

Statines bij vrouwen net zo effectief als bij mannen

Reageren vrouwen door de bank genomen hetzelfde op geneesmiddelen als mannen, of is het steeds zaak voor ieder middel de effectiviteit bij beide geslachten afzonderlijk te onderzoeken? Voorvechters van nieuwe specialismen als gynaecardiologie opteren ongetwijfeld voor het laatste. Desalniettemin blijft bewijs van substantiële verschillen in effectiviteit van geneesmiddelen bij de seksen schaars. Amerikaanse onderzoekers onderzochten de materie voor wat betreft de effectiviteit van statines bij de secundaire preventie van hart- en vaatziekten.

Elf gerandomiseerd klinische trials met in totaal 43.193 patiënten werden verwerkt tot een meta-analyse. Behandeling met statines leidde bij vergelijking met behandeling met placebo tot vermindering van risico op cardiovasculaire gebeurtenissen bij zowel vrouwen als mannen (relatieve risicoreductie (RR) respectievelijk 0,81 (95%-BI 0,74-0,89) en 0,82 (95%-BI 0,78-0,85)). De totale sterfte was bij vrouwen in tegenstelling tot die

bij mannen niet verminderd (RR 0,92 (95%-BI 0,76-1,13) en 0,79 (95%-BI 0,72-0,87)). Hetzelfde gold voor het eindpunt beroerte (RR 0,92 (95%-BI 0,76-1,10) en 0,81 (95%-BI 0,72-0,92)). De auteurs concluderen dat statines effectief zijn bij beide geslachten, maar dat er geen voordeel is voor wat betreft totale sterfte en beroerte bij vrouwen.

Betekent dit nu dat de effecten van statines bij vrouwen achterblijven ten opzichte van die bij mannen? Terecht wordt dit in een van de begeleidende commentaren onwaarschijnlijk geacht. Statines verlagen de LDL-cholesterolspiegels bij beide geslachten ongeveer evenveel. De auteurs van de meta-analyse leggen simpelweg onevenredig veel nadruk op de afwezigheid van significantie van de effecten op genoemde eindpunten bij vrouwen. De echte vraag is of de puntschatting van het effect daadwerkelijk verschilt van dat bij mannen en dat is gezien de forse overlap van de betrouwbaarheidsintervallen niet aan de orde.

Nog maar een eeuw geleden stond het in tijdschriften voor tropische geneeskunde bol van verhandelingen over de verschillen tussen de fysiologie van blanken enerzijds en negers en Indiërs

anderzijds die het gevolg waren van klimaatsverschillen. Daarvan is maar weinig overleefd. Om niet nogmaals in dezelfde fout te vervallen, blijft het raadzaam terughoudendheid te betrachten in het suggereren van seksverschillen, totdat het tegendeel onomstotelijk is bewezen. ■

Tjerk Wiersma

Cutierrez J, et al. Statin therapy in the prevention of recurrent cardiovascular events. A sex-based meta-analysis. Arch Intern Med 2012;172:909-19.

Taylor F, et al. Statins work just as well in women as in men. Arch Intern Med 2012;172:919-20.

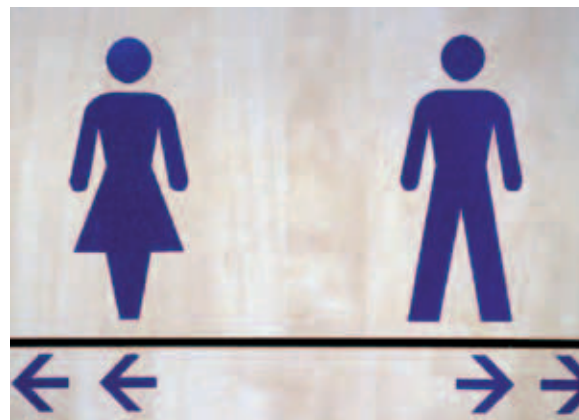


Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Kwaliteit van leven in de laatste fase

Allerlei factoren zijn van invloed op de kwaliteit van leven in de laatste levensfase. Ziekenhuisopnames en intensive care-behandelingen werken niet positief, religieuze en spirituele ondersteuning en een vertrouwensband met de behandelaar daarentegen wel.

Amerikaanse onderzoekers gingen bij 396 patiënten met vergevorderde kanker na, welke factoren van invloed waren op de kwaliteit van leven in het eindstadium. Allerlei mogelijk beïnvloedende factoren werden meegenomen in de analyses. Met behulp van verschillende psychologische en fysieke schalen maten de onderzoekers de kwaliteit van leven.

Een model met negen voorspellers bleek de meeste variantie te verklaren. Van deze voorspellers hadden de volgende een negatief effect op de kwaliteit van leven: het hebben van veel zorgen op baseline, een ziekenhuisopname, IC-verblijf, chemotherapie en het toepassen van een voedingssonde. Een positief effect op de kwaliteit van leven kwam van religieuze en spirituele ondersteuning en spirituele activiteiten op baseline, en ook van een band met de behandelaar (vertrouwen, respect, gezien worden als een heel mens). De verklaarde variantie door het model was echter niet erg hoog, namelijk 17%. Veel andere voor de hand liggende factoren hadden weliswaar een significante, maar nauwelijks een relevante relatie met de kwaliteit van leven: angst of depressie op baseline, het

gevoerd hebben van gesprekken over het naderende levenseinde, acceptatie van het naderende einde. Ook thuis sterven of in een hospice sterven hadden weliswaar een positieve relatie met de kwaliteit van leven, maar hadden onvoldoende voorspellende kracht om in het model te worden opgenomen.

Kortom, de meeste factoren die van invloed zijn op de kwaliteit van leven in de laatste fase blijven onbekend, maar het onderzoek geeft zeker aanknopingspunten voor optimale terminale zorg. ■

Henk Schers

Zhang B, et al. Factors important to patients' quality of life at the end of life. Arch Intern Med 2012;172:1133-42.