

de bestrijding van symptomen zouden kunnen verbeteren heb ik niet onderzocht, evenmin als de door Schuurmans genoemde onderzoekers. Deze toonden slechts aan dat, ondanks behandeling, veel (pijn)klachten niet overgaan. Met Schuit vertolken zij de vigerende opvatting dat het frequent vóórkomen van klachten wel moet betekenen dat deze klachten heel belangrijk zijn voor de patiënten en tevens dat de behandeling ervan tekortschiet. De gedachte dat patiënten soms klachten prefereren boven bijwerkingen van behandeling, of dat voor sommige klachten geen remedie bestaat, lijkt niet mogelijk.

Ook de door mij geïnterviewde patiënten hadden veel klachten – evenveel als de patiënten van Schuit: 65% had last van pijn (27% heftig), 46% van misselijkheid, 27% van eetlustgebrek en 35% van dyspnoe. Desondanks noemden zij allen – ook diegenen die ik kort voor hun overlijden sprak en die heftige, onbehandelbare lichamelijke klachten hadden – de persoonlijke aandacht het meest belangrijk. Nabestaanden van een heel andere groep patiënten die wij in verband met mogelijke selectiebias benaderden via de polikliniek oncologie, benadrukten eveneens het belang van deze aandacht. Frappant was dat de patiënten die klaagden over een gebrek aan persoonlijke aandacht, tevens niet tevreden waren over de behandeling van hun klachten. Om klach-

ten adequaat te behandelen is kennelijk de aandacht van de dokter essentieel. Deze opvatting wordt door ander onderzoek bevestigd.¹ Het is dus niet zo vreemd dat patiënten in de palliatieve fase, ook degenen met heftige lichamelijke klachten, de persoonlijke aandacht van hun dokter het meest belangrijk vinden.

Maria van den Muijsenbergh

- 1 Maguire P, Walsh S, Jeacock J, Kingston R. *Physical and psychological needs of patients dying from colo-rectal cancer. Palliat Med* 1999;13:45-50.

Ongewild gewichtsverlies

Ongewild gewichtsverlies is het schrikbeeld van iedere patiënt en medicus. Terecht stellen Van Gool et al. in H&W 2003(1) dat de diagnostiek met grote voortvarendheid ter hand moet worden genomen. Parallel daaraan verdient de in de loop der tijd ontstane suboptimale voedingsstatus – getuige het substantieel gewichtsverlies – meer de aandacht. Niet alleen omdat zo'n suboptimale voedingsstatus correleert met een hogere mortaliteit en verminderd welzijn, maar het verlaagt ook de weerstand en verlengt zowel de wondgenezing als de verpleegduur.¹ Daar komt nog bij dat uit de literatuur bekend is dat bij een ziekenhuisopname

de reeds bestaande voedingsdeficiëntie in 75% van de gevallen toeneemt.² Valkuil is dat een relatief snelle, ongewilde daling van het lichaamsgewicht bij personen met overgewicht evenzeer het risico op het ontstaan van een relatieve voedingsdeficiëntie herbergt.³ Dit alles bijeen is voldoende reden om reeds bij de aanvang van het huisartsgeneeskundig diagnostisch proces rond onbegrepen verlies van lichaamsgewicht oog te hebben voor de voedingsstatus van de patiënt. Een consult bij de diëtist, zijdelings genoemd in het artikel Van Gool et al., is hierbij dikwijls op zijn plaats.

C.A.M. van Wayenburg, J.J. van Binsbergen,
afdeling huisartsgeneeskunde,
UMC St. Radboud Nijmegen

- 1 Naber TH, Schermer T, De Bree A, Nusteling K, Eggink L, Kruijmel JW, et al. *Prevalence of malnutrition in nonsurgical hospitalized patients and its association with disease complications. Am J Clin Nutr* 1997;66:1232-9.
- 2 Pennington CR. *Disease-associated malnutrition in the year 2000. Postgrad Med J* 1998;74:65-71.
- 3 Kruizenga HM, Wierdsma NJ, Van Bokhorst-van der Schueren MAE. *Screening van ondervoeding in Nederland. Nederlands Tijdschrift voor Diëtisten* 2003;58:5-11.

