

## NHG-Standaard Urineweginfecties (1)

Naar aanleiding van de NHG-Standaard Urineweginfecties heb ik geprobeerd om bijscholing te maken voor mijn assistentes (H&W 2005:48;341-52). Nadat ik drie keer de tekst en de voetnoten had doorgenomen, kon ik enkel tot de conclusie komen dat er slechts vreemde bomen in het bos zijn uitgezaaid die voor mij geen verlicht pad uitstippelen. Ik zal deze standaard zeker niet gebruiken. De standaard verstoort mijn gezond verstand: ik moet in mijn denken allerlei verwarrende detailinformatie meenemen die nooit tot mijn geheugen zal doordringen. Jammer van mijn energie.

Petra de Keyser

### Antwoord

Het is jammer dat de tweede herziening van de NHG-Standaard Urineweginfecties collega De Keyser niet brengt wat zij zoekt. Helaas levert zij geen inhoudelijke onderbouwing van haar kritiek. Wij nodigen haar uit deze alsnog kenbaar te maken en gaan daar dan graag op in.

Bart van Pinxteren,  
namens de werkgroep Urineweginfecties

## NHG-Standaard Urineweginfecties (2)

De herziene NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert om bij intoleranties voor nitrofurantoïne en/of trimethoprim een eenmalige dosis fosfomycine te geven. Na goed zoeken in het *Farmacotherapeutisch Kompas* kwam ik tot de ontdekking dat het hier om Monuril® gaat. Het advies wordt in de noot weliswaar onderbouwd met literatuurgegevens uit voornamelijk de VS, maar ik herinner me dat dit middel, dat in de jaren tachtig enige tijd is gepropageerd, nooit echt van de grond is gekomen bij de Nederlandse huisarts. Het bevreemdt mij dat dit middel dan als een duveltje uit een doosje in de standaard terecht komt. Een standaard zou toch een weerspiegeling moeten zijn van algemeen aanvaarde behandelwijzen en

dit lijkt mij (nog) niet van toepassing op Monuril.

In hetzelfde nummer raden Breek et al. in de serie Kleine kwalen (H&W 2005:48:368-9) aan bij giardiasis een eenmalige dosis tinidazol te geven. Ook hier weer zoeken in het *Kompas* en dan blijkt het om Fasigyn® te gaan. Overleg met de apotheek leert dat dit middel al enige tijd uit de handel is. Dus toch maar weer het vertrouwde metronidazol gebruiken ondanks de te verwachten mindere therapietrouw!

Een laatste opmerking: ik ben een grote voorstander van generiek voorschrijven, dus wat mij betreft is de voorkeur om de stofnaam als eerste te vermelden, geen probleem. Maar als het gaat om middelen die (nog) niet algemeen bekend zijn, zou het mogelijk een idee zijn om ook de specialiténaam te vermelden. Mijn HIS herkende fosfomycine noch tinidazol!

Jan Lips

### Antwoord

Wij hebben begrip voor de verbazing van collega Lips over het introduceren van een relatief onbekend middel dat al jaren op de markt is. Er waren twee aanleidingen om fosfomycine in de tweede herziening van de NHG-Standaard Urineweginfecties op te nemen. Enerzijds stijgt de resistentie tegen trimethoprim, waardoor de behoefte aan alternatieve antibiotica voor de behandeling van ongecompliceerde urineweginfecties toeneemt.<sup>1</sup> Anderzijds krijgt bijna 20% van de vrouwen met een cystitis van wie de klachten na een eerste kuur persisteren momenteel een fluorochinolon voorgeschreven – veelal norfloxacin – wat met het oog op resistentieontwikkeling niet gewenst is.<sup>2</sup> Nu is fosfomycine een bewezen effectief middel dat al geruime tijd geregistreerd is en waarmee in het buitenland veel ervaring is opgedaan. Omdat het niet behoort tot de reserveantibiotica is de keuze voor fosfomycine in onze ogen een logische reactie op de geschetste problematiek. NHG-Standaarden volgen niet alleen gangbaar beleid, maar proberen dat ook waar mogelijk te verbeteren.

