



Minerva

Evidence-Based Medicine voor de eerste lijn

Inhoud juli 2019 volume 18 nummer 6

Duiding

- Vroegtijdige interventieprogramma's effectief bij vroege psychose?
Kirsten Catthoor 66
- Een midurethraalbandje als behandeling voor stressincontinentie bij vrouwen
Nele Rasschaert 70

Bondig

- Kan men besparen op gezondheidszorguitgaven door patiënten met hartfalen intensiever op te volgen?
Barbara Claus 74

Vroegtijdige interventieprogramma's effectief bij vroege psychose?

Referentie

Correll CU, Galling B, Pawar A, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis. a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. JAMA Psychiatry 2018;75:555-65. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623

Duiding

Kirsten Catthoor, psychiater
psychosezorg ZNA PZ
Stuivenberg

Klinische vraag

Wat is het verschil tussen een vroegtijdig interventieprogramma en gebruikelijke zorg bij patiënten met een vroege psychose op vlak van symptoom- en ziektegerelateerde uitkomstmaten?

Achtergrond

Schizofreniespectrumstoornissen zijn sterk invaliderende aandoeningen (1). Functioneel herstel na behandeling blijft eerder zeldzaam (2) en de kans op vroegtijdig overlijden is fors verhoogd (3). Patiënten sterven gemiddeld 15 tot 20 jaar vroeger dan de gemiddelde populatie en hierbij is zelfs een stijgende trend merkbaar (3). In een vroege fase van schizofreniespectrumstoornissen reageren patiënten gewoonlijk beter op een behandeling (4). Om die reden is de interesse voor vroegtijdige interventieprogramma's bij personen met vroege psychose de laatste jaren sterk toegenomen. Deze programma's bestaan uit multimodale therapeutische interventies met zowel psychofarmacologische, psychologische als sociale componenten, uitgevoerd door één multidisciplinair behandelteam. Het doel is om in een vroeg stadium psychotische symptomen te verminderen en het functioneren te verbeteren om zo de ziektelast op lange termijn te reduceren (5). Een systematische review met meta-analyse van slechts 4 RCT's kon reeds een superioriteit van vroegtijdige interventies versus gebruikelijke zorg aantonen (6).

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- PubMed, PsycINFO, EMBASE, ClinicalTrials.gov tot 6 juni 2017
- literatuurlijsten van artikels en relevante reviews
- geen taalrestrictie.

Geselecteerde studies

- inclusie van 10 RCT's die een teamgebaseerd vroegtijdig multimodaal interventieprogramma, bestaande uit psychofarmacologische behandeling (met medicatiereview en monitoring) en familiale psycho-educatie en counseling, aangevuld met cognitieve gedragstherapie (N=7), familietherapie (N=7), professionele en educatieve counseling (N=5), socialevaardighedentraining (N=5), crisis response en management team (N=4) vergelijken met gebruikelijke zorg bij personen met vroege psychose
- exclusie van RCT's die de voortzetting van een vroegtijdige interventie met een interventie in afbouw of een minder intensief onderhoudsbehandeling vergelijken.

Bestudeerde populatie

- 2 176 patiënten van gemiddeld 27,5 (SD 4,6) jaar, 62,3% mannen, met een eerste episode van psychose of een vroege fase van schizofreniespectrumstoornis (schizofrenie, psychotische stoornis niet anders omschreven, schizo-affectieve stoornis, schizofreniforme stoornis, of waanstoornis); de gemiddelde **BPRS-score** was 72,8 (SD 11,7) (N=9), de gemiddelde ziekte duur (interval tussen de eerste positieve psychotische symptomen en inclusie in de studie) bedroeg 159,8 (SD 125,4) weken (N=6) en de gemiddelde duur van onbehandelde psychose (interval tussen de eerste positieve psychotische symptomen en de eerste antipsychotische behandeling) 79,9 (SD 71,1) weken (N=5).

Uitkomstmeting

- primaire uitkomstmaten: stopzetting van de behandeling, minstens 1 psychiatrische hospitalisatie tijdens de behandelperiode
- secundaire uitkomstmaten: school- of jobparticipatie, symptoomverbetering, globaal functioneren
- bijkomende uitkomstmaten: gemiddeld aantal psychiatrische hospitalisaties en opnamedagen tijdens de behandelperiode, herval, remissie (stabiele of minimaal ernstige symptomatologie), herstel (remissie + sociale, educatieve en beroepsvaardigheden), ernst van positieve, negatieve, algemene en depressieve symptomen, subjectieve levenskwaliteit
- **random-effects-meta-analyse**
- **subgroepanalyses** en **meta-regressieanalyses** voor de primaire en secundaire uitkomstmaten.

