

Looptraining bij Perifeer Arterieel Vaatlijden

Patiënten met Perifeer Arterieel Vaatlijden (PAV) zijn gebaat bij looptraining. Of deze interventie ook nog effectief is zonder begeleiding van een fysiotherapeut, is de vraag. Met andere woorden: is het motiveren van patiënten met PAV om dagelijks te gaan wandelen al voldoende om een klinisch relevante verbetering van hun loopafstand te bewerkstelligen?

Mary McDermott en anderen deden onderzoek naar de effectiviteit van wekelijkse, motiverende groepsbijeenkomsten ter verbetering van de loopafstand van patiënten met PAV. Die kregen het advies om 5 dagen per week minimaal 50 minuten te wandelen. Wat zou hiervan het effect zijn, in combinatie met de wekelijkse bespreking van trainingsresultaten met lotgenoten?

De controlegroep kreeg geen loopadvies maar werd wel 6 maanden gevolgd. Het primaire eindpunt van hun onderzoek was de 6-minutenloopafstand, een

goede voorspeller voor morbiditeit en mortaliteit. Daarnaast keken zij naar het effect op maximale pijnvrije loopafstand, invloed op dagelijkse activiteiten, het effect op loopsnelheid, de af te leggen afstand en op traplopen. Ten slotte vergeleken ze de kwaliteit van leven in beide groepen. Zowel op het primaire eindpunt als op de overige eindpunten zagen de onderzoekers na 6 maanden statistisch significante verbeteringen in de interventiegroep. In geen van beide groepen verbeterde het traplopen en de kwaliteit van leven. Dit laatste is begrijpelijk, daar deze patiënten behalve door PAV beperkt zijn door een breed scala aan comorbiditeit, zoals angina pectoris (15%), maligniteit (15%), diabetes mellitus (30%) en hartfalen (10%).

De conclusie luidt dat loopprogramma's gecombineerd met wekelijkse groepsessies resulteren in een betekenisvolle verbetering van de loopafstand van patiënten met PAV. Jammer dat de onderzoekers niet hebben gekeken naar het advies om 50 minuten per dag te lopen zonder wekelijkse groepsessies. En dat de controlegroep niet was samengesteld uit patiënten die wel bege-

leiding kregen van een fysiotherapeut. Evengoed is het hoopgevend dat het loopadvies na 6 maanden een klinisch relevante verbetering van de loopafstand laat zien. Mits deze winst niet resulteert in een wandeling naar de dichtstbijzijnde sigarenboer, is er toch weer wat gewonnen. ■

Bèr Pleumeekers

McDermott MM, et al. Home-Based Walking Exercise Intervention in Peripheral Artery Disease: A Randomized Clinical Trial. JAMA 2013;310(1):57-65.



Foto: Frank Muller/Hollandse Hoogte

Afwachtend beleid bij prostaatkanker

De meeste mannen met gelokaliseerde, laag-risicoprostaatkanker krijgen na diagnose direct behandeling met radiotherapie of een operatie. Het is niet duidelijk of deze strategie van direct behandelen meer kosteneffectief is dan het volgen van de patiënt.

Voor meer inzicht hierin hebben Amerikaanse onderzoekers een simulatiemodel ontwikkeld voor mannen van 65 en 75 jaar voor het vergelijken van drie strategieën: direct behandelen met radiotherapie of een operatie, actief volgen van de patiënt (*active surveillance*) en afwachtend beleid (*watchful waiting*). Actief volgen omvatte een driemaandelijke PSA-test, zesmaandelijks rectaal

toucher en een biopsie na één jaar, vervolgens elke drie jaar. Bij progressie naar een meer agressieve ziekte werd behandeling ingezet. Afwachtend beleid betekende elke zes maanden een PSA-test en elke vijf jaar een botscan. Bij deze strategie werd palliatief behandeld wanneer de ziekte symptomatisch werd. In geval van curatieve therapie werd het protocol geschonden.

Actief volgen en afwachtend beleid bleken effectiever en minder kostbaar dan direct behandelen. Onderlinge vergelijking van deze twee strategieën leverde een verschil op van twee maanden levensverwachting (voor kwaliteit gecorrigeerd) ten gunste van afwachtend beleid, met een kostenbesparing van \$15.374 bij mannen van 65 jaar en \$11.746 voor de 75-jarigen. Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op het

beter classificeren van laag-risicoprostaatkanker en op de verschillen tussen actief volgen en afwachtend beleid.

Dit onderzoek leert ons dat het actief volgen van een patiënt in de huidige praktijk een te overwegen optie is voor mannen met gelokaliseerde, laag-risicoprostaatkanker. Dat komt ook naar voren in de NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen, waarin het advies luidt om afwachtend beleid te overwegen bij mannen met een levensverwachting van minder dan 10 jaar en een vermoeden van prostaatkanker, zonder aanwijzingen voor metastasen. ■

Anne de Boer

Hayws JH, et al. Observation versus initial treatment for men with localized, low-risk prostate cancer: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 2013;158:853-860.