Bart van Pinxteren,  
namens de werkgroep Urineweginfecties

- 1 SWAB. *NethMap 2004 - Consumption of antimicrobial agents and antimicrobial resistance among medically important bacteria in the Netherlands.*
- 2 Lea Jabaaij, Margreet Filius. *Fluorchinolonen bij cystitis: kan het minder?* *Huisarts Wet* 2003;46: 353.

## Automatiseringsgeloof

Bij nummer 8 van H&W 2005 zat als bijlage de *Nieuwsbrief invoering Elektronisch Medicatie Dossier en Waarneem Dossier Huisartsen*. Het hoofdartikel op de voorpagina begint met de regel: 'Een van de meest geciteerde uitspraken: In de zorg-ICT zijn drie doelen van belang: implementatie, implementatie, implementatie.' Drammen, drammen, drammen dus maar, maar waarom? Gezien de grote waarde die in de huisartsgeneeskunde wordt gehecht aan evidence als basis voor richtlijnen, dringt zich de vraag op of er een publicatie bestaat – al was er maar één – met de resultaten van een betrouwbaar wetenschappelijk onderzoek, waaruit onomstotelijk blijkt dat de implementatie van ICT de kwaliteit van de patiëntenzorg in de huisartsgeneeskunde ten goede komt. Twee collega's en deskundigen op het gebied van implementatie van ICT in de zorg konden mij hieraan desgevraagd niet helpen. Zelf zwichtte ik destijds vrij snel voor de verleiding van een fraaie computer in de spreekkamer en ik wil de voordelen beslist niet ontkennen: minder troep op het bureau, geen problemen meer met het lezen van mijn handschrift, lekker snel, gemakkelijk en efficiënt (wanneer alles werkt) en nieuwe sociale contacten met buitengewoon aardige mensen (wanneer er problemen zijn en hulp nodig is). Ik kan en wil mij ook beslist niet verzetten tegen een onomkeerbare trend in onze samenleving, die zich – als vanzelfsprekend, inclusief de hierbij behorende vertraging – ook in de gezondheidszorg doet gelden. Ik vraag mij wel af of het verwachtingspatroon van de betreffende implementatie met betrekking tot de kwaliteit van de patiëntenzorg niet ietwat te hoog ligt. Ook waag ik het wel

eens te betwijfelen of andere aspecten van de Nederlandse gezondheidszorg die zeer dringend extra aandacht verdienen, niet lijden onder de prioriteit die de implementatie van ICT krijgt. Hoeveel weggegooid geld heeft de ICT-implementatie al niet gekost, hoeveel

ondoordachte implementatiepogingen waren tot mislukking gedoemd, hoeveel kaf zat er niet onder het koren van de aangeboden producten en hoeveel nodeloze tijd, verspilde energie en overbodige ergernis zijn gestoken in een situatie die na 15 jaar nog verre van ideaal

is? Implementatie in de zorg-ICT dreigt zo te verworden tot een holle leuze voor een beleid, waarin blind moet worden geloofd en dat geen kritiek duldt.

*Ignace Schretlen*

## Cochrane-reviews

### Medicamenteuze behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom

Quarero AO, Meineche-Schmidt V, Muris J, Rubin G, De Wit N. *Bulking agents, antispasmodic and antidepressant medication for the treatment of irritable bowel syndrome*. In: *The Cochrane Library, Issue 3*, 2005. Chichester: Wiley.

**Achtergrond** Het pathofysiologisch mechanisme van het prikkelbaredarmsyndroom [PDS] is onbekend. De meest recente hypothese is dat de *brain-gut axis* een rol speelt bij het ontstaan en onderhouden van de PDS-klachten. Soms is een gastro-intestinale infectie een uitlokkende factor. Verder spelen voeding, stress en psychologische factoren een rol bij het instandhouden van het PDS, hoewel uit onderzoeken een nogal wisselend beeld naar voren komt. Geruststelling en adviezen vormen de hoeksteen van het huisartsgeneeskundige beleid. Spasmolytica en bulkvormers zijn de meest voorgeschreven medicamenten, een enkele keer worden antidepressiva in lage dosering voorgeschreven.