Resultaten

- van de primaire uitkomstmaten:
 - stopzetting van de behandeling kwam statistisch significant minder vaak voor met een vroegtijdig multimodaal interventieprogramma versus gebruikelijke zorg (21,3% versus 31,3%; RR 0,70 met 95% BI van 0,61 tot 0,80; NNT 12,4 met 95% BI van 7,3 tot 40,5; N=10 studies, n=2 173 patiënten)
 - het aantal patiënten met minstens 1 psychiatrische hospitalisatie tijdens de behandelperiode was statistisch significant lager in de groep met een vroegtijdig multimodaal interventieprogramma versus de groep met gebruikelijke zorg (32,3% versus 42,4%; RR 0,74 met 95% BI van 0,61 tot 0,90; NNT 10,1 met 95% BI van 6,4 tot 23,9; N=10, n=2 105)
- van de secundaire uitkomstmaten:
 - school- of jobparticipatie was statistisch significant hoger met een vroegtijdig multimodaal interventieprogramma versus gebruikelijke zorg (52,5% versus 45,3%; RR 1,13 met 95% BI van 1,03 tot 1,24; NNT 17,8 met 95% BI van 9,8 tot 100,0; N=6, n=1 743)
 - er was statistisch significant meer symptoomverbetering met een vroegtijdig multimodaal interventieprogramma versus gebruikelijke zorg (SMD -0,32 met 95% BI van -0,32 met 95% BI van -0,47 tot -0,17; N=8, n=1 179)
 - het globaal functioneren was statistisch significant meer verbeterd met een vroegtijdig multimodaal interventieprogramma versus gebruikelijke zorg (SMD 0,21 met 95% BI van 0,09 tot 0,34; N=7 met n= 1 005)
- van de bijkomende uitkomstmaten: in vergelijking met gebruikelijke zorg waren er met een vroegtijdige interventie statistisch significant minder psychiatrische hospitalisaties en opnamedagen, minder herval, meer remissie en herstel, een significante verlaging van het aantal positieve, negatieve en depressieve symptomen en meer levenskwaliteit.

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat een vroegtijdig interventieprogramma superieur is voor alle meta-analyses in vergelijking met gebruikelijke zorg bij patiënten met vroege psychose. Deze resultaten ondersteunen de vraag naar financiële ondersteuning van vroegtijdige interventieprogramma's.

Financiering van de studie

De studie werd deels gefinancierd door het Zucker Hillside Hospital Research Center.

Belangenconflicten van de auteurs

Een aantal auteurs ontving vergoedingen van de farmaceutische industrie.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

Deze systematische review en meta-analyse is methodologisch correct opgezet. Voor de rapportering volgde men de internationale **PRISMA-richtlijnen**.

Drie onderzoekers voerden op een onafhankelijke manier de literatuurzoektocht en de data-extractie uit. Bij tegenstrijdigheden werd een vierde auteur ingeschakeld. Ontbrekende of ongepubliceerde data werden bij de oorspronkelijke onderzoekers opgevraagd. Men gebruikte de tool van de Cochrane Collaboration om bias op te sporen maar het is niet duidelijk hoeveel onderzoekers hierbij betrokken waren. Voor de 7 domeinen samen was er een globaal laag risico van bias. In 3 studies evalueerde men de uitkomstmaten op een niet-geblindeerde manier, maar in een meta-regressieanalyse bleek dit euvel de resultaten niet te beïnvloeden. De auteurs beargumenteren uitgebreid hun keuze van de primaire uitkomstmaten. Statistische pooling gebeurde op een correcte manier. Men voerde subgroup- en meta-regressieanalyses uit om de oorzaken van statistische heterogeniteit op te sporen. Voor de verschillende resultaten werden geen aparte waarden voor de I^2 -test gegeven maar de auteurs vermelden een globale $I^2 < 50\%$. Door het geringe aantal studies zijn de waarden van de **test van Egger** (eenmaal wel en eenmaal niet suggestief voor publicatiebias) weinig betrouwbaar.

