

de onderzoekers fataal coronair lijden of niet-fatale myocardiinfarctering. Ze bepaalden ook het basaal gemeten apoB, apoAI en apoB/apoAI gehalte. Ze berekenden een relatief risico (RR) voor coronair lijden door patiënten met de eenderde hoogst gemeten waarden (apoA, apoB, apoB/apoAI) te vergelijken met patiënten met de eenderde van de laagst gemeten waarden (apoA, apoB, apoB/apoAI).

Resultaten In de 23 onderzoeken werden de patiënten gedurende gemiddeld 9 jaar gevolgd. In 21 van de 23 onderzoeken berekenden ze apoAI en ze konden 6333 gevallen van coronairlijden constateren. Dit leverde een RR op van 1,62 (95%-

BI 1,43-1,83). Dit betekent dat een laag apoAI een relatief verhoogd risico is om coronairlijden te ontwikkelen. In 19 van de 23 onderzoeken berekenden de onderzoekers apoB en constateerden ze 6320 gevallen van coronairlijden; een RR van 1,99 (95%-BI 1,65-2,39). Dit betekent dat patiënten met een hoog apoB een relatief verlaagd risico hebben om coronairlijden te ontwikkelen.

In 7 van de 23 onderzoeken berekenden men apoB/apoAI; in 3730 gevallen werd coronairlijden geconstateerd. Het berekende RR was 1,86 (95%-BI 1,55-2,22).

Conclusie van de onderzoekers Het apolipoproteïne-gehalte is een goede voor-

speller voor het ontwikkelen van coronairlijden. In deze analyse is geen rekening gehouden met confounders, zodat het resultaat wellicht sterker is dan als er correctie zou zijn toegepast.

Bewijskracht: Meta-analyse van prognostisch onderzoek met heterogeniteit (2a).²

Martin van Markus en
Arie Knuistingh Neven

1 Thompson A, Danesh J. Associations between apolipoprotein B, apolipoprotein AI, the apolipoprotein B/AI ratio and coronary heart disease: a literature based meta-analysis of prospective studies. *J Intern Med* 2006;259:481-92.

2 <http://www.ifoemo.com/levels.html>.

Proefschriften

Hartziekten en atriumfibrilleren

Michiel Rienstra. *Atrial fibrillation, underlying heart disease and prognosis* [Proefschrift]. Groningen: Universiteit van Groningen, 2007. 245 pagina's. ISBN 978-90-811679-1-8.

Dit proefschrift begint met een overzicht van epidemiologische gegevens en beschrijft de mogelijke oorzaken van atriumfibrilleren. Verder geeft de schrijver in de inleiding een overzicht van de behandelingsmogelijkheden. Bij de behandeling van atriumfibrilleren kan je ervoor kiezen om het atriumfibrilleren te accepteren en de ventrikelfrequentie te reguleren ('rate control') of je kan de behandeling richten op het herstel van sinusritme ('rhythm control'). Deze opties zijn in een aantal onderzoeken vergeleken. Men nam altijd aan dat herstel van sinusritme gunstig zou zijn, maar rhythm control bleek niet superieur te zijn.

Een van de onderzoeken dat rate versus rhythm control vergeleek, is de RACE-study (RATE Control versus Electrical cardioversion), een Nederlands onderzoek. Rienstra laat in dit proefschrift onder andere een aantal subanalyses zien van deze onderzoeksgegevens. Hij beschrijft de vergelijking van de resultaten bij

patiënten met en zonder hypertensie. Bij patiënten met hypertensie lijkt rate control beter. Ook zijn verschillen tussen mannen en vrouwen onderzocht. Vrouwen met atriumfibrilleren bereikten minder vaak het gecombineerde eindpunt (onder andere sterfte, pacemaker implantatie, ernstige bijwerking medicatie) bij rate control dan bij rhythm control. Dit betreffen overigens twee post-hoc analyses. Ook wanneer die patiënten uit de rhythm-controlgroep die daadwerkelijk een sinusritme houden (uiteindelijk een minderheid) vergeleken worden met patiënten uit de rate-controlgroep die atriumfibrilleren houden, blijkt rhythm control niet beter dan rate control.

Andere analyses laten zien dat niet het atriumfibrilleren maar de onderliggende aandoening de prognose van patiënten met atriumfibrilleren bepaalt. Dit zijn vooral ischemische hartziekte, diabetes, kleplijden en hartfalen. Hartfalen kan overigens ook een gevolg van atriumfibrilleren zijn.

Ten slotte geeft Rienstra de richting aan voor verder onderzoek. Rate controle is nu de veelal gekozen strategie. Vooralsnog is echter onvoldoende duidelijk welke ventrikelfrequentie het behandelingsdoel moet zijn. Naast rate of rhythm control is antistolling bij atriumfibrilleren

met bijkomende risicofactoren voor een trombo-embolie een belangrijk punt. Het optimum voor de instelling ligt tussen een INR van 2 en 3. Nieuwere behandelopties bleken minder effectief om complicaties te voorkomen.

Dit proefschrift bespreekt een aantal zaken die in de ontwikkeling van de NHG-Standaard Atriumfibrilleren tot de belangrijkste discussiepunten behoorden. De onderzoeksresultaten sluiten goed aan bij aanbevelingen in deze standaard.

Jan van Lieshout

Huidziekten bij kinderen

Robbert S.A. Mohammedamin. *Infectious skin diseases in children in General Practice. Epidemiology and management* [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 2007. 123 pagina's. ISBN 978-90-8559-264-8.

Er verschijnen veel proefschriften over de belangrijke chronische ziekten waarmee de huisarts te maken heeft: diabetes mellitus, COPD, depressie en hart- en vaatziekten. Tussen deze stroom van proefschriften valt een proefschrift over huidziekten bij kinderen (0-17 jaar) direct op. Is er een probleem met huidziekten dat onderzocht moet worden?

