

# huisarts & praktijk

## Tonsillectomie en adenotomie vanuit het gezichtspunt van de huisarts

De waarde van tonsillectomie en adenotomie vormt nog steeds een onderwerp van discussie. Dit plaatst de huisarts – die in de eerste plaats de indicatie dient vast te stellen – voor moeilijke problemen. Er bestaan fervente voorstanders van deze operaties. Soms wordt op grond van onvoldoende of onvolledige gegevens tot deze ingreep besloten. De huisarts wordt bijvoorbeeld door ouders of schoolarts verzocht een kind alleen wegens „grote” tonsillen voor tonsillectomie te verwijzen. Sommige ouders beschouwen deze ingreep als een noodzaak, die liefst vóór de periode van de lagere school dient te worden uitgevoerd. Daarentegen bestaan fervente tegenstanders, vooral bij huisartsen en kinderartsen. Zij willen ten koste van alles het kind tegen deze mutileerende, onnodige en gevaarlijke ingreep beschermen. Door middel van een literatuurverkenning zal worden vastgesteld wat thans op grond van wetenschappelijk verantwoord onderzoek bekend is over de zin en onzin van deze operaties.

### Literatuurverkenning

Onze studie hebben wij verricht vanuit het gezichtspunt van de huisarts. Wij hebben die gegevens verzameld, die de huisarts nodig heeft om vanuit een weloverwogen standpunt praktisch en verantwoord te kunnen handelen. Wij beperken ons tot de ingreep bij kinderen tot tien jaar, omdat bij oudere kinderen andere overwegingen een rol spelen, hetgeen aanleiding kan geven tot verwarring.

voorbeeld van een zeer relevant gegeven. Een commissie bestaande uit huisartsen, verpleeghuisartsen en artsen van de S.G.D. zou zo'n verwijsbrief kunnen opstellen.

*Samenvatting. In een prospectief onderzoek werd gedurende een periode van zestien maanden de informatie nagegaan die over de geestelijk gestoorde bejaarden bij opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis werd verstrekt. Slechts 25 procent van de huisartsen verstrekte in-*

Wij menen dat voor het innemen van een goed gefundeerd standpunt met betrekking

### DR. R. A. DE MELKER

tot de indicaties voor adenotomie en tonsillectomie de volgende vragen beantwoord dienen te worden:

1. Hoe is het te verklaren dat met betrekking tot de betekenis van tonsillectomie en ade-

*formatie die deels van goede, deels van matige kwaliteit was. Vooral de informatie over de medicatie schoot duidelijk te kort. De door de Sociaal Geriatrische Dienst verstrekte informatie was goed.*

*Summary. Information on the psychogeriatric patient; its availability and usefulness at admission to a nursing-home. Over a period of sixteen months, a prospective study was made of the information supplied on mentally disturbed aged patients at admission to a psychogeriatric nursing-home. Only 25 per cent of the ge-*

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing. Wederom in deze rubriek twee bijdragen van eigen bodem.

Tonsillectomie en adenotomie vanuit het gezichtspunt van de huisarts

143

De schijnzekerheid bij antistolling 147

notomie bij kinderen zoveel verwarring bestaat?

2. In hoeverre vervullen tonsillen en adenoiden een nuttige c.q. essentiële functie?

3. Wat zijn de risico's van de ingreep?

4. Wat zijn de voordelen van de ingreep?

Dat wil zeggen wanneer is de reactie van het lymfoïde weefsel op pathogene micro-organismen als niet acceptabel te beschouwen op grond van recidiverende infecties, lokale zwelling en effecten op het middenoor?

5. Kunnen op grond van thans bekende feiten, groepen kinderen worden uitgezocht bij wie is te voorspellen of na een operatie al dan niet de gezondheidstoestand zal verbeteren?

### Ad 1. Verwarring

Tonsillectomie behoort in Nederland tot een van de meest voorkomende operaties bij kinderen (*Hoogendoorn*). *Jongkees (1974)* wijst erop dat bij de indicatiestelling voor tonsillectomie zowel bij patiënten, familieleden als artsen een aantal gevaarlijke kortsluitingen bestaat.

Zo vormen bijvoorbeeld de grootte van de amandelen, chronische keelpijn, nasale spraak, allergische afwijkingen, neusverkoudheden geen indicatie tot operatie. Toch komt met name de indicatiestelling op grond van aspect en grootte van de tonsillen, in de praktijk nog voor. *Wood, Wong en Theodoridis* toonden aan dat dit inderdaad zinloos is. Van een aantal kno-artsen, kinderartsen en huisartsen beoordeelden slechts 17 procent een aantal identieke dia's van tonsillen, consistent.

