

Ingezonden

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Verwijzen noodzakelijk bij vermoeden van aspiratie van een corpus alienum

De klinische les en de boodschap in het artikel van Van der Woude et al. zijn duidelijk (1996;1009-11). Op overzichtelijke wijze wordt aan de hand van 3 casussen inzicht gegeven in de diagnostische problemen bij de aspiratie van een corpus alienum bij zeer jonge kinderen.

In de aanbevelingen ter preventie wordt een belangrijke taak voor artsen in de eerstelijnsgezondheidszorg genoemd. Ik neem aan dat hiermee de huisartsen worden bedoeld. Deze aanbeveling is op zijn minst onvolledig. Zoals de meeste mensen buiten het ziekenhuis wel weten, wordt door bijna alle ouders van zeer jonge kinderen in Nederland gebruikgemaakt van het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters. In deze nuldelijnsvoorziening vindt door het team van arts en verpleegkundige advisering plaats over voeding, veiligheid et cetera. Primaire preventie ten aanzien van aspiratie ligt geheel in de lijn van de dagelijkse advisering op het consultatiebureau.

A. VAN DER VEEN

Amsterdam, mei 1996

De medicamenteuze behandeling van chronisch obstructieve longziekte

Het caput selectum van Van Herwaarden et al. over de medicamenteuze behandeling van chronisch obstructieve longziekte (COPD) lazen wij met veel belangstelling, omdat het het eerste gezaghebbende Nederlandstalige artikel is over dit onderwerp (1996;761-5). Het is echter jammer dat de gegeven adviezen niet onderbouwd worden door een grondige bespreking en weging van de relevante onderzoeksliteratuur en dat vaak onduidelijk blijft waar feiten overgaan in meningen.

Voor de toepassing van inhalatiecorticosteroiden is, zoals de auteurs zelf stellen, onvoldoende bewijs; een aantal langdurige trials is op dit moment gaande. Het past in de principes van 'evidence-based medicine' om in afwachting van het resultaat daarvan juist geen proefbehandeling te adviseren. Proefbehandelingen hebben twee bezwaren: de effecten kunnen op patiëntniveau niet goed worden geobjectiveerd en de eenmaal ingestelde therapie wordt – ongewild – een 'standaard', waardoor het in een later stadium om medisch-ethische redenen moeilijk wordt alsnog placebogecontroleerd onderzoek te doen. Een stootkuur prednison om de zin van onderhoudsbehandeling met inhalatiecorticosteroiden te bepalen is theoretisch aantrekkelijk, maar evenmin onderbouwd. Uit de geciteerde meta-analyse bleek overigens dat in de placebogroepen bij 20% (!) van de patiënten het geforceerde expiratoire volume in 1 s (FEV₁) verbeterde (tegenover 30% van de prednisongebruikers).

Acetylcysteïne zou de symptomen verminderen en het aantal exacerbaties doen afnemen. De aangehaalde literatuur is echter onvolledig; er ontbreken 3 onderzoeken, waarvan 1 geen verbetering van de symptomen liet zien,¹ en de 2 andere geen significante vermindering van het aantal exacerbaties.^{2,3} Op het onderzoek over acetylcysteïne kan veel worden aangemerkt: soms heeft geen spirometrie plaatsgevonden,^{1,3} de populaties zijn heterogeen (gemiddelde FEV₁ varieert van 29%² tot 80%⁴) en de uitval is soms groot (30 tot 40%).^{3,5} Een positief effect op de FEV₁ is tot nu slechts gevonden in één wat groter en langdurig, door de auteurs geciteerd 'open' onderzoek. Acetylcys-

teïne kan naar onze mening op grond van dit bewijs dan ook niet worden aanbevolen.

De recente Amerikaanse en Europese consensusrichtlijnen stellen dat inhalatiecorticosteroiden ter discussie staan en dat er onvoldoende bewijs is om acetylcysteïne op grote schaal te adviseren. Het zou wenselijk zijn om ook in Nederland tot breed gedragen richtlijnen voor longartsen en huisartsen te komen. Het Nijmeegse caput selectum vormt daartoe een eerste aanzet.

