

Diafanoscopie 1

Van Duijn snijdt een voor de huisarts belangrijk vraagstuk aan, de diagnostische waarde van de diafanoscopie van de sinus maxillaris. Het verslag van een onderzoek hiernaar laat zich evenwel moeilijk lezen, doordat de rapportage over de opzet beperkt is en de presentatie van de resultaten onoverzichtelijk. Controle op de juistheid van de interpretatie van die resultaten is nauwelijks mogelijk. In het bijzonder wil ik op de volgende punten wijzen:

- onderzoek- en controlegroep zijn gecontamineerd door het in wisselende mate vóórkomen van dezelfde klachten;
- de lezer wordt in het ongewisse gelaten over de precieze samenstelling van onderzoeks- en controlegroep; onduidelijk is de rol die de controlegroep kreeg toebedeeld in het onderzoek en welk aandeel beide groepen hadden in de verkregen resultaten;
- onduidelijk is wanneer de verschillende variabelen (echoscopie en de vier parameters van de diafanoscopie) als positief of negatief werden gescoord;
- de resultaten worden gepresenteerd voor verschillende aantallen, echter zonder commentaar op dit punt (zie bijvoorbeeld in tabel 2 de categorie 'infraorbital' met een $n = 135$ en in dezelfde tabel de categorie 'subjective light perception' met een $n = 140$, en in tabel 3 een n die verschillend is bij de drie procedures);
- de relatie tussen enerzijds de gepresenteerde onderzoeksresultaten en anderzijds de beschouwing en conclusie is onevenwichtig en deels zoek: patiënten zonder klachten, zo staat in de beschouwing, zijn in de berekening van de voorspellende waarde weggelaten; het beloop, dat in de resultaten geen rol speelde, wordt hier wél besproken; fout-positieve en fout-negatieve uitslagen worden 'verklaard' en bij een theoretische berekening van de voorspellende waarde niet ingecalculleerd.

Kortom, de auteur veroorlooft zich vrijheden die in wetenschappelijke verslagen op zijn minst ongebruikelijk zijn.

E. van de Lisdonk

Van Duijn NP. Diafanoscopie van de sinus maxillaris. Huisarts Wet 1987; 30: 268-71.

Diafanoscopie 2

Van Duijn probeert in zijn artikel aan te tonen dat diafanoscopie bij sinusitis-achtige klachten een grote sensitiviteit en specificiteit heeft en dus een bruikbaar instrument is. Hoewel wij zeker waardering hebben voor de moeizame arbeid die onderzoek in de huisartspraktijk is, willen wij hier toch enige kanttekeningen plaatsen. De waarde van het sinuslampje lijkt ons op basis van dit onderzoek nog allerminst bezwezen.

Van Duijn vergelijkt de uitkomsten van het doorlichten op verschillende manieren met een door hem gekozen gouden standaard. Daarvoor kiest hij de echoscopie. Maar is dat, gezien zijn literatuuropgaven, wel een echte gouden standaard? De sensitiviteit van echoscopie ligt immers tussen 85 en 95 procent en de specificiteit tussen 91 en 98 procent (waarschijnlijk berekend ten opzichte van de werkelijk gouden standaard: de kaakpunctie).

Vervolgens selecteert hij zijn onderzoeks populatie. Hij beschrijft daarbij nergens wat hij onder sinusitis-achtige klachten rekent. Is dat hoofdpijn én moeheid én een purulente rinorroe?

Waarom een controlegroep wordt ingelast waarvan een aanzienlijk deel zelf sinusitis-achtige klachten heeft, is ons onduidelijk. Verderop in het artikel wordt de controlegroep niet meer ten tonele gevoerd, maar in de beschouwing wordt zelfs - bij het berekenen van de voorspellende waarde van een negatieve c.q. positieve bevinding - een deel van de controlegroep bij de onderzoekspopulatie gevoegd (alleen alle patiënten zonder klachten van tractus respiratorius, hoofdpijn en algemene malaise worden weggelaten).

Wanneer hij de werking van het sinuslampje beschrijft, noemt hij het aantal ampère etc., om vervolgens een voor de lezer moeilijk te hanteren schaal in te voeren: transformatorstanden, waarop zelfs een deel van de uitslagen is gebaseerd. Maar betekent een verschil van twee standen tweemaal zoveel licht en is dat voor elke trafo hetzelfde? Kortom, hoe valide en betrouwbaar is het gehanteerde meetinstrument?

