

sproken effect op agressie, en geen effect op psychose. Ook hier waren er veel bijwerkingen en waarschijnlijk ook een vergelijkbaar risico op CVA.

Conclusie auteurs Risperidon en olanzapine zijn effectief voor de behandeling van agressie bij dementie, en risperidon is ook effectief voor de behandeling van psychose. Het risico op toegenomen mortaliteit en CVA maakt de middelen echter ongeschikt voor routinegebruik. Alleen als de symptomen resulteren in een groot risico voor anderen of extreme spanningen bij de patiënt, kunnen de middelen gebruikt worden.

Commentaar

Agressie en psychotische symptomen bij dementie zijn onderdeel van het BPSD-concept (*behavioural and psychological disturbances*), oftewel de veel voorkomende gedragsproblemen bij dementie. Het probleem van dit concept is dat het uit uiteenlopende gedragsproblemen bestaat, die een heel verschillende oorzaak kunnen hebben en ook een verschillende aanpak vergen. Alleen agressie en psychose behandelen met antipsychotica lost maar een deel van het probleem op. Daarbij zijn ze matig effectief en geven ze vaak bijwerkingen, vooral extrapiramidale stoornissen en sufheid. Toch worden ze erg vaak voorgeschreven. Volgens de

richtlijnen is er alleen een indicatie voor antipsychotica indien psychologische en omgevingsinterventies onvoldoende effectief zijn gebleken.^{2,3} Langdurig gebruik moet men vermijden.

Bij de interpretatie van clinical trials op dit gebied doen zich een aantal problemen voor. Ten eerste de hoge placeborespons. Deze is zowel terug te voeren op het spontaan herstel van gedragsproblemen, als op de waarde van de psychosociale interventies (bijvoorbeeld aandacht) die inherent zijn aan het doen van een trial. Een tweede probleem bij de beoordeling is de brede insteek van BPSD, waarbij de precieze klinische relevantie van de gedragsproblemen niet wordt vastgelegd. Vergeleken met de klassieke antipsychotica hebben de atypische wel een groter effect, over een breder scala van symptomen, al is het effect op onrust zonder agressie nog niet duidelijk vastgesteld. Het probleem van de bijwerkingen is groot. Niet alleen de extrapiramidale verschijnselen en sufheid; het risico op CVA wordt bijna vier keer zo groot. In 2005 heeft de FDA een waarschuwing gepubliceerd voor het toegenomen overlijdensrisico dat geassocieerd is met het gebruik van atypische antipsychotica bij dementie. Ook in Nederland is hierover gepubliceerd.⁴

Voor gedragsproblemen bij dementie

geldt, net als voor de cognitieve problemen, dat psychosociale interventies het meest effectief zijn. Probeer de oorzaak van de gedragsproblemen te achterhalen en weg te nemen. Pas antipsychotica alleen toe bij agressie en psychose, als het echt niet anders kan en patiënten een gevaar voor zichzelf en anderen vormen. En dan nog alleen kortdurend. Helaas is de praktijk heel anders en krijgen veel demente patiënten langdurig antipsychotica voorgeschreven. Omdat het risico op CVA en overlijden hierdoor sterk vergroot wordt, zijn er genoeg redenen om dit beleid te herzien!

Annet Wind

- 1 Lonergan E, Luxenberg J, Colford J, Birks J. Haloperidol for agitation in dementia. In: *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. DOI: 10.1002/14651858.CD002852.
- 2 CBO. Richtlijn Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Utrecht: CBO, 2005.
- 3 Wind AW, Gussekloo J, Vernooy-Dassen MJF, Bouma M, Boomsma LJ, Boukes FS. NHG-Standaard Dementie (tweede herziening). *Huisarts Wet* 2003;46:754-67.
- 4 Van Marum RJ, Jansen PAF. Toegenomen kans op een beroerte na gebruik van olanzapine of risperidon bij patiënten met dementie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:165-7.

