

## Zoeken naar literatuur over slechter horen

In hun literatuuroverzicht over de diagnostiek van gehoorproblemen<sup>1</sup> geven Eekhof en De Laat aan hoe ze te werk gingen. 'Wij zochten in Medline met de (combinaties van de) trefwoorden *hearing loss, diagnostic, review* en *general practice...*' Ik betwijfel of de lezer geholpen is met deze omschrijving. De afzonderlijke trefwoorden leiden tot tienduizenden (*hearing loss, general practice*) respectievelijk miljoenen (*diagnostic, review*) artikelen.

Combinatie van alle vier de zoektermen leverde mij – op 18 november 2002 – vier of zes treffers op, afhankelijk of ik *review* als tekstwoord of als publicatietype invoerde. Geen van deze artikelen vond ik terug in de referentielijst van het artikel. Ik adviseer de redactie om in het vervolg bij literatuuroverzichten te kiezen voor óf het opnemen van een volledige beschrijving van de zoekactie, zodat de neurotische lezer dit zelf kan overdoen, óf de beschrijving helemaal achterwege te laten. Aan een compromis heeft niemand wat.

Hans van der Wouden

Eekhof J, De Laat JAPM. Slechter horen. *Huisarts Wet* 2002;45:689-93.

## Antwoord

In het boek *Diagnostiek van alledaagse klachten* I waar deze serie artikelen in H&W op is gebaseerd, is in een inleidend hoofdstuk het maken van evidence-based overzichten van de waarde van diagnostisch onderzoek per klacht verantwoord en gerelativeerd. De redactie heeft aan de auteurs algemene instructies gegeven voor de literatuursearch, die in deze inleiding zijn beschreven. Welk artikel uit deze search de auteur opneemt, is ter eigen verantwoording; het boek en de artikelen-serie in H&W pretenderen niet een systematisch review te bieden.

Dat één zoekterm te veel en vier zoektermen in combinatie te weinig treffers opleveren, is bekend bij searches. Het ligt voor de hand om twee termen te combineren. *Hearing loss* en *general practice* leidt

bij de *limits*: 10 jaar, Engels, *human* en MEDLINE bij PubMed tot 23 treffers: een werkbaar aantal.

de redactie van *Diagnostiek van alledaagse klachten*:

T.O.H. de Jongh, H. de Vries, H.G. Grundmeijer

## NHG-Standaarden in het Engels

In het NHG-nieuws van november 2002 (H&W 2002;45:713) over het verschijnen van de NHG-Standaarden in het Engels wordt gemeld dat de luxe positie van huisartsenstandaarden elders niet bestaat. Ik werk als huisarts in Schotland. De richtlijnen van de Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN) zijn uitgebreid en via internet ([www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)) makkelijk te verkrijgen. In een kleiner formaat zijn ze – net als de NHG-Standaarden – in een klappertje voor elke huisarts beschikbaar. De onderwerpen zijn soms wat anders, maar ze zijn net zo handig in het gebruik. Ik gebruik ze allebei.

Ankie de Laat, huisarts, Perthshire

## Hielpijn

In het jaartalstukje Hielpijn (H&W 2002;45(12):648) wordt het effect van behandeling met *extra corporeal shockwave* op de fasciitis plantaris besproken naar aanleiding van het onderzoek van Buchbinder (Australië). Het zijn juist de Amerikaanse onderzoekers Ogden en Alvarez die door hun onderzoek toestemming van de FDA kregen voor deze vorm van behandeling in de VS.<sup>1</sup> Zij claimden een effectiviteit van de behandeling bij 90% van de behandelde patiënten en hun onderzoek voldeed aan de hoogste criteria.

Ogden en Alvarez deden in 2000 een systematische review,<sup>1</sup> waarbij ze de classificatie van The American Association For Spine Surgery gebruikten om de methodologie en de wetenschappelijke waarde te beoordelen.<sup>3</sup> Zij classificeerden onderzoeken met een adequate randomisatie en blinding als een type A-onderzoek en voordrachten of lezingen die nog niet

tot een publicatie hebben geleid als type G en H.