*neral practitioners supplied information, partly of adequate and in part of moderate quality. Information on medication in particular was insufficient. The information supplied by the Socio-Geriatric Service was adequate.*

Trommel, J., C. H. Gips en H. Salomons. (1976) *Ned. T. Geront.* 7, 141-149.

Correspondentie: J. Trommel, geneesheer-directeur Talma Huis, S. Antonidesstraat 2, Veenwouden, telefoon 05110-2641.

Hoe subjectief de indicatiestelling voor tonsillectomie is, blijkt uit ziekenfondsgegevens (*Lisz Jaarboek*), zeker indien wij deze cijfers vergelijken met de meer objectieve indicatie, hernia inguinalis.

*Aantal verrichtingen per 1000 ziekenfondsverzekerden in enkele provincies in 1973.*

	Tonsillectomie	Hernia inguinalis
Zuid-Holland	6,99	2,81
Groningen	7,82	2,79
Utrecht	13,19	2,99
Limburg	6,93	2,83

Bij de beoordeling van de Engelstalige literatuur dienen wij rekening te houden met het feit dat de indicatiestelling tot tonsillectomie en adenotomie in Engeland en de Verenigde Staten vaak te ruim en op irrationele gronden wordt gesteld. *Bakwin* vermeldt een onderzoek bij vierhonderd kinderen, waarbij slechts in vijf procent van de gevallen de operatie niet werd geadviseerd. In genoemde landen vond de ingreep ook vaker plaats in de hogere sociale lagen (*Carne; Fry, 1974*).

Bij een onderzoek van *Paradise en anderen*, bleek dat 54 van 65 kinderen met zeer frequente keelklachten in één jaar, het volgend jaar veel minder vaak infecties doormaakten. Hieruit moeten wij wel concluderen, dat de indicatie voor tonsillectomie op grond van frequente keel-infecties op zijn minst dubieus is.

Hoewel in Nederland de indicatie minder frequent en kritischer gesteld wordt, is het waarschijnlijk dat bij bepaalde kinderen eerder tot de ingreep wordt besloten dan bij anderen. De hantering van vaste criteria wordt bemoeilijkt door:

- het natuurlijke verloop van luchtweginfecties bij kinderen;
- de druk die door ouders of sommige artsen wordt uitgeoefend om tot de ingreep over te gaan;
- de geneigdheid van artsen om op zijn minst met deze druk rekening te houden of de dadendrang van artsen.

*Fry (1974)* toonde aan dat de meerderheid van de kinderen vanaf hun derde tot vierde jaar regelmatig luchtweginfecties doormaakt. Tussen het vijfde en zevende jaar wordt daarbij een piek in de incidentie bereikt. Omstreeks het zevende jaar neemt de incidentie af. Otitis media toont een piek tussen het vierde en achtste jaar, gevolgd door een snelle daling. *Howie* vond dat vóór het vijfde jaar 84 procent van alle kinderen op zijn minst eenmaal een otitis media had doorgemaakt. Recidief was eerder regel dan uitzondering. Tonsillitis toont een piek tussen het vierde en achtste jaar, eveneens gevolgd door een snelle daling. *Fry (1974)* wijst erop dat de fre-

quentie van adenotomie en tonsillectomie per leeftijdscategorie samenvalt met de incidentie van luchtweginfecties per leeftijdscategorie. Het is bekend dat de ingreep mede op verzoek van de ouders vaak vóór de leeftijd van zes à zeven geschiedt, dat wil zeggen voor de aanvang van het lager onderwijs. Daar juist op deze leeftijd luchtweginfecties afnemen, wordt een verband met de voorafgaande tonsillectomie en/of adenotomie gesuggereerd.

Het bovenstaande maakt het verklaarbaar dat ouders vaak op de huisarts druk uitoefenen om tot de operatie te adviseren, zoals uit een aantal studies is gebleken (*Robinson; Fry (1957); Lipton; Miller en anderen*). De huisarts is geneigd met deze druk op zijn minst rekening te houden. *Millac* vond bijvoorbeeld dat bij een groep kinderen van „neurotische” moeders vaker adenotonsillectomie werd verricht dan bij een vergelijkbare controlegroep. Door zijn verwijfsbrief oefent de huisarts op zijn beurt invloed uit op de kno-arts. Deze is bij zijn indicatiestelling voor een belangrijk deel afhankelijk van de gegevens van de huisarts c.q. ouders (bijvoorbeeld recidiverende luchtweginfecties). Beoordeling op grootte en aspect van tonsillen bleek immers zinloos te zijn.

