

Inhalatiecorticosteroiden bij COPD

De strijd om de therapiekeuze bij COPD-patiënten gaat onverminderd door. De NHG-Standaard en de GOLD-guidelines zijn duidelijk: er is geen aanwijzing dat inhalatiecorticosteroiden (IHC) helpen. Alle implementatieprogramma's met hun repressief inhalatiecorticosteroidenbeleid lopen echter vast op het rotsvaste vertrouwen van de huisarts: meer dan de helft van alle huisartsen blijft IHC's voorschrijven. Halsstarrigheid of zo gek nog niet?

Recent verscheen er een nieuwe meta-analyse waaruit blijkt dat de achteruitgang van de longfunctie bij COPD-patiënten die IHC's gebruiken gemiddeld bijna 8 ml/jaar minder is dan bij hen die geen IHC's gebruiken. Bij patiënten met een hoge dosering IHC's is die verminderde achteruitgang gemiddeld 10 ml.¹ Deze vermindering lijkt niet indrukwekkend en is nauwelijks klinisch relevant. Een recente meta-analyse van dezelfde onderzoeksgroep leverde een tegengesteld resultaat op.² Nogal verwarrend dus. Een belangrijke reden was dat in deze laatste analyse de verandering in de FEV1 in de eerste

negen maanden van het onderzoek niet meegenomen werd, een episode waarin over het algemeen in de meeste onderzoeken de FEV1 wel steeg. In het editorial vindt men dat deze periode toch meegewogen had moeten worden. De schrijvers vinden de bevindingen van Sutherland et al. zelfs zo evident dat het daarom ethisch niet meer verantwoord is om placebogecontroleerde onderzoeken te doen bij COPD-patiënten.

Dus nu iedere COPD'er toch maar (weer) op de IHC's? Ik weet het niet. Er blijven vraagtekens. In plaats van een discours te voeren of IHC's 'wel een beetje' of 'net niet' werkzaam zijn bij COPD-patiënten, lijkt het me beter energie te steken in stoppen-met-rokenacties, actief of passief. (HT)

- 1 Sutherland ER, et al. *Inhaled corticosteroids reduce the progression of airflow limitation in COPD: a meta-analysis.* *Thorax* 2003;58:937-41.
- 2 Highland KB, et al. *Long-term effects of inhaled corticosteroids on FEV1 in patients with COPD. A meta-analysis.* *Ann Intern Med* 2003;138:969-73.

Ervaring telt

Patiënten hebben betere overlevingskansen bij chirurgen die de betreffende ingreep vaker uitvoeren. Het was al bekend dat patiënten beter af zijn in grotere, meer gespecialiseerde ziekenhuizen als het gaat om postoperatieve mortaliteit. Onbekend was of dit aan de betere outfit van het ziekenhuis lag of aan betere chirurgen. Amerikaanse onderzoekers hebben bij 474.108 patiënten tussen de 65 en 94 jaar, die een cardiovasculaire of oncologische operatie ondergingen, bekeken wat het effect van de ervaring van de chirurg was op de postoperatieve mortaliteit. De postoperatieve mortaliteit was gedefinieerd als overlijden voor ontslag of binnen 30 dagen na de ingreep. De volgende ingrepen zijn onderzocht: coronairbypassoperatie, aortaklepvervangings, caro-

tis endarteriëctomie, electieve abdominale aorta-aneurysma-operatie, pancreasresectie, oesofagectomie, longresectie en cystectomie. De uitkomsten zijn gecorrigeerd voor ziekenhuiskenmerken en patiëntkenmerken. De mortaliteit bij chirurgen die de ingreep weinig uitvoerden, was voor alle ingrepen hoger. De gecorrigeerde odds-ratio's varieerden van 1,24 tot ,61. Volgens de onderzoekers valt er dus wat voor te zeggen om chirurgen zich meer te laten specialiseren.

Wij kunnen in sommige gevallen mensen adviseren om toch maar op een ervaren chirurg te wachten. Misschien wel een probleem als je in Oost-Groningen of de Achterhoek werkt. (RD)

- Birkmeyer JD, et al. *Surgeon volume and operative mortality in the United States.* *N Engl J Med* 2003;349:2117-27.

Weinig toekomstbestendige visie VWS

In november 2003 ontvouwde minister Hoogervorst in een brief aan de Tweede Kamer zijn visie over de toekomstbestendigheid van de eerstelijnszorg. In de brief worden belangrijke maar ook tegenstrijdige standpunten ingenomen over de rol van de eerste lijn als poortwachter voor de specialistische zorg. Het lijkt alsof de minister de poortwachtersrol bevestigt: 'het doorverwijzen naar de medisch specialist en weer snel "terugnemen" van de patiënt na diagnose en behandeling door de medisch specialist' is een taak van de eerstelijnszorg. Even verderop 'ligt het in de rede dat zorgverzekeraars op de lange termijn beoordelen hoe de poortwachterfunctie wordt uitgevoerd' (...) 'Voorlopig blijft de huisarts de belangrijkste poortwachter voor de tweedelijnszorg', maar vanaf 1 januari 2004 kunnen ook bedrijfsartsen patiënten rechtstreeks naar de tweede lijn verwijzen. Verder gaat de brief vooral in op de heilzaamheid van de marktwerking in de gezondheidszorg. Het is te hopen dat het nieuwe takenpakket van de huisarts toekomstbestendiger zal blijken dan de visie van deze minister. (FS)

De toekomstbestendige eerstelijnszorg. Kamerstuk 2003-2004, nr. 29247 d.d. 21 november 2003.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal 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 Thiadens, Henk van Weert en Joost Zaat.