

poortwachtersrol mogelijk op korte termijn een ontlasting betekenen, maar waarschijnlijk ook een forse verlenging van de consultduur en een grotere druk om professionele standaarden ondergeschikt te maken aan klantenbinding en consumentisme. Bedachtzaamheid is gewenst.

Pim Assendelft, Arno Timmermans,
Theo Voorn, Kees in 't Veld

I Van den Brink-Muinen A, Bahrs O, Devleugele M et al. *The Eurocommunication study. An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice*. Utrecht: NIVEL, 1999.

Antwoord

Ons artikel is geen pleidooi om de poortwachtersrol van de huisarts op te geven. Evenmin trekken wij de conclusie dat de kwaliteit van de huisartsen in poortwachterslanden minder zou zijn. Wij schrijven ook dat er naast de gevonden verschillen veel overeenkomsten zijn in de communicatie tussen huisartsen en hun patiënten. Uiteraard zijn er ook andere goede redenen voor de gevonden verschillen te noemen, zoals economische aspecten en organisatiekenmerken op nationaal niveau zoals Assendelft et al. zelf ook aandragen. De sociale wenselijkheid bij beantwoording van de vraag in welke mate de huisartsen hun patiënten ken-

nen, lijkt niet groot gezien de context waarin de huisartsen dat registreerden. De redenen die wij noemen voor het verschil in bekendheid met de patiënten tussen wel- en niet-poortwachterslanden ondersteunen naar onze mening de gevonden verschillen. Andere mogelijke methodologische problemen als gevolg van taal en cultuur zijn geminimaliseerd door de vragenlijsten te laten vertalen en terugvertalen en de observaties te laten verrichten door *native speakers*. De vrees voor het afschaffen van de poortwachtersrol is op grond van onze resultaten dan ook niet gerechtvaardigd.

Atie van den Brink-Muinen

Cochrane-reviews

Behandeling van acuut inversietrauma van de enkel

Kerkhoffs GMMJ, Handoll HHG, De Bie R, Rowe BH, Struijs PAA. *Surgical versus conservative treatment for acute injuries of the lateral ligament complex of the ankle in adults*. *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Kerkhoffs GMMJ, Rowe BH, Assendelft WJJ, Kelly K, Struijs PAA, Van Dijk CN. *Immobilisation and functional treatment for acute lateral ankle ligament injuries in adults*. *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Kerkhoffs GMMJ, Struijs PAA, Marti RK, Assendelft WJJ, Blankevoort L, Van Dijk CN. *Different functional treatment strategies for acute lateral ankle ligament injuries in adults*. *The Cochrane Library*, Issue 3, 2002. Oxford: Update Software.

Achtergrond Acute inversietrauma's van de enkel behoren tot de meest voorkomende verwondingen in de huisartsenpraktijk en op afdelingen voor spoedeisende hulp. Vele verschillende behandelingen zijn daarvoor in de loop der tijd gepropageerd: niets doen, functioneel behandelen (rekverband, tape of brace), immobilisatie met behulp van gips of operatief ingrijpen. Deze variatie doet

vermoeden dat het onduidelijk is wat de beste behandeling is.

Onlangs verschenen drie Cochrane-reviews over dit onderwerp waarin operatief ingrijpen werd vergeleken met conservatieve behandeling (immobilisatie of functioneel), immobilisatie met functionele behandeling en diverse functionele behandelingen onderling.

Methoden Voor alle drie reviews werd gezocht naar gerandomiseerde en quasi-gerandomiseerde onderzoeken; gegevens werden geëxtraheerd door minstens twee onderzoekers en de afzonderlijke trials werden beoordeeld op methodologische kwaliteit. Tien verschillende uitkomstmaten werden gebruikt, zowel subjectieve als objectieve (bij stabiliteit) als zaken als ziekteverzuim en sporthervatting. Waar mogelijk gebruikte men een *random-effects*-model: een dimensieloze maat, waarmee verschillende uitkomstmaten kunnen worden gepoold.