Op dit moment (november 2002) zijn alleen de FDA-onderzoeken en die van Buchbinder methodologisch adequaat (type A); alle andere liggen tussen B en H.

Er zijn inmiddels meer dan 8000 gevallen gedocumenteerd die met extra corporeal shockwave zijn behandeld. Patiënten hadden een grote variëteit aan afwijkingen en de validiteit van de onderzoeken loopt erg uiteen. Hoewel het aantal gerapporteerde gevallen groot lijkt, neemt dit aantal al snel af als alleen de betere onderzoeken (A t/m C) worden geanalyseerd: 2883 patiënten in 34% van de gepubliceerde artikelen.

Het lijkt daarom uiterst prematuur om op basis van één negatief onderzoek een sfeer te scheppen waarbij gesuggereerd wordt dat het doek is gevallen.

Het natuurlijk beloop van de afwijking waarbij volgens het bericht een herstel in 9-12 maanden wordt gesuggereerd is in het kader van de behandeling met extra corporeal shockwave niet van belang omdat alle onderzoeken gaan over patiënten welke deze periode ruim hebben overschreden.

H.J. Dalhuisen, arts

Mogelijke belangenverstrengeling: HJD behandelt patiënten met extra corporeal shockwave.

1 Ogden JA, Alvarez R, et al. Shock wave therapy for chronic proximal plantar fasciitis. *Clin Orthop* 2001;47-59.

2 Ogden JA, Alvarez RG, Levitt R, Marlow M. Shock wave therapy (Orthotrypsy) in musculoskeletal disorders. *Clin Orthop* 2001;22-40.

3 United States Department of Health and Human Services: Acute Low Back Problems in Adults. *Clinical Practice Guideline*. Washington DC, 14, 1994.

## Antwoord

In zijn reactie stelt collega Dalhuisen dat één goed opgezette gerandomiseerde en gecontroleerde trial<sup>1</sup> die geen effect aantoonde van schokgolfbehandeling bij fasciitis plantaris nog geen reden is om deze aanpak af te schrijven. Immers er is een

andere RCT die juist wel effect aantoont.<sup>2</sup> Echter onomstreden en met name herhaald bewijs van de effectiviteit van schokgolfbehandeling bij bewegingsapparaatproblemen ontbreekt in algemene zin en bij fasciitis plantaris in het bijzonder. Schokgolfbehandeling heeft bijvoorbeeld bij epicondylitis lateralis een statistisch significant en aanhoudend placebo-effect,<sup>3</sup> maar voegt hier niets aan toe. Het is dan ook te verwachten dat naarmate de kwaliteit van onderzoeken beter zal zijn, het eenmaal aangetoonde effect zal verbleken, precies zoals dit is gegaan bij onderzoeken naar het effect van schokgolfbehandeling bij de tenniselleboog of bij rotator-cuff-problemen van de schouder. Fasciitis plantaris kan voor patiënten een zeer hinderlijk probleem zijn dat maanden kan duren, maar meestal een spontaan gunstig beloop heeft. Van de meeste behandelingen is geen onomstotelijk effect aangetoond. Verder onderzoek is nodig. Ondertussen is het prijskaartje voor de schokgolfbehandeling aanzienlijk. Reden voor een vergoeding door ziektekostenverzekeraars bestaat er momenteel niet.

Kees J. Gorter

- 1 Buchbinder R, et al. Ultrasound-guided extracorporeal shock wave therapy for fasciitis plantaris. *JAMA* 2002;288:1364-72.
- 2 Ogden JA, et al. Shock wave therapy for chronic proximal plantar fasciitis. *Clin Orthop* 2001;387:47-59.
- 3 Crowther MA, et al. A prospective, randomised study to compare extracorporeal shock-wave therapy and injection of steroid for the treatment of tennis elbow. *J Bone Joint Surg (Br)* 2002;84:678-9.

## Plakken in het gezicht

De berichtgeving in H&W lijkt niet altijd even consistent. In H&W 2002(10) lees ik in het katern 'In de praktijk' op pagina 571 over kleine ingrepen door de huisarts de volgende contra-indicaties voor wondlijm en sluitpleisters: wijkende wondranden, wond aan gelaat, wond nabij gewrichten en een te verwachten trage wondgenezing.

