

Overlevingskansen bij kritische ischemie

Bij patiënten met kritische ischemie van het been zijn de overlevingskansen slechter dan bij de meeste maligniteiten. Op tijd beginnen met preventie lijkt de enige manier om de prognose te verbeteren.

Bij kritische ischemie van het been (CLI) klagen patiënten met perifere arterieel vaatlijden over pijn in rust of nachtelijke pijnen, is er sprake van slecht genezende wondjes of ulcera, of is er sprake van gangreen. In dit stadium (Fontaine III en IV) zal 50-60% van de patiënten een vaatreconstructie moeten ondergaan en in 25% van de gevallen zal er, binnen een jaar, een amputatie nodig zijn. Perifere arterieel vaatlijden is een uiting van algemeen arterieel vaatlijden en de overlevingskansen van deze patiënten worden in belangrijke mate mede hierdoor bepaald. Om meer duidelijkheid over de prognose van CLI te krijgen deden Rollins et al. een systema-

tische review van de literatuur van 1991 tot 2011. Zij includeerden alleen onderzoeken waarin gedurende minimaal een jaar ten minste 100 patiënten met CLI prospectief werden gevolgd, met als uitkomst sterfte, ongeacht de oorzaak.

In alle onderzoeken samen werden in totaal 28.517 patiënten met CLI gevolgd. De leeftijd varieerde van 65 tot 85 jaar en 65% was man. De onderzoekers berekenden de gemiddelde overleving na 30 dagen, 6 maanden, 1, 3 en 5 jaar. De mortaliteitspercentages voor deze periode waren respectievelijk 4%, 14%, 18%, 35% en 46%. De belangrijkste risicofactoren op overlijden binnen 3 jaar zijn: ischemische hartziekte, leeftijd en weefselverlies. Diabetes, pijn in rust en een gestoorde nierfunctie lijken geen voorspellers te zijn van een verhoogde mortaliteit. Mannen met CLI lijken een betere prognose te hebben dan vrouwen. Dit verschijnsel doet zich eveneens voor bij andere vormen van hart- en vaatziekten. De oorzaak hiervan is niet duidelijk.

De 1-jaarsoverleving van patiënten met CLI lijkt de laatste decennia iets

verbeterd. Met een 5-jaarsoverleving van ongeveer 50% zijn deze patiënten op langere termijn nog steeds slechter af dan patiënten met een maligniteit waarbij de gemiddelde 5-jaarsoverleving 63% bedraagt. Behandeling van het cardiovasculair risicoprofiel met medicamenteuze en niet medicamenteuze interventies kan de overlevingskansen van deze patiënten verbeteren, bij voorkeur voordat er sprake is van rustpijnen. Verbetering van de prognose is geen chirurgische zaak, maar begint bij een goede secundaire preventie in de eerste lijn. ■

Bèr Pleumeekers

Rollins KE, et al. Meta-analysis of contemporary short- and long-term mortality rates in patients diagnosed with critical leg ischaemia. *Br J Surg* 2013;100:1002-8.

Brenner H. Long-term survival rates of cancer patients achieved by the end of the 20th century: a period analysis. *Lancet* 2002;360:1131-5.

Therapie voor stressincontinentie

Stressincontinentie kan door de huisarts behandeld worden met bekkenbodemoefeningen. Als deze eerstelijnsbehandeling niet effectief blijkt, kan worden verwezen naar een gespecialiseerde fysiotherapeut of de gynaecoloog/uroloog voor operatieve behandeling met een tensievrij vaginaal bandje (tension-free vaginal tape).

In samenwerking met universitaire en perifere ziekenhuizen voerden onderzoekers uit Utrecht een pragmatisch gerandomiseerd interventieonderzoek uit bij 460 vrouwen van 35-80 jaar met matige tot ernstige stressincontinentie. De vrouwen waren door de huisarts verwezen naar een fysiotherapeut of een gynaecoloog/uroloog voor chirurgische behandeling. Na twaalf maanden werd de effectiviteit van beide strategieën zowel subjectief (vragenlijst) als objectief (stresstest) gemeten. De vrouwen mocht-

ten tijdens het onderzoek veranderen van strategie, gezien het pragmatische karakter ervan. Dit had als gevolg dat 49% van de vrouwen die fysiotherapie toegewezen hadden gekregen na gemiddeld 8 maanden alsnog chirurgie ondergingen. Hierdoor zou fysiotherapie 'onterecht' beter kunnen lijken dan een tensievrij vaginaal bandje.

Desondanks was de operatieve behandeling beter dan fysiotherapie. Op de vraag 'verliest u urine bij fysieke activiteit, hoesten of niezen?' antwoordde 85% negatief 12 maanden na het plaatsen van een tensievrij vaginaal bandje, terwijl dit na fysiotherapie 53% was. Bij het uitvoeren van een stresstest was er geen urineverlies bij 77% na het plaatsen van een tensievrij vaginaal bandje, terwijl dit na fysiotherapie 60% was. Dit contrast was nog groter als alleen vrouwen werden vergeleken die niet veranderden van strategie tijdens het onderzoek. Ook was een operatie even effectief voor vrouwen die fysiotherapie kregen gevolgd door een operatie, als voor vrou-

wen die meteen geopereerd werden.

Concluderend laat dit onderzoek zien dat chirurgische behandeling met een tensievrij vaginaal bandje effectiever is dan gespecialiseerde fysiotherapie voor vrouwen met stressincontinentie die door de huisarts verwezen worden. Nadeel van dit onderzoek is dat de behandeling met een pessarium niet onderzocht is, terwijl de NHG-Standaard Incontinentie voor urine dit wel als mogelijk effectief aanbeveelt bij het falen van bekkenbodemoefeningen. Aangezien het onderzoek plaatsvond bij vrouwen die verwezen waren naar de tweede lijn, lijkt het starten met bekkenbodemoefeningen als niet-invasieve therapie nog steeds de aangewezen keuze voor vrouwen die zich in de huisartsenpraktijk melden met stressincontinentie. ■

Tobias Bonten

Labrie J, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *NEJM* 2013;369:1124-33.