**Doel** Vaststellen van de effectiviteit van bulkvormers, spasmolytica en antidepressiva bij de behandeling van het prikkelbaredarmsyndroom.

**Zoekstrategie en inclusiecriteria** De auteurs raadpleegden naast Medline, EMBASE en PsycInfo van 1966 tot eind tot 2001 ook de Cochrane Library en, via de European Society for Primary Care Gastroenterology, ook nationale databanken. Ze selecteerden RCT's waarin bulkvormers, spasmolytica of antidepressiva werden vergeleken met placebo bij

personen van 12 jaar en ouder bij wie de diagnose PDS was gesteld. Primaire uitkomstmaten waren: afname van de buikpijn, globale verbetering van de klachten volgens de patiënt, verbetering van de kwaliteit van leven of een symptoomscore.

**Methode** Telkens twee auteurs beoordeelden de methodologische kwaliteit van de onderzoeken en verrichtten de gegevens-extractie met behulp van gestandaardiseerde formulieren. Ze hanteerden vier criteria voor de methodologische beoordeling: adequate randomisatie, dubbelblinde uitvoering, geblindeerde analyses en adequate beschrijving van uitvallers. Per categorie (bulkvormers, spasmolytica en antidepressiva) werden de gegevens van onderzoeken met vergelijkbare uitkomstmaten gepoold. Bij statistische heterogeniteit werd het random-effects-model gebruikt.

**Resultaten** Veertig van de 687 potentieel relevante artikelen voldeden aan alle insluitcriteria. Slechts één onderzoek voldeed aan alle kwaliteitscriteria. Een adequate uitvoering van de randomisatieprocedure werd slechts in 9 onderzoeken beschreven; in iets meer dan de helft was de blinding adequaat uitgevoerd en beschreven.

Bij drie van de elf onderzoeken over bulkvormers was de onderzoekssetting niet duidelijk, in de rest van de onderzoeken was er sprake van een poliklinische populatie. Voor alle uitkomstmaten was er sterke statistische heterogeniteit. Bulkvormers bleken op alle drie de uitkomstmaten: buikpijn, globale verbetering en symptoomscore niet effectiever dan placebo.

Over spasmolytica die te verdelen zijn in 7 farmacologische subgroepen waren er in totaal 24 onderzoeken. Per spasmolyticum was vaak slechts één onderzoek beschikbaar voor analyse, maar geen enkele was uitgevoerd in de eerste lijn. Alleen scopolaminderivaten en pinaverium lieten vrij consistent een positief effect zien: afname van de buikpijn en een globale verbetering van de klachten. Bij de scopolaminderivaten was dit niet het geval als de buikpijn dichotoom werd beoordeeld, maar wel bij gebruik van een continue schaal. In 6 onderzoeken beoordeelden de patiënten de globale verbetering dichotoom (RR 1,55; 95%-BI 1,14-1,64). Pooling van de resultaten van de 4 onderzoeken naar de effectiviteit van pinaverium resulteerde in statistisch significante afname van de buikpijn (RR 1,57; 95%-BI 1,08-2,26) en eveneens in significante globale verbetering (RR 2,16; 95%-BI 1,54-3,02). In de 2 onderzoeken naar de effectiviteit van mebeverine bleek het middel niet effectiever dan placebo op de uitkomstmaten buikpijn en globale verbetering.

Twee van de zes onderzoeken naar het effect van antidepressiva werden deels in de eerste lijn uitgevoerd. Er werden drie verschillende antidepressiva gebruikt; statistische pooling was slechts beperkt mogelijk. Tricyclische antidepressiva bleken niet effectiever dan placebo op de uitkomstmaten buikpijn en globale verbetering.

**Conclusie** De auteurs concluderen dat het bewijs voor de effectiviteit van bulkvormers, spasmolytica en antidepressiva zwak is. Alleen spasmolytica hebben een consistent positief effect op de pijn, en