Interpretatie van de resultaten

Uit de meta-analyse blijkt dat een vroegtijdige interventie gedurende 6 tot 24 maanden bestaande uit een antipsychotische behandeling in combinatie met verschillende psychosociale interventies statistisch significant superieur is ten opzichte van gebruikelijke zorg bij personen met vroege psychose. Zo bleek dat statistisch significant minder patiënten stopten met de behandeling wat volgens de onderzoekers een goede indicator is voor effect, tolerantie, veiligheid en therapietrouw. Er was ook statistisch significant minder risico van herval maar dat werd door de auteurs oorspronkelijk als bijkomend eindpunt gekozen. Nochtans wordt dit door de patiënt, zijn omgeving en behandelaars wellicht wel als voornaamste uitkomstmaat beschouwd. Herval is op vlak van algemeen welbevinden en levenskwaliteit immers een sterk versturende factor.

Niettegenstaande alle resultaten statistisch significant waren in het voordeel van vroegtijdige interventies, zijn de gemiddelde effectgroottes, zowel voor categorische (NNT) als voor continue uitkomstmaten (SMD) eerder klein tot matig. Het feit dat de betrouwbaarheidsintervallen van de gepoolde resultaten breed zijn, wijst erop dat de resultaten van de verschillende studies ver uit elkaar liggen. Deze inconsistentie kan het gevolg zijn van een sterke klinische heterogeniteit tussen de studies. De auteurs deden een poging om deze heterogeniteit te exploreren maar subgroup- en meta-regressieanalyses leverden door het beperkte aantal studies en deelnemers weinig extra informatie op. Zo bleek het effect op symptoomverbetering sterker te zijn bij jonge mannen met meer symptoomlast bij de start van de studie. Anderzijds leidde de duur van onbehandelde psychose (variërend van mediaan 8 tot 74 weken) niet tot statistisch significant verschillende resultaten. Verder onderzoek zal moeten bepalen welke patiëntkarakteristieken, welke componenten van de behandeling, alsook hun duur en intensiteit, de grootte van het effect op korte en lange termijn bepalen. Mogelijks leveren vroegtijdige interventies met verlengde duur betere resultaten op. In 2 studies waarbij men de vroegtijdige interventie van 2 jaar met 3 jaar verlengde zag men, in vergelijking met de groep waarbij de interventie na 2 jaar gestopt werd, een verbetering op vlak van therapietrouw, samenwerking op het werk en patiënttevredenheid (7) alsook op vlak van symptoomremissie (8).

De geïncludeerde patiënten hadden een totale ziekteduur van gemiddeld 160 weken (meer dan 3 jaar) en de duur van onbehandelde psychose bedroeg gemiddeld 80 weken. De studiepopulatie komt dus ongeveer overeen met de klinische praktijk. Minder duidelijk is in hoeverre de gebruikelijke zorg in de

verschillende RCT's overeenkomt met de werkelijke praktijkvoering. De auteurs vragen zich ook terecht af of de positieve resultaten bereikt zullen worden bij patiënten die niet in een RCT geïncorporeerd zijn. Een observationele studie met 296 patiënten toonde na 10 jaar aan dat er bij een populatie psychotische patiënten tijdens een vroegtijdige interventie duidelijk minder suïcidepogingen en suïcides waren, alsook minder en kortere hospitalisaties. Een gestructureerde dagactiviteit werd tevens langer aangehouden, maar positieve effecten op symptomatologie, symptomatische remissie en functioneel herstel stonden minder prominent op de voorgrond (9). Een andere observationele studie met 120 patiënten toonde na een jaar behandeling met een vroegtijdige interventie substantieel betere resultaten op vlak van remissie, psychopathologische symptomen en globaal functioneren (10). Een beperktere duur van de onbehandelde psychose bleek in deze observationele studies echter geen predictor van een superieure behandeluitkomst te zijn. Tot slot dient ook nog vermeld te worden dat deze meta-analyse ons niet toelaat om het individuele effect van de verschillende componenten te bepalen.

Besluit van Minerva

Deze systematische review met meta-analyse van goede methodologische kwaliteit toont aan dat een vroegtijdige multimodale interventie bij personen met een vroege psychose op vlak van klinisch relevante uitkomstmaten zoals stopzetting van behandeling, psychiatrische opname, school- en jobparticipatie, symptoomverbetering en globaal functioneren superieur is in vergelijking met gebruikelijke zorg. Het is niet duidelijk bij welke patiënten precies en voor welke componenten, met inbegrip van hun duur en intensiteit, de beste resultaten te verwachten zijn.

