

Autorijden na een CVA

‘Ook beschadigde hersenen blijven leren en functioneren’, zei de hoogleraar Verkeersgeneeskunde en Verkeersneuropsychologie, Wiebo Brouwer, in zijn oratie op

5 april in Groningen. Dat iemand een CVA gehad heeft, maakt hem nog niet ongeschikt om auto te rijden. Het is vooral de comorbiditeit die rijden ingewikkeld

maakt, een CVA én visusproblemen bijvoorbeeld. Een deel van de ouderen met een hersenbeschadiging blijkt hun rijstijl zodanig aan te passen dat ze beter anticiperen op hun beperkingen en dus toch veilig rijden. Zelfs mensen met een hemineglect of visusproblemen kunnen met een gerichte kijktraining hun handicap de baas worden. Volgens Brouwer is autorijden niet zo ingewikkeld: je moet je snelheid aanpassen aan je voorgangers én op de weg blijven; pas bij ingewikkelde kruisingen lopen ouderen meer kans op een ongeluk. Zelfs ouderen met een matig dementieel beeld kunnen soms autorijden zolang er maar geen andere beperkingen zijn.

De richtlijnen van het CBR zijn niet erg duidelijk. Huisartsen zouden ouderen met cognitieve problemen of na een CVA niet altijd moeten afraden om weer te gaan rijden. Het aanvragen van een rijtest bij het CBR is vaak een beter alternatief. (JZ)



Foto: Marcel van den Berg/Hollandse Hoogte

Obesitasrichtlijnen

Half april verscheen in de VS een richtlijn over de farmacologische en chirurgische behandeling van obesitas. Alle dokters zouden zich bewust moeten zijn van de gevaren van obesitas (BMI >30). De richtlijn bestaat maar uit vijf aanbevelingen, die ondersteund worden door twee zeer uitgebreide systematische reviews. Dokters zouden met te dikke patiënten moeten praten over bewegen en eten en samen met hen streefwaarden voor gewichtsvermindering moeten vaststellen. Als de dikke patiënt toch niet afvalt, kan de dokter pillen aanraden, maar dan moet hij wel de nadelen bespreken. Als de patiënt voor pillen kiest, kan de dokter kiezen voor sibutramine, orlistat, de in Nederland niet voor adipositas geregistreerde fluoxetine of bupropion of twee in Nederland geheel niet geregistreerde geneesmiddelen. Bij een patiënt met een BMI >40 en comorbiditeit kan de dokter praten over chirurgie (bandjes, maagver-

kleining, bypassoperaties) en ook dan moet hij wijzen op de bijwerkingen. Ten slotte moet een huisarts naar een voldoende gespecialiseerd centrum verwijzen als de patiënt voor chirurgie kiest.

Uit de richtlijn zelf, maar vooral in de bijgeleverde meta-analyse blijkt dat de gewichtsreductie met pillen maar heel beperkt is. Met sibutramine val je in een jaar gemiddeld 4,5 kilo af en met orlistat 2,9 en met de andere pillen is dat ongeveer evenveel. Voorwaar geen spectaculair resultaat. Opereren helpt bij heel dikke mensen beter, hoewel er methodologisch eigenlijk geen goede onderzoeken blijken te zijn. In het grootste gematchte onderzoek bleken mensen na een operatie blijvend 20 kilo te zijn afgevallen.

Geen woord besteedt de richtlijn aan cognitieve gedragstherapie of een multidisciplinaire aanpak of aan de verschillende soorten eetgedrag. En hoe die dokter intensief moet counselen,

blijft mij ook onduidelijk.

In ieder geval minder saai en eenzijdig is een website van The Wellcome Trust. Die organisatie is in Engeland niet alleen een grote financier van onderzoek, maar richt zich ook met voorlichting op het lekenpubliek en onderwijs. Over obesitas hebben ze een prachtige website, waarin wetenschappelijke kennis aantrekkelijk en vooral ook opvallend genuanceerd wordt gepresenteerd. (www.wellcome.ac.uk/bigpicture/obesity). (JZ)

Snow V, et al. Pharmacologic and surgical management of obesity in primary care: a clinical practice guideline from the American College of Physicians. Ann Intern Med 2005;142:525-31.