

NHG-Standaard Hoofdpijn

De NHG-Standaard Hoofdpijn geeft een goed overzicht van de beschikbare kennis op dit gebied.¹ Toch hebben de auteurs naar mijn idee iets belangrijks over het hoofd gezien: er staat niets in over de mogelijke rol van depressie bij hoofdpijn.

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat depressieve mensen vaker migraine rapporteren dan niet-depressieve mensen en dat mensen met migraine vaker depressieve klachten hebben dan mensen zonder migraine.²⁻⁴ Daarbij lijkt de relatie tussen depressie en migraine sterker dan de, vaak ook significante, relatie tussen depressie en andere aandoeningen.⁵ Ook uit longitudinaal onderzoek komt het verband sterk naar voren. Zo blijkt uit een zeer goed beschreven onderzoek van Breslau et al. dat mensen met een depressieve stoornis een veel grotere kans hebben op het krijgen van migraine en omgekeerd.⁶ Pathofysiologisch verklaart men de relatie uit een overeenkomstige rol van centrale neurotransmitters (bijvoorbeeld serotonine) bij het ontstaan van zowel migraine als depressie.⁷

De relatie lijkt me zeer relevant voor de huisarts. Het feit dat een patiënt met migraine een grotere kans heeft op depressieve klachten – die wellicht zelfs al bestonden voordat de migraine begon – kan belangrijke consequenties hebben voor de behandeling. Bijvoorbeeld de medicatie die de huisarts in zo'n geval moet geven. Dat kunnen migrainemiddelen zijn, maar wellicht kunnen de klachten verholpen worden met één middel (bijvoorbeeld een antidepressivum) dat beide ziekten aanpakt.^{7,8} Aan de andere kant moet de huisarts ook oppassen voor ongewenste interactie tussen de verschillende medicamenten als hij besluit beide aandoeningen apart aan te pakken.⁹

Ik kan hier de problematiek slechts kort schetsen. Voor een gedegen advies is het noodzakelijk dat de werkgroep zich hierover buigt. Een herziening van deze pas herziene standaard laat even op zich

wachten, maar ik hoop dat de auteurs dit punt dan meenemen.

M.G. Spigt

- 1 Knuistingh Neven A, Bartelink M, De Jongh T, Ongerling J, Oosterhuis W, Van der Weerd P, et al. NHG-Standaard Hoofdpijn. *Huisarts Wet* 2004;47:411-22.
- 2 Merikangas KR, Risch NJ, Merikangas JR, Weissman MM, Kidd KK. *Migraine and depression: association and familial transmission.* *J Psychiatr Res* 1988;22:119-29.
- 3 Breslau N, Merikangas K, Bowden CL. *Comorbidity of migraine and major affective disorders.* *Neurology* 1994;44:S17-22.
- 4 Breslau N, Schultz LR, Stewart WF, Lipton RB, Lucia VC, Welch KM. *Headache and major depression: is the association specific to migraine?* *Neurology* 2000;54:308-13.
- 5 Moldin SO, Scheftner WA, Rice JP, Nelson E, Knesevich MA, Akiskal H. *Association between major depressive disorder and physical illness.* *Psychol Med* 1993;23:755-61.
- 6 Breslau N, Lipton RB, Stewart WF, Schultz LR, Welch KM. *Comorbidity of migraine and depression: investigating potential etiology and prognosis.* *Neurology* 2003;60:1308-12.
- 7 Landy S, McGinnis J, Curlin D, Laizure SC. *Selective serotonin reuptake inhibitors for migraine prophylaxis.* *Headache* 1999;39:28-32.
- 8 Silberstein SD. *Preventive treatment of migraine: an overview.* *Cephalalgia* 1997;17:67-72.
- 9 Tepper S, Allen C, Sanders D, Greene A, Bocuzzi S. *Coprescription of triptans with potentially interacting medications: a cohort study involving 240,268 patients.* *Headache* 2003;43:44-8.

