Kruistocht tegen passief roken overtrokken

Met enige bezorgdheid nam ik kennis van de kop en de inhoud van het Journaalstukje over de resultaten van een groot cohortonderzoek over passief roken gepubliceerd in het BMJ (H&W 46(8):422). Dit gedeeltelijk door de tabaksindustrie gesponsord onderzoek levert geen hard bewijs voor een samenhang tussen passief roken met longkanker of coronaire hartziekten. Sentimentele overwegingen worden besproken als de sfeer van een kroeg met de lucht van oude rook en verschraald bier of die arme verpleeghuisbewoner die zijn wilde Havanna niet meer naar believen mag opsteken. Dergelijke stukjes tekst verwacht ik in een liedje van Henk Wijngaard of André Hazes, maar niet als reactie op een onderzoek dat toch ook duidelijk schadelijke effecten aantoont van het passief roken, namelijk de ontwikkeling van COPD. De teneur van dit stukje geeft voor een huisartsentijdschrift een volkomen verkeerd signaal. Het ademt een sfeer van vijftig jaar geleden: een tandeloze meegaandheid en misplaatste tolerantie met een geslepen niets en niemand ontziende tabaksindustrie. Sinds de onthullingen in *The Cigarette Papers* van Stanton Glanz et al. over de ervaringen van J. Wigand is argeloze naïviteit ongepast als het gaat om publicaties of uitlatingen van of gesponsord door de tabaksindustrie.

Hans Burggraaff

Antwoord

Bezorgdheid is op zijn plaats, maar dan voor de wanverhouding tussen het gebrek aan evidence en het draconische karakter van de maatregelen. Overigens vind ik dat sentimentele – of liever: gevoelsmatige – overwegingen altijd een belangrijke rol moeten spelen.

Peter Lucassen

NHG-Standaard Hypertensie 1

In de NHG-Standaard Hypertensie[1] wordt aan personen met een Quetelet-index van 27 kg/m^2 of hoger geadviseerd hun lichaamsgewicht te verlagen. Dit advies vraagt om enige nuancering voor de dagelijkse praktijk.

Om te beginnen stamt de gebezigde grenswaarde uit het Gezondheidsraadrapport Adipositas uit 1984 dat is verouderd. Momenteel wordt van overgewicht gesproken bij de Quetelet-index tussen de 25 en 30 kg/m^2 en daarboven van obesitas.[2]

Voorts is afvallen een zware opgave. Onlangs is echter helder geformuleerd dat 10-15% reductie van het lichaamsgewicht niet alleen een realistische doelstelling is, maar bovendien substantiële gezondheidswinst oplevert.[3]

Bij zo'n verlaging van het lichaamsgewicht – die ten minste 1 tot 2 jaar volgehouden wordt – valt een daling van de systolische en diastolische bloeddruk te verwachten van respectievelijk 10 en 20 mmHg. Staessen et al. bekeken in een meta-analyse 30 onderzoeken tussen 1954 en 1987 en vonden per kg gewichtsverlies een daling in bloeddrukniveau van 1,2-1,6 mmHg systolisch en van 1,0-1,3 mmHg diastolisch.[4] Goldstein keek naar 13 onderzoeken in de periode 1975-1991 waarin mensen 10% van het gewicht bewust verloren en op dit gewicht bleven.[5] Per kg gewichtsverlies zag hij dalingen van 3,1 mmHg systolisch en van 0,9 mmHg diastolisch. Kortetermijnonderzoeken van een aantal weken lieten een daling van 1 mmHg systolisch en van 2 mmHg diastolisch per kg gewichtsverlies zien. Extrapolatie van al deze gegevens naar 10% gewichtsverlies levert zodoende de genoemde verlaging van systolische en diastolische bloeddruk met 10 en 20 mmHg.

Ten slotte: de natriumdichtheid per energie-eenheid in onze voeding is redelijk constant. Substantieel gewichtsverlies door energiereductie en het daaraan gekoppelde natrium leidt aldus tot de reductie van de natriuminneming waar de NHG-Standaard voor pleit.

Onze nuancering luidt dan ook: '10-15% afvallen bij een Quetelet-index van 25 kg/m^2 of hoger'.

