

Betekenis voor huisarts en patiënt

In onze multiculturele samenleving in Nederland lijkt specifiekere kennis over veel voorkomende aandoeningen bij migranten gewenst, met name in de grote steden. Een van deze aandoeningen is vitamine-D-deficiëntie. In onderzoek is aangetoond dat zwangere niet-westerse vrouwen vaak vitamine-D-deficiëntie hebben. De eventuele gevolgen van een vitamine-D-deficiëntie voor moeder en kind zijn aanzienlijk, zoals verhoogde botafbraak, osteomalacie en myopathie bij de moeder en verminderde botmineralisatie en congenitale rachitis bij de foetus. Er bestaat nog geen NHG-Standpunt over dit onderwerp; wel adviseert het voedingscentrum een extra vitamine-D-intake.² Gezien de bovenstaande gevolgen lijkt het wenselijk om zwangere niet-westerse vrouwen te screenen.

aanvullende gegevens over het gebruik van tabak, alcohol en drugs en over bestaande infectieziekten.

Primaire uitkomstmaat Serumconcentratie 25-hydroxyvitamine-D; de grenswaarde voor een vitamine-D-deficiëntie werd gesteld op een serumconcentratie < 25 nmol/L.

Resultaten Van de 358 vrouwen was 29% van westerse afkomst, 22% van Turkse en 19% van Marokkaanse afkomst. De leeftijd varieerde van 17 tot 42 jaar. De concentratie 25-hydroxyvitamine-D bleek significant samen te hangen met de etnische groep. Referentie was de groep westerse vrouwen (deficiëntie bij 8%). Een deficiëntie bleek voor te komen bij 84% van de Turkse vrouwen ($p < 0,001$), 81% van de Marokkaanse vrouwen ($p < 0,001$) en 59% van de vrouwen met een andere niet-westerse afkomst ($p < 0,001$). De relatie tussen vitamine-D-gehalte en etnische afkomst werd niet beïnvloed door leeftijd, seizoen van bloedafname, sociale status, roken, alcohol en/of drugsgebruik of een infectieziekte.

Conclusie van de onderzoekers De prevalentie van vitamine-D-deficiëntie bij niet-westerse zwangeren is zeer hoog en is mogelijk nog hoger dan dit onderzoek aantoonde, gezien de bestaande discussie

over het omhoog bijstellen van de grenswaarde van 25 nmol/L. De onderzoekers adviseren screening op vitamine-D-deficiëntie bij alle niet-westerse zwangere vrouwen en eventueel behandeling, gezien de consequenties voor moeder en kind.

Bewijskracht Individueel cohortonderzoek: 2b.³

Linda Barbier en Arie Knuistingh Neven

1 Van der Meer IM, Karamali NSA, Boeke APJ, et al. High prevalence of vitamin D deficiency in pregnant non-Western woman in The Hague, Netherlands. *Am J Clin Nutr* 2006;84:350.

2 www.voedingscentrum.nl.

3 www.infopeoms.com/levels.html.

Orale of intramusculaire toediening van vitamine B12 bij vitamine-B12-deficiëntie?

Vraagstelling

Kan orale toediening van vitamine B12 de intramusculaire toediening vervangen bij patiënten met vitamine-B12-deficiëntie?

Betekenis voor huisarts en patiënt

De NHG-Standaard Anemie adviseert intramusculaire toediening van vitamine B12 om pernicieuze anemie te behandelen. Het schema is aanvankelijk 10 injecties van 1 mg met een tussenpoos van 3 dagen, daarna eens per twee maanden injecties van 1mg, levenslang.⁴ Het is voor de patiënt ingrijpender om injecties te krijgen dan om een pil te slikken, en de injecties zijn zowel voor de patiënt als voor de huisartsenpraktijk tijdsintensief.

Deze review komt tot de conclusie dat orale toediening even effectief is als intramusculaire injecties. Dit komt overeen met een eerdere Cochrane-review.¹ Vitamine B12 is op dit moment niet in Nederland in tabletvorm verkrijgbaar. Wanneer dit wel het geval zou zijn, kan het mogelijk de belasting van de patiënt en de huisartsenpraktijk verlichten.