Te vaak wordt een vergroot adenoïd zonder meer als de oorzaak voor het ontstaan van ziekte beschouwd. Zo wordt soms te weinig aandacht besteed aan de mogelijkheid van een sinusitis maxillaris als één van de oorzaken van recidiverende luchtweginfecties. Bij otitis media serosa wordt soms ten onrechte een adenotomie verricht, ondanks het feit dat adenotomie geen overtuigende invloed heeft op de genezing van otitis media serosa (*Grote en Jansen; Wind*). Deze gang van zaken wordt in de hand gewerkt door het feit dat huisartsen de patiënt met een onjuiste vraagstelling verwijzen. In plaats van een verzoek tot een nadere beoordeling door de kno-arts, wordt zonder meer om een operatie gevraagd. Daardoor wordt de kno-arts min of meer gedwongen om de ingreep te verrichten. Hij weet immers vrijwel zeker dat de huisarts – mede onder druk van de ouders – het kind anders naar een collega zal verwijzen.

## Ad 2. Functie

Hoewel tonsillen en tot op zekere hoogte adenoïden een bijdrage leveren tot de normale immunologische ontwikkelingsprocessen, is de plaats van de tonsil in het immunologisch systeem nog niet duidelijk vastgesteld (*Van Buchem en Kuypers*). Op grond van dierexperimenten nemen deze auteurs aan dat bij het volwassen dier waarschijnlijk geen fundamenteel verschil bestaat tussen het lymfoïde weefsel van tonsillen en regionale lymfklieren. De eerste tijd na de geboorte

speelt de tonsil mogelijk een meer specifieke rol bij de opbouw van het immunologisch afweersysteem. Gedurende de eerste levensjaren is waarschijnlijk al het beschikbare immunocompetente lymfatische weefsel nodig voor een optimale opbouw van immunoglobuline (*Godrick en Patt; Mörög en Ogra*). De tonsillen blijken plasmacellen en andere lymfoïde cellen te bevatten waarin zich immunoglobuline van de hoofdklasse bevindt (IgG, IgM, IgA) (*Gitlin en Sasaki*). Na tonsillectomie komen lokaal minder antilichamen vrij dan vóór de ingreep (*Ogra*). *Wood (1973)* concludeert dat, wat de immunologische functie van de tonsillen ook moge zijn, klinisch vaststaat dat na de ingreep de meerderheid van de kinderen voldoende immunologische bronnen behoudt.

## Ad 3. Risico's

*Jongkees (1973)* vermeldt dat de klinische sterfte na adenotonsillectomie in de jaren 1968 tot en met 1970 ongeveer 1 op 10.000 bedraagt. Bij kinderen van één tot vier jaar is deze iets groter namelijk 1,4 op 10.000. De letaliteit na adenotomie bedraagt 1,4 op 10.000; bij kinderen van één tot vier jaar 3 op 10.000. Er wordt vermeld dat in 1971 deze cijfers nog lager liggen.

Volgens een onderzoek van *Mc. Guire* kwam bij ruim 12000 tonsillectomieën en adenotomieën bij kinderen tot vijftien jaar geen dode voor, terwijl 52 nabloedingen werden vermeld (ongeveer gelijkelijk verdeeld over adenotomie en tonsillectomie). *Pratt* vermeldt een gemiddelde mortaliteit van 1 op 16.000. *Nouhuys* vermeldt belangrijke electrocardiografische afwijkingen tijdens de narcose bij de met de Sludermethode verrichte adenotonsillectomie. *Jongkees (1973)* relateert deze bevindingen en meent dat onvoldoende grond aanwezig is de methode van Sluder door de zogenaamde dissectie te vervangen. Hoewel de risico's dus niet genegeerd mogen worden zijn deze niet groot.

In enkele publikaties wordt een correlatie tussen tonsillectomie en Morbus Hodgkin beschreven op grond van de verhoogde incidentie van deze ziekte bij patiënten bij wie de tonsillen zijn verwijderd (*Li en anderen; Vianna en anderen*). Deze onderzoeken laten geen conclusie toe dat er een correlatie zou bestaan. Het gegeven dat Morbus Hodgkin vaker voorkomt bij patiënten die een tonsillectomie hebben ondergaan, kan immers op een schijnverband berusten. Ook kan sprake zijn van een gemeenschappelijk verband tussen Morbus Hodgkin en tonsillectomie met een derde, nog onbekende factor.

Voor kinderen, vooral het jonge kind van ongeveer drie jaar, betekent elke narcose met of zonder operatie een emotionele gebeur-

tenis, die tot gedragsstoornissen kan leiden (*Levy*). Indien het kind in een ziekenhuis wordt opgenomen kan dit angstreactions oproepen of tot depressie leiden. Soms kan het een plezierige belevenis zijn, die bijdraagt tot de emotionele ontwikkeling. Opname in het eerste levensjaar kan een onderbreking van de zich ontwikkelende moeder – kind relatie betekenen. Voor sommige kinderen kan de ingreep c.q. de opname als straf beleefd worden (*Vernon*).

