

# Sinusitis, functiestoornissen schildklier, foliumzuursuppletie, varices, Famosan

## NHG-Standaard Sinusitis

### Fundamentele kritiek

De NHG-Standaard Sinusitis<sup>1</sup> steunt groten-deels op het onderzoek van *Van Duijn*.<sup>2</sup> Hij hanteert de echo van de sinus als gouden standaard. Dit baseert hij op vier publikaties:

- *Bauer* onderzocht patiënten van een universitaire KNO-kliniek bij wie, aansluitend aan echo en sinusonderzoek, een antroscopie of kaakpunctie zou worden verricht. De PA van het slijmvlies is de gouden standaard. Hij vermeldt *niet* de aan- of afwezigheid van vocht in de sinus. In 65 procent van de 522 gevallen werd een PA-afwijking gevonden. Bij het echo-beeld 'vloeistof' werd in 70 procent van de gevallen het PA-beeld van acute sinusitis gevonden (waarbij niet werd gedifferentieerd naar met of zonder vocht), in 27 procent van de gevallen een cyste. Bij de 129 sinussen met het PA-beeld chronische sinusitis werd met de echo niet één sinus gevonden met vloeistof.<sup>3</sup>

Dit artikel is niet bruikbaar voor de bepaling van de betrouwbaarheid van de echo voor het aantonen van secreet in de sinus, noch zegt het iets over de prevalentie van acute sinusitis of van vocht in de sinus in de KNO-praktijk of de huisartspraktijk.

- *Jannert* bekeek 78 sinussen. De selectiewijze is onbekend, maar 43 procent van de sinussen bevatten secreet, 44 procent een cyste met vocht en 12 procent alleen een slijmvlieszwelling. Hij voegde hier 50 normale sinussen bij en bereikte dan voor de echo, als maat voor de aanwezigheid van vocht in de sinus, een sensitiviteit van 96 procent, een specificiteit van 98 procent, een positief voorspellende waarde van 99 procent en een negatief voorspellende waarde van 95 procent. Dit is geen wonder: de prevalentie van vocht in de (niet normale) sinussen is door preselectie extreem groot: 88 procent.<sup>4</sup>

- *Otten* vergeleek bij patiënten van een KNO-universiteitskliniek bij wie besloten werd tot invasieve diagnostiek of therapie, de uitkomsten met de echogegevens. Er was geen differentiatie tussen chronisch of acuut. Hij vond voor de echo als maat voor de aanwezigheid van vocht in de sinus een sensitiviteit en specificiteit van 86 procent, een positief voorspellende waarde van 95 procent en een negatief voorspellende waarde van 67 procent. Citaat uit zijn artikel: 'secreet werd in 40 procent van de kaakhollen aangetroffen (44:110). Dit is veel vaker dan in een normale bevolkingsgroep'. De zeggingskrachten van dit artikel voor de huisartspraktijk is dan ook gering.<sup>5</sup>

- *Revonta* onderzocht de mogelijkheid om

vocht in de sinus met echo aan te tonen bij poliklinische KNO-patiënten die verdacht werden van of bekend waren met sinusitis. Getallen over de verdeling tussen 'verdacht' en 'bekend met' geeft hij niet, evenmin over de verdeling tussen acuut en chronisch. Een groot nadeel van dit onderzoek is dat de punctie gebeurde met voorkennis van de uitslag van de echo.

De onderzoeker vond een sensitiviteit van 87 procent, een specificiteit van 81 procent, een positief voorspellende waarde van 90 procent en een negatief voorspellende waarde van 89 procent. De prevalentie van secreet in de sinus was 46 procent (79:170 sinussen). Maar ook bij kinderen vond hij een sensitiviteit van 88 procent, een specificiteit van 99 procent, een positief voorspellende waarde van 98 procent en een negatief voorspellende waarde van 91 procent. Uit de literatuur en eigen onderzoek weet ik dat dit, eufemistisch uitgedrukt, een zeer opmerkelijk resultaat is, dat zeker niet als representatief voor de echografie bij kinderen in de KNO-heelkunde kan gelden, laat staan in de huisartspraktijk.<sup>6</sup>

De prevalentie van vocht in de sinus in de drie laatste onderzoeken is hoog door preselectie. Dat ze daardoor hoog scoren ten aanzien van sensitiviteit en positief voorspellende waarde is niet verwonderlijk. De prevalentie in de huisartspraktijken waarin *Van Duijn* zijn onderzoek verrichtte, moet lager zijn, omdat bij hem de insluitcriteria waren:

- als een huisarts primair denkt aan een sinusitis (63 procent van zijn populatie);
- als een patiënt langer dan drie dagen twee van de drie door *Van Duijn* omschreven verschijnselen heeft die kunnen wijzen op een sinusitis (26 procent);
- als patiënten niet aan a of b voldoen maar de huisarts toch een sinusitis wil uitsluiten (9 procent);
- als patiënten ongeacht de klacht toch bij het onderzoek betrokken willen worden (2 procent).

