

AANBEVELING VOOR DE PRAKTIJK



Deze studie toont aan dat elektrische stimulatie van de bekkenbodemspieren (ESBB) bij gezonde vrouwen met (overwegend) *stressincontinentie* geen meerwaarde heeft boven gedragstraining alleen (dat wil zeggen gedragstraining met biofeedback). Een zelfhulpgids verbetert de incontinentie en de kwaliteit van leven. Een trapsgewijze aanpak beginnend bij bekkenbodemspieroefeningen aan de hand van een zelfhulpgids of instructies, gevolgd door een programma met professionele begeleiding, is aan te bevelen ⁴.

De redactie

Literatuur

- 1 Berghmans LCM, Frederiks CMA, de Bie RA, et al. Efficacy of biofeedback, when included with pelvic muscle exercise treatment, for genuine stress incontinence. *Neurourol Urodyn* 1996;15:37-52.
- 2 Lagro-Janssen ALM, van Weel C. Long-term effect of treatment of female incontinence in general practice. *Br J Gen Pract* 1998;48:1735-8.
- 3 Alewijnse D, Metsemakers JFM, Mesters IEPE, van den Borne B. Effectiveness of pelvic floor muscle exercise therapy supplemented with a health educational program to promote long-term adherence among women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn* 2003;22:284-295.
- 4 Lagro-Janssen ALM, Breedveldt Boer HP, van Dongen JJAM, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine. *Huisarts Wet* 1995;38(2):71-80.

Leidt empirische behandeling van cystitis tot overbehandeling?

Mclsaac WJ, Low DE, Biringer A, et al. The impact of empirical management of acute cystitis on unnecessary antibiotic use. *Arch Intern Med* 2002;162:600-5.

Duiding: D. De Backer en T. Christiaens



SAMENVATTING

Klinische vraag

Leidt empirische behandeling van acute cystitis tot overbodig antibioticagebruik? Bestaat er een combinatie van klinische tekenen en urinetests die een rationeler gebruik van antibiotica kan ondersteunen?

Achtergrond

Verscheidende guidelines ondersteunen de empirische behandeling van acute cystitis met antibiotica. Echter, aangezien de helft van de vrouwen met symptomen suggestief voor cystitis geen significante bacteriurie bij cultuur blijkt te hebben, zou empirische behandeling onnodig gebruik van antibiotica in de hand kunnen werken.

Bestudeerde populatie

In Toronto (Canada) rekruteerde men uit vier academische gezinsklinieken 231 vrouwen ouder dan zestien jaar met symptomen die volgens de behandelende arts op een urineweginfectie wezen. Zwangerschap, immuundeficiëntie, recente urineweginfectie en recent gebruik van antibiotica waren exclusiecriteria.

Onderzoeksopzet

De vrouwen ondergingen een klinische beoordeling, samen met een dipstick (leukocytensterasetest en nitriettest) en een urinecultuur. Retrospectief werden de aanbevelingen van drie empirische strategieën betreffende cystitis (*zie kader*) vergeleken met de waargenomen behandeling door de huisarts. Tevens werd een eigen model (predictiemodel) getoetst. De auteurs geven geen duidelijke definitie van een empirische strategie, maar het blijkt dat ze daarmee een strategie bedoelen die geen urinecultuur propageert.

Uitkomstmeting

Voor elke strategie berekende men: het percentage vrouwen met dysurie dat behandeld werd met antibiotica, het percentage vrouwen dat achteraf een negatieve urinecultuur had, maar toch behandeld werd met antibiotica (% onterechte antibiotica of vals-positieven), het percentage vrouwen dat achteraf een positieve urinecultuur had, maar niet behandeld werd (% gemiste infecties of vals-negatieven), het percentage cultuur-positieven dat antibiotica kreeg (de sensitiviteit) en het percentage cultuur-negatieven dat niet behandeld werd (de specificiteit).

Drie empirische strategieën voor de behandeling van cystitis:

- (A) Overzichtsartikel van Stamm en Hooton: empirische behandeling met antibiotica indien 'klassieke' symptomen (dysurie, frequency, urgency) en pyurie (positieve LE-test).
- (B) The Group Health Cooperative (Puget Sound): vrouwen met dysurie krijgen de keuze tussen een telefonische afhandeling of een consultatie. Telefonische afhandeling leidt automatisch tot een antibioticumvoorschrift.
- (C) Protocol van de Protocol Steering Committee van de BCMA (British Columbia Medical Association): geen urinetests indien er 'klassieke' symptomen zijn, waarvoor men in ieder geval antibiotica zal voorschrijven.

