

dig als echte boosdoener naar voren. Psychologische factoren lijken een rol te spelen zowel bij het ontstaan als het instandhouden van de klachten. Psychotherapie (onder andere cognitieve gedragstherapie, hypnose) is met redelijk succes toegepast bij patiënten met diverse functionele klachten. Hoe staat het met de effectiviteit van dit soort interventies bij dyspepsie?

**Methode** Er is gezocht in het Cochrane Controlled Trials register in Embase, Medline, PsycLIT en Cinahl op de trefwoorden dyspepsie en diverse termen voor psychologische interventies (psychotherapie, psychodrama, cognitieve gedragstherapie, ontspanningstherapie, geleide fantasie en hypnose). Alle RCT's en quasi-gerandomiseerde onderzoeken bij dyspepsiepatiënten waarbij het effect van een psychologische interventie geëvalueerd werd, zijn in de review opgenomen.

**Resultaten** De searchstrategie leverde 880 titels op; slechts vijf artikelen bleken het effect van een psychologische interventie bij NUD te evalueren. Een daarvan werd geëxcludeerd omdat slechts één subgroep was gerandomiseerd. Een ander onderzoek werd uitgesloten omdat er een historische controlegroep was gebruikt en omdat patiënten met prikkelbaredarmsyndroom en NUD samen werden genomen.

De methodologische kwaliteit was wisselend: bij twee van de drie overgebleven onderzoeken werd niet vermeld hoe er gerandomiseerd was en was er geen poging ondernomen om patiënt of onderzoeker te blinderen. Een statistische meta-analyse was niet mogelijk omdat zowel uitkomstmaten als interventies van elkaar verschilden. Het effect van groepstherapie met nadruk op ontspanningsoefeningen (8 sessies van 90 minuten) werd vergeleken met een controlegroep waarvan niet duidelijk was of deze therapie ontving. Aan het eind van de behandeling had de behandelde groep lagere symptoomscores, maar dit verschil was na een jaar verdwenen. Er zijn geen andere uitkomstmaten vermeld en er is geen intention-to-treat-analyse uitgevoerd.

In een ander onderzoek werd cognitieve

therapie (tien individuele sessies psychotherapie) vergeleken met tweemaandelijks telefonische gesprekken over de klachten. De klachten in de interventiegroep waren ook na een jaar minder dan in de controlegroep. Er was geen significante verbetering op psychologische uitkomstmaten na een jaar; wel waren beide groepen iets verbeterd. Het laatste onderzoek vergeleek psychodynamische interpersoonlijke therapie met 'ondersteunende' therapie gegeven in dezelfde frequentie en duur (eerste sessie drie uur, gevolgd door zes sessies van vijftig minuten). De dyspeptische klachten namen na twaalf weken wel af, maar het verschil was na een jaar verdwenen. In beide groepen waren de psychologische symptoomscores afgenomen, maar er was geen significant verschil tussen beide groepen.

**Conclusie** Op de korte termijn lijken zowel groepstherapie, psychodynamische interpersoonlijke psychotherapie als cognitieve therapie effectief. Langetermijneffecten zijn niet duidelijk vastgesteld. Meer onderzoek is nodig om iets te kunnen zeggen over de effectiviteit van psychologische interventies in vergelijking met farmacologische interventies en het natuurlijk beloop. Daarbij dienen ook kosteneffectiviteitsanalyses gemaakt te worden.

## Commentaar

De hierboven beschreven onderzoeken zijn alle drie uitgevoerd bij poliklinische populaties. Het is aannemelijk dat zowel de ernst van de klachten als de psychologische problematiek of psychiatrische comorbiditeit bij deze patiëntengroep groter is dan bij patiënten uit een eerstelijns populatie. Uit de review valt niet goed op te maken in hoeverre de geconstateerde verbeteringen samenhangen met het 'oplossen' van eventueel aanwezige comorbiditeit. Het feit dat uit beide onderzoeken waarin ook naar psychologische uitkomsten gekeken is, na een jaar zowel een verbetering in de interventie als in de controlegroep gerapporteerd werd, doet vermoeden dat vooral de tijd hierbij een belangrijke rol speelt. In alle drie de onderzoeken is een behoorlijk intensieve therapievorm toegepast. De

vraag of dat gerechtvaardigd is bij de grote groep patiënten met specifieke maagklachten die zich bij de huisarts melden, is gemakkelijk ontkennend te beantwoorden. Dan wordt er met het spreekwoordelijke kanon op een mug geschoten. De vraag bij welke subgroep(en) van patiënten het eventueel wel een zinnige interventie kan zijn is op grond van deze review niet te beantwoorden.