*Douglas* beschrijft een onderzoek waaruit blijkt dat de opnamen langer dan een week c.q. herhaaldelijke opnamen bij kinderen tot vijf jaar (speciaal half tot vier jaar) de kans vergroot op het ontstaan van gedragsstoornissen in de puberteit.

Hoewel bij adenotomie en/of tonsillectomie slechts een opname van korte duur nodig is, lijkt gezien dit gegeven bezinning bij het jonge kind (tot circa vier jaar) op zijn plaats. Daarnaast is een goede voorbereiding en begeleiding van het kind voor, gedurende en na de operatie van belang. Het is iedere (huis)arts bekend hoe sommige kinderen na de ingreep angstig kunnen reageren bij een volgend medisch onderzoek. Niettemin doorkomen andere kinderen – mede door goede begeleiding – de ingreep goed.

#### Ad 4. Voordelen

Een verantwoord onderzoek zal als volgt moeten worden opgezet (*Workshop on tonsillectomy and adenotectomy*):

- de patiënten dienen te worden aangewezen op grond van bepaalde indicaties;
- deze patiënten dienen op willekeurige wijze te worden verdeeld in een geopereerde groep en een controle groep;
- het verdere verloop bij beide groepen dient te worden vergeleken aan de hand van scherp omschreven, objectieve criteria.

Dergelijke studies zijn verricht door *Kaiser* (1931); *Mc. Kee*; *Mawson* en *Roydhouse*. De bevindingen van deze onderzoeken zijn echter dubieus, gezien het feit dat elke studie onderhevig is aan de meeste of soms alle navolgende beperkingen:

- De selectie van patiënten is niet willekeurig (*Kaiser* 1931). Bij dit onderzoek werd als controlegroep een groep kinderen genomen van wie de ouders bezwaren hadden tegen de ingreep.
- Adenotomie, tonsillectomie en adenotonsillectomie werden niet altijd als verschillende procedures beschouwd, (*Kaiser*, 1931; *Mc. Kee*; *Mawson*; *Roydhouse*).
- Het is onduidelijk in hoeverre de klinische ernst verschilde binnen de groep en tussen de groepen. Dit geldt voor alle genoemde onderzoeken, behalve die van *Mawson*.
- Bij geen van de studies waren de indicaties voor operatie stringent.

- Behalve bij het onderzoek van *Kaiser* (1931) werden de kinderen die de ingreep het meest dringend nodig hadden, van het onderzoek uitgesloten.

- Bij alle studies werden de methoden voor het vaststellen van de aanwezigheid of de ernst van otitis media niet beschreven.

- Post-operatieve beoordeling was niet op direct onderzoek van de kinderen gebaseerd, maar op informatie verkregen van de ouders, behalve bij het onderzoek van *Mawson*.

- Behalve bij *Roydhouse*, ontbrak een toegevoegde controlegroep van kinderen die niet als kandidaten voor operatie werden beschouwd.

Ook *Venters en Bloor* menen, op grond van een beschouwing van de verrichte onderzoeken met betrekking tot adenotonsillectomie, dat geen duidelijke conclusies over het nut van de adenotomie en tonsillectomie kunnen worden getrokken. Dit is een gevolg van de volgende feiten.

In de eerste plaats achten de meeste onderzoekers het niet verantwoord om bij bepaalde kinderen de ingreep achterwege te laten, gezien het empirisch gegeven dat de operatie zinvol of zelfs noodzakelijk is. Daarom wordt het samenstellen van een aanvaardbare controlegroep onmogelijk.

In de tweede plaats is een goede objectieve beoordeling door middel van bacteriologische, virologische en immunologische methoden onmogelijk. Zowel ouders als medici zijn uiteraard van de ingreep op de hoogte, hetgeen hun beoordeling van de symptomen sterk zal beïnvloeden. *Paradise* beschrijft de opzet van een onderzoek in Pittsburgh, waarbij gepoogd wordt om zoveel mogelijk aan de genoemde bezwaren tegemoet te komen. Het is de vraag of te zijner tijd zal blijken dat dit onderzoek wel tot wetenschappelijk verantwoorde conclusies zal leiden.

Gezien de ernstige methodologische bezwaren tegen de genoemde onderzoeken kunnen wij moeilijk de conclusies als leidraad voor ons medisch handelen gebruiken. Bovendien zijn de conclusies nogal tegenstrijdig.

