

'minder belangrijk' (ook waar gebezigd ten aanzien van comorbiditeit met diabetes mellitus) kwantificeren, evenals de formulering 'Bij patiënten met andere verschijnselen van atherosclerose neemt de kans op het bestaan van een hartaandoening toe'? (De referentie aan Patterson et al. zal niet voor iedere lezer direct toegankelijk zijn.)

Mijn toespraak op de familieanamnese is ingegeven door een ervaring met een patiënt met cardiogene pijn op de borst. Als ik van de duidelijke familiale belasting, die mij achteraf ter kennis kwam, bijtijds, door gericht te vragen, op de hoogte was geweest, zou ik hem eerder en mogelijk op tijd hebben ingestuurd. Daarna vroeg ik er wel naar; deze ervaring heeft er veel toe bijgedragen dat ik bij kennismaking met nieuwe patiënten in de instabiele, heterogene patiëntenpopulatie waarvoor ik werkzaam was systematisch naar voorgeschiedenis, inclusief familieanamnese vroeg.

J.D. Querido

Antwoord

Querido vraagt zich af of familiale belasting niet tevens een risicofactor is en of het vragen naar risicofactoren bij een

patiënt met pijn op de borst toch waarde zou kunnen hebben voor de differentiële diagnostiek bij een patiënt met pijn op de borst. Hij heeft gelijk met zijn opmerking dat familiale belasting tevens een risicofactor is. Het probleem met risicofactoren is echter dat hun aanwezigheid – ook tot onze verbazing – slechts een relatief geringe verhoging van de kans op ziekte geeft. De kans op het bestaan van cardiale ischemie blijkt vooral afhankelijk van de anamnese en de leeftijd. Indien het bestaan van risicofactoren een rol gaat spelen bij de schatting van de kans op ischemie bestaat de mogelijkheid, dat de huisarts zich ten onrechte gerust laat stellen. Indien een 65-jarige man klaagt over een drukkende retrosternale pijn bij inspanning, is de kans op cardiale ischemie 94%. Indien deze zelfde persoon geen klachten van pijn op de borst heeft, is deze kans gemiddeld 12,3%. In het door ons geciteerde artikel van Patterson et al. blijkt het bestaan van 5 risicofactoren deze laatste kans te verhogen tot ongeveer 30%, hetgeen een maximale toename van 18% betekent. Aanwezigheid van een typische anamnese verhoogt de kans op aanwezigheid van ischemie met 82%. Zelfs bij een atypische pijnklacht is deze

kans al veel hoger, namelijk 67%: een toename met 55%.

In het algemeen doet men er dan ook verstandig aan met name te vertrouwen op de anamnese en het klinische beeld, onafhankelijk van het bestaan van risicofactoren. Natuurlijk kent ook iedere huisarts uitzonderingen op de algemene regel. Wij hebben ons artikel echter geschreven op basis van gegevens uit kwantitatief wetenschappelijk onderzoek. Een kwantitatieve benadering maakt nu eenmaal gebruik van gemiddelden. Dat ontslaat de huisarts echter niet van de verplichting om soms van het gemiddelde af te wijken.

Henk van Weert

1 Patterson RE, Horowitz SF. Importance of epidemiology and biostatistics in deciding clinical strategies for using diagnostic tests. A simplified approach using examples from coronary artery disease. JACC 1989;13(7):1653-65.

Cochrane-reviews

Corticosteroiden bij Bell's palsy

Salinas RA, Alvarez G, Alvarez MI, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) (Cochrane review). In: *The Cochrane Library, Issue 6, 2002. Oxford: Update Software.*

Achtergrond De incidentie van Bell's palsy is 23-25 per 100.000 per jaar. De aandoening komt vooral voor onder het veertigste levensjaar. De prognose is gunstig; binnen 3 weken na de eerste symptomen begint bij 85% van de patiënten het herstel; uiteindelijk geneest 71% volledig en 13% met minimale restverschijnselen; de overige 16% houdt een verminderde functie met soms disfunctie in de

zin van hemifaciale spasmen. Gezien de veronderstelde rol van oedeem en inflammatie in de etiologie worden van corticosteroiden gunstige effecten verwacht.

Vraagstelling Resulteert het gebruik van steroïden in een betere genezing en minder disfunctie?

Methode Uitgebreide zoekactie in Medline, Embase, LILACS en het Cochrane Neuromuscular Disease Group register tot december 2000 naar randomized trials, aangevuld met zoeken in de literatuurlijsten van reeds gevonden artikelen en raadplegen van auteurs en experts voor ongepubliceerd materiaal. Publicaties werden geïncludeerd als het ging om een gerandomiseerde vergelijking tussen steroïden en placebo bij patiënten met Bell's palsy,

ongeacht het stadium van de ziekte. De belangrijkste uitkomstmaat was incompleet herstel zes maanden na randomisatie; secundaire uitkomstmaten waren het blijven bestaan van hinderlijke asymmetrie, hemifaciale spasmen of bijwerkingen van corticosteroiden. Drie reviewers selecteerden artikelen, vier deden data-extractie en 2 reviewers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de methodologische kwaliteit. Subgroepanalyse werd gepland voor patiënten bij wie de behandeling werd gestart binnen 48 uur versus patiënten bij wie de behandeling later werd gestart, bij patiënten met een complete uitval van de nervus facialis versus patiënten met een incomplete uitval, en bij trials van goede kwaliteit.