Korte beschrijving

Inleiding Vitamine-B12-deficiëntie komt veel voor op latere leeftijd. De meeste patiënten in de huisartsenpraktijk worden hiervoor behandeld met intramusculaire injecties met vitamine B12. In eerdere onderzoeken is aangetoond dat het toedienen van orale vitamine B12 even effectief is als injecties.¹

In deze review worden twee gerandomiseerde onderzoeken gepresenteerd die de werkzaamheid van orale toediening van vitamine B12 vergelijken met intramusculaire toediening om vitamine-B12-deficiëntie te behandelen.²

Onderzoeksopzet De onderzoekers hebben in databanken gezocht naar relevante trials. Ze keken naar serumconcentraties van vitamine B12, homocysteïne zuur, methylmalonzuur, naar het hematocriet en naar symptomen van vitamine-B12-deficiëntie.

Resultaten Twee onderzoeken voldeden aan de onderzoekscriteria. Het betroffen onderzoeken met in totaal 108 patiënten van wie er uiteindelijk 93 werden gevolgd gedurende een periode van 3 tot 4 maanden. In één onderzoek was na 2 maanden behandelen bij de orale vitamine B12-groep het gemiddelde serum vitamine-B12-gehalte significant hoger (gemiddelde \pm SD = 643 ± 328 pg/ml) dan in de intramusculaire groep (306 ± 118 pg/ml). Na 4 maanden was het verschil nog duidelijker: 1005 ± 595 pg/ml tegen 325 ± 165 pg/ml. Beide groepen patiënten hadden een goede reactie op hun neurologische symptomen. Het homocysteïne zuur, methylmalonzuur en hematocriet verschilden na 4 maanden niet significant.

Uit het andere onderzoek bleek dat bij zowel de oraal behandelde, als de intramusculair behandelde patiënten een significante stijging van het serum vitamine-B12-gehalte plaatsvond. Dit onderzoek onderzocht echter niet welke toediening effectiever was en volgde de patiënten slechts 90 dagen. Bovendien zijn er geen gegevens bekend over de kans op terugkeer van symptomatische megaloblastaire anemie, die na stoppen van de behandeling meer dan twee jaar verhoogd is.

Conclusie van de onderzoekers De resultaten die verkregen zijn uit de twee onderzoeken lijken aan te geven dat orale toediening van vitamine B12 even effectief is als intramusculaire toediening waar het gaat om het verkrijgen van kortetermijnverbetering van hematologische en neurologische verschijnselen bij patiënten met vitamine-B12-deficiëntie. Meer onderzoek naar de langetermijnresultaten lijkt geïndiceerd.

Bewijskracht Individuele gerandomiseerde effectonderzoeken met wijd betrouwbaarheidsinterval: 1b.³

Karin Wetselaar en Just Eekhof

- 1 Vidal-Alaball J, Butler CC, Cannings-John R, Goringe A, Mcdowell I, Papaioannou A. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency. *Cochrane Database of Syst Rev* 2005, issue 3. CD0046551.
- 2 Butler CC, Vidal-Alaball J, Cannings-John R,

McCaddon A, Hood K, Papaioannou A, Mcdowell I, Goringe A. Oral vitamin B12 versus intramuscular vitamin B12 for vitamin B12 deficiency: a systematic review of randomized controlled trials. *Fam Pract* 2006;23:279-85.

3 www.infopeoms.com/levels.html.

4 Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Silvertand WGJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. *Huisarts Wet* 2003;46:21-9,147.

Boeken

Winkler Prins niet voor leken

Meijman FJ, redactie. *Winkler Prins Medisch Handboek*. Utrecht: Uitgeverij Spectrum, 2007. 432 pagina's, € 39,95. ISBN 978-90-274-3959-8.

