

## Kleine chirurgie

Met enige verbazing lezen we in het katern *In de praktijk* het artikel 'Kleine ingrepen door de huisarts: Met een lepel of met een mes'.<sup>1</sup> Dalhuijsen besteedt veel aandacht aan wat je als huisarts allemaal *kan* doen. Maar het gaat er volgens ons toch vooral om dat we kritisch kijken naar wat zinvol is om te doen. Bij het instrumentarium dat Dalhuijsen noemt, zijn wel enkele opmerkingen te maken. Hij laat ons de keus tussen wegwerp en steriliseerbare stansboortjes. De steriliseerbare zijn echter – net als mesjes – niet meer van deze tijd. En waarom zou een huisarts een wondspreider moet aanschaffen? Bij de meeste ingrepen is de incisie te klein om een wondspreider te kunnen gebruiken. Maar zeer zelden zal een huisarts een ingreep doen met een zo'n grote incisie dat een spreider nodig is.

Meer nog dan met het instrumentarium hebben we problemen met de uit de losse pols voorgestelde behandelingen. Zo geeft Dalhuijsen adviezen over de behandeling van wratten met vloeibare stikstof. Maar volgens een recente Cochrane-review is niet bewezen dat deze behandeling effectief is.<sup>2</sup> De behandeling door de huisarts van een basocellulair carcinoom met stikstof is volgens ons obsoleet en in een Cochrane-protocol over de behandeling van basocellulaire carcinomen wordt deze behandeling ook niet genoemd.<sup>3</sup> De behandeling van atheroomcysten met korreltjes zilvernitraat heeft ook een hoog *kan-gehalte*; over evidence van deze techniek is ons niets bekend. Over het aanstippen van cysten bij hydradenitis suppurativa met fenol (!?) hebben we bij onze literatuursearch voor de kleine kwaal ook niets kunnen vinden.<sup>4</sup> En wat te denken van cosmetische peeling door de huisarts met fenolcrotonzeep of trichloorazijnzuur 30-50%? Het stadium van een craniotomie met vier spijkers op een bananenblad (zie de foto bij het artikel) hebben we al ver achter ons gelaten. In Nederland mag de patiënt van de huisarts een professionele attitude verwachten waarbij de huisarts

de patiënt een behandeling aanbiedt waarvan hij zich zo objectief mogelijk heeft overtuigd dat het werkzaam is. Kortom, het moge duidelijk zijn dat wij van het NHG geen behandelingsadviezen uit de losse pols verwachten, maar een goede wetenschappelijke onderbouwing, ook in het NHG-katern van H&W.

Just Eekhof, Fred Dijkers

- 1 Dalhuijsen J. Kleine ingrepen door de huisarts: Met een lepel of met een mes? *Huisarts Wet* 2002;45:436-7.
- 2 Gibbs S, Harvey I, Sterling JC, Stark R. Local treatments for cutaneous warts [Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.*
- 3 Bath FJ, Bong J, Perkins W, Williams H. Interventions for basal cell carcinoma of the skin [Protocol for a Cochrane Review]. In: *The Cochrane Library, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.*
- 4 De Jongh TOH, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. Kleine kwalen: Hydradenitis. *Huisarts Wet* 2002;45:436-7.

## Antwoord 1

De serie over kleine ingrepen is onderbouwd via beperkt literatuuronderzoek en enkele panelbesprekingen. De derde aflevering betoogde dat een beperkt, zorgvuldig gekozen instrumentarium voor de meest frequente ingrepen volstaat. Zinnige indicaties staan vermeld in de eerste aflevering.<sup>1</sup>

Wondhaakjes en -spreiders hebben meerwaarde bij het verwijderen van grote atheroomcysten, het onderzoeken van wonden met mogelijk peesletsel en het opsporen van spuitende arteriën. Wie vaak een stansboor gebruikt, zal de scherpere wegwerpvariant prefereren. Bij sporadisch gebruik is de vervaldatum van de wegwerpexemplaren een belemmering en het feit dat men meerdere diameters op voorraad wil, maar deze niet per stuk kan bestellen.