J.J. van Binsbergen,
E.H.M. Mathus-Vliegen

1 Walma EP, Thomas S, Prins A, Grundmeijer HGLM, Van der Laan JR, Wiersma Tj. NHG-Standaard Hypertensie. Huisarts Wet 2003; 46: 435-49.

2 Gezondheidsraad. Overgewicht en obesitas. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003/07.

3 Mathus-Vliegen EHM. Voeding en Gezondheid – streefgewicht bij obesitas niet realistisch; wel gezondheidswinst door matige stabiele gewichtsreductie. Ned Tijdschr Geneeskd 2003;147:1168-72.

4 Staessen J, Fagard R, Lijnen P, Amery A. Body weight, sodium intake, and blood pressure. J Hypertens 1989;7(suppl):S19-S23.

5 Goldstein DJ. Beneficial effects of modest weight loss. Int J Obe Relat Metab Disord 1992;16:397-415.

Antwoord

De grenswaarde van 27 kg/m^2 die in de NHG-Standaard Hypertensie wordt genoemd, is primair gehandhaafd om deze standaard niet uit de pas te laten lopen met andere standaarden zoals die over cholesterol en diabetes mellitus type 2. Uiteraard is deze waarde arbitrair, daar de schadelijke gevolgen van overgewicht geleidelijk toenemen met de grootte ervan.

In de standaard hebben we geen uitspraken gedaan over de mate van gewichtsreductie die nagestreefd moet worden. Het is ons bekend dat vermindering van het lichaamsgewicht met meer dat 10 tot 15% doorgaans niet te realiseren is en zeker niet te handhaven. Het pleidooi van Van Binsbergen en Mathus-Vliegen voor realiteitszin in dezen, vinden we dan ook een welkome aanvulling. Hun optimisme over de bloeddrukdaling die een dergelijke gewichtreductie op zou leveren, delen we echter niet. De berekeningen van Staessen et al. berusten ten dele op observationeel onderzoek. De Cochrane-review die we in noot 36 hebben vermeld, is expliciet bedoeld als correctie en update daarvan.[1] In gerandomiseerd onderzoek blijven de bloeddrukdalingen bij een gewichtsreductie met 3 tot 9% met circa 3 mmHg systolisch en diastolisch betrekkelijk bescheiden.

E.P. Walma, Tj. Wiersma
namens de werkgroep Hypertensie

1 Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, Cornell J, Summerbell C, Anagnostelis B, *et al*. *Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults*. Cochrane Database Syst Rev 2000;2:CD000484.

NHG-Standaard Hypertensie 2

In noot 20 van de derde herziening van de NHG-Standaard Hypertensie staat dat veermanometers (ook wel aneroïde meters genoemd) en elektronische meters de kwikmanometer (die sinds 1999 niet meer verkocht mag worden) kunnen vervangen. Hierbij wordt verwezen naar een artikel van O'Brien et al.[1] Deze verwijzing is opmerkelijk. Ten eerste is dit volgens ons een verkeerde verwijzing aangezien wij dit citaat niet terug kunnen vinden in het betreffende artikel. Ten tweede omdat diezelfde O'Brien, hoofd van de European Society of Hypertension Working Group on Blood Pressure Monitoring, een aantal kritische discussies heeft gevoerd in de medische literatuur over het gebruik van de veermanometer.[2-5] Zijn conclusie is juist dat de veermanometer de kwikmanometer *niet* kan vervangen. Tot op heden heeft geen veermanometer de belangrijkste validatieprotocollen doorstaan. Toch heeft de veermanometer op grote schaal de betrouwbare kwikmanometer vervangen, ook in Nederland. Daarnaast is van veermanometers bekend dat zij door hun constructie snel onderhevig zijn aan slijtage, waardoor een lagere bloeddruk wordt gemeten. Veermanometers moeten ieder halfjaar geijkt worden, iets wat volgens ons in de praktijk weinig wordt gedaan. Volkomen terecht wordt er een uitgebreide noot gewijd aan gevalideerde elektronische bloeddrukmeters voor thuisbloeddrukmetingen (noot 6). Dit zou moeten gelden voor iedere bloeddrukmeter.