In de inleiding meldt de auteur dat huidziekten 23% beslaan van alle gepresenteerde morbiditeit tijdens de kindertijd, en dat aandeel stijgt nog steeds. Mohammedamin wil antwoord geven op de vraag of de incidentie van een aantal infectieuze huidziekten stijgt, en of daar socio-demografische verklaringen voor te vinden zijn. Verder bekijkt hij of het beleid van de huisarts in overeenstemming is met de evidence-based richtlijnen. En ten slotte bestudeert hij of huisartsen complicaties van huidziekten zoals sepsis en/of bacteremie, die ziekenhuisopname vereisen, kunnen voorkomen.

Voor zijn onderzoek maakt hij voornamelijk gebruik van gegevens van de Eerste (1987) en de Tweede (2001) Nationale Studie van het NIVEL.

Uit een eerste algemene analyse van alle huidziekten blijkt dat er een stijging is in de totale incidentie van gepresenteerde

huidziekten. Er zijn regionale verschillen tussen Noord en Zuid, maar ook tussen kinderen van niet-westerse immigranten en autochtone Nederlanders. De incidentie van impetigo, dermatophytosis en atopisch eczeem stijgt, terwijl die van wratten, contacteczeem en huidbeschadigingen een daling liet zien. In een nadere beschouwing van impetigo is er een regionaal verschil te zien: in het Zuiden is er een tweemaal zo hoge incidentie als in het Noorden. De auteur relateert dat aan de grotere concentratie varkensboerderijen in die regio. Het beleid van huisartsen bij impetigo, bij acne en ook bij dermatophytosis volgt de behandelrichtlijnen. In het hoofdstuk over wratten stelt hij vast dat de meeste patiënten behandeld worden met cryotherapie, hoewel het bewijs voor die behandeling zwak is. Uit het onderzoek naar ziekenhuisopnames op basis van sepsis en/of

bacteremie blijkt dat slechts 5% van de kinderen voorafgaand was gezien door de huisarts.

Het is de vraag of er sprake is van een probleem dat onderzocht moet worden. Er blijkt dus geen echt probleem te zijn, maar de bestudering van de veranderingen in de tijd en ook de regionale verschillen geven toch weer aanleiding tot verwondering en nieuwe vragen. Het is jammer dat de auteur in zijn discussies erg voorzichtig blijft en niet iets meer analyseert, en eventueel met andere bronnen vergelijkt. Bovendien neemt hij niet de vrijheid om mogelijke verklaringen aan te dragen. Ook al zijn die verklaringen dan niet bewezen, ze zijn wellicht wel aannemelijk te maken. Dit is een zorgvuldig geschreven proefschrift over een onderwerp dat de aandacht verdient.

Job Metsemakers

Boeken

Borstkanker in de huisartsenpraktijk

Schulkes-van de Pol JA, Kaas R. *Borstkanker, behandeling en zorg. Practicum huisartsgeneeskunde. Een serie voor opleiding en nascholing.* Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2006. 99 pagina's, € 23,-. ISBN 10-90-352-2882.

Een- of tweemaal per jaar krijgt de huisarts met een normpraktijk te maken met een nieuw geval van borstkanker. Hiermee is borstkanker een van de meest voorkomende kankers in de huisartsenpraktijk. In dit boek vindt de huisarts antwoorden op vragen die zich vaak voordoen over borstkanker. Niet alleen met betrekking tot de ziekte zelf – diagnostiek en behandeling –, maar ook vragen over screening door bevolkingsonderzoek, erfelijke belasting en diagnostiek van andere borstafwijkingen komen uitgebreid aan bod. De vragen worden aan de hand van herkenbare casuïstiek in beknopte en heldere taal beantwoord. Aan de hand van deze casussen worden patiënten gevolgd; het goedaardige knob-

beltje, het bevolkingsonderzoek, de chirurgische, radiotherapeutische en systemische behandelingen en de palliatieve zorg passeren zo de revue. Dit laatste komt evenwel slechts summier aan bod. Door de herkenbare realistische casuïstiek is het een zeer prettig leesbaar boek. Het is geschreven vanuit de spreekkamer, waarbij dit boek eveneens kan dienen als praktische leidraad om goede voorlichting te geven. Minstens zo waardevol zijn de vele adressen voor deskundige voorlichting en adviezen welke in het boek te vinden zijn. Dit maakt het eenvoudiger om, samen met de patiënt, een antwoord te vinden op vaak ingewikkelde vragen over screening en behandeling. Het boek bevat 9 hoofdstukken. In het voorwoord stellen de auteurs dat de huisarts niet alles in detail hoeft te weten van de snel toenemende kennis over chemokuren en erfelijkheid. In het boek ontbreekt dan ook informatie over recente immunologische ontwikkelingen binnen de cytostatische behandeling. Wat betekenen deze nieuwe ontwikkelingen voor

de patiënt en voor het handelen van de huisarts? Is het patiëntenperspectief hierdoor veranderd? Op het spreekuur zijn hierover ook vragen te verwachten. Het antwoord moet je zoeken op een van de vele websites waarnaar het boek verwijst.

Evenmin als de eerdere uitgaven in de reeks *Practicum huisartsgeneeskunde* beoogt dit deel een uitgebreid naslagwerk te zijn. De auteurs zijn er echter uitstekend in geslaagd om aan de hand van realistische casuïstiek veel praktische informatie te bundelen voor een typisch huisartsgeneeskundige benadering en behandeling van patiënten met borstkanker of een verhoogde kans erop.

M. Olde Damink-Buys, G. Beusmans