

ningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1998.

- 4 Van Leest LATM, Schattenberg G, Mulder J, Van Doremalen JHM, Tiersma W, Tsang S, et al. De effecten van invoering van preventie van hart- en vaatziekten. Evaluatie van het LHV/NHG-project 'Preventie: maatwerk, hart- en vaatziekten; 1998-2000'. Nijmegen: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 2001.
- 5 Frijling BD. Management of patients at high cardiovascular risk. Quality improvement in general practice (Proefschrift). Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 2002.
- 6 www.nationaalkompas.nl

Antwoord

Frijling et al. wijzen er terecht op dat het hoofddoel van het HVZ-project was de registratie van cardiovasculaire risicofactoren bij patiënten met een hoog risico te optimaliseren. Daartegen is ook nooit veel verzet geweest. De kritiek – en de onze sluit daarbij aan – gold vooral de bloeddrukmeting bij 60-jarigen. Als de behandeling van hypertensie al (kosten)effectief is bij een matig risico, dan moet daarbij opgemerkt worden dat bij de berekening van kosteneffectiviteit de kosten van het screeningsprogramma waarschijnlijk niet zijn meegenomen. Bovendien mag van systematische pre-

ventie op initiatief van de arts verwacht worden dat er voor de deelnemer een redelijke kans op individueel profijt is.¹ Dat kan voor de groep met matig verhoogd risico niet waargemaakt worden. Ook de CBO-consensus stelt dat het voor de hand ligt om bij vormen van programmatische screening en preventie te beginnen bij groepen waarvan het te verwachten cardiovasculair risico het hoogst is. Dat is dus niet de groep met onlangs ontdekte hypertensie.

Ons hoge percentage rokers is volgens de cijfers van de Gemeente Eindhoven wel representatief voor de bewoners van onze wijk (ten dele achterstandsgebied).² Natuurlijk zijn de 32 deelnemende mannen, bij wie geen risicofactoren bekend waren, niet representatief voor alle 60-jarige mannen in het land. Het hoge percentage rokers is juist een interessant gegeven. Daar staat namelijk een veel lager percentage (28%) tegenover in de groep van wie de risicofactoren al bekend waren. In de groep 'bekend met risicofactoren' wordt dus aanzienlijk minder gerookt dan elders.

Ook wij vinden het tijd dat LHV en NHG opnieuw beleid formuleren over preventie van hart- en vaatziekten. Dat beleid

zou zich vooral moeten richten op het optimaliseren van het cardiovasculair risicomanagement bij al bekende (hoog)-risicodragers.

Capaciteit, energie en motivatie moeten we stoppen in opsporing van echte hoogrisicodragers en het ontwikkelen van stoppen-met-roken-interventies. Daarbij moeten we ons meer op mannen richten dan op vrouwen en ook meer op deelpopulaties met sociaal-economische en daaraan gekoppelde gezondheidsachterstand. Maar er zal eerst meer evidence verzameld moeten worden om dergelijke keuzes te onderbouwen.

Dit soort keuzes zijn (politiek) niet onomstreden en bovendien is hier de vraag aan de orde waar de grenzen liggen tussen de taken van de huisarts en die van de overheid. Stof genoeg voor een stevige discussie dus.

Frits Veerman, Marianne Meulepas,
Paul Ram

- 1 Boot K, Meijman FJ. Systematische preventie van hart- en vaatziekten in de huisartsenpraktijk is niet zinvol. *Huisarts Wet* 1999;42:341-46.
- 2 Gezondheidsprofielen en demografische kenmerken Gemeente Eindhoven. *Gezondheidspeiling 1998/1999*. GGD Eindhoven, 2000.