Deze selectie is zo verschillend ten opzichte van de bovengenoemde onderzoeken, dat hun uitkomsten niet zonder meer overgenomen kunnen worden. Daarmee wordt de belangrijkste pijler van het onderzoek van *Van Duijn* zwak. Naar mijn mening te zwak om er een standaard op te baseren.

### Positie referenten, externe deskundigen

Het bovenstaande beschouw ik als nogal fundamentele kritiek. Deze kritiek werd met andere bezwaren verzonden, tegelijk met mijn toestemming mij te vermelden als referent. Bij

publicatie van de standaard echter (als referent krijg je tussendoor niets te horen) bleek de kritiek niet overgenomen. Wel word ik genoemd als referent, zonder dat vermeld wordt dat ik fundamentele kritiek had. Dit stoorde me. In een recente vergadering van de keel-, neus-, oorheelkundige vereniging blijkt dit, niet onbegrijpelijk, ook tot de misvatting te leiden dat ik achter de standaard zou staan.

Maar mijn kritiek gaat dieper. Het gaat niet aan een standaard op te stellen zonder het betreffende poortspecialisme en enkele andere deskundigen, bijvoorbeeld epidemiologen en microbiologen, erbij te betrekken en medeverantwoordelijk te maken. Ik heb begrip voor de vrees dat sommige standaarden hierdoor zeer moeilijk of niet tot stand zouden komen, maar de kwaliteit van de standaarden die wél tot stand komen, zou er zeker door verbeteren. Ook vind ik het nog steeds jammer dat destijds met de NHG-Standaard Otitis Media Acuta niet gewacht is op het moment, slechts enkele maanden later, dat de CBO-consensus over hetzelfde onderwerp haar definitieve vorm kreeg.

Er dient zorgvuldiger met standaarden te worden omgesprongen; uitsluiten van andere deskundigen, en het doordrukken op basis van een tijdschema, past daar niet bij, zeker niet nu de standaard een status dreigt te krijgen waardoor degene die er van afwijkt, moet aantonen waarom. Met de huidige gang van zaken doen de initiatiefnemers zelf afbreuk aan hun doelstelling. Als voorstander van standaarden vind ik dit jammer. Ik meen dan ook dat het tijd is voor een herbezinning over de wijze waarop de NHG-standaarden tot stand komen.

Dr. F.L. van Buchem

- 1 De Bock GH, Van Duijn NP, Dagnelie CF, et al. NHG-Standaard Sinusitis. Huisarts Wet 1993; 36: 255-7.
- 2 Van Duijn NP. Sinusitis maxillaris. Symptomen, beloop en diagnostiek [Dissertatie UvA]. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 3 Bauer WJ, Bockmeyer M, Mang WL. Endoscopisch Kontrollierte Ultraschalldiagnostik der Kieferhöhlen. Laryng Rhinol Otol 1983; 62: 443-5.
- 4 Jannert M, Andreasson L, Holmer NG, Lörnig P. Ultrasonic examination of the paranasal sinuses. Acta Otolaryngol 1982; suppl 389: 29-52.
- 5 Otten FWA, Bouwhuis-Hoogerwerf ML, Grote JJ. Echografie als onderzoeksmethode van de sinus maxillaris. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1941-4.
- 6 Revonta M. Ultrasound in the diagnosis of maxillary and frontal sinusitis. Acta Otolaryngol 1980; Suppl 370.

### Naschrift 1

Een belangrijk stuk van de NHG-Standaard Sinusitis gaat over de diagnostische criteria. Dit deel steunt niet alleen op het onderzoek van *Van Duijn*,<sup>1</sup> maar ook op de studies van de KNO-artsen *Berg* en *Axelsson*.<sup>2,3</sup> In de wetenschappelijke verantwoording is uitvoerig beargumenteerd hoe de voor een flink deel overeenstemmende gegevens uit deze drie studies uitgemond hebben in de vastgestelde symptomatische criteria.

Van Buchem's kritiek gaat over de fundering die nodig is bij de keuze van een gouden standaard voor onderzoek, en dus over de waarde van literatuurgegevens voor het vaststellen van standaarden. Er zijn drie problemen:

- Welke gouden standaard moet je kiezen en mag je kiezen voor onderzoek, ten einde te kunnen generaliseren naar de praktijk?
- Wat is de waarde van echoscopie bij sinusitis maxillaris feitelijk?
- Doet de prevalentie ertoe?