Voor de praktijk

Psychose is een aandoening die veel jonge mensen treft. Psychose wordt echter vaak voorafgegaan door langdurige, specifieke prodromen zoals angst, depressie, stemmingswisselingen, prikkelbaarheid, apathie, concentratiestoornissen, slaapstoornissen, negatieve symptomen (gedragsveranderingen, zoals verminderde functionele mogelijkheden en afbreken van relaties) en positieve symptomen (zoals vervormde perceptie en achterdocht). Behandeling van deze prodromale symptomen kunnen het ontstaan van psychose vertragen of zelfs voorkomen en het risico op latere sociale uitsluiting verminderen. In een vroeg stadium kan het nodig zijn om verschillende psychofarmaca te combineren met psychosociale therapie (zoals psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, familiebijeenkomsten). Hiervoor is vaak samenwerking tussen primaire en gespecialiseerde zorg noodzakelijk (11). Deze studie toont aan dat het implementeren van vroegtijdige multimodale interventies, bestaande uit een correcte psychofarmacologische behandeling, in combinatie met psychosociale interventies, gecoördineerd door één behandelteam een belangrijke bijdrage kan leveren aan de deïstitutionalisering van personen met een ernstige mentale stoornis (12).

Referenties zie website

Een midurethraalbandje als behandeling voor stressincontinentie bij vrouwen

Referentie

Fusco F, Abdel-Fattah M, Chapple CR, et al. Updated systematic review and meta-analysis of the comparative data on colposuspensions, pubovaginal slings, and midurethral tapes in the surgical treatment of female stress urinary incontinence. *Eur Urol* 2017;72:567-91. DOI: 10.1016/j.eururo.2017.04.026

Duiding

Nele Rasschaert, huisarts

Klinische vraag

Wat is het effect en de veiligheid van een midurethraalbandje in vergelijking met andere chirurgische behandelingen bij vrouwen met stressincontinentie?

Achtergrond

Na het falen van een conservatieve behandeling met bekkenbodemspieroefeningen kan men bij vrouwen met stressincontinentie de plaatsing van een midurethraalbandje overwegen. Het doel van deze weinig invasieve ingreep is de urethrovesicale junctie op te tillen en te ondersteunen met een synthetisch bandje. Het bandje wordt via een incisie in de vaginavorwand spanningsloos ingebracht en ofwel achter de pubis geleid om net boven het schaambeent onder huidniveau af te knippen waarna het vergroeit met het omliggende weefsel (retropubisch bandje of RP-TVT=Retro-Pubic Tension free Vaginal Tape) ofwel via het foramen obturatum naar de liesplooien geleid om daar onder huidniveau af te knippen waarna het vergroeit met het omliggende weefsel (transobturator bandje of TO-TVT=Trans Obturator Tension free Vaginal Tape) (1,2). Bij een variant wordt het bandje via de lies in plaats van via de vagina ingebracht (outside-to-in TO-TVT) (2). Als voorloper van deze weinig invasieve ingreep voerde men reeds langer suburethrale lusoperaties uit. Daarbij werd autoloog of synthetisch materiaal via abdominale weg ingebracht, onder de urethra gebracht en vastgemaakt aan de rectusspier of de iliopectineale ligamenten (3,4). Bij de reeds langer bestaande colposuspensie of blaasopnaaiing maakt men via een open buikoperatie of via een laparoscopische ingreep de blaashals door middel van verschillende hechtingen beiderzijds vast aan de iliopectineale ligamenten (5,6). De huidige NHG-richtlijn (1), alsook de besluiten van meerdere systematische reviews van de Cochrane Collaboration (2,3,5,6) schuiven het weinig invasieve midurethraalbandje als voorkeursbehandeling naar voor.

Samenvatting

Methodologie

Systematische review en meta-analyse

Geraadpleegde bronnen

- Medline, Scopus en Web of Science van juli 2014 tot november 2016
- Cochrane Database of Systematic Reviews
- geen restrictie op vlak van taal of type van publicatie.

Geselecteerde studies

- inclusiecriteria: RCT's waarbij men het plaatsen van een midurethraalbandje als voornaamste chirurgische behandeling van stressincontinentie evalueerde met uitkomstmaten zoals continentie, tevredenheid, complicaties

- exclusiecriteria: RCT's waarbij men een midurethraalbandje plaatste bij patiënten waarbij een voorafgaande heelkundige ingreep gefaald heeft
- uiteindelijk includeerde men 28 RCT's.

