

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)

Consensus osteoporose

Dit artikel van Bijvoet (1986; 584-90) roept bij mij de volgende vragen op: Moet men uit stelling 20, dat postmenopauzaal botverlies voorkomen kan worden door het toedienen van oestrogenen gedurende minimaal zes jaar, concluderen dat er consensus bestaat alle vrouwen in de postmenopauze aldus te behandelen? De stelling suggereert dit zonder het met zoveel woorden te zeggen. Het in de stellingen 20, 21 en 22 genoemde voorstel voor cyclische behandeling met een oestrogeen-progestageen-combinatie spreekt echter alleen over dit voorstel bij postmenopauzale osteoporose, dus nadat de ziekte zich heeft gemanifesteerd. Is er gesproken over profylactische behandeling en welke (non)consensus bestaat hierover? Naar mijn mening wordt een consensusverslag interessanter, indien ook wordt aangegeven over welke problemen in de praktijk géén consensus bestaat. Tevens zou het verslag aan waarde winnen als er gegevens in te vinden zouden zijn over de incidentie van osteoporose: bijv. bij hoeveel procent van vrouwen na de menopauze kan men jaarlijks verwachten osteoporose vast te stellen?

J.J.M. VAN ROOSMALEN

Overveen, april 1986

De vraag van collega Van Roosmalen raakt de kern van de zaak. De consensustekst geeft stellingen weer, waarover overeenstemming bestaat en is daarom niet volledig. Mijn antwoord is dan ook persoonlijk gekleurd.

De consensus is dat substitutie met een oestrogeen-progestageen-combinatie gedurende minstens 6 tot 10 jaar na het optreden van de menopauze een duidelijke vermindering zal veroorzaken van de incidentie van fracturen bij vrouwen. Tevens, dat de winst ten aanzien van morbiditeit en levensverwachting waarschijnlijk veel groter is dan een nadelig effect daarop, door voortgaand bloedverlies en door vergroten van risico voor endometriumcarcinoom, mammacarcinoom, en hart- en vaatziekten en ziekten van de galwegen.¹ Gunstig zijn ook het onderdrukkende effect op opstijgingen in de vroege postmenopauze, de vertraagde atrofie van het vaginaslijmvlies en de niet meetbare, maar onmiskenbare effecten op stemming en vitaliteit. Of suppletie langer dan 10 jaar ook nuttig is, is niet vastgesteld. Zes jaar is een minimum en mogelijk zullen weinigen de suppletie na het 65e jaar continueren.

Deze uitspraken hebben uitsluitend een epidemiologische betekenis;² er wordt hiermee dan ook geen aanbeveling gedaan voor de behandeling van individuen. Uitspraken van gelijke waarde zijn immers, dat postmenopauzaal botverlies ook voorkomen kan worden door driemaal per week twee uur oefenen of kan worden verminderd door adequate calciumname in de voeding. De incidentie van ernst van osteoporose wordt verder verminderd door oefenen en door optimaliseren van de calciumname reeds vanaf de adolescentie. Zo ontstaan meerdere scenario's voor primaire preventie van osteoporose.

De risico's voor de bevolking kunnen zeer grof als volgt worden samengevat: boven 50 jaar verdubbelt momenteel de fractuurkans ongeveer iedere 5 à 10 jaar en we kunnen daarbij uitgaan van omstreeks het 50e levensjaar vier pijpbeenfracturen per 10.000 vrouwen en 2-3 gedeformeerde wervels. De incidentie van meetbare osteoporose zal in onze bevolking waarschijnlijk variëren van enkele procenten omstreeks het vijftigste tot misschien 50% of meer bij tachtigjarigen. Hierbij valt te

bedenken dat het toenemen van de kans op fracturen zowel als de morbiditeit daardoor, wezenlijk samenhangt met andere deficiënties, functieverliezen, of verliezen die met het ouder worden optreden.

De huisarts kan zich bij het begeleiden van zijn patiënten door deze kennis laten leiden. De beslissing of hij een vrouw zonder dat daartoe anderszins aanleiding is, dus zonder evidente risicofactoren, adviseert tot oestrogenesuppletie berust dan op afwegen van kennis omtrent verleden, actuele toestand en toekomstverwachting. Behalve door materieel nut, worden zulke beslissingen beïnvloed door niet-materiële aspecten zoals aanvaarding van verantwoordelijkheid en voorkómen van spijt op een later moment. Uit een recent besliskundig onderzoek is gebleken dat deze immateriële factoren een negatieve invloed kunnen hebben op het door de behandelende artsen instellen van een, volgens hun eigen criteria geïndiceerde, therapie met oestrogenen.³

Men kan preventie namelijk ook individualiseren op grond van verhoogd individueel risico van osteoporose, de zg. secundaire preventie. Op dit punt geeft de consensustekst duidelijke richtlijnen, onder andere in de vorm van een tabel met risicofactoren. Het is onbekend welk percentage van de populatie volgens bovenstaande criteria tot suppletie met oestrogenen zal overgaan. Afhankelijk van de voorlichting en van de instelling van de vrouw en de haar adviserende arts zal dit kunnen liggen tussen 10 en 50%. Het is hopelijk geen utopie dat goede preventie anderszins die al met de adolescentie begint, de behoefte aan deze specifieke vorm van preventie in de toekomst zal verminderen. Tenslotte, een 'therapeutisch' bedoelde substitutie van oestrogenen heeft in de jaren volgend op de menopauze voorkeur boven andere vormen van behandeling, maar behoeft – evenals andere behandelingschema's – een gepreciseerde indicatie en een geïndividualiseerde verwachting, en de controle van het therapeutisch effect door een specialist.

LITERATUUR

- 1 Weinstein MC. Estrogen use in postmenopausal women. Costs, risks, and benefits. *N Engl J Med* 1980; 303: 308-16.
- 2 Cummings SR, Kelsey JL, Nevitt MC, O'Dowd KJ. Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiol Rev* 1985; 7: 178-203.
- 3 Elstein AS, Holzman GB, Raviteh M, et al. Comparison of physician's decisions regarding estrogen replacement therapy for menopausal women and decisions derived from a decision analytic model. *Am J Med* 1986; 80: 246-58.

O. L. M. BIJVOET

Leiden, mei 1986

Een te voorkomen neurologisch ziektebeeld

Met belangstelling heb ik de klinische les van Carpentier et al. (1986; 51-3) gelezen. Toch zou ik de nadruk willen afhalen van het belang van het bloedonderzoek bij deze patiënte. De nadruk zou ik veeleer willen leggen op het belang van een 'spotdiagnose'. Een gemiste directe diagnose kan de arts en de patiënt veel tijd en erger kosten. Bij het lichamelijke onderzoek wordt als laatste punt door de schrijvers het grauw-gele gelaat en een rode, gladde tong opgemerkt. Deze twee symptomen in combinatie met de andere bevindingen bij het lichamelijke onderzoek wijzen direct in de richting van de gecombineerde strengziekte op grond van een vitamine B₁₂-deficiëntie.

Bij deze patiënte had men al in eerste instantie tot een directe diagnose kunnen komen. Een algemeen bloedonderzoek plus