

benign prostatic hyperplasia: a review of the literature. Eur Urol 2000;38:2-19.

- 3 Wilt TJ, Mac DR, Rutks I. *Tamsulosin for benign prostatic hyperplasia (Cochrane Review).* In: *The Cochrane Library, Issue 3.* Oxford: Update Software, 2003.
- 4 Ezz El Din K, Koch WFRM, De Wildt MJAM, Kiemeny LALM, Debruyne FMJ, De la Rosette JJMCH. *Reliability of the international prostate symptom score in the assessment of patients with lower urinary tract symptoms and/or benign prostatic hyperplasia.* J Urol 1996;155:1959-64.
- 5 Chancellor MB, Rivas DA, Keeley FX, Lotfi MA, Gomella LG. *Similarity of the American Urological Association Symptom Index among men with benign prostatic hyperplasia (BPH), urethral obstruction not due to BPH and detrusor hyperreflexia without outlet obstruction.* Br J Urol 1994;74(2):200-3.
- 6 Stoevelaar HJ, Van de Beek C, Nijs HG, Casparie AF, McDonnell J, Janknegt RA. *The symptom questionnaire for benign prostatic hyperplasia: an ambiguous indicator for an ambiguous disease.* Br J Urol 1996;77(2):181-5.
- 7 American Urological Association. *Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia.* <http://www.auanet.org/guidelines>. 2003.

Perniones

Het artikel van Lagro-Janssen over perniones (H&W 2004;47:561-4) bevat weinig meer informatie dan de Kleine kwaal in 2003 (H&W 2003;46:778-81) met dien verstande dat daar geen onderzoek gevonden werd waaruit enige positieve werking bleek van vitamine-D₃-injecties intramusculair. Het is jammer dat het artikel niet vermeldt dat de ampullen niet meer te verkrijgen zijn tot verdriet van een kleine, maar constante groep patiënten.

J.C.Ponten, apotheekhoudend huisarts

Antwoord

De bedoeling van ons literatuuronderzoek was om dat wat bekend is over de behandeling van perniones samen te vatten. Inderdaad, we schreven dat al in de inleiding, zijn de vitamine-D₃-injecties in Nederland niet meer verkrijgbaar. Of dat een gemis is voor de patiënten valt te bezien. Het onderzoek dat wij beschreven le-

vert in ieder geval het overtuigende bewijs van de werkzaamheid van vitamine D₃ bij perniones niet. Wij zien de in ons artikel genoemde opties (vitamine D₃, nifedipine en fluocinoloncrème) vooral als mogelijke onderwerpen voor nieuw onderzoek.

A.L.M. Lagro-Janssen, I.H. Souwer

Indicatie voor een bètablokker? Kies voortaan metoprolol!

Afgelopen weken werden wij gebeld door patiënten en huisartsen, die in onzekerheid verkeren over de bètablokker die wij voorschrijven aan patiënten met coronaire hartziekten. Zij verwijzen daarbij naar de adviezen van het NHG (H&W 2004;47:651).

In dit advies refereren Wiersma et al. aan de meta-analyse van Carlberg over atenolol bij hypertensie (Lancet 2004;364:1684-9). Hieruit bleek atenolol ten opzichte van een placebo bij hypertensie alleen beroerte te voorkomen, terwijl sterfte en hartinfarcten niet afnamen. In vergelijking met andere strategieën bleek atenolol sterfte, hartinfarct en beroerte minder goed te voorkomen dan alternatieve anti-hypertensiva. De auteurs van het artikel in de *Lancet* twijfelen derhalve of atenolol een eerstelijnsantihypertensiva moet zijn. Een belangrijke tekortkoming van deze meta-analyse is dat zij hoofdzakelijk berust op het LIFE-onderzoek, waarbij atenolol is vergeleken met losartan bij oudere hypertensiepatiënten met ECG-linkerkamerhypertrofie. Dé grote beperking van dit zwaar bekritiseerde onderzoek is dat het gebruik van ACE-remmers was uitgesloten, terwijl die van groot nut zijn gebleken bij vrijwel alle hartziekten. Wiersma et al. trekken evenwel de lijn van atenolol bij hypertensie meteen door naar myocardinfarct, angina pectoris, hartfalen of anderszins en adviseren huisartsen om patiënten om te zetten naar metoprolol, waar dit in de *Lancet* is onderzocht noch geadviseerd.

Kwalijker dan deze onjuiste berichtgeving is de NHG-patiëntenbrief *Bètablokker? Voortaan metoprolol!* Hierin wordt naast uit-

leg over de werking van bètablokkers een 'nieuw onderzoek aangekondigd, waarin een belangrijk verschil naar voren komt tussen de bètablokkers atenolol en metoprolol'. Het is ons onduidelijk waar deze vergelijking op berust. Directe vergelijking tussen atenolol en metoprolol op grote schaal bestaat niet. De beschermende werking van bètablokkers bij cardiovasculaire aandoeningen inclusief hartfalen is al meer dan twintig jaar bekend, maar verschillen tussen bètablokkers zijn niet of slechts marginaal onderzocht. Patiënten worden door deze brief in verwarring gebracht en zoeken contact met hun specialist of huisarts, die afgaand op richtlijnen en goed gedocumenteerd onderzoek op het gebied van myocardinfarct, angina pectoris, hartritmestoornissen en hartfalen tot een weloverwogen besluit is gekomen.

Het is onbegrijpelijk dat het NHG deze foutieve informatie afdrukt in zijn tijdschrift en tevens onjuiste informatie in een patiëntenbrief zo formuleert, dat patiënten en hun huisartsen in verwarring raken. Met name het doortrekken van een bevinding bij hypertensie naar hartinfarct, angina pectoris en hartfalen is wetenschappelijk onjuist en tevens onnodig beangstigend voor patiënten en hun huisartsen.

prof. dr. F.W.A. Verheugt, cardioloog,
prof.dr. Th. Thien, internist

Antwoord

Graag maken we van de reactie van de collega's Verheugt en Thien gebruik om onze mededeling over de voorkeur voor metoprolol te verduidelijken. De voorkeur voor het lipofiele bèta-1-selectief middel metoprolol bij patiënten met een myocardinfarct, angina pectoris of hartfalen berust niet primair op de meta-analyse van Carlberg et al., die immers gaat over patiënten met hypertensie, maar op het feit dat metoprolol voor deze indicaties op betere resultaten kan bogen, dan wel beter onderzocht is. Voor atenolol ontbreekt goeddeels overtuigend bewijs voor deze indicaties. Een en ander wordt aangeduid in het begin van onze mededeling en is uitvoeriger na te lezen in de noten