrijk: bijna alle CVA's kwamen voor bij patiënten die geen of onvoldoende orale antistolling gebruikten.

Bedacht moet worden dat het in beide onderzoeken om oudere patiënten gaat met veel comorbiditeit (hypertensie, coronaire aandoeningen). Voor patiënten die voor het eerst klachten hebben en jongere mensen blijft ritmecontrole op theoretische gronden voorlopig nog de behandeling van eerste keus. (HW)

- 1 The Atrial Fibrillation Follow-up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Investigators. A Comparison of Rate Control and Rhythm Control in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1825-33.
- 2 Van Gelder IC, et al. A comparison of rate control and rhythm control in patients with recurrent persistent atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2002;347:1834-40.

Impetigo-epidemie

Bij het landelijk coördinerend centrum voor infectieziekten kwamen in het vroege najaar van 2002 signalen binnen die wijzen op een toename van het vóórkomen van krentenbaard. Bij een dergelijke toename rijst altijd de vraag of er sprake is van een echte epidemie, of dat er toevallig meer gemeld wordt en of dat er resistentie is ontstaan voor de aanbevolen behandeling met fusidinezuur. De toename van vragen over impetigo bij zowel ouders als scholen aan GGD's was een aanwijzing voor een echte epidemische verheffing. Hoewel er bij impetigo slechts zelden gekweekt wordt – de verwekker is immers in 80% een *Staphylococcus aureus*, in 10% *Streptococcus pyogenes* en in 10% een menginfectie van deze bacteriën – was het mogelijk 60 isolaten uit de betreffende periode nader te onderzoeken. Het ging daarbij steeds om *S. aureus*, waarbij in 75% van de gevallen het subtype 'cluster 105' werd aangetroffen. Dit cluster werd aangetroffen in Friesland, Zeeland en Limburg, hetgeen wijst op een echte epidemie. Voorheen kwam dit cluster slechts sporadisch voor. Het cluster is gewoon gevoelig voor oxacilline. Een bijzonderheid van het subtype is dat het vooral bij jonge kinderen ernstige vervellingen kan veroorzaken. In het beleid voor de huisarts hoeft vooralsnog niets te veranderen: lokaal behandelen met fusidinezuur en als dat niet helpt of als er algemene ziekteverschijnselen zijn: orale therapie met flucloxacilline. (PL)

Impetigo: de feiten op een rij. Infectieziekten Bulletin 2002;13:423-5.

De berichten, commentaren en reacties in de rubriek Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Frans Meulenberg, Peter Lucassen, Henk van Weert en Joost Zaat.