Antwoord

Collega Spigt merkt terecht op dat de NHG-Standaard Hoofdpijn niets vermeldt over de mogelijke rol van depressie bij hoofdpijn. Wel adviseert de standaard om te vragen naar de lijdensdruk en belemmeringen in het dagelijks functioneren thuis, op het werk of in de vrije tijd. Hiermee is het aannemelijk dat de huisarts depressieve gevoelens of een depressie op het spoor komt. In de volgende versie van de standaard zal de wenselijkheid van een meer expliciete anamnese over dit aspect worden meegenomen. Hierbij spelen ook de therapeutische mogelijkheden een rol. Dat deze nu nog beperkt

zijn blijkt uit de door Spigt beschreven onderzoeken. In het artikel van Landy et al. komen de auteurs tot de conclusie dat het antidepressivum sertraline niet effectief is in de profylactische behandeling van migraine. In ander onderzoek was al gebleken dat de SSRI's fluoxetine, fluvoxamine en paroxetine niet effectief waren. De auteurs bevelen dan ook aan om de conventionele migrainemedicatie te gebruiken. Wel suggereren zij dat patiënten met migraine en een depressie die niet reageren op de conventionele migrainemedicatie mogelijk baat hebben bij een SSRI. Dit is echter geenszins aangetoond en zou dus onderwerp voor verder onderzoek moeten zijn.

Terecht waarschuwt Spigt voor ongewenste interacties tussen verschillende medicijnen zoals de combinatie SSRI en een serotonerg antidepressivum, vanwege de kans op het mogelijk fataal verlopend serotoninesyndroom. Dit staat uitvoerig beschreven in de standaard. Het serotoninesyndroom is een extra reden om bij migraine altijd eerst het effect van paracetamol in voldoende hoge dosering in combinatie met een anti-emeticum af te wachten.

Al met al kunnen we concluderen dat de relatie tussen een chronische aandoening zoals migraine en depressie een belangrijk onderwerp is voor de huisarts. Op dit moment is echter nog niet vastgesteld dat behandeling van een depressie met een SSRI de frequentie van de migraineaanvallen doet verminderen. Daarnaast bestaat er inmiddels wel voldoende evidence dat een profylactische behandeling van migraine met een SSRI niet effectief is.

dr. M.H. Grol, dr. L. Pijnenborg,
dr. A.N. Goudswaard, afdeling
Richtlijnontwikkeling & Wetenschap

NHG-Standaard Hartfalen

NHG-Standaarden zijn goed bruikbaar in de zorg en in nascholing. Gelukkig is de NHG-Standaard Hartfalen herzien (H&W 2005;48:64-76), maar op een aantal punten ben ik het niet eens met de inhoud.

Aan het einde van stap 2 wordt vermeld dat een ACE-remmer in het geval van bijwerkingen vervangen kan worden door een angiotensine-II-receptor antagonist. Dat klopt zoals onder andere is aange- toond in de CHARM-trial¹ met de A-II- antagonist candesartan. De volgende zin in de standaard klopt echter niet. De samenstellers stellen dat in het geval van angioneurotisch oedeem de ACE-rem- mer niet vervangen kan worden door een angiotensine-II-antagonist. Dit is onjuist. In de CHARM-trial¹ werden ook patiënten ingesloten die bijwerkingen ontwikkelden van behandeling met een ACE-remmer. Van de 39 patiënten die een ACE-rem- mer niet konden verdragen vanwege een angioneurotisch oedeem, kregen er twee opnieuw milde klachten bij gebruik van een A-II-antagonist, en slechts bij één patiënt moest de A-II-antagonist worden gestaakt.

Het vervangen van de ACE-remmer – in het geval van de bijwerking ‘angioneu- rotisch oedeem’ door een A-II-antago- nist – kan derhalve redelijkerwijs veilig plaatsvinden. Wel lijkt het verstandig om bij een dergelijke wissel van medicatie de patiënt goed te informeren over de moge- lijk te verwachten bijwerkingen, zoals het eventueel heroptreden van dit zeer zeld- zame angioneurotisch oedeem.

