Golfen niet zonder risico

Foto: Corbis

Een balletje op je hoofd, pijn aan de elleboog en misschien spit. Dat zullen wel zo ongeveer de blessures zijn die je kunt oplopen bij golfen, dachten we. Niets blijkt minder waar. In de VS kwamen in 3 jaar tijd ruim 48.000 personen op een spoedeisende hulp door een ongeval met het golfkarretje. De meest kwetsbare groepen waren jongeren (< 19 jaar) en de zeer ouden (> 80 jaar). Meestal bleef de schade beperkt tot kneuzingen en schaafwonden, maar bij eenvijfde van de ongevallen ging het om een fractuur en bij 10% om intracranieel letsel. Nu heeft men in Amerika de gewoonte om met die karretjes de openbare weg op te gaan van de golfbaan naar huis en eenzesde van de ongevallen vond dan ook daar plaats. Het meest voorkomende ongeval was het omvallen van de kar. U begrijpt, dit alles was aanleiding voor een oproep aan de overheid: verplichte veiligheidsgordel, helm, en – omdat de karretjes zo vaak omvallen – veranderingen van het model. Misschien moet men die kinderen ook niet meer laten rijden? (HvW)

McGwin G, *et al. Incidence of golf cart-related injury in the United States*. J Trauma 2008;64:1562-6.

Lindaan uit de handel

Lindaan is uit de handel is genomen op grond van de EU-verordening 850/2004 die de bescherming regelt van de gezondheid van mens en milieu tegen persisterende organische verontreinigingen.[1] Omdat lindaan een organische stof is die niet in het milieu wordt afgebroken is de productie, het op de markt brengen en het gebruik van lindaan sinds 31 december 2007 verboden.

Lindaansmeersel FNA wordt in de Farmacotherapeutische Richtlijn (FTR) Scabies als mogelijkheid genoemd bij de behandeling van schurft (scabies). Als eerste keus geldt permetrine 5%-crème omdat dit gemakkelijker is in het gebruik (zie www.nhg.org onder Farmacotherapie, FTR'en). Permetrine 5%-crème is echter een zelfzorgmiddel en wordt daarom niet vergoed. Lindaan werd wel vergoed, zodat het wegvallen daarvan ertoe zou kunnen leiden dat juist kwetsbare patiënten zoals daklozen zich niet adequaat behandelen.[2] Vanuit de openbare apotheek werd lindaansmeersel in 2006 en 2007 ongeveer 12.000 maal per jaar afgeleverd (bron: SFK). Mogelijk dat met het verdwijnen van een 'gratis' behandeling schurft weer vaker zal voorkomen. We zijn gewaarschuwd. (MV)

1 POP *Verordening. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/nl/consleg/2004/R/02004R0850-20070416-nl.pdf.*
2 Bouwman Y. *Lindaansmeersel vervalt. Pharm Weekbl* 2008;143:38.

Bewegen helpt, ook tegen boezemfibrilleren

Bewegen vermindert het risico op ischemische aandoeningen en is daarom een vast onderdeel van de cardiovasculaire risicoadvisering. Of bewegen ook het risico op atriumfibrilleren vermindert, was minder duidelijk omdat forse inspanning, zoals bij jongere sporters, juist leek te leiden tot een toename van atriumfibrilleren.

Om een einde te maken aan die onzekerheid volgden onderzoekers 5446 mensen, bij inclusie ouder dan 65 jaar gedurende 12 jaar (in totaal 47.280 persoonsjaren follow-up). Exclusiecriteria waren alleen verblijf in een inrichting en het al bestaan van boezemfibrilleren. Jaarlijks werden de participanten onderzocht en werd een ECG gemaakt. Daarnaast verzamelden de onderzoekers alle ontslagbrieven van eventuele opnames in een ziekenhuis of poliklinische bezoeken om nieuwe gevallen van boezemfibrilleren vast te stellen.

De incidentie van nieuw boezemfibrilleren bleek 22,4/1000; dat komt overeen met eerder onderzoek. En het ontstaan van boezemfibrilleren bleek inderdaad samen te hangen met een gebrek aan lichame-

H&W 08 11.indb 522 03-10-2008 10:10:49

lijke activiteit. In verhouding tot mensen met een inactieve levensstijl nam de kans op atriumfibrilleren meer af naarmate men zich vaker inspande; de grootste afname was 36% (een absolute risicoreductie van 0,8%), in de groep die zich het vaakst inspande. De intensiteit van de inspanning had echter een groot, modulerend effect. In de groep met de zwaarste inspanning bleek de incidentie van boezemfibrilleren even groot als in de groep met de minste inspanning; in de tussenliggende groepen was de kans op boezemfibrilleren duidelijk verminderd. Er bleek dus sprake van een U-vormig verband met de intensiteit van de geleverde inspanning. Ook na correctie voor comorbiditeit en medicatiegebruik bleven genoemde verbanden bestaan.
De conclusie is dat op oudere leeftijd lichamelijke activiteit helpt om het ontstaan van boezemfibrilleren tegen te gaan, maar zoals mijn moeder al zei: 'Alles met te ervoor is fout, behalve tevreden'. Dat geldt ook hier: te forse inspanning kan men beter vermijden. Beter langdurig 'joggen' dan korte sprints. (HvW)

Mozaffarian D, et al. Physical activity and incidence of atrial fibrillation in older adults. The Cardiovascular Health Study. Circulation 2008;118:800-7.

