

Uit de serie Huisartsgeneeskundige conferenties*

2. Otitis media acuta

Otitis media is een belangrijke aandoening in de huisartspraktijk. Volgens Huygen ziet de huisarts per jaar zo'n 75 gevallen. Daarbij doen zich uiteenlopende vragen voor, zoals: wat zijn de indicaties voor antibiotica en paracentese, hoe herkent men de ziekte bij zuigelingen en kleine kinderen, en welke betekenis heeft audiometrische controle? Voorts kan men beschikken over veel interessante epidemiologische gegevens.

Wij zijn bij onze besprekingen over otitis media uitgegaan van een kort discussiestuk met de antwoorden van een van de deelnemers op een viertal vragen:

- hoe presenteert een otitis media acuta zich?
 - welke informatie heb ik als huisarts nodig om tot de diagnose te komen?
 - op grond waarvan stel ik de diagnose?
 - waaruit bestaat mijn handelingsplan?
- In deze bijdrage worden deze vragen en de daarop volgende discussies behandeld.

Presentatie

Onze eerste stap was het onderscheiden van zuigelingen en kleine kinderen enerzijds en grote kinderen en volwassenen anderzijds. Dient een middenoorontsteking zich bij grote kinderen en volwassenen vooral aan met de klachten oorspijn, koorts, verminderd gehoor en soms duizeligheid en oorsuizen, bij zuigelingen en kleine kinderen zien we veel meer algemene symptomen die niet specifiek zijn voor het oor: huilen, prikkelbaarheid, diarree, braken, buikpijn, slecht eten en dergelijke.

*Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, Dr. H. F. J. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, R. Kartodirdjo, E. H. van de Lisdonk, H. J. M. Markus, P. Mesker, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonnaville, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Dr. H. L. A. Vlamings, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart, allen verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Hazzard noteerde bij 102 kinderen met ontstoken trommelvlies de symptomen en komt tot de conclusie dat hoest het meest voorkomende symptoom is, gelijkelijk verdeeld over de verschillende leeftijden; dat klagen over oorspijn met de leeftijd toeneemt tot 100 procent op 7 à 8-jarige leeftijd en dat koorts vooral in de jongste leeftijdsgroep (onder de 4 jaar) aanwezig is. Dit laatste wordt tegengesproken door bevindingen van Hoekelman, die schrijft dat koorts in ongeveer de helft van de gevallen aanwezig is, het meest bij kinderen boven de 3 jaar en in het eerste jaar in

E. H. VAN DE LISDONK

minder dan 20 procent van de gevallen. We concludeerden dat koorts een weinig betrouwbaar symptoom is. Met name voor de assistente in de praktijk is het van belang kennis te nemen van de manieren waarop een middenoorontsteking zich kan presenteren, waarbij koorts dus beslist geen obliagaat gegeven hoeft te zijn. Voor haar is het belangrijk te weten dat het vooral een ziekte van kleine kinderen is. De hoogste incidentie ligt bij 0-4 jaar (Hodgkin; Huygen), terwijl de ziekte ook nog in de leeftijdsgroep van 5-14 jaar tot de „top tien” van de meest aan de huisarts gepresenteerde aandoeningen behoort (Huygen).

Informatie

Wanneer je een kind ziet, hetzij op je

spreekuur hetzij thuis, dan komt onmiddellijk een heleboel informatie op je af: je ziet of een kind ziek is, er slecht uitziet, angstig is of apathisch, enzovoort. Vaak ken je het kind dat mogelijk een middenoorontsteking heeft al, omdat vooral de catarrale kinderen deze ziekte krijgen (Fry 1961 en 1979^a). Huygen vond dat ongeveer 40 procent van zes jaar lang vervolgde kinderen meer dan eens een otitis kreeg; ook daar ken je een kind soms van. En soms heb je het kind al gezien wegens een luchtwegaandoening die aan de otitis voorafging. Deze gegevens leggen – al blijven ze vaak impliciet – veel gewicht in de schaal bij de benadering en de beoordeling van het probleem.