Bij vervanging van een ACE-remmer van- wege bijwerkingen noemen de auteurs alleen de A-II-antagonist losartan. Losar- tan is in ons land niet geregistreerd voor hartfalen. De belangrijkste reden hiervoor is dat onderzoeken met dit middel bij hartfalen niet conclusief waren, mogelijk door de (te) lage dosering losartan (50 mg/dag) (ELITE II² en OPTIMAAL³). Het genoemde advies van de schrijvers van de standaard is op dit punt niet weten- schappelijk onderbouwd.

In de CHARM-trial¹ bleken er duidelijke voordelen voor patiënten die een ACE- remmer niet konden verdragen indien zij werden behandeld met candesartan (can- desartan versus placebo). In de VALHEFT- trial⁴ met valsartan was er een duidelijk voordeel voor behandeling met valsartan (versus placebo) in een subgroepenanalyse bij patiënten die wegens intolerantie

geen ACE-remmer kregen voorgeschre- ven. Beide onderzoeken waren trials met ACE-remmers en/of A-II-antagonisten voor de behandeling van hartfalen.

Candesartan is in Nederland geregi- streerd voor hartfalen en dat zal dit jaar ook gebeuren voor valsartan. Losartan heeft deze registratie in ons land niet en derhalve is het niet goed te verdedigen dat de samenstellers van de NHG-Stan- daard juist alleen dit middel noemen als alternatief voor een ACE-remmer. Beter, wetenschappelijk meer juist, was geweest om als alternatief voor een ACE-remmer de twee angiotensine-II-receptor antago- nisten candesartan en valsartan te noe- men in plaats van losartan.

Nogmaals; ik heb veel waardering voor het werk van de schrijvers van de NHG- Standaard Hartfalen, maar dit is een klein smetje op een overigens mooi product. Volledigheidshalve heb ik navraag gedaan bij de twee cardiologen die betrokken zijn geweest bij de samenstelling van de standaard. Zij delen mijn punten van kri- tiek en distantiëren zich van de bovenge- noemde tekst uit de standaard.

D.J.A. Lok, cardioloog, voorzitter werkgroep hartfalen van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

- 1 Granger CB, McMurray JJ, Yusuf S, Held P, Michelson EL, Olofsson B, et al. for the CHARM investigators and Committees. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angio- tensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM- Alternative trial. *The Lancet* 2003;362:772-6.
- 2 Pitt B, Poole-Wilson PA, Segal R, Martinez FA, Dickstein K, Camm AJ, et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomised trial- the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. *Lancet* 2000;355(9215):1582-7.
- 3 Dickstein K, Kjekshus J, and the OPTIMAAL Steering Committee of the OPTIMAAL Study Group. Effects of losartan and captopril on mor- tality and morbidity in high-risk patients after acute myocardial infarction: the OPTIMAAL ran- domised trial. *Lancet* 2002;360(9335):752-60.
- 4 Maggioni AP, Anand I, Gottlieb SO, Latini R, Tognoni G, Cohn JN; Val-HeFT Investigators (Valsar- tan Heart Failure Trial). Effects of valsartan on mor-

idity and mortality in patients with heart failure not receiving angiotensin-converting enzyme inhibitors. *J Am Coll Cardiol*. 2002;40(8):1414-21.

DJAL is als cardioloog werkzaam in het Deven- ter Ziekenhuis. De afdeling Cardiologie van dit ziekenhuis is betrokken bij het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. De afdeling heeft meegewerkt aan het Elite-2-onderzoek (losar- tan), de Valiant-trial (valsartan) en de CHARM- studie (candesartan) en heeft voor werkzaam- heden ten behoeve van dit onderzoek vergoe- dingen ontvangen.

Antwoord

We willen collega Lok hartelijk danken voor zijn waardering van de standaard. Helaas ziet hij een smetje waar we de plaats van angiotensine-II-receptoranta- gonisten (ARB's) bespreken. Zijn bezwa- ren betreffen het vermelden van alleen losartan en geen andere ARB's en de terughoudendheid die in de standaard wordt betracht ten aanzien van vervan- ging van ACE-remmers door ARB's bij angio-oedeem.