Resultaten Zeventien onderzoeken werden gevonden waarin chirurgische interventie werd vergeleken met conservatieve behandeling. De methodologische kwaliteit ervan was over het algemeen niet hoog. Aanvankelijke verschillen ten gunste van de chirurgische behandeling verdwenen na een sensitiviteitsanalyse,

waarbij de quasi-gerandomiseerde onderzoeken buiten beschouwing werden gelaten. De conclusie luidt dat chirurgische behandeling geen duidelijk aantoonbare voorkeur heeft boven conservatieve behandeling.

Bij vergelijking van functionele behandeling (fysiotherapie, rekverband, tape of orthese met fysiotherapie) met immobilisatie bleek een functionele behandeling op zeven van de tien uitkomstcriteria betere resultaten te geven. Bij vergelijking van de resultaten van trials van hoge kwaliteit bleek echter alleen het verschil in tijd tot werkhervatting statistisch significant te blijven. Er was geen verschil tussen geen behandeling en immobilisatie. Vergelijking tussen de verschillende functionele behandelingen was moeilijk en door het gebruik van vele verschillende methoden was *pooling* onmogelijk. Tapebehandeling leidde in vergelijking met rekverband tot gelijke uitkomsten, maar huidproblemen kwamen bij de tapebehandeling vaak voor. Een semi-rigide *brace* leidde tot een wat snellere werk- en sporthervatting dan een rekverband, een *push brace* gaf op korte termijn minder zwelling dan een rekverband of een tape. Behandeling met een push brace of met een semi-rigide orthese had gelijke resultaten.

Conclusie Er is onvoldoende reden voor operatieve behandeling. Als men niet opereert, lijkt een functionele behandeling de voorkeur te hebben boven immobilisatie. Vergelijkingen tussen de verschillende functionele behandelingen berusten echter vaak op slechts een of twee onderzoeken, waarvan bovendien de kwaliteit slechts matig is. Een definitieve conclusie kon dan ook niet worden getrokken.

Commentaar

Ook na lezing van deze drie reviews blijven nog vele vragen onbeantwoord.

Operatie zou – volgens de eerste review – betere resultaten kunnen hebben dan conservatieve behandeling bij rupturen (alle ingesloten patiënten hadden of een artrografisch aangetoonde ruptuur of een duidelijk afwijkende stressfoto), maar gezien het kleine, weinig robuuste verschil met een functionele behandeling kan daar in de praktijk niet voor worden gekozen. Mogelijk dat verschillen in nabehandeling na een operatie nog een effect hebben op de uitkomst (functionele nabehandeling versus immobilisatie), maar dat werd niet uitgesplitst. Gips en helemaal niet behandelen vallen duidelijk af.

Een belangrijke tekortkoming in de andere twee reviews is dat er geen onderscheid werd gemaakt tussen contusie en ruptuur, wat in de NHG-Standaard Enkel-dorsie consequenties heeft voor het beleid.¹ Het lijkt me daarom aannemelijk dat een eventueel effect van behandeling zozeer wordt ondergesneeuwd door de resultaten bij de contusies dat het in deze reviews niet meer meetbaar is. Daarnaast veroorzaakt een behandel-effect bij rupturen een kleine verschil in uitkomst voor de gehele groep van invertetrauma's van de enkel. Kortom: door de samenstelling van de patiëntengroepen kan men eigenlijk niet meer verwachten eventueel aanwezige effecten ook daadwerkelijk te vinden. Als men een effect vindt, is het onduidelijk of dat niet moet worden toegeschreven aan de in de behandelgroep aanwezige patiënten met een laterale enkelbandruptuur. Een sub-

groepsanalyse werd niet verricht.