Het vaststellen en aanpassen van afkapwaarden voor de diagnostiek en behandeling van verhoogde bloeddruk heeft alleen zin als er gebruik wordt gemaakt van gevalideerde en stabiele apparatuur. Wij vragen ons af waarom kritische opmerkingen over de veermanometer geen plaats hebben gekregen in deze herziene NHG-Standaard. Indien de huisarts niet meer over een kwikmanometer beschikt, is op dit moment veeleer de elektronische bloeddrukmeter dan de veermanometer een gevalideerd alternatief.

S.T. Houweling, H.L. Lutgers, N. Kleefstra

1 Beevers G, Lip GY, O'Brien E. ABC *of hypertension. Blood pressure measurement. Part I-sphygmomanometry: factors common to all techniques*. BMJ 2001;322:981-5.
2 O'Brien E. *Replacing the mercury sphygmomanometer. Requires clinicians to demand better automated devices*. BMJ 2000;320:815-6.
3 O'Brien E. *Blood pressure measurement is changing*! Heart 2001;85:3-5.
4 O'Brien E, Waeber B, Parati G, Staessen J, Myers MG. *Blood pressure measuring devices: recommendations of the European Society of Hypertension*. BMJ 2001;322:531-6.
5 O'Brien E, Asmar R, Beilin L, Imai Y, Mallion JM, Mancia G, *et al*. *European Society of Hypertension recommendations for conventional, ambulatory and home blood pressure measurement*. J Hypertens 2003;21:821-48.

Antwoord

In de NHG-Standaard wordt het nadeel van veermanometers onderkend en als remedie regelmatige ijking geadviseerd. IJking is echter ook nodig voor elektronische meters. Bovendien hebben die nog andere nadelen doordat ze gebruikmaken van een wezenlijk andere meettechniek. De bloeddruk wordt niet auscultatoir maar oscillometrisch bepaald. Een computeralgoritme berekent op basis van de veranderende drukgolven in de manchet de systolische en diastolische bloeddruk. Ontstaan en verdwijnen van Korotkofftonen speelt geen rol meer. Hoe hoogwaardig de elektronische meters ook worden geproduceerd, volledige overeenkomst met auscultatoire bloeddrukmetingen kan op theoretische gronden nooit worden bereikt.

Slechts een beperkt aantal modellen elektronische meters is na valideringsonderzoek goedgekeurd. Maar ook dan resteert een behoorlijke foutmarge van meer dan 10 mmHg bij maximaal 25% en meer dan 15 mmHg bij maximaal 10% van de testpersonen. Alleen de beste elektronische meters scoren momenteel iets beter. Ook is het goed te beseffen dat al onze epidemiologische gegevens en trialresultaten over de risico's en de behandelresultaten van hoge bloeddruk op auscultatoire metingen zijn gebaseerd.

De discussie in de door Houweling et al. gerefereerde artikelen van O'Brien et al. laat wel degelijk ruimte voor het gebruik van de veermanometer en noemt ook de hierboven genoemde bezwaren tegen elektronische meters. Zij vermelden bovendien nog extra bezwaren zoals de onmogelijkheid bloeddruk te meten bij een irregulaire pols, het vóórkomen van onbegrepen foutmeldingen bij sommige patiënten en de door dokters vaak met tegenzin aanvaarde noodzaak om te vertrouwen op algoritmes die door de fabrikanten geheim worden gehouden (*black-box fenomeen*).

In de NHG-Standaard is bewust gekozen voor het noemen van de veermanometer als alternatief voor de kwikmeter omdat de overeenkomst tussen oscillometrische en auscultatoire meetwaarden nog onvoldoende gegarandeerd is. De introductie van de elektronische meter is in de aanbevelingen van de standaard voorlopig beperkt tot het terrein van de thuismetingen omdat daar handmatig auscultatoir meten geen optie is. Tot slot is de door de ons vermelde literatuurreferentie het eerste deel van een educatieve publicatie van de British Hypertension Society waarin de veermanometer naast de kwikmeter genoemd wordt als het meest gebruikte meetinstrument door de jaren heen. In het tweede deel van deze publicatie wordt de veermanometer inderdaad uitgebreider besproken.[1]

E.P. Walma, Tj. Wiersma
namens de werkgroep Hypertensie

1 Beevers G, Lip GYH, O'Brien E. ABC *of hypertension. Blood pressure measurement. Part II- conventional sphygmomanometry: technique of auscultatory blood pressure measurement*. BMJ 2001;322:1043-7.