Cochrane-reviews

Dipyridamol voor secundaire preventie van arteriële accidenten

De Schryver EL, Algra A, Van Gijn J. Dipyridamole for preventing stroke and other vascular events in patients with vascular disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

Achtergrond Patiënten die een TIA of een CVA hebben doorgemaakt, hebben een hoog risico op een recidief arterieel accident. Uit onderzoek blijkt dat acetylsalicylzuur dit risico met gemiddeld 13% verlaagt.¹ De resultaten van een grote trial suggereren dat dit risico verder omlaag gaat (nog eens 22%) als dipyri-

damol aan acetylsalicylzuur wordt toegevoegd.² De auteurs van een eerdere systematische review³ concluderen echter dat er weinig effect was van deze toevoeging. De inconsistentie van deze conclusies motiveerde de auteurs voor het opnieuw inventariseren van de aanwijzingen voor de werkzaamheid van dipyridamol als secundair preventiemiddel bij arterieel vaatlijden.

Doel Vaststellen van de werkzaamheid en veiligheid van dipyridamol ter secundaire preventie van arteriële accidenten bij patiënten met arterieel vaatlijden.

Methoden Er werd gezocht naar geblindeerde en gerandomiseerde trials over secundaire preventie waarin patiënten deelnamen die onlangs een arteriële ziek-

te hadden doorgemaakt (angina pectoris/myocardinfarct, retinopathie, nefropathie, perifere arteriële aandoening, CVA/TIA/amourosis fugax); patiënten met een mogelijke cardiale emboliebron werden uitgesloten. De behandeling moest bestaan uit dipyridamol (alle doseringen) met of zonder andere antistollingsmedicamenten of alleen andere antistollingsmedicamenten. De uitkomstmaten waren arteriële accidenten/arteriële dood en bloedingscomplicaties (intra- en extracranieel). De auteurs beoordeelden de kwaliteit van de geïnccludeerde trials en analyseerden de gegevens volgens het *intention-to-treat*-principe.

Er werd gezocht in de databases van Cochrane Stroke Group Trials Register,

Medline en Embase. Daarnaast werden andere relevante Cochranegroepen en Nederlandse producenten van dipyridamol benaderd.

Resultaten In totaal werden 26 trials geïnccludeerd met 19.482 patiënten. Er traden 3085 arteriële accidenten op, waarvan 1399 met dodelijke afloop.

Dipyridamol (met of zonder andere anti-stolling) gaf een verlaging van de kans op het optreden van een arterieel accident (RR 0,90; 95%-BI 0,83-0,98) vergeleken met de controlegroep (wel of geen andere antistolling). Dit effect werd pas statistisch significant door de toevoeging van één grote trial (6602 cerebrale-ischemiepatiënten).¹ Er was geen verschil in de kans op arteriële dood (RR 1,02; 95%-BI 0,90-1,17). Er was geen statistisch significante toename van bloedingscomplicaties (RR 1,22; 95%-BI 0,82-1,82).

Dipyridamol als monotherapie vergeleken met andere antistollingmiddelen (grotendeels acetylsalicylzuur) liet geen verschil in risico zien voor zowel arteriële accidenten (RR 1,02; 95%-BI 0,88-1,18) als arteriële dood (RR 1,07; 95%-BI 0,84-1,36). De toevoeging van dipyridamol aan acetylsalicylzuur vergeleken met acetylsalicylzuur als monotherapie gaf een verlaging van de kans op een arterieel accident (RR 0,90; 95%-BI 0,80-1,00), maar er was geen verschil in de kans op arteriële dood (RR 1,03; 95%-BI 0,87-1,22). De toename aan bloedingscomplicaties (RR 1,52; 95%-BI 0,93-2,94) was niet statistisch significant.

De combinatie van dipyridamol en acetylsalicylzuur vergeleken met geen antistolling verlaagde de kans op een arterieel accident (RR 0,74; 95%-BI 0,68-0,80), maar er was geen significant verschil in de kans op arteriële dood (0,89; 95%-BI 0,79-1,01).

Conclusie Dipyridamol verlaagt mogelijk het risico op een recidief van arteriële accidenten bij patiënten met arterieel vaatlijden. Echter, dit positieve effect is slechts in één trial aangetoond, waaraan enkel patiënten met cerebrale ischemie deelnamen. Er is geen bewijs dat dipyridamol alleen effectiever is dan acetylsalicylzuur alleen noch dat het de kans op arterieel overlijden verlaagt.