Resultaten*Tabel 1: De resultaten van de verschillende empirische strategieën.*

	Artsen in de studie	Stamm (A)	Puget (B)	BCMA (C)	Predictie- Model (D)
% Behandeling met antibiotica	81	48	82	78	60
% Onterecht antibiotica	40	26	41	41	28
% Gemiste infecties	8	34	10	12	19
Sensitiviteit van behandelen (%)	92	66	90	88	81
Specificiteit van niet behandelen (%)	31	73	28	31	64

Conclusie van de auteurs

De auteurs concluderen dat empirische strategieën zonder testen op pyurie (B en C) leiden tot overbodig antibioticagebruik en dat een combinatie van klinische tekenen met tests (A en D) het aantal onnodige antibiotica kan doen dalen.

Financiering

De studie werd gesponsord door de huisartsen van de provincie Ontario, Canada.

Belangenvermenging

Niet vermeld

BESPREKING

De vraagstelling of empirische behandeling leidt tot inadequaat antibioticagebruik is meer dan ooit actueel. Steeds meer mensen pleiten om gezonde vrouwen met suggestieve klachten te behandelen zonder verder onderzoek¹⁻³, omdat enerzijds de pre-testwaarschijnlijkheid hoog is en anderzijds de beschikbare tests weinig performant zijn⁴.

Dit artikel tracht verschillende vragen te beantwoorden:

Hoeveel antibiotica worden er voorgeschreven door de geobserveerde huisartsen?

Dit is de minst relevante vraag, aangezien nergens wordt vermeld welk beleid de individuele artsen volgden. Hun aanpak vergelijken met de voorgestelde guidelines is interessant voor de betrokken artsen, maar wetenschappelijk leert dit niets, aangezien een andere groep artsen heel andere data had kunnen leveren.

Hoeveel antibiotica zouden er worden voorgeschreven als de richtlijnen gevolgd waren en hoeveel hiervan is terecht?

De auteurs besluiten dat iedere aanpak zijn tekortkomingen heeft: B en C leiden tot meer overbehandeling, A tot meer onderbehandeling. Aanpak A is ook de enige aanpak die testen op pyurie aanraadt. De auteurs besluiten dan ook dat bij empirische strategieën waarbij geen pyurie getest wordt, er sterk wordt overbehandeld.

Een verregaande interpretatie aangezien de strategieën in heel wat meer verschillen dan enkel in het testen voor pyurie.

Methodologisch valt er ook een en ander op te merken op de vergelijking van deze strategieën. De auteurs vermelden niet op welke basis zij de empirische strategieën selecteerden. De strategieën worden hypothetisch toegepast op de geobserveerde populatie. Enkel bij strategie B illustreert het artikel hoe dit concreet gebeurt en zelfs hier worden enkele veronderstellingen gemaakt die voor discussie vatbaar zijn. Bij het opzoeken van de volledige tekst van C blijkt die vooral te gaan over de diagnostische aanpak bij dysurie. Het is ons niet duidelijk hoe de auteurs van de vergelijkende studie hieruit een therapeutisch beleid distilleerden.

Bestaat er een combinatie van symptomen en dipstick-resultaten die leidt tot minder vals-positieve en vals-negatieve diagnoses?

De meest interessante gegevens komen uit een analyse (**multiple logistische regressie**) van de klachten en bevindingen op dipstick in de groep van 231 vrouwen. Deze analyse leverde vier kerntekenen op: klachten nog maar één dag aanwezig, dysurie, positieve LE-test, positieve nitriettest. Bij aanwezigheid van twee of meer tekenen, zou een empirische behandeling kunnen worden aanbevolen. Maar ook

hier is er 35% kans op vals-positieven en 19% kans op vals-negatieven. Jammer genoeg worden geen resultaten gegeven voor drie of meer tekenen. Men kan afleiden uit de gegeven data dat dit wél zeer goed zou scoren. De bevinding dat patiënten bij wie de klachten minder dan één dag aanwezig zijn in 78% van de

gevallen een positieve kweek hebben, is misschien het meest interessante resultaat van deze studie. Dit strookt met de vaststelling dat vrouwen die lang wachten vaker geen cystitis blijken te hebben⁵. Heel hevige klachten die snel naar de arts doen gaan, zouden dus voorspellend zijn voor een echte cystitis.