#### Ad 5. Welke kinderen?

Uit het bovengenoemde onderzoek kunnen weliswaar geen conclusies over het nut van de beide ingrepen worden getrokken, toch wordt op empirische gronden aangenomen dat voor sommige kinderen de ingreep zinvol of noodzakelijk is. De vraag rijst voor welke groepen kinderen dit al of niet het geval is. *Roydhouse* concludeert dat adenotonsillectomie leidt tot een vermindering van het aantal luchtweginfecties, voornamelijk van de keel, in het bijzonder bij kinderen van twee tot vier jaar. Bij oudere kinderen

neemt het aantal ziekte-dagen meer af dan bij jongere kinderen.

Complicaties treden het meest op bij kinderen vóór de schoolleeftijd. *Donovan* meent op grond van een onderzoek bij kinderen dat relatief immunodeficiente kinderen minder baat hadden bij tonsillectomie dan overige kinderen.

*Wood, Wong en Theodoridis* vermelden een onderzoek waaruit blijkt dat het aantal tonsillitiden en het schoolverzuim predictieve waarde heeft met betrekking tot de resultaten na tonsillectomie. Tonsillectomie bleek niet nodig te zijn indien het kind tweemaal keelklachten had en minder dan vijf dagen schoolverzuim per jaar. Bij vijf of meer keer keelontsteking en meer dan drie weken schoolverzuim per jaar zouden de kinderen „waarschijnlijk” wel baat van tonsillectomie ondervinden. In de overige gevallen zou een afwachtende houding zijn geboden. Bij het bestaan van een allergie dient men dubbel kritisch te zijn bij de indicatiestelling (*Jongkees*, 1964; *Karelitz*). *Wood en Oberhand* menen dat de indicaties voor allergische kinderen identiek zijn aan die van niet-allergische kinderen. *Kaiser* (1931) vermeldt het gegeven dat de kans op acuut reuma na adenotonsillectomie niet verminderde.

#### Betekenis van de verzamelde literatuurgegevens

Uit de verzamelde gegevens kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Er is geen bewijs geleverd op grond van wetenschappelijk verantwoord onderzoek dat tonsillectomie en/of adenotomie een nuttig effect heeft, dat ook niet met andere behandelingsmethoden kan worden bereikt.
  - Zowel huisartsen als kno-artsen dienen zich bewust te zijn van het feit dat sommige ouders druk op hen uitoefenen om tot operatie over te gaan.
  - Het staat vast dat de tonsillen en adenoïden een rol spelen bij de opbouw van het immunologische afweersysteem, vooral bij het zeer jonge kind.
- Bovendien is aangetoond dat de meerderheid van de kinderen na de ingreep voldoende immunologische bronnen behoudt.
- De risico's van de operatie zijn relatief laag, bij zeer jonge (tot vier jaar) iets hoger dan gemiddeld. Bij jonge kinderen wegen de risico's van het psychische trauma zwaarder dan bij oudere kinderen.

Uit de verkregen gegevens blijkt dat het onverantwoord is over de indicaties voor adenotomie en tonsillectomie zelfverzekerde uitspraken te doen. De veel gehoorde uitspraken „U komt nog net op tijd met Uw

kind" of „U had eerder moeten komen" berusten niet op wetenschappelijke gronden.

Overigens zijn bezwaren tegen de ingreep wegens de grote risico's evenmin gefundeerd. Terughoudendheid is echter wel geboden, vooral op grond van epidemiologische overwegingen (Fry, 1974). Indien de ingreep niet wordt uitgevoerd zal bij de meeste kinderen het aantal infecties (tonsillitis – otitis media en dergelijke) afnemen na het zevende jaar.

## Indicaties

Gebaseerd op grotendeels empirische gegevens wordt een aantal algemene uitgangspunten genoemd voor het stellen van de indicatie voor adenotomie en/of tonsillectomie.

- De indicatie zal voornamelijk moeten berusten op het aantal doorgemaakte infecties en klachten over snurkende ademhaling en dergelijke. Dit betekent dat de huisarts in de eerste plaats de indicatie zal moeten stellen.

- Alvorens adenotomie en/of tonsillectomie te overwegen zal de huisarts eerst een nauwkeurig onderzoek dienen uit te voeren, waarbij aandacht dient te worden besteed aan:

- aantal en aard van de doorgemaakte luchtweginfecties;

- eventuele stoornissen van de neusademhaling, gesloten neusspraak, algemene malaise;

- algemeen lichamelijk onderzoek met name van neus, keel, oren, longen, lymfklieren;
- eventueel onderzoek naar gehoorverlies (audiometrie, stemvorkproeven), voor zover dit bij jonge kinderen mogelijk is;

- laboratoriumonderzoek: hemoglobinegehalte, urinesediment, bloedbezinkings-snelheid.)