Toen de standaard gedrukt werd, was nog geen enkele ARB geregistreerd voor de indicatie hartfalen, zeer recent is cande- sartan wel geregistreerd. Vooralnog lijkt er sprake te zijn van een groepseffect van ARB's. De standaard noemt losartan op basis van de onderzoeken die besproken worden in de aangehaalde meta-analyse van Jong.¹

Verder gaat collega Lok in op het feit dat losartan in een dosering van 50 mg in de trials mogelijk te laag was. Daar is in de standaard rekening mee gehouden; we adviseren de dosering te verhogen tot 100 mg indien de patiënt dit verdraagt.

Wat is de evidence voor het gebruik van ARB's bij hartfalen? In de onderzoeken tot 2002, aangehaald in de meta-analyse (17 RCT's, 12.469 patiënten) lieten ARB's ten opzichte van placebo en ten opzichte van een ACE-remmer geen significante verbetering zien wat betreft mortaliteit en ziekenhuisopnamen voor hartfalen.¹ In nieuwere onderzoeken zoals VAL- HEFT en CHARM lieten ARB's wel significante verschillen zien ten opzichte van placebo. Op basis van deze gegevens komen wij in

de standaard tot de conclusie dat men ARB's als alternatief kan gebruiken bij intolerantie voor ACE-remmers.

Een ander kritiekpunt is het advies om ARB's alleen voor te schrijven als de patiënt een ACE-remmer niet verdraagt om een andere reden dan angio-oedeem. In het *Farmacotherapeutisch Kompas* staat dat volgens gegevens uit langdurig onderzoek 0-4% van de patiënten de behandeling met een ACE-remmer staakt vanwege prikkelhoest. Angio-oedeem komt slechts bij 0,1-0,2% voor. Het is echter wel een belangrijke bijwerking, omdat angio-oedeem van de orofarynx of larynx potentieel levensbedreigend is.

Angio-oedeem komt óók voor bij het gebruik van ARB's. Lok haalt het CHARM-onderzoek aan als onderbouwing voor de veiligheid van ARB's bij een patiënt die een ACE-remmer moet staken vanwege bijwerkingen. In de CHARM-alternative trial werden 2028 patiënten geïncludeerd die een ACE-remmer niet konden verdragen en bij 83 patiënten was angio-oedeem hiervoor de reden.² Onduidelijk is of ook patiënten met ernstig angio-oedeem van orofarynx of larynx werden geïncludeerd. Van de 83 patiënten werden er 39 gerandomiseerd voor de candesartangroep; van hen kregen 3 (7,7%) patiënten opnieuw angio-oedeem. In de placebogroep (n=44) kwam deze bijwerking niet voor. Gezien het zeer beperkte voorkomen van de bijwerking angio-oedeem is deze 'recidiefkans' erg hoog. Dit verhoogde risico was reeds bekend en werd beschreven door Fuchs et al.³ Op grond hiervan en op grond van de gegevens van Lareb en van de database van de WHO Monitoring Center adviseren zij juist de grootst mogelijke voorzichtigheid in deze situatie.

Concluderend zien wij geen reden het advies in de standaard te wijzigen.

J. van Lieshout, F.H. Rutten en E.P. Walma, namens de auteurs van de NHG-Standaard
Hartfalen

2 Granger CB, McMurray JJ, Yusuf S, Held P, Michelson EL, Olofsson B, et al.; CHARM Investigators and Committees. Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and reduced left-ventricular systolic function intolerant to angiotensin-converting-enzyme inhibitors: the CHARM-Alternative trial. *Lancet* 2003;362:772-6.

3 Fuchs SA, Meyboom RHB, Van Puijenbroek EP, Guchelaar H-J. Use of angiotensin receptor antagonists in patients with ACE inhibitor induced angioedema. *Pharm World Sci* 2004;26:191-2.

NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn

In de NHG-Standaard Aspecifieke lagerugpijn (H&W 2005;48:113-23) mis ik bij de alarmsignalen specifieke oorzaken het aneurysma aortae dissecans waarbij tensiedaling, defaecatieverandering, collaps of vascularisatieproblemen aan de benen als alarmsymptomen aan deze diagnose moeten doen denken. Omdat dit een onmiskenbare valkuil voor huisartsen is, lijkt het me aanbevelenswaardig om deze DD in de standaard op te nemen.

Frans de Groot

Antwoord

Inderdaad kan lagerugpijn – al dan niet met uitstraling in een been – het gevolg zijn van een aneurysma dissecans van de abdominale aorta (AAA). Van de in de standaard vermelde alarmsignalen waarbij de huisarts bedacht moet zijn op een specifieke oorzaak van lagerugpijn, zijn er enkele die – naast de genoemde aandoeningen – ook het vermoeden van een AAA rechtvaardigen, waaronder begin van lagerugpijn na het 50ste levensjaar, rugpijn onafhankelijk van houding of bewegen, en nachtelijke pijn. Zoals gebruikelijk bespreken we de differentiatie diagnostiek ook in deze standaard niet uitputtend maar heeft de werkgroep zich beperkt tot aandoeningen waarvan de symptomatologie in sterke mate overeenkomt met die van aspecifieke lagerugpijn. Interne pathologie waarbij lagerugpijn kan optreden (zoals pancreatitis, maagulcus, nierstenen), gynaecologische aandoeningen, en ook het AAA hebben

wij daarom buiten het bestek van de standaard gelaten. Niettemin is casuïstiek over patiënten met een – al dan niet geruptureerd – aneurysma van de abdominale aorta beschreven waarbij in eerste instantie aan aspecifieke lagerugpijn of een lumbosacraal radiculair syndroom werd gedacht.¹ Wij zullen bij de update van de betreffende standaarden de suggestie van collega De Groot meenemen om deze aandoening expliciet als specifieke oorzaak te noemen.

Ben Kolnaar, Arnout Chavannes

1 Ten Houten R, Meijer RW, Heitbrink MA. Pijn in de rug? Vergeet de buik niet. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:1125-9.

Verkeerde gegevens in NHG-producten

Al eerder hebben wij het NHG gewezen op een aantal feitelijke onjuistheden in de NHG-Standaard Hormonale anticonceptie, de NHG-Standaard Het spiraaltje, de NHG-Patiëntenbrieven en de NHG-Patiëntenfolder. Feiten zoals die vastgelegd zijn in de registratieteksten van het CBG. Omdat het NHG zich baseert op gegevens die vastgelegd zijn door autoriteiten, lijkt het ons niet meer dan logisch dat het NHG die teksten ook aanpast, maar tot op heden is het niet gebeurd. De volgende gegevens zouden aangepast dienen te worden:

Cerazette[®]. De marge van pilinname is verlengd van 3 uur naar 12 uur (CBG) en daarmee gelijk aan die van de combinatiepil. De Pearl-index (PI) van *Cerazette*[®] is vergelijkbaar met die van combinatiepillen.

Koperspiraaltje. Dit spiraaltje is geregistreerd voor 5 jaar en niet 10 jaar.

De pil: De PI van de combinatiepil is niet 0,1. De WHO geeft gemiddeld 0,3 aan bij correct gebruik en in de praktijk blijkt het 8 te zijn. Zie ook de PI van de recent op de markt gebrachte pillen. Het grote nadeel van deze methode is het vergeten (80% vergeet hem wel eens). Eerlijke informatie gebiedt ook hier het nadeel te noemen.

Implantatiestaafje. Bij elke methode met alleen progestageen kunnen vooral in het begin onregelmatige bloedingen optreden. Goede voorlichting hierover voorkomt teleurstelling. Een dergelijke zin zou bij elke methode met alleen progestageen in het informatiemateriaal voor de patiënten opgenomen moeten worden om de eenduidigheid te bewaren.