Bestudeerde populatie

- in totaal includeerde men 15 855 vrouwelijke patiënten; andere specifieke patiëntkenmerken worden niet gerapporteerd.

Uitkomstmeting

- objectieve (stresstest, **pad-test**, urodynamisch onderzoek) en subjectieve (perceptie van patiënten over klinische verbetering met vragenlijsten) uitkomstmaten voor continentie; men bepaalde een 'globale continentiegrad' voor studies die zowel objectieve als subjectieve eindpunten rapporteerden
- complicaties zoals bloeding, vaginale erosie, blaasretentie, prikkelbare blaas, heroperatie, perforatie van blaas of vagina en urineweginfectie als uitkomstmaten voor veiligheid
- wanneer heterogeniteit afwezig was werd een meta-analyse volgens **fixed effects model** uitgevoerd
- subgroepanalyses en sensitiviteitsanalyses
- opzoeken van publicatiebias met **funnel plots**.

Resultaten

- in vergelijking met patiënten die een open of laparoscopische Burch-colposuspensie ondergingen, waren statistisch significant meer patiënten met een midurethraalbandje 'globaal continent' (82% vs 74%; OR 0,59 met 95% BI van 0,45 tot 0,79 en $I^2=15\%$; N=12, n=1 257), kon men bij hen met een negatieve stresstest statistisch significant meer 'objectieve continentie' vaststellen (79,7% versus 67,8%; OR 0,51 met 95% BI van 0,34 tot 0,76 en $I^2=3,8\%$; N=3, n=528; $p=0,001$), maar zag men geen toename in subjectieve continentie (N=5, n=521); bij subgroepanalyse zag men alleen een statistisch significant verschil versus open maar niet versus laparoscopische Burch-colposuspensie; in een sensitiviteitsanalyse met 3 studies met opvolgduur >60 maanden kon men alleen voor objectieve continentie een statistisch significant voordeel met een midurethraalbandje aantonen
- in vergelijking met patiënten die een klassieke pubovaginale lusoperatie ondergingen, zag men met een midurethraalbandje geen statistisch significant verschil in 'globale continentie' (N=7, n=563), subjectieve continentie (N=4, n=466) en aantal complicaties (N=4 tot 5); men zag wel minder prikkelbare blaas met een midurethraalbandje (OR 0,40 met 95% BI van 0,18 tot 0,88)
- in vergelijking met patiënten waarbij een transobturator midurethraalbandje geplaatst werd, zag men bij patiënten met een retropubisch midurethraalbandje meer subjectieve (78% versus 74%; OR 0,83 met 95% BI van 0,70 tot 0,98 en $I^2=0\%$; N=22, n=3 247) en objectieve (86% versus 84%; OR 0,82 met 95% BI van 0,70 tot 0,96 en $I^2=0\%$; N=31, n=4 796) continentie zonder verschil in 'globale continentie' (N=9, n=1 374, $I^2=15,2\%$); het plaatsen van een transobturatorbandje ging gepaard met minder perforaties van blaas of vagina ($p=0,0002$), bekkenhematoom ($p=0,002$), urineweginfectie ($p=0,04$) en blaasretentie ($p=0,002$) terwijl een retropubisch bandje met minder risico op vaginale erosie gepaard ging ($p=0,002$), er was tussen beide geen verschil in prikkelbare blaas of heroperatie; in een sensitiviteitsanalyse met 5 studies met opvolgduur >60 maanden zag men noch voor effectiviteit noch voor complicaties een verschil tussen beide technieken
- beide technieken voor het plaatsen van een transobturator midurethraalbandje waren vergelijkbaar in effectiviteit; er waren wel minder vaginale perforaties met de inside-to-out-versus de outside-to-in-techniek ($p=0,0002$).

Besluit van de auteurs

De auteurs besluiten dat hun analyse de superioriteit van een midurethraalbandje over Burch-colposuspensie bevestigt. Studies die de plaatsing van een retropubisch en transobturator

midurethraalbandje vergelijken, tonen meer objectieve en subjectieve genezing met een retropubisch bandje maar ten koste van een hoger risico op bepaalde complicaties en blaasretentie. De inside-out- en outside-in-techniek voor transobturator midurethraalbandje was vergelijkbaar in effectiviteit maar de inside-out-techniek ging gepaard met een lager risico van vaginale perforatie.