Commentaar

Op basis van deze review zou je kunnen concluderen dat er voldoende aanwijzingen zijn voor het toevoegen van dipyridamol aan acetylsalicylzuur ter preventie van arteriële accidenten bij patiënten met arterieel vaatlijden. Toch zijn er een paar kanttekeningen bij deze conclusie te maken.

Het is niet duidelijk waarom de onderzoekers ervoor hebben gekozen de effectiviteit van dipyridamol bij alle patiënten met arterieel vaatlijden te onderzoeken. In hun inleiding geven ze aan dat ze vooral geïnteresseerd zijn in secundaire preventie van arteriële accidenten bij patiënten met een doorgemaakt TIA of CVA. Uit de discussie blijkt dat de resultaten van een grote trial, waaraan patiënten met een doorgemaakte TIA of CVA deelnamen, de eindconclusie in belangrijke mate beïnvloeden. Deze trial wordt al genoemd in de inleiding als motivatie voor deze meta-analyse. De reviewers, ervaren Nederlandse neurologen en epidemiologen, willen dan ook wachten op de resultaten van hun eigen onderzoek (ESPRIT) voordat ze een definitieve conclusie geven over het effect van dipyridamol. Het lijkt alsof de onderzoekers hiermee 'terug bij af' zijn.

De onderzoekers doen geen uitspraken over de veiligheid van dipyridamol, terwijl dit toch een van de doelen was van dit Cochrane-review. De wel gepresenteerde resultaten wijzen op een mogelijke toename van het relatief risico op bloedingen hoewel deze toename statistisch niet significant was.

Voor de huisartsenpraktijk levert deze review geen nieuws op. In de huidige NHG-Standaarden TIA (1996) en Angina pectoris (1996) wordt het gebruik van acetylsalicylzuur voor secundaire preventie aanbevolen. Deze review laat zien dat er nu geen reden is om acetylsalicylzuur te vervangen door dipyridamol. Mogelijk dat in de nabije toekomst de TIA-Standaard moet worden aangepast en dipyridamol wordt toegevoegd aan acetylsalicylzuur voor secundaire preventie van arteriële aandoeningen. Deze aanpassing

kan echter pas plaatsvinden nadat de huidige trials naar het gecombineerd gebruik van acetylsalicylzuur en dipyridamol de gunstige effecten die uit dit Cochrane-review naar voren komen, kunnen bevestigen en de risico's op bloedingen acceptabel blijken te zijn.

M. de Kleijn

- 1 Diener HC, Cunha L, Forbes C, Sivenius J, Smets P, Lowenthal A. European Stroke Prevention Study 2. Dipyridamole and acetylsalicylic acid in the secondary prevention of stroke. *J Neurol Sci* 1996;143:1-13.
- 2 Algra A, Van Gijn J. Cumulative meta-analysis of aspirin efficacy after cerebral ischaemia of arterial origin. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999; 66:557-9.
- 3 Antithrombotic Trialists' Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *Br Med J* 2002;324:71-86.

Corticosteroïdinjecties voor schouderpijn

Buchbinder R, Green S, Youd JM. Corticosteroid injections for shoulder pain (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.*

Achtergrond Corticosteroïdinjecties bij schouderpijn worden vaak toegepast bij de behandeling van schouderklachten.

Doel Door systematisch literatuuronderzoek vaststellen wat het effect en de veiligheid is van deze behandeling.

Zoekstrategie en kwaliteitsbeoordeling Er is uitgebreid gezocht in Medline, Embase, Cinahl, de Cochrane Database en de Science Citation Index tot en met juni 2002. Gezocht werd naar gerandomiseerde en pseudo-gerandomiseerde trials in alle talen waarbij behandeling van schouderpijn bij volwassenen met corticosteroïdinjecties werd vergeleken met een placebo of met iedere andere behandelvorm. Daarnaast werd gezocht naar onderzoeken waarin verschillende types injecties of verschillende corticosteroïddoseringen werden vergeleken.