Zo nodig kan verwijzing naar de kinderarts noodzakelijk zijn.

- Zeer goede samenwerking met de kno-arts of kinderarts is van belang om:

- eventuele andere oorzaken voor chronische infecties uit te sluiten (bijvoorbeeld sinusitis);

- een gehoorverlies vast te stellen of ter beoordeling van spraakstoornissen;

- ter beoordeling van contra-indicaties (immunodeficiënties).

- De ingreep dient slechts na zorgvuldig overleg te worden verricht dat wil zeggen na het afwegen van de voor- en nadelen en mogelijke andere behandelingsmethoden. Dit betekent dat de huisarts de patiënt zal verwijzen met het verzoek om een advies en niet primair met het verzoek tot de ingreep over te gaan. Dit geeft de kno-arts de gelegenheid eventueel een afwachtende houding aan te nemen of het effect van een

andere behandelingsmethode af te wachten.

## Indicaties voor adenotomie

Blijvende obstructie van de ademhalingsweg via de neus met als gevolg gestoorde neusademhaling en spraakstoornissen.

Zodanige obstructies dat deze aanleiding geeft tot recidiverende acute of chronische rhinitis of sinusitis, die niet meer reageren op conservatieve therapie.

Een relatieve indicatie vormt de situatie waarbij een belemmerde neuspassage of afsluiting van de buis van Eustachius gepaard gaat met recidiverend optreden van otitis media, die niet meer reageert op conservatieve therapie.

## Indicaties voor tonsillectomie

Een doorgemaakt peritonsillair abces (absolute indicatie).

Kinderen die binnen één jaar, vijf of meer duidelijk vastgestelde tonsillitiden hebben doorgemaakt die aanleiding hebben gegeven tot meer dan drie weken schoolverzuim per jaar.

Gevalen waarin vergrote tonsillen aanleiding geven tot spraakstoornissen (zeer zeldzaam).

## Geen indicaties

In de volgende gevallen is het stellen van de indicatie adenotomie en/of tonsillectomie c.q. het hiervoor verwijzen naar de kno-arts, onjuist, onnodig of riskant:

- Het zonder meer verwijzen van kinderen voor tonsillectomie en adenotomie onder druk van bezorgde ouders. Uiteraard dient dit met de ouders te worden besproken. Soms zal overleg met kinderarts of kno-arts noodzakelijk zijn.

- Het verwijzen van kinderen op advies van bijvoorbeeld de schoolarts wegens vergrote tonsillen of adenoiden zonder dat er klachten bestaan die wijzen op obstructie of recidiverende infecties, is onjuist. Het is ook onjuist indien een kno-arts die een kind eenmaal ziet in verband met een paracentese bij een otitis media, de ouders mededeelt dat adenotomie noodzakelijk is. Alleen bij duidelijke obstructieverschijnselen zou de kno-arts een dergelijke uitspraak kunnen doen. In de overige gevallen zal hij met de huisarts overleg moeten plegen.

- Men hoede zich om klachten als dysfagie, lusteloosheid en dergelijke, aan vergrote tonsillen of een vergroot adenoid toe te schrijven.

- Bij kinderen lijdende aan immunodeficiëntie is voorzichtigheid vereist. Eventueel kan men penicilline profylaxe overwegen.

- Bij kinderen beneden drie à vier jaar is terughoudendheid geboden. Dit gezien de rol die tonsillen spelen bij de opbouw van immuniteit en de grotere kans op complica-

ties en psychisch trauma bij jonge kinderen. In het algemeen biedt het voordelen met de ingreep te wachten tot de schoolleeftijd. Zeer vaak blijkt de ingreep dan niet meer nodig te zijn, gezien de inmiddels opgebouwde afweer.

- Bij kinderen met een atopische constitutie dient men de indicatie extra kritisch te beoordelen.

- Otitis media serosa vormt geen indicatie voor adenotomie.

*Samenvatting. Adenotomie en tonsillectomie zijn nog altijd veelvoorkomende operaties, waarover aanzienlijke verschillen in opvatting bestaan. Aan de hand van een literatuurstudie wordt vastgesteld dat op grond van wetenschappelijk verantwoord onderzoek geen definitieve conclusies mogelijk zijn met betrekking tot het nuttig effect van deze ingrepen. Voornamelijk gebaseerd op empirische gronden en met gebruikmaking van enkele onderzoeksgegevens worden de indicaties en de voor- en nadelen van de ingreep besproken. Hoewel de risico's van de ingreep relatief gering zijn, is op grond van epidemiologische overwegingen terughoudendheid geboden.*

*Summary. Tonsillectomy and adenotomy as viewed by the general practitioner. Tonsillectomy and adenotomy are still quite common procedures, on which widely disparate views are held. It is established on the basis of a study of the literature that scientifically sound research warrants no definite conclusions about the beneficial effect of these interventions. The indications for and the advantages and disadvantages of these operations are discussed mainly on the basis of empirical findings and with the aid of a few research data. Although the risk entailed is a minor one, epidemiological considerations make it imperative to apply restraint in this context.*

Bakwin, H. (1945) *New Engl. Med.* 232, 691.  
Bluestone, C. D. (1975) *Ann. Otol. (St. Louis)* 84, 44.