Financiering van de studie en belangenconflict van de auteurs

De onderzoekers vermelden geen financiering of belangenconflict.

Bespreking

Methodologische beschouwingen

De onderzoekers voerden hun literatuurzoektocht uit in 4 verschillende databanken. Men vulde dit niet aan met een handmatige zoektocht en experts werden niet gecontacteerd. Funnel plots (niet gepubliceerd!) konden volgens de auteurs geen publicatiebias aantonen. De in- en exclusiecriteria worden correct beschreven, maar het is niet duidelijk of de uiteindelijke selectie van studies door minstens 2 onafhankelijke, van elkaar gescheiden reviewers is uitgevoerd. Hetzelfde kan worden gezegd wat betreft de bepaling van de methodologische kwaliteit van de verschillende studies en de dataextractie. Uit de forest plots kunnen we afleiden dat het meestal gaat om kleine studies met minder dan 100 deelnemers. Men bepaalde de methodologische kwaliteit van de studies door middel van de **Jadadscore**, maar de resultaten van deze analyse vinden we nergens terug in de publicatie. Bovendien wordt de Jadadscore beschouwd als een onnauwkeurige manier om de methodologische kwaliteit van RCT's te bepalen (7). Het is niet duidelijk op welke basis de auteurs 15 van de 28 geïncludeerde studies van hoge methodologische kwaliteit definieerden. Een sensitiviteitsanalyse met studies van 'hoge methodologische kwaliteit' beïnvloedde de resultaten van de vergelijking tussen retropubische en transobturator midurethraalbandjes niet. Subgroepanalyses werden gebruikt om het effect van heterogeniteit te onderzoeken. De auteurs poolde zowel subjectieve als objectieve parameters in een 'globale continentiegraad'. Het is niet duidelijk hoe we deze 'gemengde' uitkomstmaat moeten interpreteren.

Interpretatie van de resultaten

De sterke klinische heterogeniteit in zowel objectieve als subjectieve uitkomstmaten maakt het moeilijk om de resultaten van deze meta-analyse te interpreteren. Bovendien missen we belangrijke klinische informatie over de geïncludeerde patiënten om de extrapolatie van de resultaten na te gaan.

Een midurethraalbandje blijkt effectiever te zijn dan Burch-colposuspensie op basis van objectieve parameters maar niet op basis van subjectieve parameters, wat bevestigd wordt door een sensitiviteitsanalyse van 3 studies met een opvolging van ≥ 60 maanden. Dit resultaat komt overeen met het besluit van een recente systematische review van de Cochrane Collaboration, maar het is niet duidelijk hoe we dit resultaat nu klinisch moeten interpreteren (5).

Behalve minder risico op prikkelbare blaas waren midurethraalbandjes even effectief en veilig als een klassieke pubovaginale lus-operatie. Een gelijkwaardige effectiviteit werd reeds aangetoond in een recente systematische review van de Cochrane Collaboration (3).

Het verschil in effectiviteit tussen retropubische en transobturator midurethraalbandjes was klinisch niet relevant en statistisch niet meer significant in een sensitiviteitsanalyse met 5 studies met een opvolgduur > 60 maanden. Er was wel een verschil in ongewenste effecten. Ook dit resultaat ligt in lijn met dat van een recente systematische review van de Cochrane Collaboration (2).

Besluit van Minerva

Op basis van deze systematische review met belangrijke methodologische tekortkomingen van meestal kleine RCT's met onduidelijke methodologische kwaliteit kunnen we besluiten dat midurethraalbandjes minstens even effectief en veilig zijn als Burch-colposuspensie en een klassieke pubovaginale lus-operatie. Er is evenmin verschil in effectiviteit tussen een transobturator en retropubisch midurethraalbandje. Op basis van deze studie kunnen we niets besluiten over de plaats van de

verschillende chirurgische technieken na het falen van conservatieve therapie bij vrouwen met stressincontinentie.