Mijn zin over cryochirurgie bij het basocellulair carcinoom was niet helder. Cryochirurgie met N<sub>2</sub> is een alternatief voor excisie en soms de eerste keus.<sup>2</sup> De speciale apparatuur is draagbaar, patiëntvriendelijk en betaalbaar, en de behandeling geeft in een ambulante set-

ting goede resultaten.<sup>3</sup> (Sommige) getrainde huisartsen doen dit aantoonbaar goed.<sup>4</sup> NO<sub>2</sub>-applicatie is in vitro vergelijkbaar met N<sub>2</sub>: het geeft een goede dieptewerking, maar een hogere minimumtemperatuur.<sup>5</sup>

In de Cochrane-review over wratten zijn slechts twee trials, van lage kwaliteit en in de tweede lijn, over cryotherapie vergeleken; het betrof in totaal 31 behandelenden, waarvan 11 met voetwratten. Dit bewijst dus niets. De patiënt heeft vaak al zelf geprobeerd of vindt het te veel poespas en N<sub>2</sub> is een snel en eenvoudig alternatief.

Ter inspiratie noemde ik enkele curieuze behandelingen met caustica. Fenol en trichloorazijnzuur worden toegepast in allerlei infectieuze holten, ook bij hydradenitis suppurativa.<sup>6,7</sup> Het lijkt een praktische oplossing, maar helaas zijn er geen goede trials over. De cosmetische peeling is in de dermatologie gangbaar en staat bekend als veilig.<sup>7,8</sup> Ik verwacht niet dat het voor een huisarts de prioriteit heeft. Waar wetenschappelijk bewijs ontbreekt, is het weinig effectief om aan huisartsen te vertellen hoe iets *moet*.<sup>9</sup> Ervaringen van klinici bij hun patiënten geven aan hoe het *kan*. Dit geldt grotendeels het gebruik van een chirurgisch instrumentarium.

Johannes Dalhuijsen

- 1 Dalhuijsen J. Kleine ingrepen door de huisarts: direct zichtbare, concrete resultaten. *Huisarts Wet* 2002;45:334-5.
- 2 Thissen MR, Neumann MH, Schouten LJ. A systematic review of treatment modalities for primary basal cell carcinomas. *Archives of Dermatology*, 1999;135:177-83.
- 3 Kuflik EG. Cryosurgery for cutaneous malignancy. An update. *Dermatol Surg* 1997;23:1081-7.
- 4 Buckley D. Cryosurgery in primary care. Presentation for the XIth European Congress of Cryosurgery. Lissabon, 2001.
- 5 Ferris DG, Ho JJ. Cryosurgical equipment: a critical review. *J Fam Pract* 1992;35:185-93.
- 6 Leeuwenberg A. Chirurgische ingrepen in de huisartspraktijk. Overveen: Boom/Belvedere, 1997.
- 7 Rook/ Wilkinson/Ebling *Textbook of Dermatology*. Champion RH, Burton JL, Ebling FJG, editors. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1993:3108-9.

- 8 Coleman WP. *Dermal peels*. *Dermatol Clin* 2001;19:405-11.
- 9 Grol R, Dalhuijsen J, Thomas S, Veld C, Rutten G, Mokkink H. *Attributes of clinical guidelines that influence use of guidelines in general practice: observational study*. *BMJ* 1998;317:858-61.

## Antwoord 2

In tegenstelling tot de wetenschappelijke pagina's van H&W richt *In de praktijk* zich op de publicatie van interessante, praktische en vlot geschreven artikelen over het verbeteren van de zorg in de huisartsenpraktijk (waaronder artikelen over praktijkvoering), het signaleren van nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en het geven van tips die het huisartsenvak leuker en boeiender maken. Een sluitende wetenschappelijke onderbouwing staat daarbij minder op de voorgrond dan in de redactionele kolommen van H&W. Natuurlijk dient wat er gepubliceerd wordt wel verantwoord te zijn en de redactie ziet daar ook op toe. Overigens blijkt uit de reactie van Dalhuijsen wel dat 'de losse pols' meer onderbouwing heeft dan op het eerste gezicht lijkt.

Theo Voorn,  
voorzitter redactie *In de praktijk*

## Hyperhomocysteïnemie: opsporen en behandelen?

Wiersma en Assendelft hebben in H&W (2002;45(8):409-10) namens het NHG hun standpunt verwoord over bovenstaande vraag. Het grootste deel daarvan is gewijd aan het aantonen dat van behandeling geen bewezen nuttig effect bestaat. Zij concluderen dit deel van hun betoog dat 'de gedachte dat het gebruik van foliumzuur via verlaging van de homocysteïnespiegel kan resulteren in een vermindering van het aantal hart- en vaatziekten in overeenstemming is met het merendeel van de beschikbare feiten', maar dat we niet weten of het echt zo is. Uitgaand van deze – niet zeldzame – situatie (namelijk dat huisartsen beleid moeten maken bij onvoldoende wetenschappelijke grond) komt in wezen de belangrijkste vraag aan bod: hoe moeten wij in

deze situatie onze keuzen bepalen? Hier zijn Wiersma en Assendelft aanzienlijk korter van stof en worden slechts als overwegingen genoemd dat onnodige ongerustheid bij de patiënt moet worden voorkomen en dat al dat extra werk (en geld?) beter besteed kan worden aan het optimaliseren van andere risicofactoren (roken, cholesterol en bloeddruk).