### Het gouden-standaardprobleem

Het lastige van onderzoek is, dat niet alle technieken toegestaan om ethische redenen, dan wel onmogelijk uitgevoerd kunnen worden, als rekening moet worden gehouden met de eis dat alle patiënten onderworpen worden aan de procedure zonder uitval. Invasieve bloeddrukmeting bij een grootschalig hypertensie-onderzoek of CT-scanning bij een hoofdpijn-onderzoek zijn daarom ongeschikte gouden standaarden. We zullen vaak moeten werken met afgeleide diagnostische procedures in onderzoeksprojecten waarbij we een gouden standaard nodig hebben. Er moet daarom een gouden standaard gekozen worden die in een andere setting is gevalideerd.

Dit probleem beperkt zich niet tot de huisartspraktijk, want bevolkingsonderzoek en onderzoek bij kinderen kent dezelfde problemen. Specialistisch onderzoek kent even grote gouden-standaardproblemen, want om de fout-negatieve proportie vast te stellen zouden in theorie ook gezonde mensen onderworpen moeten worden aan bijvoorbeeld een coronair angiogram of een laparoscopie.

Het is duidelijk dat er vaak water bij de wijn gedaan moet worden. Het is ook duidelijk dat er twee typen gouden standaard zijn: de algemeen aanvaarde, ideale gouden standaard, en de gouden standaard die voor een bepaalde situatie moet worden gekozen.

In het geval van sinusitis maxillaris vallen dan alle invasieve procedures af, hoewel die beschouwd kunnen worden als de objectieve gouden standaard. De radiologie en de echo-

scopie blijven over als noodzakelijkerwijs te kiezen gouden standaard voor onderzoek in de huisartspraktijk (en vaak ook in de KNO-praktijk).

Het voordeel van de echoscopie is het ontbreken van nadelen. Echoscopie kan ook bij gezonde, herstelde of nauwelijks zieke patiënten bij herhaling toegepast worden. Een röntgenfoto maken kun je niet bij herhaling doen bij dezelfde mensen, als daar geen klinische argumenten voor zijn, en zeker niet bij gezonde, verkouden of anderszins gewone snotteraaers. Aan de andere kant levert de röntgenfoto meer gedetailleerde informatie op, zinvol of niet.

Echoscopie daarentegen kan door de onderzoeker zelf gedaan worden bij een grote serie patiënten, de uitval kan tot nul teruggebracht worden en de test-hertest-betrouwbaarheid kan onderzocht worden. De betrouwbaarheid van de sinusfoto (twee foto's maken) is nooit onderzocht en mag ook nooit onderzocht worden. Bij de keus voor de röntgenfoto als gouden standaard voor onderzoek in de huisartspraktijk moet men daarom, waarschijnlijk grote, selectieve uitval accepteren.

### De waarde van echoscopie bij sinusitis maxillaris

Van de gegevens van *Bauer* is alleen de acute sinusitis genomen, de bovenste twee regels van zijn tabel 1. *Bauer* hanteert de endoscopie inclusief het biopst als gouden standaard. In zijn tabel vermeldt hij slechts 'endoscopische diagnose'. Hij vermeldt inderdaad niet of de endoscopische diagnose 'acute sinusitis' ook secreet omvat. Etiologisch geredeneerd is dit een gebrek. Maar diagnostische geredeneerd is er geen probleem. Als we de endoscopische diagnose, eventueel aangevuld met het biopst, niet accepteren als gouden standaard voor acute sinusitis, is de consequentie dat elk modern KNO-onderzoek waardeloos is. Als we deze gouden standaard wél accepteren, doet het er niet toe hoe de overeenstemming tot stand is gekomen. Een overeenstemming tussen een diagnosticum en een gouden standaard hoeft niet in detail getraceerd te worden, want het gaat daarbij niet om etiologisch onderzoek.

Hier wreekt zich bovendien het gebrek aan consensus in de KNO-wereld over de definitie van een acute sinusitis. In de huisartsenwereld is dat op een consistente wijze opgelost door de standaard: de diagnose acute sinusitis is pas gesteld bij aanwezigheid van secreet, hetzij bij invasief onderzoek, hetzij bij radiologisch onderzoek, hetzij bij echoscopisch onderzoek.

Van de gegevens van *Jannert* zijn eveneens

alleen de gevallen met een acute sinusitis genomen. Hoe hij aan zijn controles kwam, laat zich raden: vrijwilligers natuurlijk, want wie anders onderwerpt zich zonder medische indicatie aan een kaakspoeling! Dit is hem niet te verwijten; dit kan niet anders.

Van de gegevens van *Revonta* zijn alleen zijn poliklinische series I, III en IV genomen, die gecontroleerd zijn met kaakspoeling. De andere series hebben betrekking op kinderen, klinische patiënten, frontale sinussen en cystes. Als zijn series gevallen van chronische sinusitis bevatten, geeft dat hoogstens een onderschatting van de sensitiviteit, nooit een overschatting. Het gebrek aan blindering is inderdaad een probleem, maar het is niet waarschijnlijk dat een kaakspoeling in grote aantallen anders zal uitvallen bij voorkennis van de echoscopie-uitslag.

