

Toch maar tappen?

Kniepijn komt veel voor en patiënten gaan hiermee vaak naar de huisarts. De meest voorkomende chronische klacht bij jongere patiënten (< 50 jaar) is pijn aan de voorzijde van de knie, onder of rond het patellofemorale gewricht. De pijn is geleidelijk ontstaan en wordt uitgelokt door bijvoorbeeld traplopen en lang zitten met gebogen knieën. Bij oudere patiënten (> 50 jaar) is de meest voorkomende oorzaak van kniepijn artrose van patellofemorale- en tibeofemorale gewrichten.

Volgens de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten (1998) kan het patellofemorale pijnsyndroom worden behandeld met quadriceps versterkende oefeningen. In deze standaard wordt de behandeling met brace niet aanbevolen; over tappen wordt niets gezegd.

Met een meta-analyse werden de effecten van tappen en bracen van de patella bij chronische knieklachten op een rij gezet. Beide behandelingen mikken op pijnreductie door vergroting van het patellofemorale contactoppervlak. De druk op het gewricht neemt daardoor af. De auteurs vonden 16 geschikte onderzoeken, waarvan er 13 tappen of bracen bij patellofemorale klachten onderzochten en 3 het effect van tappen bij artrose. Tappen met een mediaal gerichte kracht bleek knieklachten te verminderen, zowel bij patellofe-



Foto: Pim Ras / Hollandse Hoogte

morale klachten als bij artrose. Op een visueel analoge 100 mm schaal verlaagde tappen versus niet-tappen de pijn met 16,1 mm (95%-BI -22,2 - -10,0) 'Sham' tappen (tappen zonder druk uit te oefenen) verlaagde de pijn ook al met 10,9 mm (95%-BI -18,4 - -3,4), waarschijnlijk door het placebo-effect. Het pijnreducerende effect van tappen trad meteen op en hield ten minste 12 weken aan. Wanneer de tape werd aangebracht maakte niets uit. Bewijs voor de werkzaamheid van een patellabrace was onvoldoende. Het is jammer dat in deze meta-analyse geen onderscheid wordt gemaakt naar de oorzaak van de pijn (artrose versus andere oorzaken).

Ondanks de beperkingen van deze meta-analyse (weinig geïncludeerde onderzoeken met relatief weinig participanten, grote heterogeniteit tussen de onderzoeken en publicatiebias) trekken de auteurs toch de conclusie dat tappen een positief effect heeft op de pijn, op zowel de korte als de middellange termijn. Tappen is een relatief gemakkelijke en goedkope oplossing die de huisarts goed kan uitvoeren en de patiënt ook zelf kan leren. Het is jammer dat deze meta-analyse nog niet beschikbaar was tijdens het schrijven van de NHG-Standaard Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen die in deze aflevering van H&W staat. Het lijkt de moeite waard om tape te proberen bij de behandeling van chronische knieklachten, vooral bij jongeren. (KJ)

Warden SJ, et al. Patellar taping and bracing for the treatment of chronic knee pain: A systematic review and meta-analysis. *Arthritis Rheum* 2008;59:73-83.

Koffie verkeerd

De koffieconsumptie van zwangeren blijft de gezondheidspolitie bezighouden. Vorig jaar berichtten wij nog dat zwangeren vrijelijk bij elkaar op de koffie konden blijven komen (H&W 2007;50:235), maar nu zijn er aanwijzingen dat cafeïne toch niet geheel onschuldig is. Deze stof, vooral afkomstig uit koffie, maar ook uit thee en frisdrank zoals cola, blijkt in een prospectief cohortonderzoek geassocieerd te zijn met de kans op het krijgen van een miskraam.

De onderzoekers volgden 1063 zwange-

ren vanaf hun eerste contact met de zorg tot een zwangerschapsduur van 20 weken en ondervroegen ze behalve over hun gebruik van cafeïnehoudende dranken ook over diverse andere potentieel schadelijke gewoonten.

In de groep die geen cafeïne gebruikte bedroeg de kans op een miskraam 12 procent, in de groep die minder dan 200 mg cafeïne per dag gebruikte 15 procent en in de groep die meer dan 200 mg per dag gebruikte 25 procent. De verschillen bleven aanwezig na correctie voor

potentiële confounders als leeftijd van de moeder, ras, opleiding, gezinsinkomen, eerdere miskraam, al dan niet gebruiken van alcohol en tabak, drugs en jacuzzi's (RR ten opzichte van niet-gebruikers respectievelijk 1,42 (95%-BI 0,93-2,15) en 2,23 (95%-BI 1,34-3,69)). Om uit te sluiten dat de associatie een artefact is ten gevolge van de aanwezigheid van misse-lijkheid of braken die doorgaans negatief samenhangen met de kans op een miskraam, maar wel gepaard gaan met een afkeer van koffie, werd daarvoor eveneens

gecontroleerd. Ook dat leidde niet tot andere resultaten.

