

Orthopedie:

Wervelkolom, schouder- en bekkengordel; platvoeten.

Neurologie:

Reflexen (cornea, kpr, apr, voetzool, buik); vinger-neusproef, knijpkracht, tremoren, Romberg; trigeminusdrukpunten.

Psychiatrie:

Algemene indruk van de persoonlijkheid; intelligentie.

Interne geneeskunde:

Lengte, gewicht, type, bloeddruk, hals, thorax,

abdomen; rectaal en vaginaal onderzoek.

II Onderzoek tijdens de aanval

Pols, bloeddruk, temperatuur, transpiratie, huidskleur, scotomen, oogboldruk; reactie op éénzijdig dichtdrukken van de a. carotis.

III Laboratoriumonderzoek

urine: albumen, reductie, soortelijk gewicht, sediment en urobiline;

bloed: bezinkingssnelheid van de erythrocyten, hemoglobinegehalte en Wassermannreactie.

H Specialistische onderzoeken.

Tonsillitis

JAARONDERZOEK 1961 VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP*

DOOR W. I. VAN BEUSEKOM, HUISARTS TE DELDEN

Kort na de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap is in het centrum Twente het idee naar voren gekomen een onderzoek te doen naar de waarde van verschillende therapieën bij tonsillitis. Hierbij bleek, dat voor het beantwoorden van deze vraag een groot aantal deelnemers nodig was. Door dit onderzoek te koppelen aan een ander, dat in het centrum Leiden al enige tijd gaande was, werd de opzet voor een jaaronderzoek bruikbaar. Na het verloskunde- en het abortusonderzoek ditmaal een onderzoek betreffende een ziekte, die — zeker in zijn ongecompliceerde vorm — geheel op het terrein van de huisarts ligt.

Tonsillitis is een aandoening, die op zichzelf niet langdurig en niet levenbedreigend is. Over de beste therapie bestaat geen eenstemmigheid, vandaar dat een groot aantal geneesmiddelen hiervoor wordt aangeraden en gebruikt, variërend van acetosal, gorgeldranken en vele soorten zuigtabletten, tot chemotherapeutica en antibiotica. De oorzaak van tonsillitis kan zeer verschillend zijn en uit de symptomatologie is de verwekker meestal niet op te maken.

Behalve de vroege complicaties als peritonsillair abces, otitis media en sinusitis, waarvoor een afdoende behandeling meestal nog mogelijk is, zijn er de late complicaties, polyarthrititis rheumatica acuta en acute glomerulonephritis, die wél levenbedreigend zijn en waartegen geen causale therapie bekend is.

Naast de vraag naar de beste therapie voor de genezing van tonsillitis, komt de gedachte naar voren of het zinvol zou zijn de late complicaties, gezien hun waarschijnlijk geringe aantal, door toepassing van bepaalde geneesmiddelen te voorkomen. Daar-

tegenover staat immers het gevaar van de allergie en de sensibilisatie door het geneesmiddel, waarover slechts weinig cijfers bekend zijn. Trouwens, ook over het aantal late complicaties in de algemene praktijk zijn vrijwel geen gegevens beschikbaar.

De volgende vragen komen dus naar voren:

Hoe groot is eigenlijk het aantal complicaties na tonsillitis? Het antwoord op deze vraag moeten wij namelijk afwegen tegen het antwoord op de volgende vraag.

Welke bijwerkingen heeft het geneesmiddel bij deze indicatie en in welk percentage komen deze voor?

Daarnaast komt het probleem van die patiënten met acuut reuma en acute nephritis, die tevoren niet voor keelklachten onder behandeling zijn geweest; immers, hierbij is preventie onmogelijk.

Tenslotte is het van belang te weten of het mogelijk is het optreden van complicaties na tonsillitis op enigerlei wijze te voorspellen uit het klinisch beeld van de keelinfectie.

Het ligt in de bedoeling bij het landelijk, zogenaamde extensieve, onderzoek te proberen op bovengenoemde vragen een antwoord te verkrijgen. Dit onderzoek zal betrekking hebben op een vergelijkend geneesmiddelenonderzoek tussen acetosal, een oraal bismuthpreparaat, sulfapreparaten en penicilline bij tonsillitis. Het gebruik van elk der genoemde geneesmiddelen kan op goede gronden worden verdedigd zie (1960) huisarts en wetenschap 3, 405.

Daarnaast zal een zogenaamd intensief onderzoek plaatsvinden in een vijftiental praktijken met als doelstelling een onderzoek te doen naar de aetiologie van tonsillitis, dus onder andere naar het percentage, dat door de streptococcus haemolyticus

* Inleiding, gehouden namens de tonsillitiswerkgroep op het congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap te Utrecht, 26 november 1960.

groep A wordt veroorzaakt, welke bacterie van primair belang is voor de late complicaties na tonsillitis. Bij het landelijk onderzoek zal de verwekker echter meestal niet bekend zijn, omdat daar geen keeluitstrijk wordt gemaakt. Dit intensieve onderzoek zal uitsluitend worden verricht in een aantal praktijken om Leiden heen, waardoor het benodigde bacteriologische onderzoek kan worden verricht in één laboratorium. Van iedere patiënt zal een keeluitstrijkpreparaat worden gemaakt en zal verder de antistreptolysinentiter en het verloop daarvan worden bepaald. Na afloop van de therapie zal de keeluitstrijk worden herhaald, zodat kan worden nagegaan, welk geneesmiddel in staat is de verwekker tot verdwijnen te brengen.