De meest relevante informatie voor het stellen van de diagnose verkrijgt de huisarts door middel van otoscopie. Dat is dan ook een van de eerste handelingen bij verdenking op een middenoorontsteking. En niet alleen dan, want voor ons allen gold, dat otoscopie een vast onderdeel is van het lichamelijk onderzoek bij zieke kinderen, bij kinderen met koorts of met vage en algemene klachten.

We waren het er ook over eens, dat het steeds weer en in talloze oren kijken de huisarts tot een genuanceerd en betrouwbaar oordeel brengt. Voor de huisarts in opleiding is bijvoorbeeld het systematisch kijken in de oren van kinderen op het consultatiebureau een gelegenheid om routine op te doen, zowel ten aanzien van de handvaardigheid als bij de beoordeling van een normaal c.q. afwijkend trommelvliesbeeld. Gebruik van een lichtsterke otoscoop en een speculum met de meest ruime diameter die de gehoorgang toelaat, is daarbij van belang.

Vaak belemmert cerumen het zicht op het trommelvlies. Uitspuiten is gewoonlijk een prima methode. Uitzuigen met een eenvoudige waterstraalpomp (voor f 50,- à f 80,- te koop) biedt een fraai alternatief. Beide methoden zijn ook bij kleine kinderen goed mogelijk, al vragen die wel eerst om geruststelling en een sfeer van vertrouwen. Cerumahaakjes en lisjes werden in onze groep weinig gebruikt. Bij zuigelingen met lanugohaar in de gehoorgang kan men dit met een in olie gedrenkt watje tegen

de gehoorgang aankleven (*Jongkees 1971^{a,b}; Hickish*).

We herkenden allen het probleem van het kind thuis, verdacht van een otitis media acuta, waarvan het trommelvlies niet te zien is. Slechts enkelen meldden in zo'n situatie een incidenteel succes met een haakje of een lisje. Het kind naar de praktijk laten komen – wat de meesten van ons reeds bij telefonische melding verzoeken – lijkt de juiste oplossing. Koorts is daarbij geen belemmering, zeker niet wanneer het kind per auto vervoerd kan worden. Enkelen vonden bij onderzoek thuis het optreden van pijn bij het afsluiten van de gehoorgang door druk op de tragus een belangrijke steun voor het vermoeden middenoorontsteking. We konden hiervoor evenwel geen bevestiging of ontkenning in de geraadpleegde literatuur vinden.

Tenslotte zal de huisarts informatie willen hebben over een voorafgaande verkoudheid, over hoesten en keelpijn en zal hij ter afronding van het lichamenlijk onderzoek de longen onderzoeken en pas daarna (om ontijdige afweerreacties door dit onderzoek te voorkomen) de mond-keelholte. Laboratoriumonderzoek achtten we in de regel niet aangewezen.

Diagnose

Het criterium voor het stellen van de diagnose otitis is het trommelvlies. Een genuanceerde beoordeling is derhalve zeer op zijn plaats. Een nog fraai glanzend grijs trommelvlies met beginnende vaatinjectie rond de hamersteel kan het begin zijn van een otitis. Soms ook duidt een rode vlek rond de hamersteel of een rode membraan van Shrapnell op zo'n begin. De ontwikkeling naar een duidelijke middenoorontsteking – in zijn meest floride vorm een fel rood bomberend trommelvlies – kan zeer snel (binnen enkele uren) verlopen (*Hammelburg*).

Met name ook voor de differentiële diagnostiek is het trommelvliesbeeld van belang (denk bijvoorbeeld aan otitis media serosa en aan myringitis bullosa). We bespraken voorts van welk belang andere bevindingen voor het stellen van de diagnose zijn (klinisch beeld, koorts, voorafgaande verkoudheid, pijn door druk op tragus, enzovoort). We vonden dat deze gegevens de diagnose verder konden ondersteunen, maar dat alleen het trommelvliesbeeld van doorslaggevende betekenis is. Wel zijn die andere bevindingen van invloed op het beleid, met name in farmacotherapeutische zin.