AANBEVELING VOOR DE PRAKTIJK



De bevindingen van deze studie hoeven voorlopig niets te veranderen aan het aanbevolen diagnostisch beleid in de Belgische richtlijn⁶: ze bevestigen eerder de voorgestelde beslisboom. In deze beslisboom gebruikt men de combinatie van symptomen met de nitriettest, al dan niet met een test voor pyurie, om de diagnose van ongecompliceerde urineweginfectie te stellen.

De redactie

Literatuur

1. Flottorp S, Oxman AD, Cooper JG, et al. Retningslinjer for diagnostikk og behandling av akutte vannlatingssplager hos kvinner (Guidelines for diagnosis and treatment of acute urinary tract problems in women). *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:1748-53.
2. Baerheim A. Empirical treatment of uncomplicated cystitis. Keep it simple. *BMJ* 2001;323:1197-8.
3. Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? *JAMA* 2002;287:2701-10.
4. Christiaens TCM, De Meyere M, Derese A. Dis-

appointing specificity of the LE-test for the diagnosis of urinary tract infection in general practice. *Eur J Gen Pract* 1998;4:144-8.

5. Österberg E, Aspevall O, Grillner L, Persson E. Young women with symptoms of urinary tract infection. Prevalence and diagnosis of chlamydial infection and evaluation of rapid screening of bacteriuria. *Scand J Prim Health Care* 1996;14:43-9.

6. Christiaens T, Callewaert L. Aanbevelingen voor goede medische praktijkvoering. Cystitis bij de vrouw. *Huisarts Nu* 2000;29:281-97.

Warfarine vs aspirine in secundaire preventie van ischemisch CVA

Mohr JP, Thompson JLP, Lazar RM, et al., for the Warfarin-Aspirin Recurrent Stroke Study Group. A comparison of warfarin and aspirin for the prevention of recurrent ischemic stroke. *N Engl J Med* 2001;345:1444-51.

Duiding: C. Hermans



SAMENVATTING

Klinische vraag

Wat is het effect van anticoagulantia (warfarine) vergeleken met anti-aggregantia (aspirine) in de secundaire preventie van ischemisch CVA bij patiënten zonder carotisstenose of cardiale bron van embolieën?

Achtergrond

Jaarlijks worden in de Verenigde Staten 450 000 patiënten getroffen door een ischemisch CVA. De revalidatie en de preventie van recidieven behoren tot de twee belangrijkste objectieven in de nazorg van deze aandoening. Wanneer een carotisstenose als oorzaak is aangeduid, is endarterectomie de voorkeursbehandeling. Bij patiënten met een cardiale bron van embolieën (bijvoorbeeld atriumfibrilleren) is bij afwezigheid van contra-indicaties, behandeling met orale anticoagulatie te verkiezen boven aspirine. Echter, bij ongeveer twee derde van de patiënten met ischemisch CVA ligt de oorzaak elders. De WARSS (Warfarin-

Aspirin Recurrent Stroke Study) studie onderzoekt de mogelijkheden voor secundaire preventie in deze groep.

Bestudeerde populatie

De 2 206 deelnemende patiënten werden gerekruteerd in 48 medische centra van de V.S.. De studie includeert patiënten van 30 tot 85 jaar (gemiddelde leeftijd van 63 jaar) met een score van ten minste drie op de **Glasgow Outcome Scale**. De exclusiecriteria waren: aanwezigheid van carotisstenose, een cardiale emboliebron of een INR >1,4.

Onderzoeksopzet

In deze dubbelblinde gerandomiseerde multicenterstudie kreeg een groep patiënten (n=1 103) een oraal anticoagulans (de vitamine-K-antagonist warfarine), met streefwaarde INR tussen 1,4 en 2,8. De andere groep (n=1 103) kreeg 325 mg aspirine per dag. Aan deze groep werden omwille van de blinding fictieve INR-