

Vitamine-D-deficiëntie nog steeds onderbelicht

De bevindingen van collega Schreuder over vitamine-D-deficiëntie bij allochtonen (H&W 2006;49:72-4) komen overeen met de mijne.

Toen ik in 1999 voor het eerst bij een niet-westerse, traditioneel geklede, allochtone patiënte uit mijn praktijk in een Rotterdamse achterstandswijk de diagnose vitamine-D-deficiëntie stelde, vroeg ik me af wie dat nog meer zouden hebben.

Bij 77 van de 81 niet-westerse, traditioneel geklede vrouwen die ik vervolgens naar het laboratorium stuurde, vond ik toen een vitamine-D-deficiëntie. Omdat de oorzaak van een tekort ligt in de geringe blootstelling aan zonlicht en aan eenzijdige voeding testte ik later groepen bij wie die oorzaken veelvuldig voorkomen. En zo vond ik vaak een vitamine-D-deficiëntie bij mannelijke en vrouwelijke allochtonen van de eerste én de tweede generatie, bij Afro-Europeanen en Hindoestanen en bij ouderen en chronisch zieken.

Er zijn allerlei redenen waarom deze groepen een hogere kans op een tekort hebben. Niet-westerse allochtonen hebben de gewoonte om bij zonnig weer niet in de zon, maar in de schaduw te gaan zitten, een gewoonte die in de (hete) landen van herkomst maar al te begrijpelijk is. Deze groep gebruikt ook vaker olie dan (vitamine-D-verrijkte) margarine voor bakken en braden en krijgt daardoor geen suppletie. Het effect van vitamine-D-verrijking van voeding staat overigens ter discussie.^{1,2}

Afro-Europeanen en Hindoestanen vermijden de zon, omdat ze niet donkerder willen worden dan al ze zijn. Ouderen en chronisch zieken komen vaak weinig buiten. En zelfs gezonde mensen kunnen er een leefstijl op nahouden met risico op vitamine-D-tekort: middelbare scholieren die geen buitensport beoefenen en volwassenen die achter hun computer leven. Vooral deze leefstijlgroep wordt steeds groter, zodat je je kunt afvragen wie er geen vitamine-D-deficiëntie heeft.

Ik denk dat het tijd is voor een bevolkings-

onderzoek in ons land naar het vóórkomen van vitamine-D-deficiëntie en op te houden met onderzoek bij geïsoleerde groepen. Tot die tijd adviseer ik al mijn patiënten in de wintermaanden vitamine-D-suppletie te nemen.

Bij patiënten die het hele jaar door geen zonlicht krijgen, adviseer ik deze suppletie het hele jaar door te nemen, ook al is de effectiviteit daarvan niet goed onderzocht.

Roelof Metz

- 1 Lips P. Vitamine-D-verrijking van de voeding als profylaxe van fracturen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006;150:1180.
- 2 Elders PJM. Vitamine-D-verrijking van de voeding niet zinvol als profylaxe van fracturen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150:1181.

De lijkschouw bij plotse-linge dood (2)

De reactie van Reijnders op de ingezonden brief van Cremers verbaast mij (H&W 2006;49:333). De reactie is veel meer op de persoon gericht dan op de inhoud. De toon van de reactie is onaangenaam, en het is naar mijn mening ongepast om zo te publiceren. Bovendien blijft een belangrijke stelling slecht weerlegd: de (meer)waarde van een gedegen lijkschouw/lichamelijk onderzoek van het lijk door de behandelend arts.

De opbrengst van een gedegen lijkschouw zal in de algemene huisartsenpraktijk minimaal zijn. Als de huisarts op basis van zijn voorkennis, de anamnestiche gegevens en de situatie niet overtuigd is van natuurlijk overlijden, dan is het onwaarschijnlijk dat de lijkschouw hem overtuigt. De kans is immers op voorhand zeer groot dat hij geen concluderende bijzonderheden voor natuurlijk overlijden vindt bij lichamelijk onderzoek van het lijk, en het onderzoek dus de twijfel niet wegneemt, maar slechts bevestigt.