Cochrane-reviews

Anticholinerge bronchusverwijders versus bèta-2-mimetica bij exacerbaties van COPD

McCrary DC, Brown CD. *Anti-cholinergic bronchodilators versus beta2-sympathomimetic agents for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane-review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software*.

Achtergrond Acute exacerbaties van COPD geven een toename van mucusse-

cretie en bronchusobstructie, wat leidt tot toename van kortademigheidsklachten, sputumhoeveelheid, purulentie en gevoelens van zwakte en algemeen onwelbevinden. Exacerbaties zijn veelal aanleiding voor patiënten om contact met de huisarts op te nemen. De behandeling richt zich dan primair op het opheffen van de inflammatie, verwijding van de luchtwegen en eventueel behandeling van (secundaire) bacteriële infecties.

Doel De auteurs stelden zich tot doel de

effecten op longfunctie en kortademigheid van behandeling met anticholinergica of kortwerkende bèta-2-mimetica te objectiveren bij patiënten met COPD tijdens exacerbaties.

Zoekstrategie en inclusie Er werd gezocht in Medline, Embase, Cinahl en het Cochrane COPD-RCT-register (8 maart 2002). Alleen RCT's met volwassen patiënten met de diagnose COPD tijdens exacerbatie werden geïnccludeerd. Twee reviewers bestudeerden onafhankelijk van elkaar alle RCT's over behandeling bij

COPD-exacerbaties met ipratropiumbromide (IB) en bèta-2-mimetica.

Resultaten Twaalfhonderdzevenenzestig onderzoeken werden gevonden. Na exclusie van onder andere mensen met een stabiele vorm van COPD resteerden er 22 onderzoeken. Slechts 9 RCT's bleken aan de inclusiecriteria te voldoen. De FEV₁ was de meestgenoemde eindparameter. Patiëntenaantallen varieerden van 13 tot 70 per onderzoek. Vier onderzoeken vergeleken ipratropiumbromide met bèta-2-mimetica en vijf onderzoeken vergeleken een combinatie van IB en een bèta-2-agonist met behandeling met uitsluitend bèta-2-mimetica. Zeven onderzoeken lieten kortetermijneffecten (tot 90 minuten) van de FEV₁ zien. Twee onderzoeken, waarin IB aan een behandeling met bèta-2-mimetica werd toegevoegd, lieten 24 uur na medicatiegebruik een verandering van de FEV₁ zien.

In de vier onderzoeken waarin kortetermijneffecten van IB met die van bèta-2-mimetica werden vergeleken, werden geen significante verschillen op het niveau van Δ FEV₁ waargenomen. De resultaten van alle vier onderzoeken tezamen gaven een gewogen gemiddeld verschil (GGV) van 0,0 l te zien (95%-BI -0,19-0,19 l).

Toevoegen van IB aan een onderhoudsbehandeling met bèta-2-mimetica gaf zowel op korte als op lange termijn (24 uur) geen Δ FEV₁ te zien (respectievelijk GGV 0,02 l (95%-BI -0,08-0,12 l) en GGV 0,05 l (95%-BI -0,14-0,05)).

Veranderingen van bloedgaswaarden waren beperkt. Slechts vier onderzoeken maakten melding van bijwerkingen, zoals droge mond, tremor en 'een vreemd gevoel' na inname van de medicatie.

Conclusie Zowel IB als bèta-2-mimetica lieten een kortstondige verbetering van de FEV₁ en PEF zien. Combinatie van beide medicaties blijkt niet effectiever dan monotherapie. Verbetering op klachtenniveau werd niet vastgesteld.