Buchem, F. L. van, W. Kuypers (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 120.

Carne, S. (1956) *Brit. med. J.* II, 19.

Donovan, R. (1973) *Proc. roy. Soc. Med.* Vol. 66, 413.

Douglas, J. W. B. (1975) *Develop. Med. Childneurol.* 17, 456.

Fry, J. *Common diseases. Medical and Technical Publishing Co, St. Leonardsgate, 1974.*

Fry, J. (1957) *Brit. med. J.* I, 124.

Gitlin, D. A., T. Sasaki (1969) *Science* 164, 1532.

Godrick, E. A., G. R. Patt (1971) *Acta Otolaryng. (Stockh.)* 71, 357.

Grote, J. J., J. B. J. Jansen (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1262.

Hoogedoorn, D. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 970.

- Howie, V. M. (1975) *Ann. Otol. (St. Louis)* 84 (suppl. 19) 67.
- Jongkees, L. B. W. (1964) *Ned. T. Geneesk.* 108, 2080; (1973) *Ibidem* 117, 155.
- Kaiser A. D. (1922) *J. Amer. med. Ass.* 78, 1869. (1931) *Amer. J. Dis. Child* 41, 568.
- Karelitz, S. (1975) *N. Y. St. J. Med.*, 2426.
- Levy, D. M. (1945) *Amer. J. Dis. Child* 69, 7.
- Li, F. P., R. E. Johnson en P. Cole (1975) *New Engl. J. Med.* 292, 22.
- Lipton, S. D. (1962) *Psychoanal. Stud. Child* 17, 363.
- Lisz jaarboek 1973. Landelijk informatie-systeem Ziekenfondsen.
- Mawson, S. R., P. Adlington en M. Evans (1967) *J. Laryng.* 81, 777.
- Mc. Guire (1967) *J. Laryng.* 81, 187.
- Millac, J. (1975) *Practitioner* 215, 220.
- Miller, F. J. W., S. D. M. Court, W. S. Walton en E. G. Knox. *Growing up in Newcastle upon Tyne.* Oxford University Press, London, 1960.
- Mc. Kee, W. J. E. (1963) *Brit. J. prev. soc. Med.* 17, 49; (1963) *Ibidem* 17, 133.
- Morag, A. en P. L. Ogra (1975) *Ann. Otol. (St. Louis) (Suppl. 19)* 84, 41.
- Nouhuys, F. van (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 137.
- Ogra, P. L. (1971) *New Engl. J. Med.* 284, 59.
- Paradise, J. L. (1975) *Ann. Otol. (St. Louis) (Suppl. 19)* 84, 15.
- Paradise, J. L. en anderen (1978) *New Engl. J. Med.* 298, 409.
- Pratt, L. W. (1974) *Trans. Amer. Acad. Ophthal. Otolaryng.* 74, 1146.
- Robinson, D. (1971) *Med. Offr.* 125, 37.
- Roydhouse, N. (1970) *Arch. Otolaryng.* 92, 611.
- Venters, G. A., M. J. Bloor (1974) *Brit. J. prev. soc. Med.* 28, 1.
- Vernon, D. T. A. *The psychological responses of children to hospitalization and illness.* Thomas, Springfield, 1965.
- Vianna, W. J., P. Greenwald en J. A. P. Davies (1971) *Lancet* I, 431.
- Wind, I. (1975) *Oto-rhino-laryng. (Basel)* 37, 223.
- Wood, B., Y. K. Wong en C. G. Theodoridis (1972) *Lancet* II, 645.
- Wood, C. B. S. (1973) *Practitioner* 211, 713. *Ibidem* (1973) *Proc. roy. Soc. Med.* 66, 411.
- Wood, W. L. en R. L. Oberhand (1972) *J. med. Soc. N.J.* 69, 1023.
- Workshop on tonsillectomy and adenotomomy (1975) *Ann. Otol. (St. Louis) (suppl. 19)* 84, 8.

