

Trombosedienst moet precies werken

Bij patiënten met een indicatie voor een antistollingsbehandeling geeft een INR > 3,5 ongeveer een 100% verhoogde kans op ernstige bloedingen en een INR < 1,8 een ongeveer 100% verhoogde kans op trombo-embolieën vergeleken met een INR die binnen dit venster ligt. Dit blijkt uit een Canadese meta-analyse van Oake et al.¹ Uit een ander Canadees onderzoek van dezelfde groep blijkt dat gebruikers van anticoagulantia ongeveer eenderde van de tijd een INR hebben buiten het gewenste venster.²

Oake et al. verzamelden alle gepubliceerde onderzoeken van de laatste 40 jaar in MEDLINE en van de laatste 25 jaar in EMBASE waarin bij INR streefwaarden tussen de 1,8 en 3,5 de frequentie van ernstige bloedingen en trombo-embolieën was gerapporteerd in relatie tot de werkelijke INR-waarde. Onder ernstige

bloedingen verstonden zij: bloedingen die leidden tot ziekenhuisopname, bloedtransfusie of een Hb-daling van meer dan 1,24 mmol/l. En onder ernstige trombo-embolieën verstonden zij: CVA, myocardi infarct, veneuze trombo-embolie of systemische embolie als die bevestigd was door objectief onderzoek.

Van de 45 geïncludeerde onderzoeken, met in totaal 9360 patiënten, was een derde uitgevoerd in de setting van een 'anticoagulation-clinic' en tweederde in de algemene praktijk. De eerste is vergelijkbaar met de Nederlandse trombosediensten en in het tweede geval is het de behandelend arts die op basis van INR-waarden over de dosering van de coumarine en de herhaalfrequentie van de INR-bepaling adviseert. In Nederland is de situatie gunstiger dan in Canada: door het veel grotere aandeel van trom-

bosediensten zijn patiënten hier beter ingesteld. Toch nog ongeveer 20-25%, in vergelijking met 33% in Canada, van de tijd liggen INR's buiten het gewenste venster.³

Uit dit onderzoek blijkt dat nauwkeurig instellen van patiënten veel invloed heeft op het resultaat van de antistollingsbehandeling. Goede trombosediensten zijn dus belangrijk. (EW)

- 1 Oake N, et al. Frequency of adverse events in patients with poor anticoagulation: a meta-analysis. *Can Med Assoc J* 2007;176:1589-94.
- 2 Walraven van C, et al. Effect of study setting on anticoagulation control: a systematic review and metaregression. *Chest* 2006;129:1155-66.
- 3 Van Geest-Daolderop JHH, et al. Omvang en kwaliteit van de antistollingsbehandeling met cumarinderivaten door de Nederlandse trombosediensten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:730-4.

Gordelroos en kanker

Gordelroos wordt veroorzaakt door een reactivering van het varicella-zoster virus. Deze reactivering hangt samen met een verminderde afweer tegen het virus. Daarom komt gordelroos vooral voor bij ouderen, als uiting van de fysiologische veroudering van hun immuunsysteem, en bij patiënten met een verzwakte afweer, zoals bij sommige kwaadaardige aandoeningen. Men veronderstelt het ook wel eens andersom: patiënten met gordelroos hebben een verhoogde kans op een maligniteit. Hoewel verschillende eerdere onderzoekers deze hypothese niet konden bevestigen, bleef de vraag knagen bij onze zuiderburen. In een retrospectief cohortonderzoek in de huisartsenpraktijk (ruim 80.000 patiënten, 311.000 patiënt-jaren) onderzochten Buntinx et al. of een maligniteit vaker voorkwam bij patiënten met gordelroos vergeleken met hun leeftijdsgenoten zonder de aandoening.

Voor patiënten jonger dan 65 jaar bleek het onmogelijk om enige conclusie te trekken: daarvoor waren de incidenties van gordelroos en maligniteiten te laag.

Maar voor 65-plussers vond men wel een verschil, overigens alleen voor vrouwen. Zij hadden een duidelijk verhoogd risico op een kwaadaardige aandoening (met name colorectaal carcinoom) na het eerste jaar na de gordelroos (hazard ratio 2,65; 95%-BI 1,43-4,90). Dit suggereert dat herpes zoster een risicofactor is om een maligniteit te ontwikkelen. De onderzoekers noemen hiervoor een drietal mogelijke verklaringen: een latente maligniteit kan de afweer verzwakken en daarmee gordelroos uitlokken, de reactivatie van het varicella-zoster virus kan immunologische veranderingen teweegbrengen die leiden tot de ontwikkeling van een maligniteit en ten slotte kan aan het ontstaan van zowel gordelroos als een maligniteit een primaire dysfunctie van het immuunsysteem ten grondslag liggen waarbij in sommige gevallen gordelroos zich als eerste openbaart en in andere een maligniteit.

Hoe dan ook, dit onderzoek rechtvaardigt het niet om gordelroospatiënten op kanker te screenen. Wel daagt het uit om

de relatie tussen gordelroos en maligniteiten nog eens nader onder de loep te nemen. (WO)

Buntinx F, et al. Herpes zoster. Een indicator voor occulte of dreigende maligniteit? *Huisarts Nu* 2007;36:420-5.

De berichten, commentaren en reacties in het Journal richten zich op de wetenschappelijke en inhoudelijke kanten van de huisartsgeneeskunde. Bijdragen van lezers zijn welkom (redactie@nhg-nl.org). De bijdragen in deze aflevering zijn van Pieter van den Berg, Koos Jongebreur, Edmond Walma, Wim Opstelten, Henk van Weert en Tjerk Wiersma.