Men doet in dit geval met de uitgebreide lijkschouw vooral aan forensische sporenvernietiging. De forensisch geneeskundige verricht bij twijfel aan natuurlijk overlijden alleen in samenspel met de

forensische opsporing van de politie een uitgebreide lijkschouw, om technische sporen niet te vernietigen.

Ik acht scholing van behandelend artsen in onderzoek van het lijk dus niet erg zin- nig, maar eerder contraproductief. Het stimuleren van uitgebreide lijkschouw van behandelend artsen, die op voorhand geen overtuiging van natuurlijk overlijden hebben, levert eerder schade dan meerwaarde op. Het is veel belangrijker om energie te steken in scholing en om uniforme afspraken te maken over wanneer men als (behandelend) arts de gemeentelijk lijkschouwer/forensisch geneeskundige moet inschakelen, en wat dan de verwachtingen mogen zijn.

P.P.M. Bender,
forensisch geneeskundige, huisarts

Autisme

Complimenten voor de duidelijke klinische les over ADHD en autisme in het meinumner (H&W 2006;49:324-9). Huisartsen horen deze ontwikkelingsstoornissen inderdaad tijdig te onderkennen om onnodig leed in gezinnen te voorkomen. Een paar aanvullingen op het artikel over PDD-NOS vind ik belangrijk.

Het beeld van een autistische stoornis is meestal duidelijk, maar PDD-NOS komt vaker voor en is lastiger te herkennen. Als je te veel vasthoudt aan de duidelijke kenmerken van autisme, dreigt het gevaar dat de diagnose bij een kind met PDD-NOS te lang uitblijft. Het beeld mag dan wel minder uitgesproken zijn dan dat van autisme, de invloed op het gezin is er niet minder op. Juist doordat het ziektebeeld vaak niet onderkend wordt, begrijpt de omgeving het afwijkend gedrag van het kind niet en wijt het dan aan falend ouderschap; dit kan een grote druk op het gezin leggen. De populariteit van het onderwerp in de media moet ons er niet van weerhouden een kind door te verwijzen voor nadere diagnostiek als ouders zich zorgen maken over het gedrag. Indien de problemen die ouders schetsen niet alarmerend overkomen, kan de huisarts eerst denken aan een verwijzing naar de

kinderfysiotherapeut, ergotherapeut of logopedist. Zij hebben meestal ervaring met ontwikkelingsstoornissen, waardoor er meer zicht op de problematiek komt. De vroegkinderlijke ontwikkeling van een PDD-NOS-kindje kan vrij normaal verlopen (op tijd lachen, aankijken, volgen, leren lopen). Desondanks krijgen de ouders steeds meer het idee dat er 'iets' niet klopt ten opzichte van andere kinderen in of buiten het gezin. Uiteraard kan een kind een normale laatbloeiër zijn.

Aanwijzingen voor PDD-NOS kunnen per ontwikkelingsgebied meer of minder uitgesproken zijn, maar zijn vaak niet zo duidelijk als bij een autistische stoornis. De volgende kenmerken wijzen in de richting van een PDD-NOS: sociaal onhandig gedrag door verminderd inlevingsvermogen, onhandige motoriek en achterblijvende taalvaardigheid. Het vermoeden wordt nog sterker als dit gedrag gepaard gaat met vreemde angsten, moeite met onaangekondigde veranderingen of

abnormale vermoeidheid.

Mocht u toe zijn aan een snelle update van uw kennis over ontwikkelingsstoornissen, dan zijn de websites van het Trimbos-instituut (www.trimbos.nl) en de Nederlandse Vereniging voor Autisme (www.autisme.nl) erg handig. Die laatste website is vooral een aanrader voor de ouders van kinderen met een autismespectrumstoornis.

Margriet Folkeringa-de Wijs

POEM

Acupunctuur bij migraine?

Vraagstelling

Wat is de waarde van acupunctuur bij de preventie van migraineaanvallen?

