

Veilig afwachten bij asymptomatische liesbreuken

Vraagstelling

Is het veilig en voor de patiënt acceptabel om een liesbreukoperatie uit te stellen totdat er symptomen ontstaan?

Betekenis voor huisarts en patiënt

Bij het vaststellen van een liesbreuk bij mannen met geen tot weinig klachten in het dagelijkse leven kan het natuurlijke beloop ervan worden afgewacht. De kans op acute verergering of inklemming van de liesbreuk is klein en uitstel van een herniacorrectie is veilig en acceptabel voor arts en patiënt. Vele huisartsen voeren dit beleid al langer uit en dit onderzoek steunt hen hierin. Het is echter niet toepasbaar op alle patiënten met een liesbreuk, en voorlichting aan patiënt over de alarmsymptomen van een inklemmende liesbreuk blijft belangrijk!

Korte beschrijving

Inleiding In een gerandomiseerd onderzoek werd onderzocht of een afwachtend beleid bij de diagnose hernia inguinalis bij mannen met geen tot minimale klachten veilig is, en voor de patiënt acceptabel is ten opzichte van preventief opereren.¹

Patiëntenpopulatie Mannen van 18 jaar en ouder met een hernia inguinalis met geen of minimale klachten van pijn.

Onderzoekopzet De mannen kwamen na oproep voor het onderzoek, of werden in eerstelijns gezondheidscentra en ziekenhuizen aangemeld door deelnemende

artsen. Uitgesloten werden mannen bij wie geen hernia aantoonbaar was, mannen met een matige lichamelijke conditie (ASA classificatie >3), of als er sprake was van een locale of systemische infectie. Uiteindelijk werden 720 mannen 2 tot 4,5 jaar gevolgd en willekeurig toebedeeld aan 2 onderzoeksgroepen. De eerste groep werd (preventief) aan de liesbreuk geopereerd met een Liechtenstein-plastiek en na 3 en 6 maanden en hierna jaarlijks gecontroleerd. De onderzoekers instrueerde de tweede groep over veranderingen in de omvang van de liesbreuk, verschijnselen van inklemming en wanneer zij contact moesten opnemen met hun arts. Zes maanden na inclusie en hierna jaarlijks zagen de onderzoekers deze groep opnieuw.

Uitkomstmaat Mate van pijn en hinder in het dagelijks leven, gemeten via een vierkeuzevraag, en verandering van ervaren fysieke kwaliteit van leven als op een numerieke schaal door een uitgebreide vragenlijst. Analyse vond plaats via het intention-to-treatprincipe.

Resultaten De 2 groepen (364 in afwachtende groep, 356 in chirurgische interventiegroep) waren gelijk qua raciale samenstelling en gemiddelde leeftijd (57,5). Wel waren de mannen in de groep die meteen werd geopereerd significant zwaarder dan de mannen in de afwachtende groep, en had de afwachtende groep significant vaker een groeiende hernia in de 6 weken voor de start van het onderzoek.

Na 2 jaar verschilden de 2 groepen niet in de ervaren pijn en hinder in het dage-

lijkse leven. Ook de ervaren fysieke kwaliteit van leven verschilde niet significant tussen beide groepen en was vrijwel constant gebleven. Patiënten die meteen geopereerd werden, hadden een sterkere vermindering van de pijn dan de afwachtende groep.

In de afwachtende groep moesten in 4,5 jaar slechts 2 patiënten wegens acute incarceratie met spoed worden geopereerd (incidentie acute incarceratie in deze groep 1,8/1000). In de afwachtende groep ondergingen 84 patiënten (23%) in de loop van het onderzoek een herniaoperatie wegens toegenomen pijnklachten. Het risico op postoperatieve complicaties, zoals nabloedingen en infecties, was niet significant verschillend met de operatieve groep (27,9% versus 21,7%; $p = 0,30$).