Anticonceptiering. Het startadvies is hetzelfde als met de pil: starten op dag 1 van de menstruatie betekent meteen betrouwbare anticonceptie. Na de ringvrije week geldt niet de marge van 3 uur maar 12 uur net als bij de pil. Het NHG stelt dat de ring minder betrouwbaar zou zijn dan de pil, maar dat blijkt niet uit de PI gebaseerd op het registratieonderzoek. De betrouwbaarheid is vergelijkbaar met die van de recent geïntroduceerde pillen. Ook de WHO geeft een vergelijkbare betrouwbaarheid als de pil aan. Twee onderzoeken die de ring vergeleken met Microgynon 30[®] en Yasmin[®] geven eenzelfde PI aan. Zoals met alle nieuwe middelen moet de betrouwbaarheid in de praktijk nog blijken. Daaraan is aandacht besteed in het artikel van het Lareb om aan te geven dat vrouwen met bijvoorbeeld verzakking minder geschikt zijn voor de ring en dat men deze hoog genoeg moet inbrengen om uitzakken te voorkomen.^{1,2} In de registratietekst staat zelfs dat de cycluscontrole beter is met NuvaRing[®] dan met Microgynon 30[®] maar opname hiervan in uw voorlichting zou misschien te veel gevraagd zijn.

NHG-Patiëntenfolder Voorbehoedmiddel. Als onafhankelijke instantie zou het NHG alle beschikbare methoden moeten belichten. Nieuwe methoden zoals anticonceptiepleister en -ring worden helemaal niet genoemd terwijl dat gezien de datum van uitgifte wel zou moeten.

Gert Siemons, Medical director, Organon

1 Passier JLM, Van Enbroek EP, Van Groothoest AC. Meldingen bij het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb van expulsie van een vaginale-anticonceptie-ring (NuvaRing) en van zwangerschap tijdens het gebruik ervan. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2004;148:2033-5.

2 Op ten Berg MT. Meldingen bij het Nederlands

Bijwerkingen Centrum Lareb van expulsie van een vaginale-anticonceptie-ring (NuvaRing) en van zwangerschap tijdens het gebruik ervan. Ned Tijdschr Geneeskd 2004;148:2096-7.

Antwoord

NHG-Standaarden worden eens per drie tot vijf jaar herzien. Op het gebied van hormonale anticonceptie gaan de ontwikkelingen snel, en dit heeft al diverse malen geleid tot een tussentijds addendum. De nu door de firma Organon aangegeven 'feitelijke onjuistheden' vallen echter nogal mee.

Minipil. Zolang de huidige bijsluiter én het *Farmacotherapeutisch Kompas* én zelfs de productinformatie op de website van de firma Organon van deze nieuwe gegevens geen melding maken, lijkt het ons voorbarig de standaard aan te passen.¹

Koperspiraal. Bij de herziening van de NHG-Standaard Het spiraaltje zal de vervangingstermijn nogmaals kritisch worden bekeken.

De betrouwbaarheid van de pil. Het is opmerkelijk en wellicht niet toevallig dat een firma die nieuwe middelen introduceert als de anticonceptiering en het implantatiestaafje in toenemende mate wijst op een slechte betrouwbaarheid van de pil. Het gegeven dat bij pilgebruik de kans op zwangerschap 8% zou zijn lijkt hen daarbij goed uit te komen. In zeer selecte groepen zal dit misschien wel kloppen, maar het geldt gelukkig zeker niet voor de gemiddelde Nederlandse vrouw. De NHG-Standaard wijst er in de voorlichtingsparagraaf duidelijk op dat een juiste innahme onontbeerlijk is voor een hoge betrouwbaarheid.

Implantatiestaafje. Wij vinden het belangrijk melding te maken van het feit dat circa 25% van de vrouwen vroegtijdig van het staafje af wil, om reden van hinderlijk bloedverlies. De kosten van anticonceptie moeten veelal door vrouwen zelf gedragen worden en een staafje dat men vroegtijdig kwijt wil, is nu eenmaal duur. Dit argument weegt mee bij de beslissing welk anticonceptiemiddel men gaat kiezen.

