

Diabetische retinopathie

Het screeningsinterval voor diabetische retinopathie kan wellicht omhoog van één naar drie jaar, dat is de conclusie van de *Liverpool Diabetic Eye Study*. Bijna alle huisartsenpraktijken in de regio Liverpool deden aan het onderzoek mee (101 van de 104). Hun diabetespatiënten (n=7615) die niet onder controle van de oogarts waren, werden tussen 1991 en 1999 ten minste jaarlijks gevolgd met visusmetingen en drieveldenfundusfotografie. De gemiddelde leeftijd bij het ontdekken van de diabetes lag rond de 58 jaar. Bij aanvang van het de screening – gemiddeld drie jaar na de diagnose diabetes – hadden 3743 patiënten geen retinopathie, 810 een achtergrondretinopathie en 217 een milde proliferatieve vorm. De incidentie van gezichtsbedreigende retinopathie was na 1 jaar 0,3% en liep op tot een cumulatieve incidentie van 3,9% na 5 jaar. De prognose van bestaande netvliesafwijkingen bij de eerste screening was slecht: bijna drie-

kwart van de patiënten met een milde retinopathie had na 5 jaar een gezichtsbedreigende vorm. De kans om in een jaar ernstige visusproblemen te krijgen was bij een achtergrondretinopathie 5% en bij de milde proliferatieve vorm 15%. Dergelijke patiënten horen wel frequent gecontroleerd te worden. Volgens de onderzoekers zou het screeningsinterval bij patiënten zonder fundusafwijkingen bij aanvang van de screening naar 3 jaar kunnen. Verlenging van het interval zal in ieder geval de wachtlijsten bij oogartsen verkleinen of de werkdruk verminderen van de huisartsenlaboratoria die fundusfotografie aanbieden. De huidige NHG-Standaard gaat overigens nog uit van jaarlijks fundusonderzoek. (JZ)

Younis N, et al. Incidence of sight-threatening retinopathy in patients with type 2 diabetes in the Liverpool Diabetic Eye Study: a cohort study. Lancet 2003;361:195-200.

Thiaziden eerste keus bij hypertensie

Schrijft u steeds vaker ACE-remmers voor bij hypertensie omdat die middelen inmiddels effectief zijn gebleken op de langere termijn? Schrijft u nooit meer thiazidediuretica voor omdat u langzamerhand twijfelt aan de effectiviteit? Dan is het nu tijd om de oude glorie weer in ere te herstellen. Thiazidediuretica zijn de effectiefste en goedkoopste middelen als eerste stap bij de behandeling van hypertensie. Nieuw bewijsmateriaal komt uit het ALLHAT-onderzoek. In die gerandomiseerde, dubbelblinde trial werden in totaal 33.357 personen van 55 jaar en ouder met hypertensie en minstens één andere risicofactor voor hart- en vaatziekten behandeld met chloortalidon, amlodipine of lisinopril. Na een gemiddelde follow-up van bijna 5 jaar was er geen klinisch relevant verschil tussen de groepen in het aantal infarcten, coronaire bypassoperaties, CVA's, gevallen van angina pectoris en algehele mortaliteit. Bij amlodipine kwam iets vaker hartfalen voor. Het bege-

leidend commentaar heeft een duidelijk advies: starten met een thiazidediureticum. En wat doen fabrikanten met zo'n uitkomst? Pfizer, de fabrikant van amlodipine (Norvasc®), stuurde een persbericht met de prachtige zin: 'Grootste langdurige onderzoek naar verhoogde bloeddruk verschaft nieuwe inzichten... Invloed van Norvasc op hartaanvallen, beroerten en overlijden vergelijkbaar met een diureticum.' Je kunt ook alles naar je hand proberen te zetten.

In 2003 staat ondanks deze berichten van de industrie chloortalidon – samen met atenolol – gewoon in uw persoonlijke top-10 van meest voorgeschreven medicijnen. (PL)

The ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomised to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic – The Antihypertensive and Lipid-Lowering treatment to prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA 2002;288:2981-97.

Depressieve impotentie

Impotentie is een van de vervelende bijwerkingen van behandeling met SSRI's. Daar bestaan gelukkig pilletjes voor, zo bedacht men in New Mexico. Sildenafil bleek in een RCT bij 90 depressieve mannen (18-55 jaar) beter te helpen dan een placebo. De follow-up was slechts 6 weken. In de sildenafilgroep ging 54,5% vooruit en in de placebogroep 4,4%. De scores op de Hamilton-depressieschaal veranderden in deze weken niet. Is dit belangrijk? Ik denk het niet. Natuurlijk zijn seksuele problemen als bijwerking van medicatie erg vervelend. Maar is dan niet de eerste oplossing een ander antidepressief middel te proberen, een TCA bijvoorbeeld?

De methodologisch goed opgezette trial is gesponsord door de fabrikant van sildenafil en ook al hebben de onderzoekers geheel de vrije hand gehad in de opzet en uitvoering van hun onderzoek, de invloed van de industrie op de keuze van het onderwerp lijkt me niet geheel denkbeeldig. Misschien gaan ze straks wel in een duo-verpakking: zeven SSRI-pilletjes in een stripje en voor in het weekend een sildenafil. Op pagina 126 schrijven Bijl en Van Marwijk een commentaar over verborgen verleiders bij de marketing van antidepressiva. Zo'n blauw ruitje, het is niet eens meer een verborgen verleider. (JZ)

Nurnberg HG, et al. Treatment of antidepressant-associated sexual dysfunction with sildenafil. JAMA 2003;289:56-64.

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 Tonnie Bakkenist, Henriëtte van der Horst, Peter Lucassen en Joost Zaat.