

NHG-Standaard Hypertensie 5

Het antwoord van Walma en Wiersma op onze ingezonden brief vraagt enige nuancering.¹ Wij stelden dat 10 tot 15% gewichtsverlies met een gemiddelde bloeddrukdaling van 15 mmHg gepaard zou gaan. Zij verwezen naar een Cochrane-review die bij een gewichtsreductie van 3-9% een – dus bescheiden – systolische en diastolische bloeddrukdaling van circa 3 mmHg liet zien.²

Het verschil tussen beide uitkomsten is goed te verklaren. De Cochrane-review gaat naar ons idee uit van een negatief scenario: met alleen diëten werd niet meer dan 3-9% gewichtsverlies bereikt. En wie is dan verbaasd dat het effect op de bloeddruk bescheiden zal zijn? Het resultaat is een bevestiging van de alomheersende opvatting: 'Het behandelen van overgewicht is water naar de zee dragen, met diëten zal afvallen toch niet lukken.'

Gaat men uit van een positief scenario en bekijkt men alle onderzoeken die met diëten, gedragstherapie, beweging, medicijnen of combinaties daarvan, in staat waren 10% gewichtsverlies te bereiken, dan blijkt de invloed op de bloeddruk zoals hierboven beschreven – naast belangrijke effecten op glucose, insuline en bloedlipiden – overduidelijk.³⁻⁵ Om die reden houden wij vast aan een positieve benadering van het immense probleem van overgewicht, met een level-A-bewijs voor bloeddrukreductie door gewichtsverlies en leefstijlveranderingen.⁵

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

- 1 Van Binsbergen JJ, Mathus-Vliegen EMH. NHG-Standaard Hypertensie. Huisarts Wet 2003;46: 638-9.
- 2 Mulrow CD, Chiquette E, Angel L, Cornell J, Summerbell C, Anagnostis B, et al. Dieting to reduce body weight for controlling hypertension in adults. In: *The Cochrane Library, Issue 4, 2003*. Chichester: Wiley.
- 3 Goldstein DJ. Beneficial effects of modest weight loss. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1992;16:397-415.

- 4 WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva 3-5 June 1997*. WHO/NUT/NCD/98.1,1998:1-276.
- 5 National Heart, Lung and Blood Institute. *Clinical guidelines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults – The evidence report*. *Obes Res* 1998;6(supplement 2): 1S-209S.

NHG-Standaard Hormonale anticonceptie

Ik heb een vraag over de morning-after-methode zoals die beschreven staat in de aangepaste versie van de NHG-Standaard Hormonale anticonceptie (H&W 2003;46:552-63). In de studenteneditie van het NTvG stond dat de WHO een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek heeft laten uitvoeren naar de effectiviteit van 3 hormonale methoden om zwangerschap te voorkomen na onbeschermde coïtus. De resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in de *Lancet* (2002;360:1803-10). Ik begrijp dat behandeling met 10 mg mifepriston net zo effectief is als behandeling met levonorgestrel. Ook blijkt dat een enkelvoudige dosis van 1,5 mg levonorgestrel net zo effectief is als tweemaal 0,75 mg (in te nemen met een tussenliggende periode van 12 uur).

Deze laatste conclusie lijkt mij van belang voor de alledaagse praktijk. Te denken valt dat deze methode uiterst geschikt is voor groepen vrouwen die het om wat voor reden dan ook lastig vinden om 12 uur na inname van het eerste tablet levonorgestrel een tweede te nemen.

Waarom worden de resultaten van dit onderzoek niet genoemd in de standaard?

Rik Houppermans

Antwoord

Op het moment dat de trial van Von Hertzen et al. in de *Lancet* verscheen, was de Standaard Hormonale anticonceptie in de afrondingsfase. Hoewel we ons best doen alle belangrijke nieuwe artikelen tot het laatst toe in een standaard mee te nemen, is dit artikel helaas aan onze aan-

dacht ontsnapt. Het was zeker een vermelding waard geweest.

In de genoemde trial bleek de zwangerschapskans bij het gebruik van levonorgestrel als morning-after-methode in een eenmalige dosis (tot 120 uur na een onbeschermde coïtus) 1,5% te zijn, bij levonorgestrel in twee doseringen 1,8%. Het verschil was niet significant.

Hiermee kunnen we echter nog niet met zekerheid concluderen dat de methodes even effectief zijn. In de discussieparagraaf van het artikel zeggen de onderzoekers dat het niet uitgesloten is dat één van de twee levonorgestrelmethodes toch beter is. Een grotere trial zou nodig zijn om dit aan te tonen.

De tweemaal-per-dag-methode is in meer trials onderzocht. Daarbij werd gevonden dat de betrouwbaarheid, indien de eerste tablet binnen twaalf uur wordt genomen, zeer hoog is (zwangerschapskans 0,5%). Het ligt daarom nog niet voor de hand om voortaan aan de éénmalige dosering de voorkeur te geven. Men zou het wel als alternatief kunnen overwegen bij patiënten bij wie men bang is dat zij de tweede inname zullen verzuimen.

Froukje Boukes, Leonhard Beijderwellen,
Claudia Lobo

Restless legs-syndroom

In de eed van Hippocrates beloven wij als dokters 'primum non nocere'. In deze tijd van ontwikkelingen en innovaties wordt de eed steeds belangrijker. Het is de taak van de (huis)arts om in de 21ste eeuw persoonlijke geneeskunde te bedrijven, gebaseerd op empirisch onderzoek. In het geval van het restless legs-syndroom (H&W 2003;46:573-5) zijn de minst schadelijke middelen (placebo en eventueel hydrokinine) dan eerste keus. Pas als deze middelen falen, moeten zonnodig potentere middelen (benzo's en opiaten) met een groter arsenaal aan bijwerkingen worden geprobeerd.

De huisartsgeneeskunde staat daarmee voor een nieuwe uitdaging. Als onschuldige kwalen om een behandeling vragen, moet dat gedaan worden met zo on-