Handelingsplan

In een inventariserende ronde over de behandeling van een kind met een otitis media acuta kwamen duidelijk verschillen aan het licht: twee huisartsen uit onze groep verrichtten zelf paracentese, de anderen niet; sommigen gaven de voorkeur aan paracentese reeds in een vroeg stadium (dus ook zonder duidelijk bomberen van het trommelvlies), anderen verkozen bij vrijwel iedere middenoorontsteking breed spectrum antibiotica; de plaats van adenotomie stond ter discussie; wat betreft een tonsillectomie gaven de meesten (recidiverende) otitis media als indicatie geen enkele plaats.

De keuze voor de ene of de andere behandeling berustte maar voor een deel op het klinisch beeld en vooral op persoonlijke voorkeur of overtuiging. We ontdekten dat de voordelen van de ene behandeling nadelen voor de andere waren. Voor paracentese bijvoorbeeld is verwijzing – voor de meesten van ons – noodzakelijk; de ingreep kan bedreigend zijn voor het kind. Antibiotica worden zowel door de ouders als door het kind gemakkelijk geaccepteerd en gewaardeerd; zeker indien de afstand naar het ziekenhuis groot is heeft het geven van antibiotica praktisch gemak.

Ten aanzien van antibiotica werden de volgende twijfels geuit:

- stoort het geven, zeker het herhaald geven van antibiotica de ontwikkeling van een natuurlijke afweer?
- duurt een middenoorontsteking bij een symptomatische therapie niet even lang als na het geven van antibiotica?
- geven antibiotica aanleiding tot het ontstaan van een glue ear?

We lazen wat literatuur na om tenminste enkele uitspraken te onderbouwen. *McKee, Roydhouse, Weijers* en *Huygen* wijzen erop dat tonsillectomie geen, en adenotomie een twijfelachtig effect heeft op het voorkómen van een recidief otitis media. *Rudberg* en *Howie and Ploussard* concluderen dat antibiotica de gemiddelde duur van de ziekte gunstig beïnvloeden. *Diamant en Diamant* concluderen in een retrospectief onderzoek, dat 88 procent van de patiënten met een otitis media geen antibiotica behoeven en dat een recidief binnen een maand frequenter voorkomt, wanneer op de eerste dag van de ziekte antibiotica worden gegeven dan wanneer deze medicatie tot op de achtste dag na het begin niet wordt gegeven. *Fry (1979^b)* beschrijft zijn beleid: zonder antibiotica blijkt dat 60 procent van de gevallen

enkele dagen na het eerste consult spontaan herstelt. Hij bepleit een selectief gebruik van antibiotica, noemt een loopoor nú of in de anamnese indicatie voor het gebruik van antibiotica; verder noemt hij de ziekte relatief „goedaaardig” en „selflimiting”. *Michel en Bos* geven een overzicht van literatuur over antibiotica bij otitis media; zij raden als eerste keus amoxicilline aan en als tweede keus cotrimoxazol.

Zonder nu op alle punten voldoende steun te hebben gevonden in de literatuur zijn we uit pragmatische overwegingen ertoe overgegaan een handelingsplan te formuleren. Onze gedachten vonden we in grote lijnen terug bij *Hammelburg*. We realiseerden ons, welke belangrijke rol factoren kunnen spelen, zoals: hoe ziek is de patiënt, tijdstip en aard van het contact, kennis over vroegere ziekten en ziektegedrag.

We kozen voor een indeling in drie stadia:

- bij een rood geïnjecteerd, matig pijnlijk trommelvlies en bij afwezigheid van koorts volstaat een symptomatische therapie (bijvoorbeeld: analgetica; analgetische oordruppels, zoals lidocaïne 0.5 procent F.N.A. – zie *Samenstelling*);
- bij een rood, niet bomberend trommelvlies waarbij pijn en koorts op de voorgrond staan, valt, zeker bij meer dan 24 uur durende en bij toenemende klachten, te overwegen amoxicilline te geven, eventueel gecombineerd met de reeds genoemde symptomatische maatregelen;
- bij een bomberend trommelvlies in aanwezigheid van pijn, algemeen ziekzijn en koorts is paracentese aangewezen.