Het eerste argument in deze vorm is nogal bevoogdend en moet genuanceerd worden. Vragen die daarbij spelen zijn bijvoorbeeld: Wie kiest: de dokter, de patiënt, de politiek? Wat te doen als het begrip van, of de communicatie met de patiënt tekortschiet? Draagt een (gemotiveerde) keuze van patiënt of dokter bij aan het welzijn van patiënt of wordt dit juist geschaad? Hoe om te gaan met het 'recht om niet te weten'?

Als we ons realiseren, dat veel van ons werk niet evidence-based is en dat ook evidence niet staat voor eeuwige waarheid, kunnen we proberen wat genuanceerder over onze besluitvorming te denken dan een star toepassen van het adagium 'in dubio abstine'. De verhouding tussen potentieel nut en potentiële schade en de investering in tijd en middelen kunnen dan een echte plaats in de afwegingen krijgen.

Het is nu volstrekt niet aannemelijk gemaakt dat deze afwegingen ongunstig uitvallen voor secundaire preventie van hart- en vaatziekten met foliumzuur bij mensen met hyperhomocysteïnemie. Daarmee acht ik het standpunt van Wiersma en Assendelft voorbarig.

Ferdinand Schreuder

## Antwoord

Met opzet hebben wij in ons standpunt een afweging van potentieel nut en potentiële schade achterwege gelaten, omdat we daarmee ons eigen betoog zouden ontkrachten. Als er onvoldoende zicht is op het nut, heeft een dergelijke afweging weinig zin. Anders dan de schrijvers van het rapport *Homocysteïne en hart- en vaatziekten* van de Hartstichting suggereren, valt er op grond van de beschikbare kennis niets zinnigs te zeggen over de waarschijnlijkheid dat foli-

umzuurgebruik daadwerkelijk zal resulteren in vermindering van het aantal hart- en vaatziekten. Ook is er weinig zicht op de grootte van een eventueel effect, onder andere omdat de relatie tussen de homocysteïnespiegel en de kans op hart- en vaatziekten zwakker is in prospectief dan in retrospectief onderzoek.

Wij vinden het onjuist in een dergelijke situatie van onzekerheid – en dat is iets anders dan twijfel – de beslissing over te laten aan de patiënt of de politiek.

Tj. Wiersma  
W.J.J. Assendelft

## Geloofwaardig schrijven 2

In het jaarnaalbericht 'Geloofwaardig schrijven' (H&W 2002;45(7):342) wordt de uitspraak van de Raad voor Journalistiek van 29 augustus 2001 in de zaak Kamsteeg tegen het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG), RvdJ 2001/36 (integraal gepubliceerd op de website van de Raad: [www.rvdj.nl](http://www.rvdj.nl)), becommentarieerd. In dit commentaar komen een aantal onvolkomenheden voor die ik graag wil rechtzetten.

Allereerst wordt ten onrechte vermeld dat op grond van de uitspraak van de Raad 'alle stukken in wetenschappelijke tijdschriften – met uitzondering van trials en mogelijk casuïstiek – journalistieke stukken zijn'. De Raad heeft zich bevoegd geacht om de klacht te beoordelen, kort gezegd, omdat het artikel deel uitmaakte van de redactionele inhoud van het tijdschrift en het NTvG niet had aangevoerd dat de auteur in kwestie anders dan regelmatig en tegen betaling haar medewerking verleent aan de redactionele inhoud van genoemd tijdschrift. Dit betekent geenszins dat voortaan alle stukken in wetenschappelijke tijdschriften, geschreven door niet-journalisten, vallen onder de bevoegdheid van de Raad voor de Journalistiek.

De stelling dat 'een niet medische-Raad meent te kunnen oordelen over "waar" of "niet waar" in geneeskundige "feiten"', berust eveneens op een onjuiste lezing van de uitspraak. De klacht had onder meer betrekking op de vraag of in het