Voor de praktijk

De NHG-Standaard 'incontinentie voor urine bij vrouwen' beveelt intensieve bekkenbodempieroefeningen aan als eerste behandelstap bij stressincontinentie. Bij onvoldoende verbetering wordt de plaatsing van een midurethraalbandje aanbevolen (1). Op basis van een RCT die bekkenbodempieroefeningen vergelijkt met plaatsing van een midurethraalbandje (8), beveelt men daarnaast aan om bij ernstige klachten (meerdere keren urine-incontinentie per week of urine-incontinentie met veel hinder) een midurethraalbandje als initiële behandelingsoptie naar voor te schuiven (1). De resultaten van de hoger beschreven systematische review met meta-analyse bevestigt de plaats van een midurethraalbandje als valabele chirurgische behandelingsoptie.

Referenties

1. Incontinentie voor urine bij vrouwen. NHG-Standaard M46. Actualisering: juli 2015.
2. Ford AA, Rogerson L, Cody JD, et al. Mid-urethral sling operations for stress urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD006375.pub4
3. Rehman H, Bezerra CA, Bruschini H, et al. Traditional suburethral sling operations for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD001754.pub4
4. Taha DE, Wadie BS. Pubovaginal sling, the godfather of midurethral slings that remained so. *J Acute Dis* 2015;4:91-6. DOI: 10.1016/S2221-6189(15)30015-9
5. Dean N, Ellis G, Herbison GP, et al. Laparoscopic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD002239.pub3
6. Lapitan MC, Cody JD, Mashayekhi A. Open retropubic colposuspension for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2017, Issue 7. DOI: 10.1002/14651858.CD002912.pub7
7. Chevalier P. Methodologische kwaliteit en bias in RCT's. *Minerva* 2010;9(5):60.
8. Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. *N Engl J Med* 2013;369:1124-33. DOI: 10.1056/NEJMoa1210627



Kan men besparen op gezondheidszorguitgaven door patiënten met hartfalen intensiever op te volgen?

Referenties

Scuffman PA, Ball J, HorowitzJD, et al; WHICH? II Trial Investigators. Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2017;38:2340-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx259

Duiding

Barbara Claus, Faculteit Farmaceutische Wetenschappen, UGent; Ziekenhuisapotheek, UZ Gent

In de context van rationalisering van gezondheidszorguitgaven zijn kostenefficiënte zorgstructuren en -interventies van elementair belang. Het einddoel is **doelmatigheid**, dat wil zeggen dat de investering meer gezondheid oplevert. In het ideale scenario wint de investering zichzelf op vlak van gezondheid terug (i.e. *break-even* tot *kostenbesparend*). Zo levert elke interventie die in onze zorgcontext ziekenhuisopnames vermijdt een economisch voordeel op. Reeds in 2006 werden geïntegreerde zorgmodellen (bij ouderen met multimorbiditeit) aangestipt omwille van hun potentieel om ziekenhuisopnames te vermijden zonder substantieel verhoogde investering (1). In een recente duiding van Minerva bespraken we de geïntegreerde zorgaanpak voor voorkamerfibrillatie, gedefinieerd als 'het aanbieden van multidisciplinaire zorg in verschillende settings tijdens verschillende stadia van het zorgproces'. Men zag een vermindering van de globale mortaliteit en het aantal hospitalisaties wegens een cardiovasculaire oorzaak (2,3).

Een recente RCT onderzocht of een intensieve en geïndividualiseerde follow-up van patiënten met chronisch hartfalen (n=396) tot lagere gezondheidszorguitgaven leidde vergeleken met een groep die standaardzorg kreeg (n=391) (4). De inclusiecriteria waren echografisch gediagnosticeerd chronisch hartfalen en NYHA klasse II-IV en minstens één opname wegens acuut gedecompenseerd hartfalen. De studiepopulatie was gemiddeld 74 jaar oud, bestond voor 59% uit mannen en in meer dan de helft van de gevallen was er multimorbiditeit op vlak van cognitie (mild), voorkamerfibrillatie, nierinsufficiëntie, anemie en/of depressie (**Charlson Comorbidity Score** $6,9 \pm 2,4$) aanwezig. Het Australische zorgverzekeringspakket voorziet reeds een multidisciplinaire follow-up na ziekenhuisontslag (verpleegkundige visite binnen de 14 dagen met verwijzing naar andere specialisten). Het hier bestudeerde geïntensifieerde programma (de interventiearm van de studie) deelde de patiënten nog verder op in verschillende risico-tot-zorg-profielen met elk een minder of meer intensieve aanpak. De follow-up gebeurde ambulante tijdens een periode van 12 maanden na ontslag uit een van de 4 deelnemende tertiaire ziekenhuizen in Australië.