LITERATUUR

- ¹ Jackson IM, Barnes J, Cooksey P. Efficacy and tolerability of oral acetylcysteine (Fabrol) in chronic bronchitis: a double-blind placebo controlled study. *J Int Med Res* 1984;12:198-206.
- ² Macfarlane JT. Oral N-acetylcysteine exacerbation rates in patients with chronic bronchitis and severe airways obstruction. *Thorax* 1985; 40:932-5.
- ³ Parr GD, Huitson A. Oral Fabrol (oral N-acetyl-cysteine) in chronic bronchitis. *Br J Dis Chest* 1987;81:341-8.
- ⁴ Boman G, Backer U, Larsson S, Melander B, Wahlander L. Oral acetylcysteine reduces exacerbation rate in chronic bronchitis: report of a trial organized by the Swedish Society for Pulmonary Diseases. *Eur J Respir Dis* 1983;64:405-15.
- ⁵ Multicenter Study Group. Long-term oral acetylcysteine in chronic bronchitis. A double-blind controlled study. *Eur J Respir Dis* 1980; Suppl 111:93-108.

R.M.M. GEIJER
S. THOMAS

Utrecht, april 1996

Wij danken de collegae Geijer en Thomas voor hun commentaar op ons voorstel voor de medicamenteuze behandeling van COPD. Ook bij COPD kan een effect van medicatie in bepaalde onderzoeken aanwezig zijn, terwijl dit niet kan worden bevestigd in andere onderzoeken. Dit wordt onzes inziens verklaard door het feit dat onder de term 'COPD' een heterogene patiëntenpopulatie wordt samengevat met verschillen in pathogenese, pathofysiologie en klachten. Indien behandeladviezen slechts gestoeld worden op een bepaald effect, dat integraal in onderzoeken is terug te vinden en dus toepasbaar is voor alle COPD-patiënten, blijft er geen medicamenteuze behandelingsmogelijkheid over en zal dit de toch al vaak voorkomende nihilistische benadering van de COPD-patiënt versterken. Wij menen dat met een behandeling gericht op controleerbare aspecten van de kwaal een aanzienlijke verbetering kan worden bewerkstelligd. In dit verband verdient de stellingname dat evidence-based medicine geen adviezen voor een proefbehandeling wettigt, een principiële weerwoord. Evidence-based medicine vooronderstelt geen lacunes in de kennis over de effectiviteit van de behandeling van ziekten. Dat staat op gespannen voet met COPD, waar nog op veel punten kennislacunes bestaan. Daar het bovendien om patiënten gaat die klachten hebben, wordt van de medicus practicus in een of andere vorm 'zorg' verwacht. Om hierbij zoveel mogelijk gebruik te maken van getoetste inzichten (die in onze ogen echter onvoldoende hard zijn voor ongeclausuleerde aanbeveling) adviseren wij een 'proefbehandeling'. Dat houdt impliciet de mogelijkheid in om te stoppen bij het ontbreken van een effect.

In het behandelvoorstel wordt onder bepaalde condities een proefbehandeling geadviseerd met inhalatiecorticosteroiden en (of) acetylcysteïne. Met betrekking tot acetylcysteïne mer-

ken Geijer en Thomas op dat dit medicament in enkele onderzoeken wel een afname van de exacerbatiefrequentie laat zien,^{1,2} terwijl 2 andere onderzoeken dit effect niet kunnen bevestigen.^{3,4} Essentieel is dat acetylcysteïne gebruikt moet worden om de exacerbatiefrequentie te verminderen, dus bij patiënten die last hebben van frequent recidiverende exacerbaties. Dit is juist het geval in de door ons aangehaalde onderzoeken.^{1,2} De door Geijer en Thomas aangehaalde onderzoeken verschaffen juist op dit punt geen informatie.^{3,4} Het onderzoek van MacFarlane betreft bovendien patiënten met een zeer ernstige vorm van COPD (FEV₁ gemiddeld circa 30% van voorspeld),³ terwijl het onderzoek van Parr en Huitson moeilijk te interpreteren is wegens het ontbreken van gegevens over de longfunctie.⁴ In de onderzoeken waarin acetylcysteïne effectief bleek, gaat het om patiënten met milde tot matig ernstige COPD (FEV₁ gemiddeld 50-80% van voorspeld). Op grond hiervan adviseren wij om een proefbehandeling met acetylcysteïne te overwegen bij patiënten met milde tot matig ernstige COPD die last hebben van frequent recidiverende exacerbaties.

Het uitvoeren van een proefbehandeling houdt automatisch in dat patiënten op de beoogde effecten moeten worden gecontroleerd. Bij een gunstig effect kan voortzetting van de aanpak worden overwogen. Aangezien volgens de huidige beschikbare literatuur geen enkel geneesmiddel de prognose gunstig beïnvloedt, is het altijd mogelijk de therapie te onderbreken om het spontane beloop van de kwaal na te gaan. Met deze aanpak ontstaat een gerichte behandeling, waarbij gelet wordt op onder meer klachten en longfunctie (FEV₁) en waarbij geregelde controles noodzakelijk zijn.