De paragrafen over de fout-positieve en fout-negatieve uitslagen berusten meer op overtuiging en bespiegelingen dan op in het onderzoek aangetoonde

feiten. De slotzin van het hele artikel dat 'als de veronderstellingen over fout-positieve en fout-negatieve uitslagen juist zijn, dan zou het diagnosticum zeer valide zijn' is dan ook meer een wens dan een harde constatering.

Jan de Haan, huisarts te Wolvega,
Joost Zaat, huisarts te Purmerend

Van Duijn NP. Diafanoscopie van de sinus maxillaris. Huisarts Wet 1987; 30: 268-71, 292.

Naschrift

Van de Lisdonk stelt een belangrijk probleem aan de orde, namelijk de vraag in welke opzichten groepen patiënten met elkaar contrasteren. De gewoonte is om te spreken van een onderzoeks- en een controlegroep. In mijn onderzoek zijn beide groepen geselecteerd op hun reden voor komst. Dat levert een ruim klachtenspectrum op, waarbij blijkt dat de klachten niet identiek zijn aan de redenen voor komst. Deze complicatie van de onderzoeksopzet is gebruikt om mogelijke bronnen voor fout-negatieve en fout-positieve uitslagen van de diafanoscopie aan een beschouwing te onderwerpen.

Het feitelijke resultaat beperkt zich tot het verband tussen de diafanoscopieuitslag en de uitslag van de echoscopie. De echoscopie-uitslag is hierbij op voorhand als 'waar' aanvaard: de gouden standaard. Het criterium voor een positieve echoscopie is te vinden in de gerefereerde literatuur. De criteria voor een positieve diafanoscopie zijn gebaseerd op de gegevens in tabel 3 en op de niet vermelde gegevens over een asymmetrische uitslag.

De verschillende totalen in de tabellen 2 en 3 zijn een gevolg van *missing values* en zijn een weergave van de werkelijkheid, waarin weleens wat mis gaat. Dat in tabel 3 'een sinus' de analyse-eenheid is en in tabel 2 'een patiënt', is weggefallen. Een storende fout in tabel 1 is 'acute viral rhinitis lasting at least four days' in plaats van '... less than ...'.

Van de Lisdonk wijst er terecht op, dat vooral de voorspellende waarde sterk kan worden beïnvloed door de samenstelling van de groep. Wellicht had ik sterker kunnen benadrukken dat de berekende voorspellende waarden slechts zijn bedoeld als indicatie voor de

betekenis van de diafanoscopie voor de praktijk. De vraag of de klacht ook een reden voor komst was, is buiten beschouwing gebleven. De sensitiviteit en specificiteit van de bevindingen bij de diafanoscopie wordt in het door Van de Lisdonk geschetste en voor de huisartspraktijk gebruikelijke dilemma geen geweld aangedaan.

De Haan en Zaat blijken het onderzoek op te vatten als een studie naar de doeltreffendheid van de diafanoscopie. Ze verwachten selectie op de 'intention to diagnose', een echo-positieve onderzoeksgroep en een echo-negatieve controlegroep. Verder worden kaakspoe-ling bij de gehele groep en details over het meetinstrument door hen node gemist. Tot zover is hun kritiek geheel volgend de CWO-publicatie 'Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde'.¹

Mijn onderzoek was echter geen doeltreffendheidsstudie, maar een onderzoek naar de overeenstemming tussen de diafanoscopie en de echoscopie. Niets meer en niets minder. Dit vergt een andere opzet als men dyscongruenties wil verklaren. Hiertoe is een groep met een breed klachtenspectrum onderzocht en is een controlegroep ter opsporing van fout-positieve uitslagen toegevoegd. De resultaten worden vervolgens verklaard in het licht van de literatuur.

Het ultieme bewijs voor de doeltreffendheid van de diafanoscopie is hiermee niet geleverd, maar dat was ook niet de bedoeling. De ontwikkelde diafanoscopietechniek lijkt diagnostische betekenis te hebben, de klassieke techniek niet.

In beide reacties leest men een soort ongeloof over het uitgangspunt dat de diagnose sinusitis in feite geen gouden standaard kent. Sinusitis kan, net als veel andere ziekten, beschreven worden langs een glijdende schaal, die bijvoorbeeld begint met een virale rhinosinusitis en eindigt met empyeem onder druk. Waar artsen voor hun eigen gemak streepjes op die schaal zetten, is vooralsnog discutabel. Geloof in eigen streepjes ook.