Voorlopig doet de huisarts er goed aan om bij mensen met langerdurende specifieke maagklachten factoren te exploreren die de klachten in stand zouden kunnen houden en daar gericht voorlichting over te geven. Naast aandacht geven aan de in de NHG-Standaard Maagklachten genoemde factoren is het zinvol om de rol van ongerustheid over de klachten, van klachtgerelateerd vermijdingsgedrag en van spanningen in de werk- of privésfeer te bespreken. Een verwijzing voor een psychotherapeutische interventie lijkt vooral geïndiceerd als er tevens sprake is van langerdurende psychologische of zelfs psychiatrische problematiek.

Daarnaast zou een dergelijke interventie zin kunnen hebben bij de kleine groep mensen die door hun klachten langdurig ernstig gehinderd worden in hun dagelijkse activiteiten, waarbij de therapie erop gericht is de gevolgen van de klachten door het aanleren van een andere copingstijl te verminderen. Verwijzing naar een therapeut die de cognitief-gedragsmatige aanpak hanteert, verdient daarbij de voorkeur.

Henriëtte van der Horst

## Antibiotica ter preventie van recidiverende urineweginfecties bij kinderen

Williams GJ, Lee A, Craig JC. Long-term antibiotics for preventing recurrent urinary tract infection in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2001. Oxford: Update Software.

**Achtergrond** Urineweginfecties (uwi's) komen bij kinderen vaak voor. Op zevenjarige leeftijd heeft 8,4% van de meisjes en 1,7% van de jongetjes op zijn minst

één episode doorgemaakt. Bij jonge kinderen zijn het vaak de algemene symptomen in plaats van lokale die aan de diagnose doen denken. Meestal is een *E. coli* de verwekker. Vanwege het (vermeende) gevaar voor een pyelonefritis krijgen veel kinderen langdurig antibiotica. Het nut daarvan is onduidelijk.

**Zoekstrategie en insluiting** Gezocht werd in Medline, Embase en het Cochrane Controlled Trials register. Daarnaast werd de sneeuwbal methode gebruikt en was er contact met de farmaceutische industrie. Alle RCT's werden ingesloten waarbij één of meer antibiotica en een placebo werden vergeleken of trials waarbij twee antibiotica met elkaar werden vergeleken.

**Resultaten** Er werden drie trials gevonden (n=151) die antibiotica met een placebo vergeleken. De duur van de behandeling varieerde van 10 weken tot 12 maanden. De methodologische kwaliteit van de onderzoeken was laag; slechts één onderzoek (n=45) had een adequate randomisatieprocedure (uit 1975). Geen enkel onderzoek deed een intention-to-treat-analyse.

Het risico op een nieuwe infectie daalt bij gebruik van antibiotica (RR 0,36; 95%-BI 0,16-0,77). In de controlegroepen kreeg 63% tijdens de follow-up een recidief. Bij het onderzoek met een adequate randomisatie was het relatieve risico ten opzichte van een placebo 0,04 (95%-BI 0,0-0,67).

Een vierde trial vergeleek nitrofuradantine met trimethoprim. Het onderzoek was wel voldoende groot (n=120), maar had mogelijk een onvoldoende randomisatieprocedure. Nitrofuradantine hielp beter dan trimethoprim (RR 0,48; 95%-BI 0,25-0,92).

Gezien de methodologische problemen is het werkelijke effect van antibiotica op het aantal recidiverende urineweginfecties waarschijnlijk kleiner.

