

ten dat de thuismeting van de bloeddruk door de patiënt zelf of een verwante een alternatief van eerste keuze is.¹ De wetenschappelijkheid ervan is onderbouwd: er bestaat een goede tot zeer goede correlatie van de meetmethode met eindorgaanbeschadiging en een sterkere voorspellende waarde voor cardiovasculaire en algemene mortaliteit en CVA dan de conventionele metingen. Daarenboven bestaan er internationaal aanvaarde normale waarden, is het de beste methode om witte jashypertensie op te sporen, is de patiënt maximaal betrokken en zijn de

automatische toestellen voor zelfmeting steeds meer betrouwbaar. Het zwakke punt blijft de vraag hoe de huisarts deze veelbelovende meetmethode kan implementeren in de praktijk. Wie legt de procedure uit aan de patiënt en demonstreert ze? Wie leert het dagboek invullen, berekent de gemiddelden van de verkregen waarden, noteert ze in het medische dossier, enzovoort? Implementatieonderzoeken van deze strategieën zijn een belangrijk punt op de onderzoeksagenda van de eerste lijn.

Paul De Cort

- 1 Brueren M, Van Limpt P, Schouten H, De Leeuw P, Van Ree W. Is a series of blood pressure measurements by the general practitioner or the patient a reliable alternative to ambulatory blood pressure measurement? *Am J Hypertens* 1997;10:879-85.
- 2 Little P, Barnett J, Barnsley L, Marjoram J, Fitzgerald-Barron A, Mant D. Comparison of agreement between different measures of blood pressure in primary care and daytime ambulatory blood pressure. *BMJ* 2002;325:254-60.
- 3 Asmar R, Zanchetti A. Guidelines for the use of self-blood pressure monitoring: a summary report of the first international consensus conference. *J Hypertens* 2000;18:493-508.

Boeken

Rekenen met risico's

Gigerenzer G. *Reckoning with risk*. London: Penguin Books, 2003. 250 pagina's + verklarende woordenlijst, £ 8,99. ISBN 0140297863.

Er bestaat consensus over dat de mensen recht hebben op informatie. Helaas bestaat er geen consensus over de manier waarop dat publiek die informatie krijgt, namelijk op een duidelijke, niet misleidende manier. Gewone dokters hebben er vaak grote moeite mee resultaten te begrijpen die worden gepresenteerd als kansen of relatief-risicoreducties. Geef je dezelfde dokters de resultaten in gewone frequenties, dan blijkt men wel snel tot juiste conclusies te komen.

In dit boek worden kansen begrijpelijk gemaakt. Naast het inzicht dat je ook moet bezitten in absoluut en relatief risico, NNT en de toename van tijd van leven, gebruikt Gigerenzer natuurlijke frequenties. Hij maakt rekendiagrammen en werkt dan uit wat er aan de hand is.

Gigerenzer bespreekt een bont scala aan onderwerpen zoals (un)informed consent, het mishandelen van vrouwen, DNA-tests, ooggetuigen die geen deskundigen zijn, geweld en vingerafdrukken. De voorbeelden over borstkankerscreening en aids-counseling spraken mij het meest aan.

Zo is de kans dat een vrouw tussen de 40 en 50 jaar met een knobbel in de borst

daadwerkelijk borstkanker heeft 0,8%. Als een vrouw borstkanker heeft, is de kans 90% dat zij een positief mammogram heeft. Als een vrouw geen borstkanker heeft, is de kans 7% dat ze toch een positief mammogram heeft. Stel dat een vrouw een positief mammogram heeft, hoe groot is dan de kans dat ze borst kanker heeft? (1 op 10)

Ongeveer 0,01% van de mannen zonder risicogedrag is geïnfecteerd met HIV. Als een dergelijke man het virus heeft, is er 99,9% kans dat de test positief zal zijn (sensitiviteit). Als een man niet geïnfecteerd is, er een 99,9% kans dat de test negatief is (specificiteit). Hoe groot is de kans nu dat iemand met een positieve test ook besmet is? (50%)

De verbeterde NHG-brieven die verschenen naar aanleiding van de The Million Women Study in *The Lancet* zijn een schoolvoorbeeld van het juist presenteren van cijfers. De krant en dokters op radio en tv spraken nogal kort door de bocht over een verdubbeling van het borstkankerrisico. De NHG-brief brengt dit (na enig gereken) terug in voor gewone dokters begrijpelijke natuurlijke getallen: 'Gebruik van hormoonpreparaten tijdens de overgang vergroot de kans op borstkanker geleidelijk van ongeveer 27 op de 10.000 vrouwen per jaar naar ongeveer 50 op de 10.000 vrouwen per jaar.' Dat is andere koek dan 30 en 50% meer

kans. Met de gewone getallen kunnen gewone dokters vrouwen eerlijker voorlichten. Als resultaten van trials of diagnostische screeningstests een mistige bedoening voor u zijn, dan zal dit boek de mist doen verdwijnen.

Peter Wessels

Diagnostiek stap voor stap

Reitsma WD, Elte JWF, Overbosch D, redactie. *Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde*. Derde, herziene druk. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003. 382 pagina's, € 62,90. ISBN 90-313-4003-0.

Diagnostiek is een stapsgewijs proces. Al vroeg tijdens een consult schiet ons een aantal diagnoses te binnen, de ene wat waarschijnlijker dan de andere. Hoe waarschijnlijk een diagnose in die fase is, hangt samen met het vóórkomen van de aandoening. Hoe vaker een aandoening voorkomt, hoe groter de voorafkans. Zo is bij een patiënt die met diarree bij de huisarts komt de voorafkans op een endocriene tumor zeer klein; de voorafkans op een virale enteritis is echter groot. In de spreekkamer van de internist zullen die kansen heel anders verdeeld zijn.