POEM

Etnische achtergronden en cardiovasculaire medicatie

Vraagstelling

Is er bewijs voor verschillen in gevoeligheid voor bijwerkingen van cardiovasculaire medicatie bij verschillende etnische groepen?

Korte beschrijving

Inleiding Bijwerkingen van cardiovasculaire medicamenten komen vaak voor. Er is tot op heden geen consensus welke invloed de etnische of raciale achtergrond van een patiënt heeft. In deze systematische review is gekeken naar verbanden

tussen verhoogde gevoeligheid voor bijwerkingen van cardiovasculaire medicatie en etnische afkomst.¹

Onderzoeksopzet De reviewers zochten in Medline en EMBASE naar artikelen die zowel etnische afkomst als bijwerkingen van cardiovasculaire medicatie beschrijven. Zij vonden 24 artikelen, waarbij een vergelijking met een controlegroep mogelijk was. Indien meerdere onderzoeken beschikbaar waren, poolden zij de gegevens zo mogelijk en berekenden ze een relatief risico (RR).

Patiëntenpopulatie Volwassen patiënten met verschillende etnische achtergronden

Betekenis voor huisarts en patiënt

Veel patiënten in de huisartsenpraktijk gebruiken medicatie voor cardiovasculaire aandoeningen. Bijwerkingen van medicatie kunnen nogal eens leiden tot morbiditeit en mortaliteit, maar zijn niet voor alle etnische groeperingen gelijk. Volgens dit onderzoek zijn er in dit opzicht ook voor cardiovasculaire medicatie significante verschillen tussen de diverse etnische groepen. Het is van belang om hier als huisarts alert op te zijn.

die cardiovasculaire medicatie gebruiken. Globaal werden de patiënten ingedeeld

Wat is een POEM?

Een POEM (*Patient Oriented Evidence that Matters*) is een evidence-based referaat van een wetenschappelijk artikel. De feitelijke informatie uit het artikel geven we daarbij zo helder, objectief en transparant mogelijk weer. Daarnaast vertalen we de uitkomsten van het artikel naar de huisarts die een patiënt voor zich heeft, zo mogelijk met NNT of andere getallen die voor de individuele patiënt inzichtelijk zijn. We vergelijken de resultaten met huidige richtlijnen of de gangbare werkwijze. Voorlopig publiceren we in elke H&W een POEM.

in 'negroïd', 'blank' en 'Aziatisch'.

Resultaten De resultaten voor ACE-remmers en trombolysen konden gepoold worden. Bij de overige medicatie was dat niet mogelijk omdat het daar hoofdzakelijk om kleinere onderzoeken ging.

ACE-remmers. Negroïde patiënten bleken in vergelijking met niet-negroïde patiënten een verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van angio-oedeem (RR 3,03; 95%-BI 2,51-3,66). Hoesten kwam als bijwerking meer voor bij Aziatische dan bij

blanke patiënten (RR 2,66; 95%-BI 1,58-4,77). Tussen negroïde en blanke patiënten bleek er voor deze bijwerking geen verschil.

Trombolysen. Negroïde patiënten hadden een verhoogd risico ten opzichte van niet-negroïde patiënten op een intracraniale bloeding (RR 1,48; 95%-BI 1,17-1,86). Uit een ander onderzoek kwam naar voren dat bij trombolytische behandeling 17% van de negroïde patiënten een ernstige bloeding kreeg tegenover 11% bij blanke patiënten (RR 1,9; 95%-BI 1,6-2,3).

Andere medicamenten. Depressieve klachten bij hydrochloorthiazidegebruik (HCT) kwamen significant vaker voor bij negroïde dan bij blanke patiënten – in het artikel werden overigens geen getallen gemeld. Hoofdpijn werd als bijwerking van HCT gerapporteerd bij 17% van de negroïde patiënten en bij 2% van de blanke patiënten ($p < 0,05$).