N.P. van Duijn

¹ Van Eijk JThM, Gubbels JW. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde. 2e dr. Lelystad: Meditekst, 1987.

Dezer dagen heeft Prof. dr. J. Huisman – in zijn eigen woorden – de lancet aan de gemeentelijke wilgen gehangen om te gaan genieten van de VUT. Bijna eenentwintig jaar heeft hij het Rotterdamse Epidemiologische Bulletin verzorgd vanuit de GG en GD. In Huisarts en Wetenschap zijn steeds veel van zijn bijdragen overgenomen ten einde ook huisartsen buiten Rotterdam op de hoogte te brengen van zijn interessante bevindingen en achtergrondinformatie. Deze laatste aflevering van zijn hand gaat vergezeld van een hartelijk dankwoord van de redactiecommissie voor zijn inspanningen.

Tuberculosebestrijding

Schitterende Starre

'Ik zag een starre schitteren
maar 't was niet aan den trans
't Was in twee dierbare ogen
Een starretje vol glans.
Het scheen een licht des leven,
maar 't bleek een boed des doods.
Dat was het Teringstarretje'.

De Genestet 1854
(Naar aanleiding van de tuberculose van zijn echtgenote.)

Het aantal nieuw ontdekte gevallen van (al of niet besmettelijke) tuberculose blijft jaarlijks dalen. Werden in 1985 in Rotterdam nog 134 gevallen aangegeven, in 1986 werden nog maar 108 gevallen gemeld.

Naarmate het aantal aangegeven gevallen daalt, wordt er ook minder aan de diagnose tuberculose gedacht. Toch is het in een havengebied als Rotterdam verstandig de diagnose longtuberculose bij patiënten die langer dan zes weken hoesten (mits geen chronische hoesters) op te nemen in de differentiële diagnose.

In maart en april 1986 stuurden 147 huisartsen samen 351 patiënten voor onderzoek naar het consultatiebureau; elf van hen werken buiten de gemeente Rotterdam. In Rotterdam en randgemeenten werken 323 huisartsen; van hen stuurde 43 procent één of meer patiënten:

– 20 procent stuurde één patiënt;

- 13 procent stuurde twee of drie patiënten;
- 9 procent stuurde vier of meer patiënten.

De voornaamste klachten waarmee de patiënten naar het consultatiebureau werden gestuurd, waren:

- haemoptoë: 32 ×;
- hoesten, sputumproductie en/of dyspnoe: 203 ×;
- vage of specifieke klachten of onderzoek ter geruststelling: 116 ×.

Het resultaat van dit onderzoek was:

- geen afwijkingen: 215 ×;
- CARA, emfyseem of 'diversen': 102 ×;
- specifiek infiltraat: 15 ×;
- oude tbc of actieve tbc: 13 ×;
- pleuritis: 4 ×;
- maligniteit: 1 ×.

Conclusie: er bestaat geen significante correlatie tussen huisarts, klacht en afwijking.

Weigering deelname aan het rijksvaccinatieprogramma

Over het algemeen worden de zuigelingen, kleuters en schoolkinderen in Rotterdam voor een zeer bevredigend percentage (in 1986 92 procent) ingeënt tegen de in het rijksvaccinatieprogramma opgenomen ziekten (difterie, kinkhoest, polio, tetanus, mazelen, bof en rubella). Toch hebben wij de indruk dat de introductie van het BMR-vaccin (bof, mazelen, rubella) niet alleen bij de ouders maar ook bij een aantal verpleegkundigen op consultatiebureaus niet zo goed is verlopen als destijds het DKTP-vaccin. Veel ouders – vooral van vierjarige kleuters – zien de noodzaak van vaccinatie tegen bof en rubella niet in, met name omdat een aantal kleuters bof al heeft doorgemaakt (serologisch zelfs 30 à 40 procent), de mazelenvaccinatie al op 14 maanden plaatsvond en (voor jongens) rubella niet als belangrijk wordt gezien. Er komt nog bij dat de subcutane BMR-vaccinatie wat pijnlijker is (door de Ph) dan de intramusculaire DKTP-toediening.

Het oogmerk van de immunisatie met BMR op 14 maanden (het snel doen verdwijnen van met name rubella) spreekt de mensen blijkbaar weinig aan; herimmunisering op vierjarige leeftijd met het oog op de 5 procent 'missers' evenmin. Verder schat een groot aantal ouders de ernst van een ziekte als maze-