Door aanvullende informatie uit anamnese, lichamelijk onderzoek en aanvullend

onderzoek te verzamelen, proberen we de waarschijnlijkheid van een bepaalde diagnose groter (of juist kleiner) te maken. En dit is ook de invalshoek van het boek *Differentiële diagnostiek in de interne geneeskunde*. Waar de meeste leerboeken in de interne geneeskunde de diagnose als uitgangspunt hebben, staan in dit boek klachten, symptomen en laboratoriumuitslagen centraal. Aan de hand van een bepaald symptoom, bijvoorbeeld diarree, worden naar pathofysiologische oorzaak alle mogelijke diagnoses besproken. Vervolgens wordt aangegeven welk aanvullend onderzoek kan leiden tot een definitieve diagnose. De hoofdstukken zijn grotendeels gerangschikt naar orgaanstelsel. Ook besteedt het boek aandacht aan functionele syndromen, zoals algemene malaise of moeheid. Ieder hoofdstuk is overzichtelijk opgebouwd en voorzien van duidelijke tabellen en soms – bij dermatologische en oogheelkundige onderwerpen – van kleurafbeeldingen. De lijsten met differentiële diagnoses (bijvoorbeeld elf oorzaken van een opgezet pijnlijk been!) kunnen onze diagnostische blik verruimen en aanleiding geven een eerste diagnose te heroverwegen. Tevens is in dit boek een aantal heldere diagnostische stroomdiagrammen opgenomen, zoals voor icterus en erythrocyturie. Daarmee is het een praktisch en toegankelijk boek, maar meer voor de internist dan voor de huisarts. De geadviseerde nadere onderzoeken behoren meestal niet tot het arsenaal dat de huisarts tot zijn beschikking heeft. Bovendien ontbreken veelal gegevens over prevalentie en incidentie van de verschillende aandoeningen. En juist deze gegevens zijn, zoals hierboven aangegeven, in het diagnostische proces voor de huisarts van grote waarde. Kortom: een helder en prettig leesbaar boek, maar voor de huisarts meer een naslagwerk dan een boek voor de dagelijkse praktijk.

Wim Opstelten

Richtlijn NSAID-gebruik

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Richtlijn NSAID-gebruik en preventie van maagschade. Alphen a/d Rijn: Van Zuiden Communications, 2003. 84 pagina's. € 16. ISBN 90-76906-69-6.

Jaarlijks overlijden in Nederland circa 165 mensen aan de directe gevolgen van NSAID-gebruik en zijn er bijna 3000 ziekenhuisopnames. Deze gegevens uit de inleiding rechtvaardigen direct het ontwikkelen van deze richtlijn. De schade van NSAID-gebruik benadert de schade als gevolg van auto-ongevallen. Daar waar 3VO al decennia ijvert voor veilig weggebruik, ontbreekt het tot nog toe aan een duidelijke richtlijn voor het gebruik van NSAID's. Bovendien is er ook geen onderzoek naar de effectiviteit van een dergelijke richtlijn.

De werkgroep is tijdens de ontwikkeling van de richtlijn ingehaald door het verschijnen van de COX-2-remmers. Het is een goede zaak dat deze middelen een plaats hebben gekregen, ondanks de altijd nog voortdurende discussie over de veiligheid en effectiviteit ervan.

De werkgroep heeft gekozen voor eenvoudige vragen, met eenvoudige antwoorden die voor de clinicus herkenbaar en toepasbaar zijn. Met die keuze zijn echter enkele relevante onderwerpen niet behandeld.

Ten eerste behandelt de richtlijn acetylsalicylzuur niet, het wellicht meest voorgeschreven NSAID in de westerse wereld. Hoewel in de huidige lage dosering minder schadelijk dan 'gewone' NSAID's, moet vanwege de omvang van het gebruik de wereldwijde maagschade enorm zijn. Ter verdediging kan worden aangevoerd dat onderzoeken naar de effectiviteit van bescherming vrijwel ontbreken en dat een uitspraak over de noodzaak tot bescherming tegen maagschade grote farmaco-economische gevolgen zou kunnen hebben.

Ten tweede wordt met geen woord gerept over publicaties die wijzen op de kans op maagschade door paracetamol, met name in een dosering van meer dan 2 gram per dag. Vooral een combinatie van paracetamol met NSAID, zoals in de WHO-pijnladder is opgenomen, zou tot een zestienmaal verhoogd risico leiden op ulcus, bloeding of perforatie.¹ Gezien het indicatiegebied van deze richtlijn vind ik een evidence-based uitspraak over het risico van paracetamolgebruik zeer relevant.

Tot slot vraag ik mij als praktiserend huisarts af of de verwachte duur van het gebruik van NSAID's niet als risicofactor voor maagschade moet worden meegenomen. Weliswaar zijn er aanwijzingen dat er juist in de eerste maanden een hoger risico op maagschade is, maar kwantitatief zal de bijdrage van chronische gebruikers aan de totale morbiditeit toch hoger zijn dan van incidentele gebruikers? Het zal niet voor niets zijn dat juist artrose- en reumapatiënten in maagschadetrials worden betrokken.

Kortom, met enkele kanttekeningen over de volledigheid van de richtlijn is het een duidelijk, beknopt en daardoor goed leesbaar en nuttig boekje. De werkgroep geeft zelf al aan dat de ontwikkelingen op het gebied van COX-2-remmers dermate snel zijn dat een herziening op korte termijn noodzakelijk is. Hopelijk worden de onvolkomenheden dan aangevuld.

A.O. Quartero

1 Garcia Rodriguez LA, Hernandez-Diaz S. Relative risk of upper gastrointestinal complications among users of acetaminophen and nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Epidemiology* 2001;12:570-6.