

andere RCT die juist wel effect aantoont.² Echter onomstreden en met name herhaald bewijs van de effectiviteit van schokgolfbehandeling bij bewegingsapparaatproblemen ontbreekt in algemene zin en bij fasciitis plantaris in het bijzonder. Schokgolfbehandeling heeft bijvoorbeeld bij epicondylitis lateralis een statistisch significant en aanhoudend placebo-effect,³ maar voegt hier niets aan toe. Het is dan ook te verwachten dat naarmate de kwaliteit van onderzoeken beter zal zijn, het eenmaal aangetoonde effect zal verbleken, precies zoals dit is gegaan bij onderzoeken naar het effect van schokgolfbehandeling bij de tenniselleboog of bij rotator-cuff-problemen van de schouder. Fasciitis plantaris kan voor patiënten een zeer hinderlijk probleem zijn dat maanden kan duren, maar meestal een spontaan gunstig beloop heeft. Van de meeste behandelingen is geen onomstotelijk effect aangetoond. Verder onderzoek is nodig. Ondertussen is het prijskaartje voor de schokgolfbehandeling aanzienlijk. Reden voor een vergoeding door ziektekostenverzekeraars bestaat er momenteel niet.

Kees J. Gorter

- 1 Buchbinder R, et al. Ultrasound-guided extracorporeal shock wave therapy for fasciitis plantaris. *JAMA* 2002;288:1364-72.
- 2 Ogden JA, et al. Shock wave therapy for chronic proximal plantar fasciitis. *Clin Orthop* 2001;387:47-59.
- 3 Crowther MA, et al. A prospective, randomised study to compare extracorporeal shock-wave therapy and injection of steroid for the treatment of tennis elbow. *J Bone Joint Surg (Br)* 2002;84:678-9.

Plakken in het gezicht

De berichtgeving in H&W lijkt niet altijd even consistent. In H&W 2002(10) lees ik in het katern 'In de praktijk' op pagina 571 over kleine ingrepen door de huisarts de volgende contra-indicaties voor wondlijm en sluitpleisters: wijkende wondranden, wond aan gelaat, wond nabij gewrichten en een te verwachten trage wondgenezing.

In de rubriek Journaal van H&W 2002(11) lees ik een maand later een stukje over wondjes (p. 584). Zaat haalt hier een Cochrane-review aan waarin plakken van wondjes in het gelaat werd vergeleken met hechten. Hij besluit met de opmerking: 'Pleisters en lijm horen dus in de kast te liggen.' Ik ben geen wetenschapper, maar deze twee uitspraken lijken toch niet helemaal congruent!

Frank Vermeulen, huisarts

Antwoord

Ga er maar vanuit dat een Cochrane-review meer zeggingskracht heeft dan een opmerking in het katern zonder referenties. Gewoon plakken dus. (JZ)

NHG-Standaard Reumatoïde artritis

Sinds september 2002 is de nieuwe NHG-Standaard Reumatoïde artritis voor de huisarts beschikbaar. Opmerkelijk in deze nieuwe standaard is de plaats van de COX-2-remmers bezien in het licht van andere internationale standaarden. De nieuwe standaard geeft bij de richtlijnen voor het analgeticabeleid de voorkeur aan het gebruik van NSAID's als ibuprofen, diclofenac of naproxen. Bij hoogrisicopatiënten wordt het toevoegen van een protonpompremmer of misoprostol geadviseerd of eventueel COX-2-remmers. Het NHG-standpunt ten aanzien van COX-2-remmers is dat er weinig ervaring mee is en er weinig bekend is over de langetermijneffecten. Dit standpunt is wel zeer opmerkelijk gezien de grote hoeveelheid beschikbare wetenschappelijke gegevens en de recente aanbevelingen van het American College of Rheumatology en de American Pain Society. Beide standaarden geven op basis van evidence de voorkeur aan het gebruik van COX-2-remmers boven het gebruik van NSAID's bij matige tot ernstige pijn als gevolg van artritis.

De cruciale vraag doet zich voor hoe het mogelijk is dat de standaard van het NHG zo kan afwijken van andere internationale standaarden? Alle standaarden baseren

hun conclusies toch op dezelfde wetenschappelijke gegevens.

FC Breedveld, reumatoloog

FB heeft vergoedingen ontvangen voor het deelnemen aan adviesraden georganiseerd door de firma's die COX-2-remmers ontwikkelen: MSD, Pfizer en Novartis.

Antwoord

Dat richtlijnen onderling verschillen, wordt minder raar als bedacht wordt dat zij berusten op *interpretatie* van de wetenschappelijke literatuur. In de NHG-Standaard Reumatoïde artritis wordt gecombineerd gebruik van een conventionele NSAID met een protonpompremmer, misoprostol of een hooggedoseerde H₂-antagonist dan wel gebruik van een COX-2-remmer voor patiënten met een verhoogde kans op gastro-intestinale complicaties als min of meer gelijkwaardige opties beschouwd. Op basis van de beschikbare, nogal heterogene wetenschappelijke literatuur bleek geen duidelijke keus te kunnen worden gemaakt, hetgeen is toegelicht in de bijbehorende noot. In de standaard wordt dan ook gesteld dat het beleid zich de komende jaren verder moet uitkristalliseren.

In de reactie van collega Breedveld bespeuren wij geen inhoudelijke argumenten die staven dat COX-2-remmers wel de voorkeur verdienen dan wel een uiteenzetting waarom de interpretatie van de wetenschappelijke literatuur door de Amerikaanse richtlijnmakers beter is dan de onze. Dit maakt het ons onmogelijk meer gedetailleerd op zijn kanttekeningen in te gaan.

Tj. Wiersma, S. Flikweert,
namens de werkgroep Reumatoïde artritis

Longfunctieonderzoek

Uit het artikel van Guido van den Boom in H&W (2003;46(1):17-20) over het DIMCA-project blijkt maar weer eens dat standaarden niet altijd bijgehouden worden! Van den Boom beschrijft de Nijmeegse resultaten van onder andere de waarden