# UIT DE PRAKTIJK

## De schijnzekerheid bij antistolling

*„That's another basic business principle”  
(uit: alias Smith and Jones, televisieserie)*

Op geleide van de antwoorden op een enquête, gehouden onder specialisten in de regio Nijmegen, wordt onderzocht in hoeverre voor 57 patiënten die antistolling krijgen de indicatie hiertoe juist is gesteld. Bovendien wordt nagegaan of de door de meerderheid van de specialisten aangegeven maximale behandelingsduur wordt overschreden en hoeveel patiënten die terecht antistolling krijgen, scherp zijn ingesteld. Het grootste deel van de patiënten blijkt ten onrechte orale anticoagulantia te gebruiken.

Naar aanleiding van de publikatie van Westhoff in huisarts en wetenschap over onderzoek naar het gebruik van antistollingsmiddelen in huisartspraktijken, vatten wij het plan op ook in onze praktijk te onderzoeken of patiënten terecht of ten onrechte orale anticoagulantia gebruiken. Het gaat hierbij om 57 patiënten; dit is 1,5 procent van de praktijkpopulatie.

Om dit probleem te kunnen oplossen moesten wij primair bekend zijn met het antwoord op de vraag bij welke ziektebeelden het gebruik van antistollingsmiddelen geïndiceerd is en gedurende welke tijdsduur. In praktisch alle gevallen worden patiënten uit onze praktijk op anticoagulantia ingesteld door één van de collega's uit de tweede lijn binnen de regio Nijmegen. Het leek ons daarom verstandig ons te richten naar de gangbare normen van tweeëntwintig specialisten met wie wij het meest frequent samenwerken. Aan ieder van die specialisten boden wij een lijst ziektebeelden aan met de vraag achter elk ziektebeeld (voorzover van toepassing binnen hun vakgebied) aan te geven of zij het gebruik van antistollingsmiddelen noodzakelijk vonden. Bovendien vroegen wij telkens te vermelden welke maximale behandelingsduur wordt gehanteerd of welke leeftijdsgrens wordt aangehouden voor het stopzetten van de antistolling.

In dit onderzoek ging het om ziektebeelden waarmee wij als huisarts te maken hebben (eventueel na ontslag van de patiënt uit het

ziekenhuis) en om het gebruik van orale anticoagulantia. De antwoorden van de verschillende collega's aan wie de vraag werd gesteld, hebben wij ondergebracht in tabel I. In de rubriek „maximale behandelingsduur” geven wij met „spreiding” (spr.) de uitersten aan waarbinnen de individuele antwoorden variëren. Met „maximaal acceptabel” (m.a.) duiden wij de behandelingsduur aan die de meerderheid van de specialisten als maximum aanhoudt.

Uit de getallen van tabel I blijkt dat, ook al is het merendeel van de specialisten het eens over de indicatie, de duur van de behandeling sterk uiteenlopend is aangegeven. De tijdsduur die wij als maximaal acceptabel aanhouden is ondanks de variatie de mening van de meerderheid. In de tabellen II en III zien wij hoe wisselend er wordt gedacht over de daar genoemde indicaties en hoe de behandelingsduur bij deze indicaties nog veel variabel wordt aangegeven.

Op geleide van deze tabellen gaan wij na of de 57 patiënten uit onze praktijk die op antistolling staan, terecht orale anticoagulantia gebruiken (tabel IV).

Hieruit lezen wij af dat van de 57 patiënten, drieëndertig de voor de meerderheid van de

H. A. Nolet en  
M. F. A. Prick-Slothouwer,  
beiden huisarts te Nijmegen

geraadpleegde en voorschrijvende specialisten maximaal acceptabele tijd overschrijden en waarschijnlijk dus ten onrechte antistolling krijgen. Bovendien hebben nog vier mensen ten onrechte antistolling op een erkend niet-geïndiceerde indicatie. Slechts twintig van de 57 patiënten gebruiken mogelijk terecht antistolling, van wie twaalf op een door de geraadpleegde specialisten onomstreden indicatie en acht op een omstreden indicatie. Mogelijk, want bij nadere beschouwing van deze twintig moeten nog twee patiënten afvallen wegens een absolute contraïndicatie (bloedende longtumor, diabetische retinopathie).

Van deze achttien patiënten hebben zeventien mensen een arterieel vaatlijden. Dit impliceert dat de trombotest moet liggen tussen de vijf en vijftien procent, wil de antistolling effectief zijn en zin hebben. Van deze zeventien patiënten gingen wij de instelling na gedurende het tijdvak september 1976 tot september 1977:

goed ingesteld : 11 patiënten  
onvoldoende ingesteld : 6 patiënten

De conclusie is dat achttien van de 57 patiënten zonder meer terecht antistolling krijgen. Van hen zijn zes onvoldoende ingesteld, zodat slechts elf mensen terecht en zinvol antistolling gebruiken, plus één pa-