Conclusie van de onderzoekers Voor mannen met weinig tot geen klachten van een liesbreuk is een afwachtend beleid veilig. Patiënten die eerst afwachten en vervolgens alsnog geopereerd worden, hebben geen hoger risico op complicaties dan diegenen die bij het vaststellen van een hernia inguinalis uit voorzorg worden geopereerd.

Bewijskracht Gerandomiseerd onderzoek (1b).²

Bas Aldewereld, Arie Knuistingh Neven en Just Eekhof, LUMC

1 Fitzgibbons RJ Jr, Giobbie-Hurder A, Gibbs JO, et al. Watchful waiting vs repair of inguinal hernia in minimally symptomatic men: a randomized clinical trial. *JAMA* 2006;295:85-292.

2 www.infopeoms.com/levels.html.

Boeken

Tien minuten voor wat gezinsgeneeskunde

Asen E, Tomson D, Toung V, Tonson P. *Ten minutes for the family. Systemic interventions in primary care*. Londen: Routledge, 2004. 203 pagina's, € 18,99. ISBN 0-415-30188-2.

Dit boek zou een voorzichtige revival van

de gezinsgeneeskunde in kunnen houden. Drie van de vier auteurs zijn huisarts en de vierde is gezinstherapeut.

Uit recent onderzoek op basis van de Tweede Nationale Studie bleek dat 22% van de variantie van doktersbezoek te verklaren was door gezinsfactoren.¹ Aandacht voor gezinnen en andere samenlevingsverbanden kan de huisarts veel

opleveren bij diagnostiek, behandeling en bij het omgaan met de patiënt.

Het uitgangspunt van dit boek is dat de kwaliteit van de zorg toeneemt als je tien minuten besteedt aan de invloed van het gezin op de geuite klacht of het gepresenteerde probleem. Die tien minuten verdienen zich terug doordat de zorg efficiënter wordt. De auteurs richten zich



daarbij niet alleen op de huisarts, maar op het gehele eerstelijnssteam.

Ze hanteren een systematische benadering, waarbij ze vier ingangen kiezen: de *roots*, voor de achtergronden van het probleem, de *shoots* (de zijtakken) voor gerelateerde items, de *fruits* voor de uitkomsten van de voorgestelde leerprocessen en de *seeds* voor aanzetten tot verandering in de praktijk. Expliciete aandacht voor een van deze vier facetten duiden ze steeds aan met een begeleidend icoontje in een kadertekst. Verder bestaat een belangrijk deel van de tekst uit korte case histories of conversaties tussen hulpverlener en patiënt.

In een van de eerste hoofdstukken plaatsen ze de gekozen systematiek in de historie van de huisartsgeneeskunde, maar vooral ook in die van de psychiatrie.

Er zijn hoofdstukken over echtpaarbenadering, genogrammen, probleemgezinnen en crisisinterventie. Ze geven vaak suggesties voor expliciete aandacht voor gezinsgeneeskundige aspecten, maar dat leidt dan tot lange opsommingen van zinnen die de hulpverlener zou kunnen gebruiken om bijvoorbeeld informatie over het gezin te krijgen, of om de gezinsleden te laten reflecteren over hun rol binnen het gezin. De casuïstiek is steeds goed herkenbaar voor de huisarts. Maar de tekst wordt telkenmale onderbroken door de stukjes casuïstiek of door de kaders van wortels en zaden. Deze structuur bemoeilijkt dus het lezen. Toch zal de in de gezinsgeneeskunde geïnteresseerde huisarts geïnspireerd kun-

nen raken door het lezen van (gedeelten) van dit boek. Ik vraag me wel af of het in de Nederlandse situatie ook interessant is voor andere eerstelijns hulpverleners.

Wil van den Bosch

- 1 Cardol M, Groenewegen PP, De Bakker DH, Spreu-
wenberg P, Van Dijk L, Van den Bosch WJHM.
*Shared help-seeking behaviour within families: a
retrospective cohort study* BMJ 2005;330:882-4.