Bij *Otten* zitten waarschijnlijk veel grotere aantallen patiënten met een chronische sinusitis, ook gezien de verschillen in setting tussen Nederland en Scandinavië. Waarschijnlijk daardoor vindt *Otten* een lagere sensitiviteit. Hij verantwoordt de kenmerken van zijn serie even onvoldoende als de andere auteurs.

Alles bijeen valt er veel op de vier genoemde onderzoeken aan te merken, maar het gaat echt te ver om deze gegevens geheel aan de kant te schuiven. Onderzoek doen met een gouden-standaardprobleem is lastig. Bij gebrek aan het ideale onderzoek zullen we het moeten doen met minder goed onderzoek waarin om wat voor reden dan ook keuzen gemaakt zijn die generaliseren bemoeilijken.

Ten overvloede zij opgemerkt dat alle onderzoek naar de waarde van de radiologische diagnostiek van de sinus maxillaris dezelfde problemen kent. Deels zijn het dezelfde studies; de kritiek van *Van Buchem* slaat dus evenzeer op de radiologische diagnostiek. Maar niemand denkt erover de sinusfoto als obsoleet af te doen, want in de praktijk hebben we nu eenmaal niet anders. Daarom onze stelling: voor wetenschappelijk onderzoek naar klachten en beloop van sinusitis in de huisartspraktijk is de keus voor echoscopie als gouden standaard de best mogelijke keus.

### Doet de prevalentie ertoe?

Nee, de prevalentie doet er niet toe, want het gaat hier om sensitiviteit en specificiteit, en niet om voorspellende waarden. De *case mix* doet er wel toe, want die kan de sensitiviteit en specificiteit beïnvloeden, zoals besproken bij de vervuiling van series door cases met chronische sinusitis. Dit probleem is niet op te lossen

vanwege de besproken gouden-standaardproblemen bij onderzoek in, onder andere, de huisartspraktijk.

**Concluderend**

*Van Buchem* heeft een beetje gelijk. Maar als dit gelijk vertaald wordt in het wegvagen van de gehele literatuur, dan staan onderzoeker, standaardmaker en clinicus met lege handen. Niet alleen de echoscopie, maar ook de sinusfoto is in dat geval slecht onderbouwde diagnostiek die verboden zou moeten worden. Om van endoscopische chirurgie aan de sinus maar te zwijgen, want over deze techniek ontbreekt elk vergelijkend onderzoek.

Kortom, echoscopie en radiologie van de sinus maxillaris kunnen beter onderbouwd worden, maar zijn daarmee niet waardeloos.

N.P. van Duijn  
J.S. Burgers

- 1 Van Duijn NP. Sinusitis maxillaris. Symptomen, beloop en diagnostiek [Dissertatie UvA]. Lelystad: Meditekst, 1991.
- 2 Berg O, Carenfelt C. Analysis of symptoms and clinical signs in the maxillary sinus empyema. *Acta Otolaryngol* (Stockh) 1988; 105: 343-9.
- 3 Axelsson A, Runze U. Symptoms and signs of acute maxillary sinusitis. *Oto-Rhino-Laryngol* 1976; 38: 298-308.

**Naschrift 2**

De kritiek van *Van Buchem* op het beleid van het NHG ten aanzien van de referenten bij de standaardontwikkeling snijdt hout. Ten eerste omdat de dankbaarheid voor de zeer gewaardeerde inspanningen van referenten van ons een voorkomende houding vraagt. Daarnaast omdat zijn opmerking juist is dat referenten tot nu toe pas in de tekst van de gepubliceerde standaard konden zien wat er van hun opmerkingen was overgenomen. Die procedure was overigens beschreven in de brief waarin om medewerking werd verzocht.

Op deze handelswijze heeft het NHG lange tijd weinig commentaar vernomen, maar de laatste tijd is deze klacht vaker geuit. Dat heeft inmiddels tot bijstelling van de procedure geleid. Referenten krijgen in de toekomst in de gebruikelijke bedankbrief een motivering van de wijze waarop van hun commentaar gebruik is gemaakt, alsmede een op dat moment herhaald verzoek om aan te geven in hoeverre zij hun vermelding als referent op prijs stellen. Bovendien zal vaker dan voorheen rechtstreeks met referenten contact worden gezocht.

