

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 Beijderwollen,
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-

schadelijk mogelijke middelen en empirisch onderzoek is hiervoor aangewezen. Wanneer we namelijk alleen die behandelingen accorderen die significant beter zijn dan een placebo, hebben we geen oog voor de grote effecten van deze onschadelijke middelen.

Joop de Vette

Antwoord

Wij zijn het grotendeels met De Vette eens. Patiënten bezoeken ons als arts in het vertrouwen dat wij hen met effectieve middelen zullen helpen bij hun medische klachten en dat wij geen dingen zullen doen die hen schaden. Volgens de tekst van de (onlangs herziene) eed van Hippocrates moeten wij onze patiënten niet alleen 'niet schaden' maar ook 'naar ze luisteren' en ze 'goed inlichten'.

Om te handelen volgens het principe 'primum non nocere' moet je weten wat effectief is en wat schade toebrengt. In onze serie *systematic reviews* over de kleine kwalen geven we bij elke behandeling (zo mogelijk) aan wat op basis van wetenschappelijk onderzoek bekend is over de gunstige effecten en ook over de nadelige effecten van deze behandeling.

Wanneer je overzicht hebt over de objectieve feiten van verschillende behandelingsmogelijkheden, kun je dit met de patiënt bespreken. De patiënt is de enige die kan afwegen of hij bij zijn (al dan niet ernstige) klachten de gunstige effecten van een behandeling vindt opwegen tegen de nadelige effecten. Het voorschrijven van een (onschuldig) onwerkzaam middel bij een onschuldige kwaal is naar ons idee niet in overeenstemming met de eed van Hippocrates. Ook bij onschuldige kwalen die behandeling vragen, mogen we het vertrouwen van onze patiënten niet schaden. In het algemeen geldt namelijk niet, zoals u beweert, dat placebo's effectiever zijn dan geen behandeling.¹

Als een patiënt zelf geen keuze kan of wil maken en er geen geschikte effectieve behandeling voorhanden is, zouden wij de patiënt toch volgens het NHG-credo adviseren 'in dubio abstine'.

Just Eekhof, Arie Knuistingh Neven, Peter Boot

1 Hróbjartsson A, Gøtzsche PC. Placebo treatment versus no treatment (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2003. Chichester: Wiley.

Harttamponnade 1

Naar aanleiding van de klinische les 'Harttamponnade, een levensbedreigende complicatie na een coronary bypass' (H&W 2003;46:624-6) heb ik een aantal opmerkingen.

Op de echofoto worden met een 2 de fibrineafzettingen/debris aangeduid, wat een onjuiste weergave van de werkelijkheid is. De dikke witte randen rond het hart en de buitenranden van het pericardzakje zijn artefacten van de echotechniek. Dit ontstaat doordat de geluidsgolven in het pericardvocht minder weerstand ondervinden dan in het omliggende weefsel en dit geeft op de overgang tussen pericardvocht en weefsel een forse reflectie. Deze reflectie geeft de witte verkleuring op het echobeeld. Fibrineer-slag geeft juist een zachtgrijze reflectie.

Daarnaast heb ik ook een aanvulling op de conclusie. Juist de echocardiografie kan goed gebruikt worden in de eerste lijn. Tijdens uw eerste visite had u een werkhypothese van hartfalen, die u op basis van anamnese en klein lichamelijk onderzoek verwierp. Dat laat goed zien dat anamnese en klein lichamelijk onderzoek onvoldoende zijn om hartfalen adequaat te kunnen verwerpen. Dit geldt niet alleen voor deze specifieke casus, maar ook voor vele andere cardiale afwijkingen die met simpele echocardiografie zijn op te sporen.

Op het Thoraxcentrum van het Erasmus MC leren studenten in één dagdeel om echocardiografie te verrichten en te beoordelen. Hun score voor het opsporen van simpele cardiale anatomische afwijkingen was bijna 100%. Dit onderzoek gebeurde met kleine draagbare echoapparatuur. De techniek, opleiding en prijs komen steeds meer binnen het bereik van de huisarts te liggen. Zelf gebruik ik al 7 jaar echografie in mijn praktijk en sinds 2 jaar doe ik ook echocardiografie. Implementatie van de echo-

grafie en de echocardiografie in het bijzonder lijkt me zeer de moeite waard.

Ruud Kuiper

Harttamponnade 2

Van Gijn, Van den Berg en Van Lier beschreven een zeldzame hartchirurgische complicatie op een voor de huisarts lezenswaardige wijze (H&W 2003;46:624-6). Ze vestigen de aandacht op de pulsus paradoxus, die gemakkelijk en snel te meten zou zijn en waarvan de aanwezigheid sterk wijst op een harttamponnade. Omdat ik geen ervaring heb met het vaststellen van dit verschijnsel, las ik met belangstelling de uitleg van de auteurs. Ik begreep dat men spreekt van pulsus paradoxus als er een verschil van meer dan 10 mmHg bestaat tussen de systolische druk, waarbij zo af en toe een toon hoorbaar is, en de systolische druk waarbij alle tonen hoorbaar zijn. Dit ken ik echter als uiting van boezemfibrilleren, een differentiële diagnose die zij niet noemen. Bij boezemfibrilleren zijn er hartvullingsverschillen niet zozeer door in- en expiratie als wel door de timingproblemen van hartcontracties. Deze timingproblemen zijn overigens gemakkelijk waarneembaar als irregulaire tonen, waardoor de differentiële diagnose boezemfibrilleren in het algemeen wel te stellen is.

Omdat boezemfibrilleren veel vaker voorkomt dan een harttamponnade, denk ik dat een patiënt met moeheidsklachten (en een snelle pols) in de weken na een coronary-bypassoperatie vaker boezemfibrilleren zal hebben dan een harttamponnade. Aandacht voor fysisch-diagnostische gelijkenis van beide aandoeningen lijkt mij dus van belang om in voorkomende gevallen de juiste balans te vinden tussen onnodige paniek en adequate spoedverwijzing.

Teun Spies