In het handelingsplan dient ook aandacht gegeven te worden aan een follow-up. Otoscopie, bijvoorbeeld veertien dagen na begin van de ziekte, kan een persisterende perforatie aan het licht brengen. Van meer belang lijkt het opsporen van voortdurend hoorverlies. In een editorial in de *British Medical Journal (otitis media)* wordt verzucht dat hierover slechts niet of nauwelijks vergelijkbare studies bestaan en dat conclusies niet getrokken kunnen worden. *Huygen* en *Shurin e.a.* achten hoorvermindering het belangrijkste gevolg van otitis media en bepleiten audiometrische controle met een eenvoudige screeningsaudiometer (zie ook *Huygen en De Melker*). De betrouwbaarheid van bestaande audiometers staat nog onvoldoende vast. Nader onderzoek lijkt gewenst alvorens over te kunnen gaan tot een duidelijk advies.

Diamant, M. and B. Diamant. Abuse and timing of use of antibiotics in acute otitis media. (1974) *Arch. Otolaryng.* **100**, 226-232.

Fry, J. The catarrhal child. *Butterworths, London*, 1961.

Fry, J. Catarrhal children. (1979^a) *Update* **18**, 375-377.

Fry, J. Acute otitis media. (1979^b) *Update* **18**, 648-649.

Hammelburg, Em. Notities over tonsillitis, otitis, sinusitis. *G.B.-Intermedicus, Rijswijk*, 1976.

Hazzard, A. J. Symptoms associated with acute otitis media in children. (1970) *Practitioner* **205**, 683-686.

Hickish, G. W. Ear, nose and throat. In: J. Fry, P. S. Byrne and S. Johnson (ed.). A textbook of medical practice. *M. T. P. Press, Lancaster*, 1976.

Hoekelman, R. A. Acute otitis media in children. (1974) *Update* **13**, 1199-1207.

Hodgkin, K. Towards earlier diagnosis. *Churchill Livingstone, Edinburgh etc.*, 1973.

Howie, V. M. and J. H. Ploussard. Efficacy of fixed combination antibiotics versus separate components in otitis media. (1972) *Clin. Pediatr.* **11**, 205-214.

Huygen, F. J. A. De epidemiologie van otitis media acuta in de huisartspraktijk. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 208-211.

Huygen, F. J. A. en R. A. de Melker. Twee jaar ervaring met een eenvoudige audiometer in een huisartspraktijk. (1974) *huisarts en wetenschap* **17**, 325-329.

Jongkees, L. B. W. Paracentese of trommelvliessnede. (1971^a) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 475-477.

Jongkees, L. B. W. Uitspuiten van de gehoorgang. (1971^b) *Ned. T. Geneesk.* **115**, 614-615.

McKee, W. J. E. A controlled study of the effects of tonsillectomy and adenoidectomy in children. (1963) *Brit. J. Practitioners soc. Med.* **17**, 49-70.

Michel, M. F. en C. E. Bos. Het antimicrobiële beleid bij acute otitis media. (1978) *huisarts en wetenschap* **21**, 373-377.

Otitis media – then what? Editorial. (1977) *Brit. med. J.* **II**, 283-284.

Roydhouse, N. A controlled study of adenotonsillectomy. (1969) *Lancet* **II**, 931-932.

Rudberg, R. Acute otitis media. (1954) *Acta oto-laryng (Stockh.)*, suppl. 113.

Samenstelling en toepassing van oordruppels F. N. A. [Door de Commissie voor praktische farmacie der K. N. M. P.] (1978) *Ned. T. Geneesk.* **122**, 1920-1923.

Shurin, P. A. a.o. Persistence of middle-ear effusion after acute otitis media in children. (1979) *New Engl. J. Med.* **300**, 1121-1123.

Weijers, P. J. H. Tonsillectomie en adenotomie. (1973) *Ned. T. Geneesk.* **117**, 539-540.

Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen (zie (1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 13-15).

