

veel aanknopingspunten vinden voor verder onderzoek en praktiserende huisartsen voor de directe patiëntenzorg. Enkele relevante bevindingen: medisch onverklaarde pijn komt vaak voor bij depressieve patiënten. Met name in de eerste lijn komen depressieve patiënten vaak met pijnklachten, hetgeen de herkenning van de depressie bemoeilijkt. Hoe erger de pijn, hoe groter de kans op depressie. Huisartsen zouden medisch onverklaarde pijn moeten zien als een symptoom van depressie. De prognose van een patiënt met gelijktijdige depressie en medisch onverklaarde pijn is slechter dan voor een patiënt met een depressie zonder pijnklachten. Depressie voorspelt het optreden van pijn in de toekomst. Tricyclische antidepressiva beïnvloeden zowel de depressie als de onverklaarde pijn gunstig, maar niet al het onderzoek was methodologisch even sterk. Als depressie en onverklaarde pijn samen vóórkomen

heeft dat een slechtere prognose dan iedere conditie apart. Daarom zou er een behandelmodel moeten worden ontworpen dat beide incorporeert. Als artsen geen rekening houden met depressie, kan dat succesvolle pijnbehandeling in de weg staan en als zij pijnklachten verwaarlozen, is de kans groter dat de behandeling van de depressie mislukt. In een begeleidend editorial² stond tot slot nog een geluid dat Nederlandse huisartsen bekend in de oren zal klinken: 'Three studies suggest that encouraging primary care physicians to reduce biomedical testing may be an important component of effective treatment for this population.' (PL)

- 1 Bair MJ, et al. Depression and pain comorbidity. A literature review. *Arch Intern Med* 2003;163:2433-45.
- 2 Rost K. Depression and pain. The road to evidence-based care. *Arch Intern Med* 2003;163:2415-6.

Een farmaceutische interpretatie

Is een behandeling succesvol als een medicijn bij iets meer dan de kwart van de patiënten een beetje helpt? Volgens een door de farmaceut gesponsorde RCT naar het effect van venlafaxine (Efexor®) bij patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis wel.¹ Het tegendeel lijkt me meer voor de hand liggen. De onderzoekers gingen na wat het effect van venlafaxine was bij 244 patiënten met een gegeneraliseerde angststoornis. De ene helft (122 patiënten) kreeg venlafaxine en de andere helft een placebo. Na 24 weken verminderden de klachten bij 28% van de patiënten in de behandelde groep en bij 19% van de patiënten in de placebogroep (p=0,11). Ook vonden de onderzoekers een verbetering van 2 punten op de belangrijkste vragenlijst (*Hamilton's rating scale for anxiety*). Hoewel dit een significante verbetering is, lijkt deze klinisch niet erg relevant. De onderzoekers bepaalden namelijk voorafgaand aan het onderzoek dat een daling van 4 punten of meer klinisch relevant was. Slechts één van de 3

secundaire vragenlijsten, te weten de *clinical global impression*-schaal, liet een significante verbetering zien. De kwaliteit-van-leven-vragenlijst liet slechts op 2 van de 8 schalen een verbetering zien. Niemand had ernstige bijwerkingen van de medicatie. Kortom, weinig significante en nauwelijks klinisch relevante resultaten. Dit onderzoek ondersteunt eens te meer dat we kritisch moeten kijken naar de interpretatie van resultaten van door de farmaceut gesponsord onderzoek. Melander et al. toonden al aan dat in dit soort onderzoek dubbelpublicaties veel voorkomen en er bovendien selectief wordt gepubliceerd en gerapporteerd.² (ToH).

- 1 Lenox-Smith AJ, et al. A double-blind, randomized, placebo controlled study of venlafaxine XL in patients with generalised anxiety disorder in primary care. *Br J Gen Pract* 2003;53:772-7.
- 2 Melander H, et al. Evidence b(i)ased medicine – selective reporting from studies sponsored by pharmaceutical industry: review of study in new drug applications. *BMJ* 2003;326:1171-3.

Cardiologische screening familie van patiënten met plotse dood

Van de patiënten (16-64 jaar) die plotseling overlijden en bij wie obductie geen verklaring geeft, blijkt 22% eerstegraads familieleden te hebben met erfelijke cardiale afwijkingen. In Engeland zijn 147 eerstegraads familieleden van 32 van zulke patiënten cardiologisch onderzocht. Bij 7 families werden erfelijke afwijkingen gevonden. Het vaakst werd een verlengde QT-tijd ontdekt. Bij deze families werden geen DNA-mutaties gevonden, hoewel bij het verlengde QT-syndroom in 68% wel specifieke mutaties gevonden werden. Een rust-ECG en een inspannings-ECG zijn de beste diagnostische tests om bij familieleden afwijkingen op te sporen. Bij één familie werd echter met een echo een hypertrofische cardiomyopathie aangetoond. Bij het plots overleden familielid was bij obductie geen cardiomyopathie aanwezig. Bij de families waar een erfelijke cardiale afwijking gevonden werd, bleek significant vaker eerder sprake geweest te zijn van plotse dood. Gezien deze bevindingen is het aan te raden om eerstegraads familieleden van een plots onverklaard overleden persoon te adviseren om op zijn minst een inspannings-ECG te laten maken. (RD)

Behr E, et al. *Cardiological assessment of first-degree relatives in sudden arrhythmic death syndrome.* *Lancet* 2003;362:1457-59.

De berichten, commentaren en reacties in het Journaal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Roger Damoiseaux, Tim olde Hartman, Henriëtte van der Horst, Peter Lucassen, François Schellevis, Henk van Weert en Joost Zaat.