De hype van wachtlijsten

Lange wachttijden – vooral voor zelfverkozen chirurgische ingrepen – zijn geen typisch Nederlands probleem. Ze worden aangetroffen in alle landen met een door de overheid gefinancierde gezondheidszorg. De laatste jaren lijkt dat allemaal minder acceptabel te worden en moeten ziekenhuizen inzicht verschaffen in hun wachttijden, veelal via internet. De wachtlijsten moeten publiekelijk toegankelijk zijn en daar is op zich niets mis mee. De achterliggende gedachte is dat een lange wachttijd ervoor zorgt dat patiënten afhaken waardoor de inkomsten dalen, en deze inkomstendaling moet vervolgens weer een prikkel zijn om de wachttijden op te lossen.
In Canada heeft men blijkbaar eenzelfde probleem. Daar is nu onderzocht hoe patiënten reageren op een lange wachttijd voor een knie- of heupartroplastiek. Men ging dat na bij zowel patiënten die kort tevoren een ingreep hadden ondergaan (n = 643) als patiënten die op een wachtlijst stonden (n = 557). De gemiddelde wachttijd bedroeg 8 maanden. Ongeveer tweederde van de patiënten wilde niet naar een andere orthopeed, zelfs niet als men daar veel sneller terecht zou kunnen en ook niet als die orthopeed praktiseerde in hetzelfde ziekenhuis. Meer mannen dan vrouwen wilden eventueel wel van orthopeed veranderen, en die houding zag men ook vaker naarmate de patiënt hoger was opgeleid. Een voorkeur voor een bepaalde orthopeed vóór de verwijzing en een betere kwaliteit van leven (dus minder ernstige klachten) maakten juist dat patiënten niet wilden veranderen van orthopeed.
Het meest opvallende is echter dat ondanks de lange wachttijd zoveel patiënten niet wilden veranderen van orthopeed. Het is toch altijd weer verrassend te zien hoe in de politiek allerlei beslissingen worden genomen zonder dat men vraagt om enige onderbouwing van het nut daarvan. Dit is er blijkbaar weer zo een. (HvW)

Conner-Spady B, et al. Willingness of patients to change surgeons for a shorter waiting time for joint arthroplasty. CMAJ 2008;179:327-32.

Hoop bij chronisch meniscusletsel

We weten eigenlijk nog steeds niet zeker of een (partiële) meniscectomie na een meniscusscheur beter is dan afwachten, althans bij geringe klachten. We weten wel dat het geheel of gedeeltelijk ontbreken van een meniscus kan leiden tot beperkingen van het activiteitenniveau en mogelijk artrotische veranderingen op de langere termijn. Als de klachten ernstig zijn dan wordt in het algemeen toch een (partiële) meniscectomie gedaan. Recentelijk is een onderzoek afgerond, waarin werd gekeken of het implanteren van collageen op de plaats van de beschadiging beter zou zijn dan het simpelweg verwijderen van het losse meniscusfragment. Het moest gaan om de mediale meniscus en het moest niet mogelijk zijn om de scheur te hechten. Bij de helft van de 311 gerandomiseerde patiënten werd een stukje collageen vastgehecht op de plaats van het defect, de andere helft kreeg een gewone partiële meniscectomie. De helft van de patiënten had een eerste letsel, de andere helft was al eerder geopereerd en bij een kwart was er ook een kruisbandletsel. De patiënten werden vijf jaar gevolgd. Bij controle-artroscopie bleek het implantaat bij vrijwel alle patiënten verdwenen en vervangen door eigen weefsel. Bij de patiënten die voor het eerst waren geopereerd, bestond geen verschil in pijn en/of activiteitenniveau; in de groep met recidiefoperatie bleek het activiteitenniveau veel hoger in de implantaatgroep dan in de controlegroep. Ook het aantal reoperaties leek kleiner in de implantaatgroep. Een belangrijke beperking van het onderzoek is echter dat noch de patiënt, noch de orthopeed geblindeerd waren voor de behandelopties. Conclusie: er lijkt hoop voor mensen met chronische meniscusproblemen en reoperaties. Het implantaat is echter nog niet op de markt. (HvW)

Rodkey WG, et al. Comparison of the collagen meniscus implant with partial meniscectomy. J Bone Joint Surg Am 2008;90:1413-26.

H&W 08 11.indb 523 03-10-2008 10:10:50