In de rubriek Journaal van H&W 2002(11) lees ik een maand later een stukje over wondjes (p. 584). Zaat haalt hier een Cochrane-review aan waarin plakken van wondjes in het gelaat werd vergeleken met hechten. Hij besluit met de opmerking: 'Pleisters en lijm horen dus in de kast te liggen.' Ik ben geen wetenschapper, maar deze twee uitspraken lijken toch niet helemaal congruent!

Frank Vermeulen, huisarts

## Antwoord

Ga er maar vanuit dat een Cochrane-review meer zeggingskracht heeft dan een opmerking in het katern zonder referenties. Gewoon plakken dus. (JZ)

## NHG-Standaard Reumatoïde artritis

Sinds september 2002 is de nieuwe NHG-Standaard Reumatoïde artritis voor de huisarts beschikbaar. Opmerkelijk in deze nieuwe standaard is de plaats van de COX-2-remmers bezien in het licht van andere internationale standaarden. De nieuwe standaard geeft bij de richtlijnen voor het analgeticabeleid de voorkeur aan het gebruik van NSAID's als ibuprofen, diclofenac of naproxen. Bij hoogrisicopatiënten wordt het toevoegen van een protonpompremmer of misoprostol geadviseerd of eventueel COX-2-remmers. Het NHG-standpunt ten aanzien van COX-2-remmers is dat er weinig ervaring mee is en er weinig bekend is over de langetermijneffecten. Dit standpunt is wel zeer opmerkelijk gezien de grote hoeveelheid beschikbare wetenschappelijke gegevens en de recente aanbevelingen van het American College of Rheumatology en de American Pain Society. Beide standaarden geven op basis van evidence de voorkeur aan het gebruik van COX-2-remmers boven het gebruik van NSAID's bij matige tot ernstige pijn als gevolg van artritis.

De cruciale vraag doet zich voor hoe het mogelijk is dat de standaard van het NHG zo kan afwijken van andere internationale standaarden? Alle standaarden baseren

hun conclusies toch op dezelfde wetenschappelijke gegevens.

FC Breedveld, reumatoloog

FB heeft vergoedingen ontvangen voor het deelnemen aan adviesraden georganiseerd door de firma's die COX-2-remmers ontwikkelen: MSD, Pfizer en Novartis.

## Antwoord

Dat richtlijnen onderling verschillen, wordt minder raar als bedacht wordt dat zij berusten op *interpretatie* van de wetenschappelijke literatuur. In de NHG-Standaard Reumatoïde artritis wordt gecombineerd gebruik van een conventionele NSAID met een protonpompremmer, misoprostol of een hooggedoseerde H<sub>2</sub>-antagonist dan wel gebruik van een COX-2-remmer voor patiënten met een verhoogde kans op gastro-intestinale complicaties als min of meer gelijkwaardige opties beschouwd. Op basis van de beschikbare, nogal heterogene wetenschappelijke literatuur bleek geen duidelijke keus te kunnen worden gemaakt, hetgeen is toegelicht in de bijbehorende noot. In de standaard wordt dan ook gesteld dat het beleid zich de komende jaren verder moet uitkristalliseren.

In de reactie van collega Breedveld bespeuren wij geen inhoudelijke argumenten die staven dat COX-2-remmers wel de voorkeur verdienen dan wel een uiteenzetting waarom de interpretatie van de wetenschappelijke literatuur door de Amerikaanse richtlijnmakers beter is dan de onze. Dit maakt het ons onmogelijk meer gedetailleerd op zijn kanttekeningen in te gaan.

Tj. Wiersma, S. Flikweert,  
namens de werkgroep Reumatoïde artritis

## Longfunctieonderzoek

Uit het artikel van Guido van den Boom in H&W (2003;46(1):17-20) over het DIMCA-project blijkt maar weer eens dat standaarden niet altijd bijgehouden worden! Van den Boom beschrijft de Nijmeegse resultaten van onder andere de waarden