Zieke industrie

Joop Bouma. *Slikken. Hoe ziek is de farmaceutische industrie?* Amsterdam: LJ Veen, 2006. 512 pagina's, € 18,90. ISBN 90-204-03656.

Joop Bouma, onderzoeksjournalist bij *Trouw*, schreef een dikke, goed gedocumenteerde pil over de marketingstrategieën van de farmaceutische industrie in Nederland. Vergelijkbare boeken waren er al in de VS (H&W 2004;47:671) en België (H&W 2005;48:36-7). Maar sinds half maart hebben we nu ook onze eigen Nederlandse onthullingen. Veel informatie verscheen overigens eerder al in *Trouw*.

Bouma beschrijft in zes hoofdstukken allerlei aspecten van de ontwikkeling en marketing van geneesmiddelen. In het eerste hoofdstuk komt het onderzoek en marketing van de industrie aan de orde met voorbeelden als Lamisil®, Efexor® en Vioxx®. Bouma tracht te verklaren waarom Vioxx® zo vaak off label werd voorgeschreven. Hij stipt aan hoe de belangenverstrengeling tussen richtlijnmakers en depressiepillenmakers werkt.

In het tweede hoofdstuk kijkt hij naar de rol van dokter. Ook dokters hebben boter op het hoofd; ze denken dat zij niet beïnvloed worden. Uitvoerig toont Bouma aan dat dat puur zelfbedrog is. Niet alleen de cadeautjes en seedings passeren in latere hoofdstukken de revue, maar ook de invloed van de industrie op de nascholing. Bekende voorbeelden als het karten van MSD en de 'vakantietrip naar Italië' bespreekt hij tot in details, vaak aan de hand van interne stukken. Bouma laat voor- en tegenstanders van de marketing-

technieken uitgebreid aan het woord.

Verontrustend is dat tegenwoordig een flink aantal patiëntenverenigingen gesponsord worden. Lang niet altijd blijkt die samenwerking geheel belangeloos. Patiëntenverenigingen kunnen de druk op de politiek om een geneesmiddel te vergoeden danig opvoeren, en de farmaceutische industrie maakt daar in een aantal gevallen gebruik van.

Tot slot beschrijft Bouma de teloorgang van de sector Reclametoezicht van de Inspectie voor de Volksgezondheid. De flink bijtende waakhond werd in enkele jaren afgebouwd tot een onbeduidend schoothondje. Bouma suggereert dat de druk van de industrie op de toenmalige inspecteur-generaal daar mede toe geleid heeft.

Is het een goed boek? Ja en nee, veel zaken wist ik al, andere zijn wel geheel of gedeeltelijk nieuw. De tendens is duidelijk: er zijn en komen zeer weinig echt vernieuwende geneesmiddelen, en de farmaceutische industrie is te veel ten prooi gevallen aan gewone geldmakers. Probleem van Bouma is dat hij onvoldoende afstand lijkt te nemen. Ik mis een breder perspectief: waarom is het nu zo? Is hebzucht de enige verklaring? Nu blijven het vijfhonderd pagina's verontrustende feiten, zonder al te veel theoretische verduidelijking.

Maar lees het allemaal toch maar, vooral de dokters die denken dat zij niet beïnvloed worden...

Joost Zaat

Handboek palliatieve zorg

Handboek palliatieve zorg. Spreu-
wenberg C, Bakker DJ, Dillmann RJM, redactie. Maarssen: Elsevier
Gezondheidszorg, 2005. 468 pagina's, € 65. ISBN
90-352-2801-4.

Het belangrijkste verschil met de eerste druk uit 2002 is dat deze tweede druk een hoofdstuk over palliatieve sedatie heeft. Veel boeken over palliatieve zorg beperken zich tot interventies die erop gericht zijn om lichamelijke problemen te verzachten of op te heffen. Dit handboek gaat uit van de WHO-definitie van palliatieve