Samenwerking tussen huisarts en psycholoog

2. Profijt en aanbevelingen*

DR. C. A. DE GEUS, DRS. E. C. NIX, H. SCHIMMEL, G. SIEMONS EN W. SPOELSTRA**

In dit tweede artikel wordt uiteengezet, welk profijt de betrokken huisartsen hebben gehad van de samenwerking met een psycholoog. Vervolgens gaan de auteurs uitvoerig in op een zestal probleemgebieden die zij in dit verband signaleren; zij gieten daarbij hun conclusies en suggesties in de vorm van een reeks aanbevelingen. Het geheel wordt besloten met enkele opmerkingen over de scholing en bijscholing van de huisarts.

Wat heb ik eraan gehad

Hoewel er verschil bestond in de mate waarin de deelnemers zich in de afzonderlijke punten konden vinden, was er over alle punten op één na consensus; in dat ene geval stelde een deelnemer prijs op vermelding van zijn opmerking in de reeks.

- Een aantal patiënten voor wie geen duidelijke therapeutische mogelijkheden beschikbaar waren, kon worden geholpen. Voor de huisarts die anders met deze patiënten „blijft zitten”, is dit een bevrijding.

- Ik heb geleerd dat er in de psychologie specialisaties zijn en ik kreeg zicht op een aantal indicaties voor verwijzing, verband houdend met de mogelijkheden van de psychologe in de werkgroep.

- Geleidelijk wijzigde zich het ontdekken van indicaties in het ontdekken van de therapeutische technieken die bij uiteenlopende indicaties voldoen. Voorbeelden zijn de relaxatietraining en de assertieve training.

- Het meer oog krijgen voor te grote gespannenheid en te geringe weerbaarheid bleek in tal van andere probleemsituaties, ook van niet verwezen patiënten en ook bij zogenaamd somatische problematiek, van belang. De sensibilisatie voor een en ander is voor het eigen functioneren van waarde.

- Als zeer positief heb ik ervaren, dat ik het voorschrijven van tranquillizers meer dan voorheen inpas in een therapeutisch beleid (dit geeft geen uitsluitel over het meer of minder voorschrijven van tranquillizers).

peutisch beleid (dit geeft geen uitsluitel over het meer of minder voorschrijven van tranquillizers).

- Ik heb gezien, dat gedragstherapeutische beïnvloeding patiënten van voor hen storend gedrag kan bevrijden en dat het daarbij niet altijd noodzakelijk is om uit het verleden stammende problematiek te exploreren.

- Ik heb meer inzicht gekregen in het hanteren van relatieproblematiek, zodat ik bijvoorbeeld een meer overwogen keuze maak tussen gesprekken met één van beide partners en gesprekken met beide partners samen. Manipulerend gedrag doorzie ik eerder. Ook heb ik geprobeerd „cliënten” in mijn aanwezigheid weer met elkaar in gesprek te brengen.

- Ik heb kennis gemaakt met nog andere hulpmiddelen voor het aanvangen van probleemsituaties en geleerd enkele daarvan toe te passen: dagboek maken als middel tot zelfobservatie, plus-minlijsten als basis voor overeenkomsten tussen mensen met een gestoorde relatie, contracten met de patiënt ten aanzien van de behandeldingsduur.

- Bij de behandeling van psychische problemen is het accent onder invloed van de werkgroepbesprekingen verschoven van behandelingen gericht op objectieve afwijkingen naar behandelingen gericht op subjectieve bezwaren: niet wat ik afwijkend vind op grond van mijn normen, maar wat de patiënt als hinderlijk ervaart, is doorslaggevend voor de behandeling.

- Ik heb meer zicht gekregen op de onderlinge samenhang tussen seksproblemen en relatieproblemen.

- Ik ben minder terughoudend met het

* Het eerste deel van dit artikel is verschenen in (1980) *huisarts en wetenschap* **23**, 3-7.

** Mevrouw E. C. Nix – psychologe te Gouderak; C. A. de Geus en G. Siemons – huisartsen (associés) te Waddinxveen; H. Schimmel en W. Spoelstra – huisartsen (groepspraktijk) te Stolwijk.