De onderzoekers stellen in hun slotzin dat het voorzichtigheidshalve verstandig kan zijn het gebruik van cafeïne tijdens de zwangerschap te verminderen of te beëindigen. De meeste zwangeren doen dat al spontaan, dus in zoverre heeft moeder natuur het goed geregeld. Het lijkt nog te

vroeg om koffiegebruik door zwangeren actief te ontraden. Omdat er een associatie is van cafeïnegebruik met roken en alcoholgebruik kan men zich bijvoorbeeld afvragen of de onderzoekers niet, naast correctie voor gebruik als zodanig, ook hadden moeten corrigeren voor de hoeveelheid drank en sigaretten die hun zwangeren gebruikten. En na de twintig-

ste week – als de kans op een miskraam voorbij is – is koffie nog steeds niet verkeerd. (TW)

Weng X, et al. Maternal caffeine consumption during pregnancy and the risk of miscarriage: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:279.e1-8 [zie: www.ajog.org]

Dikkertje Dap

Afvallen is moeilijk, maar het is nog veel moeilijker om afgevallen te blijven. Met een min of meer intensief programma verliezen de meeste patiënten wel een paar kilo'tjes, maar in het leven van alledag blijkt al die moeite al snel vergeefs. Voor onderzoek naar het effect van interventies om af te vallen geldt vaak: hoe langer de follow-up, hoe minder resultaat.

Een groot en langdurig onderzoek bepaalde de effecten van drie verschillende (niet-farmacologische) programma's om patiënten die eenmaal waren afgevallen op gewicht te houden. Daartoe volgden alle 1685 patiënten met hypertensie en/of hypercholesterolemie en een BMI > 25 (gemiddelde BMI 34!) gedurende een half jaar 20 groepsessies. In deze sessies werd onder andere het belang van lichamelijke activiteit en gezonde voeding benadrukt

en gemiddeld vielen de deelnemers 8,5 kilo af. Zij die meer dan 4 kilo afvielen werden gerandomiseerd naar een van drie interventiearmen: 1) minimale interventie van een papieren instructie en een contact na 12 maanden; 2) ondersteuning via het internet, met wekelijkse sessie en reminders als men niet inlogde; en 3) maandelijks individueel contact.

Dertig (!) maanden na randomisatie bleek dat meer dan 90% de interventie had afge maakt, een prestatie van formaat. Alle drie groepen waren gemiddeld zwaarder dan bij randomisatie, maar niet zo zwaar als bij het begin van het onderzoek (voor de groepsessies). Op basis van intention to treat (ITT) bleek er een statistisch significant verschil ten gunste van de groep met het persoonlijke contact. De patiënten in de minimale interventiestrategie waren

gemiddeld 5,5 kilo zwaarder dan bij randomisatie, de groep met internetbegeleiding was gemiddeld 5,2 kilo aangekomen en de groep met persoonlijke begeleiding maar 4,0 kilo. Overigens wogen de patiënten gemiddeld nog ruim 92 kilo. De auteurs zijn erg enthousiast over het succes van hun interventie. Ik vraag me echter af of die 1,5 kilo verschil tussen de minimale interventiegroep en de groep met maandelijks contact – en dat 30 maanden lang – wel echt de moeite waard is bij een gemiddeld gewicht van 92 kilo. Statistisch inderdaad significant, maar klinisch? (HvW)

Svetkey LP, et al; for the Weight Loss Maintenance Collaborative Research Group. Comparison of Strategies for Sustaining Weight Loss: The Weight Loss Maintenance Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2008;299:1139-48.

Depressie en fouten

De huisarts vindt het soms moeilijk om een depressie bij zijn patiënt te herkennen, maar heeft de huisarts zijn eigen depressie wel in de smiezen? En beïnvloedt de depressie zijn zorg?

Een onderzoek onder 123 assistenten-kindergeneeskunde in 3 Amerikaanse ziekenhuizen liet zien dat 20% van hen positief scoorde op een screeningslijst voor depressie. Men volgde alle 123 assistenten 1,5 maand en alle fouten bij het voorschrijven van medicijnen werden opgespoord. De assistenten maakten in totaal 45 fouten (bij 6078 voorschriften). Depressieve assistenten bleken gemiddeld zes maal zo vaak een fout te maken

als hun niet-depressieve collega's (1,55 per maand versus 0,25 per maand). Er was geen verband met burnt-out problematiek. Opvallend was wel dat zowel assistenten die leden aan depressie als aan burnt-out vaker zelf fouten rapporteerden dan hun collega's. Assistenten met een depressie ervaren het eigen functioneren dus terecht als een probleem, maar assistenten met burnt-out ten onrechte.

Wat geldt voor kinderartsen geldt natuurlijk ook voor huisartsen. Moeten we alle arts screenen op depressie en depressieve arts onder toezicht laten werken? Dat gaat allemaal wat ver, zeker op basis van dit beperkte onderzoek. Een (te) hoge

score op een screeningslijstje is nog wel iets anders dan een klinische diagnose. Dit onderzoek moet ons echter wel aan het denken zetten. De prevalentie van 'mogelijke depressie' is erg hoog en ook de toename van fouten is fors. Het lijkt dus raadzaam dat een dokter die meent dat hij depressief is gepaste actie onderneemt. Ook een mogelijke depressie bij een collega moet bespreekbaar zijn. Soms heb je een zetje nodig. (HvW)

Fahrenbopf AM, et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008;336:488-91.