Resultaten Er werden 7 RCT's gevonden waarbij steroïden werden vergeleken met een niet-actieve controlebehandeling. Daarvan voldeden er 3 (met in totaal 117 patiënten) aan de insluitingscriteria. De dosis en het soort corticosteroïd varieerde evenals de duur van de behandeling (8-15 dagen). De methodologische kwaliteit van deze 3 trials was goed. Ten aanzien van de primaire uitkomstmaat was bij 22% van de patiënten die corticosteroïden gebruikten sprake van incompleet herstel versus 26% in de controlegroep (RR 0,86; 95%-BI 0,47-1,59). Er was evenmin een verschil in hinderlijke restverschijnselen. Bijwerkingen van de medicatie werden niet waargenomen. De subgroepanalyses leverden geen verschillen op.

Conclusie Het gebruik van corticosteroïden heeft geen effect bij patiënten met Bell's palsy. De trials zijn echter te klein om een bescheiden effect te kunnen ontdekken: de betrouwbaarheidsintervallen laten ruimte voor een klinisch relevant effect.

Commentaar

De uitkomsten van deze review geven duidelijk richting aan het beleid van de huisarts: geen corticosteroïden bij patiënten met een Bell's palsy. Deze patiënten kan duidelijk gemaakt worden dat er een grote kans is op spontane genezing en dat medicijnen daar niets aan toevoegen. De review geeft ook terecht aan dat verder onderzoek naar de effectiviteit van corticosteroïden nuttig is, mits een voldoende grote onderzoekspopulatie bestudeerd wordt.

Peter Lucassen

Cognitieve en gedragstherapie bij ontlastingsproblemen bij kinderen

Brazzelli M, Griffiths P. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defaecation disorders in children (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 2002. Oxford: Update Software.

Achtergrond Het verlies van ontlasting op een ongewenst moment op een onge-

wenste plaats (encopresis) komt veel voor bij kinderen. Wanneer kinderen op een leeftijd komen dat zij geacht worden controle uit te kunnen oefenen op hun darmfuncties wordt encopresis als een zeer belastende aandoening ervaren. Men maakt onderscheid tussen primaire of continue encopresis en secundaire encopresis. In het eerste geval gaat het om kinderen die nooit controle hebben gekregen over hun darmfuncties, in het tweede geval betreft het kinderen die ten minste gedurende zes maanden continent voor ontlasting zijn geweest, maar deze controle hebben verloren. Bij de secundaire vorm ontwikkelt encopresis zich vaak als een gevolg van retentie van ontlasting of obstipatie. Obstipatie kan ontstaan door het opzettelijk ophouden van ontlasting uit angst voor pijn bij defecatie.

Doel In dit systematische literatuuronderzoek is het effect van cognitieve en gedragstherapeutische interventies bij de behandeling van ontlastingsproblemen bij kinderen geëvalueerd.

Methode RCT's en quasi-RCT's naar cognitieve en gedragstherapeutische interventies, al dan niet in combinatie met een andere therapie, bij de behandeling van ontlastingsproblemen bij kinderen met encopresis, met of zonder obstipatie, werden opgespoord in het Cochrane Incontinence Group Trials Register, het Cochrane Controlled Trials Register, AMED, PsycINFO, EMBASE, SIGLE, BIOSIS, Science Citation Index, ISTP, Index to Thesis-Great Britain and Ireland en Dissertation Abstracts. Daarnaast werden experts geraadpleegd voor informatie over bestaande onderzoeken. De uitkomstmaten in de onderzoeken moesten betrekking hebben op symptomen van de kinderen, de algemene gezondheidstoestand van de kinderen, anorectale fysiologie (bijvoorbeeld anale druk in rust), en/of kosteneffectiviteitsmaten.

Resultaten Zestien RCT's met een totaal van 843 geïnccludeerde kinderen voldeden aan de insluitingscriteria. Per RCT was het aantal kinderen meestal klein. De interventies varieerden erg tussen de verschillende onderzoeken; slechts enkele uit-

komstmaten waren hetzelfde bij onderzoeken die eenzelfde interventie evalueerden.

Acht RCT's toonden aan dat bij toevoeging van biofeedback aan conventionele therapie, het percentage kinderen met persisterende problemen groter was dan zonder toevoeging van biofeedback. Dit verschil bestond nog na 12 maanden follow-up (OR 1,34; 95%-BI 0,92-1,94).

In twee RCT's vond men dat incontinentie kinderen die gedragstherapie combineerden met laxerende therapie na 6 en na 12 maanden significant verbeterden in vergelijking met kinderen die alleen met gedragstherapie werden behandeld (respectievelijk OR 0,51; 95%-BI 0,29-0,89; OR 0,52; 95%-BI 0,30-0,93). In een andere trial reduceerde toevoegen van gedragsveranderingen aan behandeling met laxantia het aantal periodes met incontinentie (OR 0,14; 95%-BI 0,04-0,51).

Conclusie Er is geen bewijs dat toevoegen van biofeedback aan conventionele therapie (toilettraining, laxantia, dieetadvies) leidt tot enige verbetering van encopresis of obstipatie bij kinderen. Er is een aanwijzing dat, in vergelijking tot behandeling met een van beide interventies alléén, gedragsmodificaties (onder andere toilettraining, dieetadvies) in combinatie met laxantia, de continentie verbetert van kinderen met primaire en secundaire encopresis.

Commentaar

Biofeedback waarbij de spiertonus van de anussfincter zichtbaar wordt gemaakt op een beeldscherm of gepresenteerd als een geluidssignaal, geeft bij kinderen geen verbetering van encopresis of obstipatie. Wanneer men zich realiseert dat encopresis voortkomt uit obstipatie en obstipatie uit angst voor de gang naar het toilet (toiletfoobie) dan zal deze bevinding weinig mensen echt verbazen.

Alle kinderen die deelnamen aan de geïnccludeerde RCT's waren verwezen naar de tweede of derde lijn. De kinderen hadden een primaire encopresis – mede ten gevolge van congenitale afwijkingen – of een secundaire encopresis die niet altijd gepaard ging met obstipatie. Het is de