De op deze wijze verkregen gegevens, zoals het antwoord op de belangrijke vraag welk percentage van alle gevallen van tonsillitis wordt veroorzaakt door streptococcus haemolyticus groep A (type Lancefield), hopen wij op die van het landelijk onderzoek te extrapoleren.

Recapitulerend zal het landelijk onderzoek de vraag trachten op te lossen welke therapie de beste is bij tonsillitis mede in verband met de preventie van de vroege en late complicaties. Dit onderzoek zal 1 april beginnen, dus na de drukste praktijkperiode en ten hoogste een jaar duren. Het intensief onderzoek zal tegelijkertijd plaatsvinden.

Hoe is nu de opzet van het onderzoek gedacht? Het betreft een onderzoek bij patiënten met „tonsillitis”. „Tonsillitis” wordt gedefinieerd als een ontsteking van de tonsillen met of zonder proppen of beslag, of, bij afwezigheid van de tonsillen, als een lokale ontsteking in de ring van Waldeyer. Voor dit onderzoek worden deze laatste gevallen gelijkgesteld met tonsillitis. Ontstekingen met uitbreiding naar de lagere of hogere luchtwegen, met name rinitis met keelpijn, laryngitiden en „griepkelen” worden niet in het onderzoek opgenomen.

De bedoeling is echte „keelpatiënten” te onderzoeken, waarbij dus slikpijn en lokale roodheid met of zonder koorts de voornaamste symptomen zijn. Het aantal van deze patiënten wordt in een praktijk van ongeveer drieduizend zielen op honderd per jaar geschat.

De aan het onderzoek deelnemende arts is voor iedere patiënt met keelpijn, die voldoet aan bovengenoemde definitie, maar geen koorts heeft, vrij in de keuze van zijn therapie. Deze patiënten worden eenmaal geregistreerd en niet verder vervolgd, behoudens een urineonderzoek na dertig dagen. Daarentegen moeten alle patiënten met „tonsillitis” met koorts gedurende een geheel jaar volgens dezelfde, hetzij door de werkgroep toegewezen of zelf gekozen, therapie worden behandeld. Een klein deel van deze laatste patiënten, namelijk diegenen, die op een bepaalde dag in de week hulp van hun huisarts inroepen, zal iets intensiever dienen te worden vervolgd. Bij deze groep zal namelijk het effect van de verschillende geneesmiddelen worden nagegaan.

In een proefonderzoek worden de beste peildata

voor de controlebezoeken uitgezocht, teneinde een zo gering mogelijke belasting van de praktijkvoering te veroorzaken. Wij hopen met één extra controlebezoek te kunnen volstaan en aangezien dit zou gelden voor een zevende van honderd, dus circa vijftien patiënten, lijkt dit geen groot bezwaar te zullen vormen.

Afwijken van de geselecteerde therapie dient een hoge uitzondering te zijn, aangezien het onderzoek hierdoor in ernstige mate wordt benadeeld. Uiteraard kunnen complicaties een reden zijn van het therapieschema af te wijken, hetzij dadelijk in de aanvang, bijvoorbeeld bij patiënten met acuut reuma in de anamnese of een vitium cordis of later, bij onder andere een peritonsillair abces.

Tenslotte willen wij nog het volgende opmerken. Een goede opzet bij het vergelijken van de verschillende therapieën vereist, dat de te onderzoeken groepen patiënten zoveel mogelijk aan elkaar gelijk zijn. Ook de aantallen in de verschillende therapiegroepen zullen vergelijkbaar moeten zijn. De beste waarborg hiervoor is, dat de keuze van het geneesmiddel niet aan de arts wordt overgelaten, maar door toewijzing geschiedt.

Een ideale proefopzet betekent in feite, dat de geneesmiddelen volgens het toeval worden verdeeld. Wij nemen aan dat sommige huisartsen deze consequentie niet kunnen aanvaarden en wij willen daarom ook de mogelijkheid van de eigen keuze van therapie openlaten. De werkgroep vraagt echter met nadruk bij de aanmelding voor deelname zoveel mogelijk géén eigen keuze van therapeuticum aan te geven. Wij menen op goede gronden een dergelijk verzoek te mogen doen, daar met de thans beschikbare gegevens geen van de vier genoemde behandelingsmethoden duidelijk de voorkeur verdient.

Voor dit onderzoek, wil het slagen, zal een grote deelname van de leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap nodig zijn. In de Angelsaksische landen waar de zelfmedicamentatie met antibiotica hand over hand toeneemt is een dergelijk onderzoek niet meer uitvoerbaar. Hier in Nederland, met name door het bestaan van het Genootschap, lijkt de mogelijkheid voor een onderzoek wel te bestaan.

Namens de werkgroep hoop ik een duidelijk beeld te hebben gegeven van de doelstelling en de opzet van het jaaronderzoek 1961 en enthousiasme te hebben gewekt hieraan mee te doen. Slechts een groot aantal deelnemers maakt het mogelijk voldoende materiaal te verzamelen om hieruit de meeste van bovengenoemde vragen nader tot een oplossing te brengen.

Voorlopige aanmeldingen om aan dit onderzoek deel te nemen worden gaarne verwacht bij E. Leynse, arts, Mr. Verschuurstraat 42, Vlaardingen. Zie bijgevoegd aanmeldingsformulier.