De betekenis voor de dagelijkse praktijk van deze reviews lijkt dan ook gering. Er is geen reden om af te zien van het in de standaard geformuleerde beleid, omdat een ruptuur en een contusie niet dezelfde aandoeningen zijn en dus ook niet zonder meer hetzelfde behandeld kunnen worden. Het beleid in mijn praktijk blijft bij een contusie een rekverband of na ontzwellen belasten en bij een duidelijke ruptuur een functionele behandeling: in Nederland is dat in het algemeen een tape. Of het ongemak van jeuk aan de huid voldoende reden is om over te stappen op een dure brace is daarbij de vraag.

Henk van Weert

1 Goudswaard AN, Thomas S, Van den Bosch WJHM, Van Weert HCPM, Geijer RMM. NHG-Standaard Enkel-dorsie (eerste herziening). Huisarts Wet 2000;43:32-7.

Orale behandelingen van tinea pedis

Bell-Syer SEM, Hart R, Crawford F, Torgerson DJ, Tyrrell W, Russell I. Oral treatments for fungal infections of the skin of the foot. *The Cochrane Library*, Issue 4, 2002. Oxford: Update Software.

Achtergrond Ongeveer 15% van de bevolking heeft een schimmelinfectie van de voet (tinea pedis of zwemmerseczeem). De meest voorkomende presentatie is de interdigitale infectie of een infectie van de voetzool en -rand. De infectie kan zich uitbreiden naar andere plaatsen zoals de nagels, vanwaaruit opnieuw infectie kan plaatsvinden. Orale therapie wordt gewoonlijk pas toegepast wanneer lokale behandeling heeft gefaald.

Doel Vaststellen van de effecten en kosten van orale behandelingen van tinea pedis.

Zoekstrategie RCT's werden gezocht in MEDLINE, EMBASE en CINAHL, vanaf het begin van deze databases tot januari 2001. Daarnaast onderzochten de auteurs het Cochrane Controlled Trial Register, de Science Citation Index, BIOSIS, CAB Health, Health Star en economische

databases. Bovendien werden bibliografieën en podologietijdschriften handmatig doorzocht en werd geïnformeerd bij de farmaceutische industrie en podologieopleidingen. De onderzoekers sloten alleen RCT's in waarbij de klinische diagnose bevestigd werd door zowel microscopisch onderzoek als een schimmellekweek.

Uitkomstmaat Mycologische genezing.

Resultaten Twaalf trials met in totaal 700 patiënten zijn geïncludeerd. De twee trials die de effectiviteit van terbinafine met griseofulvine vergeleken lieten een gepoold relatief risico zien van 52% (95%-BI 33-71%) in het voordeel van terbinafine. Er was geen significant verschil tussen terbinafine en itraconazol, fluconazol en itraconazol of ketoconazol en tussen griseofulvine en ketoconazol. Maar de trials waren over het algemeen klein. Twee trials lieten zien dat terbinafine en itraconazol effectief zijn ten opzichte van een placebo. Van alle middelen werden bijwerkingen gerapporteerd, meestal gastro-intestinale.

Conclusie Terbinafine is effectiever dan griseofulvine. Terbinafine en itraconazol zijn effectiever dan placebo.

Commentaar

Onze NHG-Standaard Dermatomyosen stelt dat er – behalve in het geval van voetschimmel met mocassinpatroon – geen plaats is voor orale behandeling van oppervlakkige dermatomyosen zoals tinea pedis.¹ Een expliciet argument voor dit standpunt wordt daarbij niet genoemd.

De Cochrane-reviewers daarentegen stellen dat bij falen van lokale behandeling orale behandeling is aangewezen als tweede, effectievere behandelingsstap. Het is daarom jammer dat deze Cochrane-review alleen de *orale* behandelingen van tinea pedis beschrijft; de *lokale* behandelingen zijn in een vorige Cochrane-review van dezelfde auteurs behandeld.² Belangrijkste uitkomst van die review was dat er geen verschil in effect is tussen verschillende allylaminepreparaten zoals terbinafine en de verschillende azolen. In een derde review