## Commentaar

Langdurig gebruik van antibiotica doet bij kinderen het aantal recidiverende urineweginfecties dalen. Deze conclusie is plausibel (*common sense*), maar niet goed

gefundeerd. De vier voor dit Cochrane literatuuroverzicht geselecteerde onderzoeken voldoen niet aan methodologische eisen. Drie van de vier onderzoeken zijn vóór 1980 gepubliceerd. De aanbeveling om een methodologisch geheel verantwoord onderzoek te doen ligt dan ook voor de hand, maar zal naar verwachting de conclusie niet veranderen. Dit zou dan wel betrouwbaardere gegevens opleveren over hoe groot het effect is en welk antibioticum in welke dosering en voor hoe lang gegeven de beste effecten heeft. Maar zitten we op die wetenschap te wachten? Nou, eigenlijk nú niet. Er zijn andere wetenschappelijke vragen die eerst moeten worden opgelost, zoals de vraag of een blaasontsteking een kans op nierschade inhoudt, en zo ja in welke mate. Bovendien is het de vraag hoe relevant die nierschade is en hoe vaak een urineweginfectie een symptoom is van anatomische en/of functionele afwijkingen van de tractus uropoieticus. Gaat het bovendien wel om een populatie zoals die zich in de huisartspraktijk aandient? Met deze vragen voor ogen ligt het meer voor de hand om een langlopend longitudinaal onderzoek aan te bevelen.

Het beleid bij urineweginfecties van kinderen blijft slecht onderbouwd. De NHG-Standaard Urineweginfecties behandelt het onderwerp van langdurig antibioticagebruik bij kinderen niet en dit Cochrane literatuuroverzicht is hooguit indicatief voor een vermindering van recidiverende urineweginfecties op de korte termijn. De vragen van de huisarts welke kinderen in welke omstandigheden in aanmerking komen voor langdurige behandeling en of selectie voor langdurige behandeling zonder nader onderzoek mogelijk is, blijven vooralsnog onbeantwoord. Wat is klinisch wijs bij zo weinig bakens om op te varen?

Eloy van de Lisdonk

---

## Behandeling van whiplash

Verhagen AP, Peeters GGM, De Bie RA, Oostendorp RAB. *Conservative treatment for whiplash (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library, Issue 5, 2001*. Oxford: Update Software.

**Achtergrond** De incidentie van whiplash is hoog: in Nederland 2-3 per 1000. In de praktijk worden vele behandelingen toegepast. De effectiviteit van al deze behandelingen is onduidelijk. De Quebec Task Force classificeert *whiplash associated disorders* (WAD) in 5 groepen: WAD 0 (wel trauma, geen klachten), WAD I (neklachten zonder afwijkingen bij lichamelijk onderzoek), WAD II (neklachten en afwijkingen in het bewegingsapparaat (beperkte beweeglijkheid, gevoelige musculatuur), WAD III (neklachten plus neurologische verschijnselen), WAD IV (neklachten plus fractuur of dislocatie).

**Vraagstelling** Wat is de effectiviteit van conservatieve behandelingen bij WAD I- en WAD II-patiënten met betrekking tot pijn, globale verbetering en deelname aan dagelijkse activiteiten?

**Methode** Uitgebreide zoekactie in Medline, Embase, Cinahl, Psychlit en het Cochrane Controlled Trials Register tot juni 1998, aangevuld met zoeken in de literatuurlijsten van reeds gevonden artikelen. Publicaties werden geïncludeerd als het ging om een randomized clinical trial of controlled clinical trial bij whiplashpatiënten waarbij een conservatieve behandeling werd toegepast en waarbij pijn, globale verbetering en deelname aan dagelijkse activiteiten uitkomstmaten waren. Alleen artikelen in het Engels, Duits, Frans en Nederlands werden ingesloten. Het selecteren van artikelen voor inclusie, data-extractie en beoordeling van de methodologische kwaliteit vond plaats door twee reviewers onafhankelijk van elkaar. Een onderzoek werd van acceptabele kwaliteit beschouwd als ten minste 50% van de maximale score gehaald werd.

**Resultaten** Er werden elf artikelen gevonden die voldeden aan de insluitingscriteria. Toegepaste behandelingen waren: zachte halskraag, vroegtijdig mobiliseren, diverse fysiotherapeutische behandelingen, uitleg en voorlichting en combinaties van behandelingen. Slechts drie artikelen waren van acceptabele kwaliteit. Slechts één artikel ging over de behandeling van whiplashpatiënten in het chronische stadium.

Twee van de trials met acceptabele kwali-