

Memento mori



Amerikaanse onderzoekers hebben een lipoproteïne fenotype en -genotype ontdekt dat met uitzonderlijk hoge leeftijd geassocieerd is.¹ Het fenotype waarbij de HDL- en LDL-partikels groter waren, kwam meer voor bij de zeer ouden en hun nakomelingen. Dit fenotype was geassocieerd met minder hypertensie en hart- en vaatziekten. Langzaam wordt zo het geheim van het eeuwige leven ontrafeld. Ondertussen worden wij in Nederland dagelijks met dood en verderf geconfronteerd door allerlei belangengroepen. Het

KWF heeft een herfstmaand zelfs als de maand van de borstkanker uitgeroepen. Alle vrouwen worden met de neus op hun vergankelijkheid gedrukt, maar 90% zal nooit met borstkanker te maken krijgen. Angst is nodig om gelden te werven. De historicus Huizinga noemde dit in zijn *Herfsttij der Middeleeuwen*² levensbangheid: het verloochenen van de schoonheid en het geluk, omdat er rampen en smart mee verbonden zijn. Artsen zijn ook niet vrij van dit middeleeuwse doemdenken. Door te wijzen op schadelijke effecten van

roken en drinken maken wij onze medemens er dagelijks op attent dat we sterfelijk zijn. Recent verschenen twee commentaren waarin dit nog eens ter discussie wordt gesteld. Giard wijst op de gevaren van het onbepaalde screenen op allerlei levensbedreigende aandoeningen.³ Door het screenen op allerlei aandoeningen worden we ons weer bewust van de kwalen die we hebben en die vroeg of laat tot de dood zullen leiden. Getz et al. stellen het ongevraagd aanbieden van preventieve activiteiten ter discussie.⁴ Willen de patiënten wel op hun rookgewoonten worden aangesproken als ze met knieklachten komen? Die ongevraagde presentatie van allerlei sombere scenario's van het leven mag best ter discussie gesteld worden, zelfs in dit H&W-nummer over hart- en vaatziekten.

Net als de middeleeuwen moeten wij misschien ook een stap vooruitzetten naar de Renaissance. Laten we het 'memento mori' vervangen door het 'carpe diem'. (RD)

- 1 Barzilai N, et al. *Unique lipoprotein phenotype and genotype associated with exceptional longevity.* JAMA 2003;290:2030-40.
- 2 Huizinga, J. *Herfsttij der Middeleeuwen.* Groningen: Tjeenk Willink, 1975.
- 3 Giard RWM. *Screening: zorgvuldige afweging versus commerciële medicalisering.* Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:1893-6.
- 4 Getz L, et al. *Is opportunistic disease prevention in the consultation ethically justifiable?* BMJ 2003;327:498-500.

Oefenen na een infarct helpt

De NHG-Standaard Acut coronair syndroom in dit nummer gaat niet verder dan de opname. Hartrevalidatie is een logisch vervolg op een infarct. Oefenen na een hartinfarct verlaagt de kans op overlijden. Canadese onderzoekers publiceerden onlangs een *technology assessment report* over de effecten van oefenen en oefenen plus integrale zorg na een hartinfarct in vergelijking met standaardzorg. In een Cochrane-review uit 1998 waren 36

trials opgenomen. Ze vonden 10 nieuwe RCT's met ten minste een follow-up van 6 maanden. Oefenen verlaagde de kans op overlijden (RR 0,76; 95%-BI 0,59-0,99) en cardiovasculaire sterfte (RR 0,73; 95%-BI 0,56-0,96). Bij het 'oefenen plus' oefenden patiënten niet alleen, maar kregen ze ook andere vormen van begeleiding (medicatiebegeleiding, risicomangement, voorlichting, maatschappelijk werk). Volgens de onderzoekers lijkt zo'n

programma beter uit te pakken dan standaardzorg, maar de resultaten zijn niet significant. Het relatieve risico voor de totale sterfte was 0,87 (95%-BI 0,74-1,02) en voor cardiovasculaire sterfte 0,80 (95%-BI 0,65-0,99). (JZ)

Brown A, et al. *Exercise-Based cardiac rehabilitation programs for coronary artery disease: a systematic clinical and economic review.* Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 2003. <http://www.ccohta.ca>