Anticonceptiering. Het NHG-Standpunt over de anticonceptiering heeft de strekking

dat er vanuit de algemene praktijk nog te weinig gegevens zijn over betrouwbaarheid en nadelen van deze ring.² Dit blijft onverkort gelden. Het artikel van Passier et al. in het NTvG over de meldingen bij Lareb is hiervan een fraaie illustratie.

Op de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap worden de ontwikkelingen op het gebied van anticonceptie kritisch en nauwlettend gevolgd. Vooralsnog zien wij geen reden tot een tussentijdse aanpassing van de standaard.

Froukje Boukes, Lex Goudswaard, afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap

1 <http://centraal.organon.nl/dynamic/productoverzicht.asp?id=40605>, geraadpleegd op 9 maart 2005.

2 Boukes FS, Assendelft WJ. NHG-Standpunt over de Nuvaring®. <http://nhg.artsennet.nl>.

Infectieuze conjunctivitis

De kern van het artikel van Rietveld et al. is dat de kans op een bacteriële conjunctivitis bepaald kan worden door te vragen naar een aantal symptomen.¹ Daarbij wordt de kans vergroot door het hebben van twee dichtgeplakte ogen en verkleind door het hebben van jeuk en van een voorgeschiedenis van infectieuze conjunctivitis. Dit blijkt uit tabel 3 en de uitleg op bladzijde 57, waarbij de som van de klinische scores bepalend is. Voor twee dichtgeplakte ogen is deze +5, voor jeuk -1 (dus kans verminderend) en voor een voorgeschiedenis van infectieuze conjunctivitis -2 (ook verminderend).

Mijn opmerking behelst het volgende: in de kernboodschap in het blauwe kader rechtsboven op bladzijde 54 onder het kopje 'Wat is nieuw' staat: 'door te vragen naar...'. Deze zin suggereert bij snel lezen dat het aantal dichtgeplakte ogen, jeuk en een voorgeschiedenis van infectieuze conjunctivitis de kans op een bacteriële verwekker vergroot. Dat staat er weliswaar niet, maar uit niets blijkt dat de eerste factor de kans vergroot en de tweede en derde factor de kans daarop verkleint. Daarvoor moet je echt het artikel zelf lezen. Het is niet logisch om in een kern-

boodschap – die opzichzelfstaand en duidelijk moet zijn – factoren op te nemen met tegengestelde invloeden zonder uitleg. Dit had mijns inziens meer expliciet vermeld moeten worden. Bijvoorbeeld: de kans op een bacteriële conjunctivitis wordt duidelijk vergroot als het aantal dichtgeplakte ogen twee is en enigszins verkleind door elk van de factoren jeuk en het hebben van een infectieuze conjunctivitis in de voorgeschiedenis. Verder wordt er niet uitgelegd hoe de klinische score totstandkomt. Uit tabel 3 is met enig puzzelen wel op te maken dat de

kleinste regressiecoëfficiënt -0,61 herleid wordt tot het kleinste hele getal, -1 door te vermenigvuldigen met 1/0,61 en deze breuk ook op de andere factoren toe te passen en op het meest dichtbij gelegen gehele getal af te ronden, maar de uitleg ontbreekt. Eveneens ontbreekt de uitleg, waarom de klinische score genomen moet worden om tabel 4 te kunnen berekenen. Maar wellicht voert deze statistische verhandeling te ver voor de strekking van dit artikel.

N.G. Berkhof

1 Rietveld R, Ter Riet G, Bindels P, Sloos S, Van Weert H. Met drie vragen naar de diagnose bacteriële infectieuze conjunctivitis; cohortonderzoek naar de waarde van combinaties van klachten en symptomen. *Huisarts Wet* 2005;48:53-8.

Antwoord

Berkhof heeft gelijk, die kernboodschap hadden we makkelijk veel duidelijker kunnen formuleren. We zullen ons best blijven doen.

Joost Zaat

Cochrane-reviews

Trommelvliesbuisjes voor gehoorverlies door otitis media met effusie bij kinderen

Lous J, Burton M, Felding J, Ovesen T, Rovers M, Williamson I. *Grommets (ventilation tubes) for hearing loss associated with otitis media with effusion in children. The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1. Chichester: Wiley.

