

## Huisartsenpraktijk annex coffeeshop

Het belangrijkste bezwaar dat Damoiseaux in zijn commentaar beschrijft, is het gebrek aan deugdelijk onderzoek naar de werkzaamheid voor diverse geclaimde klachten (H&W 2003;46:739). Hij heeft bij zijn onderzoek het recent verschenen artikel in de *Lancet* en het commentaar daarop gemist.<sup>1,2</sup> Het betreft een groot gerandomiseerd en placebogecontroleerd onderzoek waarin een positief effect gevonden wordt van oraal ingenomen cannabinoïden op de door de patiënt ervaren spasticiteit bij multiple sclerose. Uiteraard is er meer onderzoek nodig en is nog niet alles evidence-based, maar dat geldt voor een groot deel van ons farmaceutisch arsenaal. In het commentaar staat letterlijk: 'We now have as much evidence to support the use of these oral cannabinoids for spasticity in ambulatory people with multiple sclerosis as we do for many standard therapies for spasticity, including baclofen.'<sup>2</sup>

Gezien de ernst en de uitzichtloosheid van de klacht is er alle reden om het te proberen als andere antispasmemedicamenten onvoldoende helpen.

Wat het onderscheid genotmiddel versus geneesmiddel betreft: high worden wijst op overdosering en is niet verantwoordelijk voor het beoogde effect. Ook neem ik aan dat Damoiseaux het van het genotmiddel opium afgeleide morfine voorschrijft bij ernstige pijn.

Overigens is cannabis geen nieuw middel; het wordt zelfs geleverd in de oorspronkelijke vorm: een potje gras.

Chris de Ridder

1 Zajicek J, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet* 2003;362:1517-26.

2 Metz L, Page S. Oral cannabinoids for spasticity in multiple sclerosis: will attitude continue to limit use? *Lancet* 2003;362:1513.

## Antwoord

Chris de Ridder wijst op een recent ver-

schenen artikel waarin in een beschreven onderzoek patiënten een positief effect door cannabis ervaren. Dit was nog niet bekend toen ik mijn commentaar schreef en dus ook niet toen het besluit werd genomen om cannabis tot receptgeneesmiddel te verheffen. Wat mij steekt, is het feit dat deze beslissing dus op emotionele gronden genomen is. Als onderzoek later aantoonde dat er wel een positief effect van cannabis te verwachten is bij bepaalde aandoeningen, verandert dat de situatie. Ook bij dit in de *Lancet* gepubliceerde onderzoek was er echter geen verschil in de primaire uitkomstmaat (een objectieve spasticiteitsscore) tussen de cannabisgroep en de placebogroep. Tot nu toe is er dus nog geen reden om cannabis voor te schrijven. Als het bewijs geleverd is, zal ook ik het met gerust hart voorschrijven, net als morfine.

Roger Damoiseaux

## NHG-Standaard Hypertensie 6

De NHG-Standaard Hypertensie is weer zo'n curieuze mix van Hollandse nuchterheid, zuinigheid en te veel gepolder. De standaard loopt ver achter op de internationale ontwikkelingen in het onderzoek naar hypertensie. Bovendien is het Hollandse eigenwijsheid om met het betweterige opgeheven vingertje de Europese hypertensierichtlijn te doorkruisen met een volstrekt afwijkend behandeladvies. Mijn grootste pijnpunt is echter de keuze van behandeling bij mensen met diabetes type 2 gecombineerd met hypertensie. De UKPDS toonde al aan dat het loont de bloeddruk bij diabetes stevig de kop in te drukken. Dit was voornamelijk het resultaat van het simpelweg verlagen van de bloeddruk met welk antihypertensivum dan ook. De LIFE-, HOPE- en SCOPE-onderzoeken lieten echter zien dat blokkade van het RAS-systeem een additief effect op morbiditeit en mortaliteit bij diabetes heeft. De invloed op de nierfunctie is uiterst gunstig bij RAS-remming, zoals ook de RENAAL en IRMA 2 nog eens aantoonde.

Het advies in de NHG-Standaard Hypertensie (een bètablokker en een diureticum als eerste keus) is gebaseerd op slechts één (weliswaar zeer groot) onderzoek, het ALLHAT-onderzoek, dat voornamelijk gefinancierd is door overheden en zorgverzekeraars. Dit onderzoek is controversieel omdat er werd gerommeld met het overzetten van diuretica naar calciumantagonisten, waardoor een deel van de populatie decompenseerde.

Bovendien bestond een buitenproportioneel grote deelpopulatie uit het negroïde ras, waarvan bekend is dat het minder gevoelig is voor RAS-remming. De uitkomsten zijn daarmee gekleurd en niet representatief voor de gemiddelde West-Europese bevolking.

Mijns inziens wordt elke diabetes type 2-patiënt met een RAS-remmer zeer goed behandeld, zelfs als er geen hypertensie bestaat. Omdat de tensie eigenlijk naar 130/80 mmHG zou moeten als streefwaarde bij diabetes – ook hier wijkt Nederland af – zal aan een additieve behandeling met bijvoorbeeld een bètablokker en/of een diureticum in de praktijk zelden te ontkomen zijn.

Het wordt tijd dat de NHG eens *lef* krijgt en met baanbrekende standaarden komt, waar we als huisartsen wat aan hebben. Steeds lopen we achter de dagelijkse praktijk aan en worden alle inspanningen van de zware en nijvere commissies, die deze standaarden met veel zorgvuldigheid en literatuurstudie ontwikkelen, terzijde geschoven door schouderophalende artsen die het laatste nieuws al weer op nascholingscursussen hebben gehoord.

Matteus van Dijk

Mogelijke belangenverstremming: MvD is lid van het DiHag.

## Antwoord

Collega Van Dijk is van mening dat de NHG-Standaard Hypertensie (derde herziening) al verouderd is omdat de standaard uit de pas loopt met de Europese richtlijn over dit onderwerp.<sup>1</sup> Inhoudelijk lijkt het vooral te gaan om het feit dat de standaard voor mensen met diabetes niet