Tussen de intensieve opvolgingsarm en de controlearm waren er geen verschillen op gebied van ziekenhuis- of ambulante kosten (primaire uitkomstmaat). Alle inspanningen ter diversificatie en personalisering van de zorg ten spijt, werden tussen de onderzoekarmen evenmin significante verschillen gevonden in secundaire uitkomstmaten zoals aantal hospitalisaties, opnames door cardiovasculaire ziekte, event-vrije overleving buiten het ziekenhuis en kwaliteit van leven. Bij deze eerder teleurstellende resultaten moeten we toch enkele kanttekeningen maken. Vooreerst kan het 'niet vinden van enige voortgang' op gebied van gezondheid te maken hebben met het feit dat in Australië al een omkaderde en gefinancierde follow-up na ontslag bestaat. Het is dus mogelijk dat een plafonnering van het effect is opgetreden. Ten tweede suggereert deze studie dat er nog verder onderzoek moet gebeuren naar de meest doelmatige vorm van een geïntegreerde eerstelijnsaanpak. Andere studies toonden aan dat een geïntegreerde aanpak binnen chronisch hartfalen mogelijks een meerwaarde biedt ten opzichte van een eenmansaanpak (5,6) maar dat de manier van implementeren verder uitgewerkt en

bestudeerd dient te worden. Interessant te vermelden hierbij is dat een gepersonaliseerde zorgplanning in de eerste lijn op lange termijn op fysiek-psychische eindpunten nuttig bleek te zijn in het kader van chronische condities zoals diabetes mellitus (7,8). De patiënt dient uiteraard ook actief bij het gekozen zorgplan betrokken te worden (7).

Besluit

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie, opgestart in de tweede lijn, toont aan dat een geïndividualiseerde intensieve zorgaanpak bij patiënten met chronisch hartfalen geen extra voordelen oplevert op gebied van gezondheidszorgkosten en andere parameters voor gezondheid. De resultaten van de kosteneffectiviteitsanalyse zijn echter niet te extrapoleren naar onze zorgcontext aangezien ook de controlegroep een multidisciplinaire follow-up na hospitaalopname kreeg.

Voor de praktijk

Een gecoördineerde, multidisciplinaire en geïntegreerde zorgaanpak bij patiënten na ontslag uit het ziekenhuis komt nog weinig aan bod in verschillende richtlijnen over diverse aandoeningen. De hoger beschreven RCT in de tweede lijn kon de efficiëntie van dergelijke aanpak bij patiënten met hartfalen niet aantonen. Verder onderzoek waarbij men ook de eerste lijn nauwer betreft, is noodzakelijk.

Referenties

1. Béland F, Bergman H, Lebel P et al. A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:367-73. DOI: 10.1093/gerona/61.4.367
2. De Cort P. Voorkamerfibrillatie, een complexe aandoening waarvoor een geïntegreerde zorgaanpak vereist is? *Minerva* 2018;17(2):28-31.
3. Gallagher C, Elliott AD, Wong CX, et al. Integrated care in atrial fibrillation: a systematic review and meta-analysis. *Heart* 2017;103:1947-53. DOI: 10.1136/heartjnl-2016-310952
4. Scuffman PA, Ball J, Horowitz JD, et al; WHICH? II Trial Investigators. Standard vs. intensified management of heart failure to reduce healthcare costs: results of a multicentre, randomized controlled trial. *Eur Heart J* 2017;38:2340-8. DOI: 10.1093/eurheartj/ehx259
5. Van Spall HG, Rahman T, Mytton O, et al. Comparative effectiveness of transitional care services in patients discharged from the hospital with heart failure: a systematic review and network meta-analysis. *Eur J Heart Fail* 2017;19:1427-43. DOI: 10.1002/ejhf.765
6. Stewart S, Carrington MJ, Marwick TH, et al. Impact of home versus clinic-based management of chronic heart failure: the WHICH? (Which Heart Failure Intervention Is Most Cost-Effective & Consumer Friendly in Reducing Hospital Care) multicenter, randomized trial. *J Am Coll Cardiol* 2012;60:1239-48. DOI: 10.1016/j.jacc.2012.06.025
7. Boeckxstaens P. Gepersonaliseerde zorgplanning voor volwassenen met chronische gezondheidsproblemen. *Minerva* 2015;14(10):124-5.
8. Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, et al. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* 2015, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD010523.pub2