Achtergrond Otitis media met effusie (OME) komt veel voor en gaat vaak gepaard met een gehoorverlies van gemiddeld 25-30 dB. Hierdoor kunnen achterstanden ontstaan op het gebied van de taal-, spraak- en intellectuele ontwikkeling en op het gedrag. Niet-operatieve behandelingen van OME zijn weinig succesvol gebleken. Het plaatsen van trommelvliesbuisjes is een gebruikelijke behandeling van persistente OME. Gezien het aantal geplaatste busjes – 20 per 1000 kinderen per jaar in Nederland –, de ermee gepaard gaande kosten en de controverse over het nuttig effect is een analyse van de bestaande onderzoeken naar de effecten van het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij OME erg nuttig.

Doel Het effect van het plaatsen van trommelvliesbuisjes vergelijken met myringotomie of een afwachtend beleid bij kinderen met OME.

Zoekstrategie Volgens de standaard

zoekstrategie van de Cochrane ENT Disorders Group werd in het Cochrane Controlled Trials register, Medline (1966-2003) en EMBASE (1974-2003) gezocht naar *randomised controlled trials* en *controlled clinical trials*. Onderzoeken naar de behandeling van kinderen van 1-12 jaar met een enkel- of dubbelzijdige OME, al of niet behandeld met analgetica, decongestiva of – bij een acute infectie – antibiotica, werden ingesloten. De diagnose moest door de huisarts of specialist met behulp van (pneumatische) otoscopie of tympanometrie zijn gesteld. De gevonden onderzoeken werden onderverdeeld in: onderzoeken over kinderen met adenoïdectomie; onderzoeken over kinderen zonder adenoïdectomie en onderzoeken over kinderen die werden gerandomiseerd naar wel/geen adenoïdectomie. Er waren twee onderzoeksgroepen: de ene met kinderen met busjes in één oor (gerandomiseerd per oor) met als controlegroep kinderen zonder operatie of myringotomie in het andere oor en de andere met kinderen met busjes in beide oren (randomisatie per kind) waarbij de controlegroep bestond uit kinderen zonder operatie of myringotomie.

Uitkomstmaten De primaire uitkomstmaten waren verschil in gehoorverlies en aan- of afwezigheid van middenooreffusie of dagen zonder middenooreffusie. Als secundaire uitkomstmaten golden:

taal- en spraakontwikkeling; intellectuele ontwikkeling; gedragstoornissen; kwaliteit van leven; functioneren van de familie (*parents distress index*); andere gehoorgerelateerde uitkomsten en bijwerkingen van de busjes.

Resultaten Het plaatsen van trommelvliesbuisjes heeft een positief effect op het gehoor. In de onderzoeken waarin de kinderen geen adenoïdectomie hadden ondergaan, verbeterde het gehoor met gemiddeld 9 dB (95%-BI 4-14) na 6 maanden en met 6 dB (95%-BI 3-9) na 12 maanden. Twee jaar na plaatsing was het effect nog 4 dB (95%-BI 2-6). Indien er ook sprake was van adenoïdectomie bleek het toegevoegd effect van de busjes gering: 3-4 dB (95%-BI 2-5) na 6 maanden en 1-2 dB (95%-BI 0,1-2,8) na 12 maanden.

Eén jaar na het plaatsen van de busjes hadden patiënten gedurende 32% minder dagen klachten van OME. De gemiddelde duur van het effect van de busjes was 10 maanden en bleek van meerdere variabelen afhankelijk te zijn, zoals het type busje dat gebruikt werd, de operatietechniek en het voorkomen van infecties.

Het effect van de busjes op de taal-, spraak- en intellectuele ontwikkeling bleek moeilijk te meten door het grote onderlinge verschil van de onderzoeken. De resultaten worden dan ook per trial beschreven. De meeste onderzoeken lieten na 6, 9 en 12 maanden geen of slechts