De Winkler Prins is een prettig in de hand liggend boek van ruim vierhonderd pagina's met een stevig kaft en een moderne lay-out. Het bevat veel illustraties en nodigt uit tot bladeren. De hoofdstukken behandelen aspecten als preventie, ouder worden, of orgaansystemen zoals de ogen of de huid. De achterzijde meldt dat dit het enige medische handboek is dat geschreven is door Nederlandse auteurs, met medewerking van artsen en 'speciaal bedoeld voor mensen zonder medische achtergrond'. De auteurs schieten volgens mij deze doelstelling voorbij.

Bij de index lijkt het alsof de auteurs niet hebben kunnen kiezen tussen de leek en de deskundige. Men noemt tromboflebitis maar het woord aderontsteking is onvindbaar. Als je iets wil weten over een hartfilmpje moet je weten dat het eigenlijk om een elektrocardiogram gaat, een begrip dat er ook niet in staat, maar wel het ecg. 'Gekte' staat ook in de index en daar kun je tegenwoordig in de psychiatrie echt niet meer mee uit de voeten. Gelukkig hebben veel onderwerpen twee ingangen.

Veel onderwerpen staan er echter helemaal niet in. De selectiecriteria van de

auteurs zijn geheel onduidelijk. In deze 'kritische en onafhankelijke beschrijving van de gezondheidszorg in Nederland' komt de huisarts nauwelijks aan bod. In de index is zij helemaal niet te vinden en op bladzijde 59 wordt zij in enkele regels afgedaan. Ook geen woord over samenwerkingsovereenkomsten, protocollen of standaarden.

Over drugs en verdovende middelen is ook niets te vinden; het woord drugs of cocaïne staat er niet in. Wel iets verder het woord 'codon': wat was dat ook al weer? Het verwijst naar een hoofdstuk over genetica waar je struikelt over translatie, polymorfisme, nucleotiden en mitochondriaal DNA.

Het grote aantal kritische bespiegelingen over de zin van sommige behandelingen, de (on)zin van allerlei diagnostiek en de risico's van zelfzorgmiddelen maakt veel goed. De waarschuwing bij het stukje over vrije medicijnen zou ook op zijn plaats zijn geweest bij de vrije diagnostiek. Het steekwoord 'zonder recept' verwijst naar het hoofdstuk 'Behandelingen zonder medische indicatie', waardoor je wellicht geneigd bent dit zeer nuttige hoofdstuk over te slaan. Ik mis hier een kritische beschouwing over 'Besnijdenis', een behandeling zonder medische indicatie bij uitstek.

Het boek bevat veel illustraties en dat is een goede zaak, maar helaas zijn deze plaatjes uit de collectie van Frank Netter nogal gedateerd. Ze zijn vaak geïnspireerd op Amerikaanse situaties met

overdreven theatrale effecten die soms mijlenver afstaan van de realiteit. Het is een aardige gedachte om de nestor van het medisch illustreren te eren, maar zijn illustraties doen afbreuk aan de moderne uitstraling van het boek.

Voor wie is het boek een aanrader? Ik ben er niet uit: de leek heeft er niet genoeg aan als naslagwerk. Daarvoor is het te selectief en niet consistent qua diepgang. Is het dan toch ook een boek voor artsen? Niet volgens de auteurs, maar er is voor de algemeen arts of de huisarts veel nuttigs in te vinden. Misschien niet nieuw, maar wel weer anders en de diepgang is soms niet gering. Ik volg de suggestie van de auteurs: 'of het aan zijn doel beantwoordt, is aan de lezer'.

Kees Ruissen

Leidraad Nederlandse gezondheidszorg

Boot JMD. *Organisatie van de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 2007. 224 pagina's, € 26,50. ISBN: 978-90-232-4293-2.

Sinds de nieuwe zorgverzekeringswet zijn veel dingen veranderd in de Nederlandse gezondheidszorg. Er zijn nieuwe wetten, regels en bovenal: veel nieuwe instellingen en toezichthouders. En voor elke wet en instelling is er natuurlijk ook een bijbehorende afkorting.

Om door de bomen het bos nog te kunnen zien heeft Jan Maarten Boot (univer-