*Van Buchem's* opmerking over het medever-

antwoordelijk maken van specialist-referenten wordt door ons niet gedeeld. Een NHG-standaard moet worden gezien als een huisartsgeneeskundig werkstuk waarvoor huisartsen verantwoordelijk zijn. Dat die verantwoordelijkheid impliceert dat er met aanpalende specialisten wordt overlegd, is voor ons een vanzelfsprekendheid. Met deze handelwijze onderscheiden huisartsen zich bij hun richtlijnontwikkeling van specialisten. Huisartsen zullen vrijwel altijd specialisten als referent inschakelen, omgekeerd gebeurt dit zelden. Dat die verantwoordelijkheid verder inhoudt dat we iedere kritiek op standaarden serieus nemen en deze proberen te beantwoorden voor een breed forum, moge blijken uit de vele reacties die, op deze plaats van een antwoord voorzien, zijn gepubliceerd.

Dr. S. Thomas,  
Hoofd Afdeling Standaardenontwikkeling

**NHG-Standaard  
Functiestoornissen Schildklier 1**

De kracht van de NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier<sup>1</sup> is de eenvoud van de laboratoriumdiagnostiek. Met behulp van twee bepalingen kan bij de *onbehandelde*, niet ernstig zieke patiënt een goede indruk van de schildklierfunctie worden verkregen.

Dezelfde kracht zou worden verkregen, als men bij de keuze behandelen of verwijzen duidelijk zou stellen: hypothyreoïdie (behoudens uitzonderingen) kan behandeld worden door de huisarts; hyperthyreoïdie moet behandeld worden in de tweede lijn. Overigens zal de huisarts meestal slechts bij enkele patiënten ervaring kunnen opdoen in de behandeling van hypothyreoïdie.

Bij de diagnostiek in de huisartspraktijk moeten met name lichte afwijkingen van de referentiewaarden van TSH voorzichtig geïnterpreteerd worden. Bij waarden die 50 procent onder de ondergrens en 50 procent boven de bovengrens liggen, worden vrijwel nooit belangrijke schildklierfunctiestoornissen gevonden. Het verdient de voorkeur om in plaats van de referentiewaarden, 'actiegrenzen' te hanteren van 0,1 mU/l en 5 mU/l.

Wellicht ten overvloede moet erop gewezen worden, dat alleen die methoden geschikt zijn voor deze standaard, waarvan de variatiecoëfficiënt bij 0,1 mU/l kleiner is dan 10 procent.

Dr. H.J.H. Kreutzer

**NHG-Standaard  
Functiestoornissen Schildklier 2**

De NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier<sup>1</sup> bevat te veel simplificaties van het beschreven ziektebeeld, en er wordt onvoldoende aangegeven dat er sterke wisselingen in de presentatie en van de reactie op de behandelingen zijn. In onervaren landen leidt deze standaard, naar de letter uitgevoerd, tot een deficiënte behandeling. Bovendien bevat de tekst een aantal onvolkomenheden en zeker één kapitale fout.

**Hypothyreoïdie**

De zin 'een hypothyreoïdie vereist nooit acuut ingrijpen' suggereert dat een afwachtende houding op zijn plaats is. Deze opvatting is onjuist, zeker wanneer het TSH gehalte evident verhoogd is. Een hypothyreoïdie – indien op juiste gronden gediagnostiseerd (klachten en laboratoriumafwijkingen zijn met elkaar in overeenstemming) – vereist wel degelijk een adequate en rationele behandeling. Overigens is het onderscheid tussen subklinische hypothyreoïdie en hypothyreoïdie vaag omschreven.

De dosering van Levothyroxine kan bij patiënten zonder cardiale voorgeschiedenis 50 µg zijn; na 4 weken moet deze dosis eventueel verhoogd worden. Bij een cardiaal gecompromitteerde patiënt is een aanvangsdosis van 25 µg aan te raden; deze kan eveneens na 4 weken verhoogd worden.

Het is een onderschatting dat een goed uitgevoerde suppletie zo'n eenvoudige zaak is. Er zal gestreefd moeten worden naar een laag normaal TSH waarde (circa 1.0 mU/l, normaalwaarde: 0,2-3,5 mU/l). Een TSH-bepaling is, gezien de lange halfwaardetijd van Levothyroxine, pas zinvol 4-6 weken na de laatste verhoging van de Levothyroxine-therapie.

**Hyperthyreoïdie**

Bij medicamenteuze behandeling met Thiamazol 30 mg dd vindt volgens de standaard na 6 weken controle van vrij T4 plaats; indien genormaliseerd, wordt Levothyroxine (1.6 U/kg) toegevoegd.

Welke waarde van vrij T4 wordt als normaal beschouwd? Meestal wordt euthyreoïdie pas bereikt bij een T4-waarde rond de ondergrens van de zogenaamde 'normal range'. Welke klinische parameters voor een euthyreoïdie worden aangevoerd? De dosis Levothyroxine blijkt in de praktijk zeer individueel te zijn. De opgegeven dosis is in het algemeen te hoog. 'Bij blijvend verhoogd vrij T4 opnieuw 6 weken doorbehandelen'.

