

Behandeling van impetigo

Graag willen wij wijzen op een aantal belangrijke onjuistheden in de bespreking van de Cochrane-review: 'Behandeling van impetigo' (H&W 2004;47:479). De reden voor exclusie van gerandomiseerde trials was niet dat de vorm van impetigo niet omschreven werd, maar dat – in geval van onderzoeken met meerdere geïncubeerde huidinfecties – de resultaten van de subgroep van impetigopatiënten niet apart beschreven waren.

De conclusie dat een lokaal antibioticum beter werkt dan een desinfectans is door ons niet getrokken. Wel is van lokale behandeling (mupirocine en fusidinezuur) de effectiviteit aangetoond, zowel ten opzichte van orale antibiotica als ten opzichte van placebo. Daarnaast is vastgesteld dat er voor desinfectie geen bewijs bestaat, met name omdat deze behandeling vrijwel niet is onderzocht.

De melding dat slechts enkele soorten orale antibiotica werden onderzocht klopt evenmin: er zijn 20 verschillende orale antibiotica onderzocht, die in een aantal hoofdgroepen zijn onder te brengen. De conclusie van onze eigen trial was dat fusidinezuurcrème beter werkt dan een placebo, en niet dat het beter werkt dan desinfectie met povidonjood. Fusidinezuur is in ons onderzoek niet vergeleken met povidonjood.

De in de review uitgesproken voorkeur voor een lokale behandeling met mupirocine of fusidinezuur is primair ingegeven door de op zijn minst gelijkwaardige effectiviteit ten opzichte van orale behandeling, en niet vanwege het verschil in bijwerkingen. Dit laatste is een bijkomend voordeel.

Sander Koning

Antwoord

In de tekst staat vermeld dat het om 38 verschillende behandelingsmethoden ging, 20 orale en 18 lokale. Bij de meeste onderzoeken ging het om een vergelijking tussen 2 verschillende soorten orale antibiotica; daarmee heb ik volgens mij aangegeven dat er 20 soorten orale antibiotica zijn onderzocht! Ik citeer verder letter-

lijk uit de tekst (abstract): 'Totaal 700 onderzoeken werden gevonden, waarvan er 221 in eerste instantie werden geselecteerd. Daarvan voldeden 156 onderzoeken niet aan alle inclusiecriteria. Dit kan zijn omdat er niet specifiek op impetigo was gescreend, de vorm van impetigo bij een patiënt niet apart was beschreven of omdat de onderzoeken niet waren gerandomiseerd.' Inderdaad wordt de vorm niet genoemd. Van de desinfecterende behandeling, die 30 jaar geleden gebruikelijk was, is nu bekend dat die niet effectiever is dan een placebo. De behandeling wordt weinig meer geadviseerd omdat het er nu vooral om gaat de verspreiding van impetigo te voorkomen. Dat daaruit voorkomend ook door mij vermeld wordt dat een lokaal antibioticum beter werkt dan een desinfectans, mag blijken als algehele strekking in het verhaal terwijl nog netjes in mijn commentaar staat vermeld dat de RCT's melden dat er nog weinig bekend is over de waarde van desinfecterende behandeling, omdat (eerder in de tekst vermeld) slechts 2 trials desinfecterende maatregelen onderzochten! Zo komt ook telkens weer terug dat de bijwerkingen op gastro-intestinaal gebied meegenomen moeten worden in de keuze voor oraal of lokaal behandelen, ook al is het effect gelijkwaardig. Tot slot neem ik de conclusie over van het artikel genoemd in noot 1: fusidinezuur bleek veel effectiever dan placebo in de behandeling van impetigo. De waarde van povidon-jood is twijfelachtig!

Pauline Dirven-Meijer

De kwaliteit van CBO-richtlijnen en NHG-Standaarden beoordeeld met het AGREE-instrument

Met belangstelling en verbazing lezen we het artikel van Burgers en Boluyt (H&W 2004;47:394-9). Het AGREE-instrument doet ons denken aan de arts die de gezondheid van een vrouw afmeet aan haar heldere blauwe ogen en blonde lok-

ken, terwijl dokters toch weten dat de vitale organen zich in het lichaam bevinden. Het AGREE-instrument turft immers uiterlijke kenmerken en beoordeelt niet de essentie van richtlijnen – zijn de aanbevelingen inhoudelijk correct en dragen ze bij aan gezondheidswinst.

Kern van ons bezwaar is dat het AGREE-instrument onvoldoende gevalideerd is. We lezen dat er gewerkt is met het 'internationaal gevalideerde AGREE-instrument', maar de aangevoerde referentie (Qual Saf Health Care 2003;12:18-23) laat zien dat die validering te wensen overlaat. Zo lezen we over de 'criteriumvaliditeit' – meet het AGREE-instrument daadwerkelijk kwaliteit? – dat deze bij gebrek aan een gouden standaard werd gemeten met een *proxy measure*: de globale mening van de beoordelaars over de kwaliteit van de richtlijn. Dat is een vage maat die bovendien niet onafhankelijk van het scoren op de afzonderlijke items beoordeeld is. Ook stellen de auteurs in de discussieparagraaf dat de validiteit van het instrument niet *conclusively* (beslissend, overtuigend) kon worden aangetoond. Ze merken bovendien op dat het instrument zwaar leunt op de rapportage over het ontwikkelingsproces van de richtlijnen en dat deze rapportage niet garant staat voor de kwaliteit van de aanbevelingen. Ze noemen zelfs letterlijk *validation of the instrument (...) a challenging task*. Burgers en Boluyt suggereren dus ten onrechte dat al zou zijn aangetoond dat het AGREE-instrument de kwaliteit van richtlijnen adequaat meet. De relativerende opmerkingen aan het slot over mogelijkheden en beperkingen van het instrument, komen wat dit betreft als mosterd na de maaltijd.

Een bijkomende bedenking bij het artikel is dat de auteurs zich bewust beperken tot gegevens die in de richtlijn zelf staan, ondanks het feit dat zij weten dat deze werkwijze gemakkelijk in het nadeel van de NHG-Standaarden uitvalt. Het NHG publiceert immers vanwege de beperkte ruimte in H&W achtergrondgegevens over procedures slechts mondjasmaat in de standaarden, terwijl de CBO-richtlijnen verschijnen als losse boekjes die