Commentaar

In een gemiddelde praktijk van 2500 patiënten kent de huisarts ongeveer 40 mensen met COPD. Slechts een zeer klein deel, 4 tot 7 patiënten, heeft zeer ernstige

longfunctiestoornissen (FEV₁<1 l). Daar exacerbaties juist voor deze patiëntengroep zeer bedreigend zijn, dient deze subgroep op de meest adequate wijze te worden behandeld, dat wil zeggen met zo groot mogelijke 'snelheid van herstel'. De mate van FEV₁-respons op bronchusverwijders blijkt bij COPD een grote spreiding te hebben en een toegenomen FEV₁ blijkt vermindering van kortademigheid, inspanningstolerantie en kwaliteit van leven slecht te voorspellen. Verschillende onderzoeken hebben bij grote groepen COPD-patiënten met uiteenlopende ernstgraad, dan ook een veelal inverse correlatie tussen de Δ FEV₁ en de mate van dyspnoe geobserveerd. Huisartsen werken niet met de FEV₁ als toetsingscriterium van hun beleid, maar richten zich op de ernstgraad van de COPD, gemeten aan de functionele toestand en mate van dyspnoe in rust en bij inspanning. Primair dient namelijk binnen zo kort mogelijke termijn de bronchusobstructie te worden opgeheven. Naast de chronische neutrofiele ontsteking in de luchtwegen bij COPD is er, tijdens exacerbaties, sprake van eosinofiele ontstekingsreacties. Daarom zijn steroïden zo effectief bij het opheffen van de inflammatoire component. Spasmolytica tonen dit effect niet.

Samengevat leveren ons deze onderzoeksresultaten niet veel op voor de dagelijkse praktijk. De eindtermen zoals snelheid van herstel van exacerbaties, gemeten aan de hand van functionele toestand, kwaliteit van leven, dyspnoescore, alle van primair belang voor arts en patiënt, zijn namelijk in deze onderzoeken secundair aan de FEV₁. Men had er dan ook verstandiger aan gedaan om, met dezelfde vraagstelling, een subgroep met enkel patiënten met milde COPD te onderzoeken. Mogelijk dat binnen deze groep, bij mild verlopende toename van dyspnoeklachten in de thuissituatie ('stille exacerbaties'), wel een plaats is voor de onderzochte luchtwegverwijders.

Interventieonderzoeken als deze zullen altijd aan kritiek onderhevig zijn, voornamelijk vanwege de discrepantie tussen de gemeten FEV₁ en de functionele toe-

stand. Om deze reden stel ik voor om mensen met COPD te stratificeren in ernstgraden op basis van hun functionele toestand (en onder andere voorgeschiedenis, leeftijd, FEV₁). Onderzoeksvragen dienen vervolgens slechts binnen één enkel stratum te worden onderzocht. Het primaire doel is namelijk niet om bij exacerbaties de FEV₁ te verhogen, maar om de ernst en duur van de exacerbaties zo snel mogelijk te doen verminderen.

A.P.E. Sachs

Poetsen met water

Fernandez R, Griffiths R, Ussia C. Water for wound cleansing (Cochrane review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.

Achtergrond Wondreiniging kan op verschillende manieren, variërend van gewoon kraanwater tot een isotone zoutoplossing. Het reinigen van een wond met een niet-toxische vloeistof zou niet alleen exsudaat en debris verwijderen, maar zo ook een optimale omgeving scheppen voor een goede wondheling.

Doel Nagaan wat het effect is van reinigen met gewoon kraanwater in vergelijking met een isotone, al dan niet steriele zoutoplossing.

Zoekstrategie Gezocht is naar (quasi-) RCT's in Medline, Embase, CINAHL, het Cochrane Controlled Trials register en het eigen register van de Cochrane Wounds Group. Onderzoek waarbij water werd vergeleken met ontsmettende middelen (bijvoorbeeld povidonjodium) werden uitgesloten.

Uitkomstmaat De primaire uitkomstmaat was het al dan niet optreden van een wondinfectie.

Resultaten De onderzoekers vonden 18 trials, maar slechts 6 waren te gebruiken (5 in een ziekenhuis of eerstehulp post en 1 in de eerste lijn). De leeftijd van de patiënten varieerde van 16 tot 95 jaar. De methodologische kwaliteit was matig. Het percentage wondinfecties in de verschillende onderzoeken varieerde enorm: van 5% tot 50%.

Twee onderzoeken vergeleken kraanwater