Na deze 6 weken zijn vrijwel alle op deze wijze behandelde patiënten diep hypothyreotisch! De gemiddelde tijdsduur tot het bereiken van euthyreoidie is  $5,4 \pm 3,8$  weken.

Bij de diagnostiek van de ziekte van Graves is geen schildklier-scan nodig. Alleen bij de diagnostiek van een subacute thyreoïditis is de scan onontbeerlijk.

Het is juist dat een onderzoek niet aangevraagd moet worden als de aanvrager het beeld niet zelf kan interpreteren.

Tenslotte wordt bij het advies voor de behandeling van een multinodulair struma naar onze stellige overtuiging een kapitale fout gemaakt door te stellen dat er levenslange behandeling met medicamenten noodzakelijk is. Een toxisch multinodulair struma moet bij voorkeur met radio-actief jodium (c.q. operatief) behandeld worden. Dit geldt eveneens voor een toxisch adenoom.

J.H. van Lijf, Dr. I. Vermes,  
beiden klinisch chemicus  
Dr. J.F.F. Lekkerkerker, Dr. J. Huisman,  
beiden internist

1 Pop V, Boer AM, Winants Y, et al. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier. Huisarts Wet 1993; 37(4): 143-9.

## Foliumzuursuppletie

In zijn commentaar op de stand van zaken inzake de wenselijkheid van foliumzuursuppletie voor aanstaande moeders gaat *Van Veen* een aantal malen in op onze stellingname ten aanzien van deze materie.<sup>1,2</sup> Hoewel wij niet geheel willen ontkennen dat onze bezwaren tegen de verstrekking van foliumzuur op een enkel punt wat zwaar zijn aangezet, kunnen wij ons omgekeerd niet aan de indruk onttrekken dat *Van Veen* een aantal ervan wat al te gemakkelijk afdoet. Zo hebben wij de Engelse situatie op het gebied van de anticonceptie slechts als rekenvoorbeeld gebruikt en in het geheel niet beweerd dat de voeding in alle gevallen 'spontaan' al voldoende foliumzuur is gaan bevatten. De suggesties die *Van Veen* ons op deze punten toeschrijft, zijn door hemzelf bedacht. Evenmin geloven wij dat schuldgevoelens geheel en al uit de wereld te helpen zijn door een extra dosis voorlichting; zo rationeel zijn schuldgevoelens nu eenmaal niet.

Ronduit teleurstellend vonden wij het jezuïtische slot van het commentaar. Terwijl de lezer gedurende lange tijd in de waan blijft verkeren

dat het stuk zal uitmonden in de stelling dat foliumzuurverstrekking in de vorm van tabletten op dit moment de minst slechte keus is die gemaakt kan worden, al was het alleen maar in afwachting van te nemen maatregelen ter verrijking van de voeding, is het resultaat vlees noch vis. Het achterwege laten van het uitspreken van enigerlei voorkeur nadat de Geneeskundige Hoofdinspectie, geheel buiten de huisarts om, reeds de tabletmaatregel heeft uitgevaardigd, lijkt ons allerminst in het belang van een heldere discussie die ons inziens in de huisartsenwereld over de materie dient te worden gevoerd. Of moeten we daaruit wellicht afleiden dat *Van Veen* onze opvatting dat de Hoofdinspectie voorbarig is geweest, ondanks alles toch onderschrijft? Zijn schets van een schizofrene huisarts, die alleen indien de patiënte erover begint de foliumzuurtablet moet aanbevelen, maar als patiënte een spiraal laat verwijderen zijn mond mag houden, komt de helderheid al evenmin ten goede. De keus van de te nemen maatregel blijft ook na het opzetten van pilot-studies afhankelijk van de energie die men bereid is in adequate uitvoering te investeren. Als een kleurbekentenis ons tot ketters maakt, zijn wij bereid dat etiket als geuzennaam te voeren.

T. Wiersma  
S. Thomas  
S. Flikweert

- 1 Van Veen WA. Foliumzuur voor aanstaande moeders [Commentaar]. Huisarts Wet 1994; 37: 90-3.
- 2 Thomas S, Wiersma T, Flikweert S. Foliumzuur bij kinderwens: een onrijp preventieadvies. Med Contact 1993; 48: 1618.

## Naschrift

Toch wel ruiterlijk erkennen *Wiersma et al.* dat hun stellingname tegen foliumzuursuppletie wat zwaar aangezet is. Dat is verheugend, omdat dat perspectief biedt op een genuanceerder NHG-standpunt.

Heb ik hen beweringen en suggesties aangewreven die ik zelf bedacht heb? Wie gaat rekenen op basis van duidelijk niet op Nederland toepasbare gegevens (over niet-geplande zwangerschappen) of beweringen (over de 'al vele jaren dalende' geboorteprevalentie van neuraalbuïdefecten, en een 'steeds beter wordende voeding') wekt zelf ontorechte suggesties.