Het risico op een bloeding bij gebruik van anticoagulantia is bij niet-blanken groter dan bij blanken (RR 1,6; 95%-BI 1,2-2,1). Er wordt geen verschil gevonden in het voorkomen van bijwerkingen bij simvastatine- en bij aspirinegebruik. Pindolol

geeft bij blanke patiënten weliswaar meer bijwerkingen dan bij negroïde patiënten, maar dit verschil is niet significant.

Conclusie van de onderzoekers Het doel van medicamenteuze behandeling is maximale behandeling met minimale risico's op bijwerkingen. De resultaten van dit onderzoek tonen voor een beperkt aantal cardiovasculaire medicamenten een verschil aan in gevoeligheid voor bijwerkingen bij verschillende etnische groepen. Voor een veel grotere groep medicamenten weten we dit eenvoudigweg niet omdat daarvoor de gegevens ontbreken. Er is meer farmacologisch onderzoek met verschillende etnische groepen nodig om onze kennis op dit gebied te vergroten.

Bewijskracht Systematische review van gerandomiseerde trials met heterogeniteit (1a-).²

Marlous Adema en Arie Knuistingh Neven,
LUMC

1 McDowell SE, Coleman JJ, Ferner RE. Systematic review and meta-analysis of ethnic differences in risks of adverse reactions to drugs used in cardiovascular medicine. *BMJ* 2006;332(7551):1177-81.

2 www.infopoems.com/levels.html.

Boeken

Praktijk van de hoofdpijn

Silberstein SD, Lipton RB, Goadsby PJ, Ferrari MD. *Hoofdpijn in de klinische praktijk*. Maarn: Prelum, 2005. 310 pagina's, € 89. ISBN 90-8562-011-2.

Dit boek is een Nederlandse uitgave van het Amerikaanse *Headache in Clinical Practice* (tweede druk uit 2002), geactualiseerd en bewerkt door de Leidse neuroloog Michel Ferrari. Het is een helder en volledig overzicht van een van de meest voorkomende en belastende, maar ook miskende klachten: hoofdpijn.

Het boek begint met een overzicht van hoofdpijn door de eeuwen heen. Het behandelt vervolgens in het eerste deel de pathofysiologie en epidemiologie van de verschillende hoofdpijnvormen, en de classificatie daarvan volgens de IHS-

criteria. Het tweede deel behandelt de primaire hoofdpijn: migraine, spanningshoofdpijn, chronische dagelijkse hoofdpijn en clusterhoofdpijn. In het derde deel komt ten slotte de secundaire hoofdpijn aan bod: posttraumatische hoofdpijn en hoofdpijn gerelateerd aan vasculaire en niet-vasculaire intracraniale aandoeningen, aan infectie en aan sinusaandoeningen. Dit is een voor de medicus practicus een heldere en bruikbare indeling.

Het boek leest prettig, is ruim voorzien van recente literatuurverwijzingen en biedt daarmee een up-to-date en evidence-based totaaloverzicht van de belangrijkste aspecten van hoofdpijn. Per hoofdpijnvorm bespreken ze de diagnose en de behandeling.

Maar ik wil toch wel enkele kleine kanttekeningen maken. Hoofdpijn bij kinde-

ren ontbreekt in dit boek; hierover zou, net als voor de wel opgenomen oudere patiënt, een apart hoofdstuk op zijn plaats zijn geweest. Menstruele migraine bespreken de auteurs in het hoofdstuk migraine, andere menstruele hoofdpijn komt nauwelijks meer aan de orde, hoewel er wel een uitgebreid hoofdstuk is over zwangerschap, borstvoeding en de medicamenteuze behandeling.

Het boek is aan de Nederlandse praktijk aangepast en is hiervoor soms uitgebreid, aangezien de behandeling aanvankelijk een nogal Amerikaanse (defensieve) inslag had. Het is jammer dat er geen verwijzingen zijn opgenomen naar de belangrijkste bestaande Nederlandse richtlijnen op hoofdpijngebied: die van de Nederlandse Vereniging van Neurologie en die van het NHG. Ook andere