

tamol bij acute lage rugpijn ontbrak tot nu toe. De PACE-studie is de eerste degelijke studie die dit bestudeert.

- Dient met deze studie het gebruik van paracetamol bij acute lage rugpijn volledig overboord gegooid te worden? De onderzoekers en de auteurs van het bijbehorend editoriaal<sup>2</sup> wijzen erop dat het daarvoor te vroeg is: de resultaten moeten bevestigd worden in bijkomend onderzoek en in andere patiëntenpopulaties. Wel is dit een aanleiding om bij elk gebruik van paracetamol bij acute lage rugpijn het bekomen effect nauwkeurig te evalueren en om paracetamol te stoppen wanneer geen gunstig effect wordt gezien.
- Moet nu sneller dan tevoren een NSAID, klassiek beschouwd als een tweede keuze bij acute lage rugpijn, aangeraden worden? Zeker niet, het veiligheidsprofiel van de NSAID's is

minder gunstig dan dit van paracetamol, en in vergelijkende studies uitgevoerd bij patiënten met acute lage rugpijn, waren NSAID's niet doeltreffender dan paracetamol<sup>3</sup>.

- De snelle herstelperiode in de PACE-studie kan volgens de onderzoekers verband houden met de goede adviezen en de geruststelling inzake prognose die alle patiënten in de studie kregen. De resultaten van de PACE-studie suggereren dan ook dat deze adviezen en geruststelling een centrale plaats moeten innemen in de aanpak van acute lage rugpijn in de eerste lijn.
- Patiënten in de PACE-studie hadden gemiddeld reeds 10 dagen lage rugpijn bij de start van de studie. Een conclusie over het nut van pijnstilling de eerste dagen van acute lage rugpijn kan op basis van deze studie dus niet getrokken worden.

2 [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), online publicatie op 24/7, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60978-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60978-8)

3 *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD000396. DOI: 10.1002/14651858.CD000396.pub3.

## Goed om te weten

### URGENTIE-ANTICONCEPTIE: VERMINDERING VAN DE DOELTREFFENDHEID BIJ OBESE VROUWEN ?

[Reeds verschenen in de rubriek "Goed om te weten" op onze website op 26/08/14]

Bij vrouwen met overgewicht (*body mass index* of BMI > 25) zouden orale anticonceptiva (behalve de hooggedoseerde eerste generatie-oestroprogestagenen) minder betrouwbaar kunnen zijn [zie Folia maart 2005]. Een vermindering van de doeltreffendheid van urgentie-anticonceptie (*morning after pill*) werd ook gesuggereerd bij vrouwen met obesitas (BMI > 30), dit op basis van de resultaten van posthoc-analyses<sup>1</sup> van twee gerandomiseerde studies

waarbij de doeltreffendheid van levonorgestrel en ulipristal vergeleken werd in het kader van urgentie-anticonceptie: bij vrouwen met een BMI > 30 was er met levonorgestrel een statistisch significante verhoging van het risico van falen van de urgentie-anticonceptie ten opzichte van vrouwen met een BMI < 25 (*odds ratio* 4,41; 95 %-BI 2,05 tot 9,44). Met ulipristal was de toename van het risico van falen kleiner en statistisch gezien niet significant.

1 *Contraception* 2011 ; 84 : 363-7 (doi :10.1016/j.contraception.2011.02.009)

Het *European Medicines Agency* (EMA) heeft deze gegevens geëvalueerd, en het *Committee for Medicinal Products for Human Use* (CHMP) kwam recent tot het besluit dat de gegevens te beperkt zijn en niet toelaten te besluiten dat er een vermindering van de doeltreffendheid is van urgentie-anticonceptie bij obese vrouwen. Het CHMP is van mening dat de risico-batenverhouding van zowel levonor-

gestrel als ulipristal gunstig blijft en dat deze middelen mogen gebruikt worden als urgentie-anticonceptiva, ongeacht het lichaamsgewicht<sup>2</sup>. Het CHMP herinnert eraan dat urgentie-anticonceptie zo vlug mogelijk na het seksueel contact dient gebruikt te worden, en dat urgentie-anticonceptie slechts in nood te gebruiken is en het regelmatig gebruik van anticonceptiva niet kan vervangen.

2 [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Press\\_release/2014/07/WC500170056.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Press_release/2014/07/WC500170056.pdf)

## Flash

- De Hoge Gezondheidsraad (HGR) heeft de **vaccinatiefiche over hepatitis B-vaccinatie bij volwassenen** herzien (fiche te consulteren via [www.health.belgium.be/filestore/4930389/vaccinatiefichehepatitisB06032013.pdf](http://www.health.belgium.be/filestore/4930389/vaccinatiefichehepatitisB06032013.pdf), versie maart 2013). Naast de eerder gedefinieerde doelgroepen voor vaccinatie tegen hepatitis B (zie hoofdstuk 12.1.1.7. in het Repertorium), raadt de HGR nu ook vaccinatie aan bij (1) niet eerder gevaccineerde personen met chronisch leverlijden niet door hepatitis B en (2) bij niet eerder gevaccineerde personen met type 1- of type 2-diabetes tot de leeftijd van 60 jaar. Het toevoegen van “diabetici tot de leeftijd van 60 jaar” aan de doelgroepen voor vaccinatie is vooral gesteund op een analyse in de Verenigde Staten waaruit blijkt dat diabetici tussen 23 en 59 jaar een tweemaal hoger risico zouden hebben van acute hepatitis B dan niet-diabetici (relatief risico van 2,1; 95%-BI 1,6 tot 2,8). Bij diabetici ouder dan

60 jaar was deze risicotoename statistisch niet significant. De risicotoename wordt in verband gebracht met onvoldoende infectiecontrole bij gedeeld gebruik van glykemiemeters en vingerpriktoestellen in zorginstellingen<sup>1</sup>. In Vlaamse rusthuizen zijn in 2003, 2006 en 2007 enkele clusters van hepatitis B-infectie gerapporteerd, met name bij bejaarde diabetici; de clusters werden eveneens in verband gebracht met het niet respecteren van de hygiënemaatregelen bij glykemiecontrole bij diabetici<sup>2,3</sup>. Bij alle diabetici is het belangrijk de hygiëneregels te respecteren en voor elke diabetespatiënt een eigen vingerpriktoestel te gebruiken; het contactoppervlak van het vingerpriktoestel met de huid moet na elk gebruik grondig gereinigd worden. De glucosemeters die rechtstreeks in contact komen met de bloeddruppel, mogen ook slechts door één enkele patiënt gebruikt worden. Indien deze voorzorgen worden gerespecteerd, is er geen gevaar van overdracht.

1 *Centers for Disease Control and Prevention*, MMWR 2011;60:1709-1711

2 [www.infectieziektebulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=9876#.UfkIUNI3BMg](http://www.infectieziektebulletin.be/defaultSubsite.aspx?id=9876#.UfkIUNI3BMg)

3 [www.infectieziektebulletin.be/uploadedFiles/Infectieziektebulletin/2010/71\\_2010\\_1/art1TweeclustersHepatitisBinrusthuizen.doc](http://www.infectieziektebulletin.be/uploadedFiles/Infectieziektebulletin/2010/71_2010_1/art1TweeclustersHepatitisBinrusthuizen.doc)