Het slot van mijn commentaar wordt ronduit teleurstellend, jezuïtisch en vlees noch vis genoemd. Had ook ik dan voorbarig een stelling

moeten betrekken? In mijn slotzin staat duidelijk dat ik geen exclusieve keuze voor één beleids optie voorsta. Laten eerst de mogelijkheden van voorlichting, restauratie en/of verrijking van voedingsmiddelen, en foliumzuurtabletten maar eens goed uitgewerkt, beproefd en geëvalueerd worden. De eerste stappen daartoe zijn gezet. Het kan dus nog niet bekend zijn welke maatregel of combinatie van maatregelen de voorkeur verdient.

De discussie daarover moet nog komen, liefst op basis van onderzoeksgegevens. Belangrijker dan mijn voorkeur als voorschot op de discussie, lijkt mij de voorkeur van de betrokken vrouwen.

De opvatting dat het Staatstoezicht op de Volksgezondheid voorbarig is geweest, onderschrijf ik niet. Foliumzuurtabletten vormen op dit moment de enige direct beschikbare mogelijkheid tot een adequate foliumzuurvoorziening rond de conceptie. Het Staatstoezicht heeft de betrokken beroepsgroepen geattendeerd op dit feit. Wijzen op een bestaand feit kan moeilijk voorbarig worden genoemd. Ik zie dan ook niet in waarom dit zou moeten worden gekenschetst als het 'buiten de huisarts om [uitvaardigen van] de tabletmaatregel'. Welke zwaarwegende argumenten zijn er om iemand informatie te onthouden over de verkrijgbaarheid van foliumzuurtabletten?

W.A. van Veen

## Varices

Hoewel ik denk dat eindeloze discussies over een bepaald onderwerp zinloos zijn, wil ik reageren op de persoonlijke aanval die door *Wiersma et al.* op mij ondernomen is.<sup>1</sup> Hierdoor zou gemakkelijk de indruk kunnen worden gewekt dat ik een serieuze samenwerking tussen huisarts en dermatoloog uit de weg ga, hetgeen geenszins het geval is.

Ik heb mij indertijd van direct commentaar op de standaard onthouden, omdat reeds vooroverleg had plaatsgevonden met een dermatoloog in Nederland, die een zeer goede naam en faam heeft in de dermatologische flebologie. Wij hebben gezamenlijk laten weten dat wij bereid waren om het commentaar van deze dermatoloog verder te onderbouwen. Hierna hebben de verantwoordelijken voor deze NHG-standaard mij laten weten daar verder geen prijs op te stellen.

Deze gang van zaken wordt door mij betreurd, omdat het naar mijn mening heel goed mogelijk is om constructief met de eerste lijn

samen te werken.<sup>2</sup> De lezers hebben goed kunnen zien dat onze bespreking van de NHG-Standaard Varices het standpunt van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie weergeeft. Ik ben ervan overtuigd dat de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie mijn herziening van NHG-Standaard Varices als positief ervaart en dat ik op deze manier toon mee te willen werken met de huisartsen. Mijns inziens zijn thans de huisartsen aan zet.

Prof.dr. H.A.M. Neumann

- 1 Wiersma Tj. Van der Veer G, Eekhof JAH. Varices: een kwaal voor de huisarts? [Discussie]. Huisarts Wet 1993; 36: 386-8.
- 2 Neumann HAM. Voor een constructieve discussie tussen eerste en tweede lijn. Med Contact 1992; 47: 1133-5.

### Naschrift

Op 14 juli 1992 verzonden wij een brief aan enkele flebologen, onder wie Neumann en de dermatoloog van naam en faam – hier verder X te noemen –, met het verzoek als referent bij de ontwerp-standaard Varices op te treden en uiterlijk 20 augustus te reageren. Op 25 augustus liet X weten belangrijke bezwaren te hebben tegen de voorliggende tekst, waarbij hij ons tevens adviseerde – indien dat nog niet gebeurd was – ook Neumann te raadplegen.

Het commentaar van X leidde tot een verzoek om onderbouwing van deze bezwaren met literatuur, die op 7 oktober werd ontvangen. Commentaar en literatuur vormden redenen tot bijstelling van de tekst van de standaard.

In november werd de concept-tekst van de standaard onder embargo naar X gestuurd, waarop deze liet weten dat de nieuwe tekst voor een deel aan zijn bezwaren tegemoet kwam, maar nog steeds onvoldoende om naamsvermelding als referent op prijs te stellen. Hetgeen dan ook niet is geschied.

Herhaalde telefoontjes naar Maastricht, waarbij de secretaresse van Neumann desgevraagd liet weten dat hij zeker belang hechtte aan het leveren van commentaar (waartoe hem enkele weken respijt werd gegund), resulteerden op 6 oktober in een kort briefje waarin Neumann liet weten het commentaar van X in grote lijnen te onderschrijven en waarin ons zonder termijnsvermelding nader, meer uitvoerig, commentaar werd toegezegd. In januari 1993 ontving Neumann, evenals degenen die wel de moeite hadden genomen de standaard te

becommentariëren, een exemplaar van de definitieve tekst met bijbehorende verantwoording.