LITERATUUR

- 1 Multicenter Study Group. Long-term oral acetylcysteine in chronic bronchitis. A double-blind controlled study. *Eur J Respir Dis* 1980; Suppl III:93-108.
- 2 Boman G, Backer U, Larsson S, Melander B, Wahlander L. Oral acetylcysteine reduces exacerbation rate in chronic bronchitis: report of a trial organized by the Swedish Society for Pulmonary Diseases. *Eur J Respir Dis* 1983;64:405-15.
- 3 MacFarlane JT. Oral N-acetylcysteine exacerbation rates in patients with chronic bronchitis and severe airways obstruction. *Thorax* 1985; 49:932-5.
- 4 Parr GD, Huitson A. Oral Fabrol (oral N-acetyl-cysteine) in chronic bronchitis. *Br J Dis Chest* 1987;81:341-8.

C.L.A. VAN HERWAARDEN
P.N.R. DEKHUIJZEN
C.P. VAN SCHAYCK
C. VAN WEEL
J. MOLEMA

Nijmegen, mei 1996

Boekaankondigingen

C.J. Snijders, M. Nordin en V.H. Frankel, *Biomechanica van het spier-skeletstelsel*. Grondslagen en toepassingen. 2e, herziene druk. (Gedeeltelijk vertaald uit het Engels.) 602 bl., fig., tabellen. LEMMA, Utrecht 1995. ISBN 90-5189-278-0. Prijs: ingen. f 147,50.

Artsen worden veelvuldig geconfronteerd met patiënten met klachten van het bewegingsapparaat. Toch is het onderwijs in werking en pathologie van het bewegingsapparaat in de medische opleidingen mager. Dit is wellicht mede het gevolg van het ontbreken van boeken over biomechanica die voor medisch studenten geschikt zijn.

Het boek van Snijders et al. voorziet daarom in een behoefte. In 4 secties behandelen de auteurs mechanicabeginselen, biomechanica van bot, kraakbeen, ligamenten en pezen, biomechanica van gewrichten en biomechanica van staan, zitten en liggen. Het boek bevat een verklarende woordenlijst en wordt afgesloten met oefenopgaven.

G.J. LANKHORST

M. de Haan, E.H. van de Lisdonk en Th.B. Voorn, *De kern van de huisartsgeneeskunde*. 2e, geheel herziene druk. 184 bl., fig., tabellen. Bunge, Utrecht 1996. ISBN 90-6348-279-5. Prijs: ingen. f 52,50.

Dit boek, dat door mij in 1992 als 'meer leesboek dan leerboek' werd gekenschetst, is aangevuld met interessante paragrafen over huisvisite, terugverwijzing, thuiszorg bij chronisch zieken, zorg- en verpleeghuisinstellingen, nieuwe ziekten, waaronder AIDS, Lassa-koorts, chronische-moeidheidssyndroom en fibromyalgie, en vormen en doelen van samenwerking tussen huisarts en sociale geneeskundige. Het hoofdstuk over de praktijkorganisatie is geheel herzien. Een aantal paragrafen, zoals over individuele preventie, is verdwenen. In de paragraaf over de gezinsgeneeskunde wordt de aandacht en de steun voor de partner van chronisch gehandicapten nog gemist. Genoemde aanvullingen maken het boek tot een 'nog completere' introductie tot de huisartsgeneeskunde.

B. MEYBOOM-DE JONG

Berichten

Buitenlands nieuws

CANADA

Apothekers verkopen gegevens over voorschrijfgedrag van artsen. - In Canada blijken farmaceutische ondernemingen het voorschrijfgedrag van individuele artsen precies te kennen. Die gegevens zijn afkomstig van IMS Canada, een onderneming uit Montreal die onderzoek doet naar de gezondheidszorg. Deze firma zegt de databases verworven te hebben van zeker 3000

apothekers, verspreid over heel Canada (*Can Med Assoc J* 1996;154:1747-9). De Ontario Medical Association heeft hierover haar verbijstering uitgesproken.

Anthony Boone, de directeur Voorlichting van IMS, benadrukt dat de informatie niet tot individuele patiënten herleid kan worden. Het zou gaan om 'doctor-level data', die de naam van de arts en zijn specialisme, medicaties, dosering en verpakkingsgrootte bevatten. Hij wil niet onthullen hoeveel de apothekers voor deze informatie gekregen hebben, maar de Ca-