

onderzoek beter aan bij wat nu gebruikelijk is.

Omdat voorzichtigheid voorlopig geboden blijft ten aanzien van de conclusies, is het voorbarig om huisartsen te adviseren op grote schaal warmtepakkingen te gaan voorschrijven.

Wel kunnen zij aan patiënten met acute en subacute lagerugpijn zeggen dat warmte goed is en het gebruik van warm-

tepakkingen gedurende een week adviseren. Verder is het verstandig om kou als behandeling van rugpijn te ontraden omdat hierover nog niets bekend is.

Het advies van de auteurs om onderzoek te doen naar de combinatie van oefeningen en warmte, vind ik erg gezocht. De relevantie van een dergelijk onderzoek zie ik niet. Oefeningen bij acute rugpijn blijken

juist niet effectief te zijn en het is onwaarschijnlijk dat de combinatie met warmte nu ineens goede resultaten zal geven.

De conclusie van een onderzoek van hoge kwaliteit dat warmte effectiever is dan paracetamol of ibuprofen is voor de huisartsenpraktijk veel relevanter; ik pleit er dan ook voor om daar verder onderzoek naar te doen.

Arie Faas

Boeken

Sporten is gezond?

Mosterd WL, Sitsen JMA, Hermans GPH, Backx FJG, Van Cingel REH, redactie. *Het sport-medisch formularium. Een praktische leidraad*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005. 377 pagina's, € 22,50. ISBN 90-313-4073-1.

De derde editie van dit formularium verscheint ruim tien jaar na de eerste. Zoals in het voorwoord staat, was er toen nauwelijks aandacht voor de preventieve waarde van sport en bewegen voor de gezondheid. Dat is inmiddels wel veranderd. Dit formularium gaat echter niet in op de preventieve werking van sport, maar beperkt zich tot de sportmedische aandoeningen: aandoeningen van het bewegingsapparaat ontstaan tijdens en als gevolg van sportbeoefening. En dan met name de wedstrijdport.

De auteurs maken een onderscheid tussen sporttraumata en surmenageletsels: vanuit de sportgeneeskunde waarschijnlijk een logische indeling. De huisarts heeft echter eerder behoefte aan een totaal overzicht van de mogelijke oorzaken van bijvoorbeeld schouderklachten bij een volleyballer.

De auteurs behandelen de aandoeningen per extremiteit consequent via dezelfde indeling van anatomie-ongevalsmechanisme-diagnostiek-differentiele diagnose-therapie-revalidatie- sportherhating en preventie. De illustraties zijn verhelderend. Na elke aandoening volgt een stukje over de fysiotherapeutische behandeling. De informatie overlapt

hier vaak en is soms net wat anders ingedeeld. Dat komt waarschijnlijk doordat er verschillende auteurs aan het boek hebben meegewerkt.

Het hoofdstuk *Sportfysiotherapie, tape, bandageren en bracen* is nogal technisch van aard en vooral van belang voor sportartsen die een gerichte behandeling adviseren. De huisarts laat die deskundigheid in de meeste gevallen over aan de (sport)fysiotherapeut.

In het deel *Voeding en sport* wordt opnieuw duidelijk dat dit boekje echt gericht is op de behandeling van de wedstrijdportier. De adviezen zijn erop gericht om de prestatie te optimaliseren. De steeds groter wordende groep mensen die gaan sporten om fitter te worden en af te vallen, hebben behoefte aan heel andere adviezen. Het afsluitende hoofdstuk over doping is geheel herschreven door de komst van de nieuwe dopingregels. Dit is een informatief en helder geschreven hoofdstuk met een duidelijke uitleg ten aanzien van de veel gebruikte middelen, waar ook de huisarts met sportschoolbezoekers in de praktijk mee te maken kan hebben.

Dit sportmedisch formularium voorziet in een behoefte om gericht op te kunnen zoeken welke aandoening bij een sporter met klachten waarschijnlijk is en wat de zin van behandeling kan zijn. Door de indeling in traumata en surmenage is het niet altijd even overzichtelijk en ontbreekt bijvoorbeeld de meniscusbeschadiging bij langer bestaande knieklachten.

Hoewel de redactie in het voorwoord schrijft dat er de laatste tien jaar veel

veranderd is ten aanzien van sportbeoefening, is de inhoud daar nog niet op aangepast. Het zou een nuttige aanvulling zijn om ook enige aandacht te besteden aan de grote groep recreatieve sporters en hun verwante aandoeningen.

E. Tellegen

Ogen bekeken

Kanski JJ. *Klinische Oogheelkunde. Met 1000 illustraties in kleur*. Maarn: Prelum, 2005. 480 pagina's, € 79. ISBN 90-8562-010-4.

Deze Nederlandse editie is geen letterlijke vertaling van het Engelse *Clinical Ophthalmology*, maar van een beknopte versie daarvan. Hij is bedoeld voor studenten, optometristen, orthoptisten, oogheekundig fotografen en geïnteresseerde huisartsen(?). In het voorwoord merkt vertaler Stilma op dat 'het oog' behalve de ziel ook tal van algemene ziekten 'weerspiegelt', wat hopelijk de belangstelling voor de oogheelkunde aanwakkert.

Na het voorwoord komt een lijst met afkortingen. Maar let op: sommige zijn afkortingen van een Nederlands woord, bijvoorbeeld CZS – centraal zenuwstelsel, en andere van een Engelse term: PVD – acute achterste glasvochtmembraanloslating. Dan volgen de hoofdstukken over het voorste oogsegment volgens een vaste indeling. De tekst is compact en compleet. Elke term die verwijst naar een beeld wordt begeleid door een foto, van uitstekende kwaliteit.

