

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/25561>

Please be advised that this information was generated on 2019-10-14 and may be subject to change.

heden niet toe te passen waren van praktische aard. Veel huisartsen gaven aan er nog nooit aan gedacht te hebben (35%) of niet te weten hoe met de toepassing van zelfbehandeling te beginnen (20%). Hieruit kan geconcludeerd worden dat er met betrekking tot attitude, kennis en ervaring weinig problemen te verwachten zijn bij de implementatie van de zelfbehandeling van astma in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Knelpunten kunnen echter wel worden verwacht op het gebied van voorlichting en instructie van patiënten, huisartsen en praktijkassistenten. Ook op financieel gebied kunnen knelpunten optreden.

Op grond van deze bevindingen kan geconcludeerd worden dat Nederlandse huisartsen welwillend staan tegenover de toepassing van zelfbehandeling van astma met inhalatiesteroïden. Verder onderzoek is echter nodig om tot een (kosten)effectieve aanpak te komen, zodat de eerdergenoemde knelpunten kunnen worden opgelost.

P.M.van Grunsven, P.R.S.Tirimanna, G.van den Boom, C.P.van Schayck, H.Folgering, R.P.Akkermans, C.L.A.van Herwaarden en C.van Weel (Nijmegen). *De klinische effectiviteit van inhalatiecorticosteroiden als eerstelijnsbehandeling van nieuwe patiënten met astma*

Inhalatiecorticosteroiden worden de laatste jaren steeds vaker en in een vroeger stadium voorgeschreven bij patiënten met astma. De huidige richtlijnen adviseren om tot behandeling met inhalatiecorticosteroiden over te gaan, indien luchtwegverwijders dagelijks moeten worden gebruikt of indien astma-klachten persisteren. Wij onderzochten of inhalatiecorticosteroiden ook als eerstelijns therapie klinisch effectief zijn in een patiëntengroep die grotendeels niet als zodanig gediagnosticeerd is door de huisarts.

Methodie. Er werden 54 volwassen patiënten geselecteerd voor deelname aan een gerandomiseerde dubbelblinde placebocontroleerde trial. De patiënten waren door middel van een screeningsonderzoek van 1155 'at random' geselecteerde personen in 10 huisartsenpraktijken opgespoord. Zij voldeden aan de volgende insluitingscriteria voor de trial (objectieve astmacriteria): geforceerd expiratoir éénsecondevolume (FEV₁) < voorspelde waarde minus 2 standaarddeviaties op tenminste 2 meetmomenten of provocatieve histamineconcentratie voor een 20%-daling van de longfunctie (PC₂₀-histamine) < 2 mg/ml en reversibiliteit van de luchtwegobstructie > 15% ten opzichte van de voorspelde waarde. Er waren 31 patiënten bereid om aan de 1 jaar durende trial deel te nemen. De 15 patiënten van de experimentele groep inhaleerden fluticason (propionaat; Flixotide) 250 µg 2 dd, de 16 overige patiënten vormden de controlegroep. De FEV₁ en de PC₂₀ werden één keer in de 3 maanden gemeten en symptomen en piekstroom werden iedere week geregistreerd. Met behulp van 'repeated measurement'-analyses werd het effect van fluticason op de effectparameters gemeten.

Resultaten. De patiëntkarakteristieken van beide trialgroepen waren vergelijkbaar bij de start van de studie. Aan het eind van de trial was het verschil in de FEV₁ 76 ml in het voordeel van de experimentele groep (p = 0,002). In de experimentele groep nam de PC₂₀ gedurende de studie toe met 1,4 verdubbeldosering (p = 0,002). Deze bevindingen zijn tevens klinisch significant. Er werden geen statistisch significante verbeteringen gevonden voor symptomen of piekstroom.

Conclusie. Inhalatiecorticosteroiden zijn klinisch effectief als eerstelijns therapie bij nieuwe patiënten met astma.

M.G.Dawes (Oxford, UK), *The white coat effect in primary care: a description of ambulatory blood pressure in 2,595 subjects*

Ambulatory blood pressure (ABP) recording has been used widely in secondary care as an additional measure in the supervision of patients with raised blood pressure. One theoretical advantage of ABP is that it can identify those patients with 'white coat' hypertension (an elevated clinic blood pressure that settles to normal on leaving the clinic or surgery). This theoretical advantage over standard measurement of blood pressure is hampered by the lack of reliable evidence about which level of ABP indicates risk in terms of mortality. Despite this major problem it has been introduced into primary care in ever increasing rates.

Objective. To assess the prevalence of white coat effect within primary care.

Design. Prospective study of ABP monitoring.

Setting. 48 general practices in Oxfordshire, UK.

Participants. 3,280 patients identified by general practitioners as having clinic blood pressures that indicated further investigation.

Measurements. ABP monitoring was performed using the A&D TM2020 monitor. Information about cardiovascular risk factors and the last three clinic blood pressure measurements were collected.

Main results. From a cohort of 2,978 patients with complete data, adequate monitoring (> 20 day time readings with less than 15% errors) was achieved in 2,595 (87.1%) patients. A large variation was found in the difference between the mean of day time ABP and the mean of three clinic readings (mean difference diastolic BP (DBP) 5.0 mmHg, systolic BP (SBP) 15.0 mmHg). In 1,144 (44.1%) patients blood pressure was high (mean clinic DBP > 90 mmHg and SBP > 160 mmHg). In this group 112 (9.8%) had normal ABP (DABP < 90 mmHg and SABP < 136 mmHg). The difference between clinic and ABP varied positively with age, female sex and clinic blood pressure.

Conclusions. ABP monitoring can be performed in primary care. The level of white coat effect is similar to that found in secondary care. Until we know what levels of ABP indicate specific risk in terms of both morbidity and mortality monitoring should remain a research tool. This cohort is part of a larger study that will address this issue in the near future.

B.Meyboom-de Jong, F.W.Beltman en R.H.J.Kok (Groningen), *Relatie van thuisbloeddruk, ambulante bloeddruk en kwikmanometerbloeddruk met linkerventrikelmassa-index*

Ambulante bloeddrukken zijn beter gerelateerd aan de linkerventrikelmassa-index (LVMI; belangrijke onafhankelijke voorspeller van het cardiovasculaire risico). Over bloeddrukken die door de patiënt thuis worden gemeten zijn geen gegevens beschikbaar.

Doel. Bestuderen van de relatie tussen thuisbloeddruk, ambulante bloeddruk en kwikmanometerbloeddruk met LVMI.

TABEL 2. Bloeddrukmeting en correlatie met LVMI

bloeddrukmeting		correlatie met LVMI (coëfficiënt)
thuisbloeddruk (n = 77)	systolisch	0,32 (p = 0,004)
	diastolisch	0,16 (p = 0,148)
ambulante bloeddruk (n = 80)	systolisch	0,51 (p = 0,000)
	diastolisch	0,36 (p = 0,002)
kwikmanometerbloeddruk (n = 81)	systolisch	0,29 (p = 0,008)
	diastolisch	0,19 (p = 0,096)

LVMI = linkerventrikelmassa-index.