Betekenis voor huisarts en patiënt

Een bètablokker is volgens de NHG-Standaard Hoofdpijn de eerste keus als preventieve behandeling bij patiënten met frequente migraineaanvallen. Volgens deze trial zouden traditionele acupunctuur en medicamenteuze behandeling even effectief zijn om migraineaanvallen te voorkomen en vergelijkbare bijwerkingen hebben. Hoe acupunctuur ervoor zorgt dat het aantal migrainedagen afneemt, is onduidelijk. Gezien de onmogelijkheid om een vergelijkend onderzoek tussen medicatie en acupunctuur te blinden en gezien het opvallend positieve effect van placebo-acupunctuur is een grote invloed van het placebo-effect niet uit te sluiten.

Omdat alleen het uiteindelijke resultaat van een behandeling telt voor de individuele patiënt, zou de huisarts acupunctuur kunnen overwegen bij bijvoorbeeld contra-indicaties en onacceptabele bijwerkingen van de standaardbehandeling.

Korte beschrijving

Inleiding Bij patiënten met frequente migraineaanvallen is een preventieve behandeling geïndiceerd. In Duitsland is acupunctuur de meest voorgeschreven

preventieve behandeling voor migraine, hoewel het wetenschappelijk bewijs ontbrak om de effectiviteit te onderbouwen. In deze trial werd bij patiënten met frequente migraineaanvallen het effect van acupunctuur volgens de traditionele Chinese regels vergeleken met 'placebo-acupunctuur' en medicamenteuze behandeling.

Patiëntenpopulatie Dit is een onderzoek met 960 poliklinische patiënten, tussen 16 en 65 jaar oud. De belangrijkste inclusiecriteria waren: 2 tot 6 migraineaanvallen in 4 weken, migraine gediagnosticeerd voor het 50ste levensjaar en minstens 26 weken voor aanvang van dit onderzoek bekend met migraine conform de IHS-criteria.

Onderzoeksopzet Het betreft een gerandomiseerde placebogecontroleerde trial. Patiënten werden ad random toegewezen aan traditionele acupunctuur (n=313), placebo-acupunctuur (n=339) of medicamenteuze behandeling (n=308). Patiënten wisten niet welke vorm van acupunctuur ze ondergingen. Behandeling met acupunctuur werd zoveel mogelijk gestandaardiseerd en werd beperkt tot behandeling met naalden gedurende 6 tot 9 weken. De onderzoekers vermeden bij het toepassen van placebo-acupunctuur de plaatsen op de huid waar traditionele acupunctuur zich op richt. Medicamenteuze profylactische behandeling vond plaats gedurende 26 weken volgens de vigerende Duitse richtlijnen. Volgens

deze richtlijnen is behandeling met een bètablokker eerste keus, flunarizine tweede keus en valproïnezuur derde keus.

Uitkomstmaat De primaire uitkomstmaat was het verschil in het aantal dagen met migraine vóór en na behandeling: 4 weken voor de randomisatie ten opzichte van week 23 tot en met 26 na randomisatie.

Resultaten De onderzoekers screenden 1295 patiënten. Van hen voldeden er 960 aan de inclusiecriteria en zij konden worden ingedeeld in één van de drie behandelgroepen. Direct na randomisatie trokken 125 patiënten zich terug uit het onderzoek, van wie er 106 oorspronkelijk in de medicatiegroep waren ingedeeld. Van de 794 patiënten die uiteindelijk aan het onderzoek meededen (de intention-to-treatpopulatie, verliep bij 443 patiënten de toegewezen behandeling volledig volgens protocol (de per-protocolpopulatie). Het aantal migrainedagen was niet significant verschillend voor de verschillende groepen. In de traditionele acupunctuurgroep was dat 6,0 dagen, in de placebogroep 5,8 dagen en in de medicatiegroep 6,4 dagen (p=0,35).

Bij intention-to-treatanalyse was er een afname van 2,3 migrainedagen (95%-BI 1,9-2,7) in de traditionele acupunctuurgroep, 1,5 dagen (95%-BI 1,1-2,0) in de placebogroep en 2,1 dagen (95%-BI 1,5-2,7) in de medicatiegroep. Deze afname was in alle groepen significant (p<0,001) in vergelijking met de situatie vóór ran-