In hoofdstuk 2, mis ik de proef van Anel bij tranende ogen, een proef die huisartsen goed kunnen hanteren. De lens wordt in hoofdstuk 8 wel erg bondig behandeld: voor ouderdomscataract zijn er maar vijf foto's en enkele woorden over.



Glaucoom: De Humphrey-gezichtsveld-test wordt besproken. Dat is geen huisartsenkost, maar het is wel goed om te weten dat hiermee – ook bij de optometrist voor € 16 – gezichtsveldbeschadigingen zijn op te sporen. Dan komt de medicamenteuze behandeling ter sprake. Deze is de laatste jaren aanzienlijk uitgebreid. De lijst is van nut om snel bijwerkingen op te zoeken. Het boek sluit af met het hoofdstuk *Onderzoek en onderzoeksmethoden*. Bij oogdrukmeting wordt ook de Schiötztonometer genoemd zonder daarbij de meetfout van +/- 7 mmHg te vermelden, waardoor een beginnend glaucoom kan worden gemist. Overigens, waarom wordt in het hoofdstuk over cornea en uvea de spleetlamp niet genoemd, terwijl de foto's door de spleetlamp zijn gemaakt? En waarom noemt men de spleetlamp bij glaucoom ineens wel (13 maal!)? Bij de *directe* funduscopie zou de fundus worden gezien onder een hoek van 'ongeveer 10 gr', bij *indirecte funduscopie met 20D lens* onder een hoek van 'ongeveer 30 gr'. Hier had ik meer accuratesse verwacht, omdat dit verschil nou net de kwintessens van funduscopie

uitmaakt. De werkelijke getallen (6,30 en 54) zijn zo, dat het gezichtsveld met de indirecte methode 100 maal groter is dan met de directe. Alle retina-afbeeldingen (foto's) zijn zoals gezien met de indirecte funduscope!

Conclusie: het boek is een geweldige en bijna complete samenvatting van de oogheelkundige pathologie. Alleen de gepresenteerde onderzoeksmethodes zijn soms inconsequent en inaccuraat. Het boek is een aanwinst voor de huisarts die al wat in de oogheelkunde thuis is. Een goede cursus in oogheelkundige vaardigheden is nodig om dit boek ook echt te kunnen 'lezen'.

J.L. Baggen

Goed onderzoek

Handbook for good clinical research practice (GCP). Guidance for implementation. Genève: World Health Organization, 2005. 125 pagina's. Gratis te downloaden via www.who.int/en. ISBN 92-4-159392-x.

Deze brochure van de WHO geeft de richtlijnen om op verantwoorde wijze kwalitatief goed wetenschappelijk onderzoek te doen. *Good clinical practice* (GCP) is het proces dat ethische en wetenschappelijke kwaliteitsstandaarden beschrijft voor de onderzoeksopzet, de uitvoering en het rapporteren van klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen. Het staat buiten kijf dat deze richtlijnen belangrijk zijn en dat we ze moeten implementeren. Het boek wil vooral een uniforme standaard ondersteunen en promoten voor het doen van al het klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen. Verder geeft het een overzicht en praktische adviezen van internationaal geaccepteerde principes van GCP en klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen. Iedereen die geïnteresseerd is in klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen kan deze brochure als referentie gebruiken. Ook de redacties van wetenschappelijke tijdschriften kunnen bekijken of de onderzoeksartikelen volgens de GCP-richtlijnen zijn uitgevoerd.

De brochure definieert 14 principes van

GCP en geeft richtlijnen en ondersteuning bij de toepassing en implementatie van deze principes. De meeste van deze principes van GCP lijken open deuren. Een van de principes meldt dat het onderzoek wetenschappelijk verantwoord moet zijn en moet worden beschreven in heldere, eenduidige onderzoeksprotocollen. Door vervolgens bij ieder principe de vragen naar de inhoud van dat principe te stellen, komt het boek tot implementatievoorstellen.

De brochure behandelt eigenlijk alles: bijvoorbeeld hoe je een RCT opzet, hoe je blindeert, hoe je een projectgroep rondom een onderzoek formeert, en ook de ethische vraagstukken rondom het doen van klinisch wetenschappelijk onderzoek op mensen komen aan bod. Het onvermijdelijke gevolg is dat de auteurs overal slechts kort en oppervlakkig aandacht aan besteden.

Dat maakt het ook een saaie opsomming, soms lijkt het wel een juridische verhandeling. Misschien is het handig om als naslagwerk te gebruiken om de GCP-richtlijnen te leren kennen. De implementatie van deze richtlijnen vergt echter meer inspanning dan alleen het uitbrengen van deze brochure.

Wim Verstappen

Een arts van de wereld

Conny Seeleman, Janine Suurmond, Karien Stronks. *Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005. 182 pagina's, € 34,90. ISBN 90-313-4659-4.

Dit boek wil een leidraad zijn voor (toekomstige) artsen die patiënten hebben met een andere etnisch culturele achtergrond en bij wie een migratiegeschiedenis regelmatig een belangrijke rol speelt in hun welbevinden en de beleving van klachten en beperkingen.

Het boek is opgebouwd uit casussen die afgewisseld worden met vragen, theoretische informatie en epidemiologische kennis. Een originele en veelbelovende formule. Bovendien is het boek prachtig