Uit geen der contacten met X is ons gebleken dat hij mede namens Neumann optrad of van plan is geweest samen met Neumann op te treden. Neumanns commentaar werd in 1992 niet meer ontvangen. Uit toezending van de definitieve tekst heeft hij terecht geconcludeerd dat commentaar niet meer op prijs werd gesteld. Als Neumann achteraf meent te kunnen fungeren als mede-ondertekenaar van kritiek op de standaard – kritiek die hij had kunnen voorkomen, ofwel beter had kunnen onderbouwen indien hij kennis had genomen van de verantwoording – is dat slecht te rijmen met zijn openbare uitspraken in de betreffende periode over constructieve samenwerking met de eerste lijn.

Tj. Wiersma

### Famosan

In het artikel van *Bekkering et al.* valt het 'homeopathisch' middel Famosan bij overgangsklachten door de mand: er is geen verschil tussen verum en placebo-fase.<sup>1</sup> Het aardige was dat de onderzoeker de studie startte na positieve effecten bij drie patiënten, zoals door henzelf gerapporteerd.

De uitslag is niet gunstig voor Famosan en lijkt niet gunstig voor de homeopathie in het algemeen, maar hier is waarschijnlijk sprake van een misverstand. Volgens de Vereniging van Homeopathisch Artsen in Nederland hoort het gebruik van complexpreparaten strikt genomen niet tot de homeopathie; het wordt daarom afgeraden aan haar leden. Aan de basis van de homeopathie ligt de similia-regel, die inhoudt dat middelen kunnen worden voorgeschreven als het geneesmiddelbeeld, zoals in geneesmiddeltests werd gevonden, overeenkomt met het klachtenbeeld van een patiënt. In de homeopathische literatuur zijn ten minste 104 middelen beschreven tegen overgangsklachten, waarvan er slechts één per patiënt volgens de similia-regel past. In het complexpreparaat Famosan zitten zes van deze 104 middelen, met een navenant kleine kans op echt effect.

Blijft wel het fenomeen dat veel patiënten rapporteren dat Famosan werkt. Vanuit de homeopathische principes kan dit nauwelijks worden verklaard. Mogelijk spelen fytotherapeutische oftewel kruidengeneeskundige effecten en deels het placebo-effect een rol.

Verder heb ik nog enkele kanttekeningen over het onderzoek zelf.

- Bij onderzoek van de homeopathie is cross-over onderzoek gecontraïndiceerd, omdat effecten van homeopathische middelen in het algemeen langer aanhouden en dus de erop volgende periode vertroebelen.
- Bij een tijdserieonderzoek zou je verwachten dat in de gebruikte statistische methode meer aandacht zou zijn voor veranderingen van klachten na verandering van het regime en geen middeling. Met middeling verdwijnt soms juist een wel degelijk aanwezig effect.
- Zou dit onderzoek bij positief effect voor Famosan, niet terecht zijn weggehoond op basis van het wel erg kleine aantal (vier!) patiënten?

Al met al kunnen we ons afvragen of dit onderzoek volgens de criteria van Kleijnen en Knipschild wel als voldoende kan worden gekwalificeerd (minpunten voor patiëntenaantal, afwezigheid prestratificatie en onvoldedige beschrijving effectmaat). Jammer, want het begon met een aardige observatie van een huisarts in zijn eigen praktijk en de terechte wens die te objectiveren.

Dick Koster

Voorzitter Commissie Wetenschappelijk Onderzoek Homeopathie van de Vereniging van Homeopathisch Artsen in Nederland

- 1 Bekkering GM, Van den Bosch WJHM, Van den Hoogen HJM. Bedriegt schone schijn? Een onderzoek om de gerapporteerde werking van een homeopathisch middel te objectiveren. Huisarts Wet 1993; 36: 414-5.

### Naschrift

Het moge duidelijk zijn dat ons onderzoek geen uitspraak wil – en kan – doen over de effecten van een homeopathisch middel. Het laat zien op wat voor wijze een huisarts kan omgaan met de gemelde goede effecten van een geneesmiddel. Eenzelfde opzet had gehanteerd kunnen worden voor gebruik van bijvoorbeeld een vitaminedeparaat.

De resultaten van ons onderzoek stimuleren overigens niet tot het doen van verder onderzoek naar de werkzaamheid van Famosan. De uitkomst sterkt ons wel in de gedachte dat veel dingen helpen en weinig dingen werken.

G.M. Bekkering  
W.J.H.M. van den Bosch  
H.J.M. van den Hoogen