

Het belang van stemvorkproeven

We namen met belangstelling kennis van de klinische les van Rinia et al. Zij pleiten om bij plotseling gehoorverlies zonder afwijkingen bij otoscopie stemvorkproeven te gebruiken als leidraad voor het verdere handelen. Dit betreft dan meestal idiopathisch plotseling perceptief gehoorverlies (IPPG), hetgeen reden zou zijn voor spoedverwijzing naar de KNO-arts en snelle inzet van corticosteroiden.

De vraag is of het bij deze ernstige, zeldzame aandoening verstandig is het beleid te baseren op uitkomsten van stemvorkproeven. Het beleid van de huisarts bij slechthorendheid wordt vooral bepaald door anamnese en bevindingen bij otoscopie. Als hiermee de slechthorendheid niet te verklaren is, wordt audiometrie of een fluisterspraakonderzoek verricht. Bij een gemiddeld gehoorverlies van 30 dB of meer, of een afwijkende uitslag van de fluisterspraakonderzoek overweegt men overleg met of verwijzing naar een KNO-arts, ongeacht de aard van het gehoorverlies. Alleen bij een negatieve Rinne-test zou men een meer afwachtend beleid kunnen voeren, gezien de grote kans op otitis media met effusie.¹ De werkgroep van de NHG-Standaard Slechthorendheid meent dat in dat geval ook positieve aanwijzingen voor deze diagnose moeten zijn bij anamnese of lichamelijk onderzoek, waardoor andere ernstiger oorzaken van geleidingsverlies minder waarschijnlijk worden. Stemvorkproeven helpen volgens de NHG-Standaard onvoldoende om te kiezen tussen afwachten of verwijzen.

De literatuur is ook minder optimistisch over de baten van snelle toediening van corticosteroiden bij IPPG dan Rinia et al. aangeven. De kans op spontaan herstel van IPPG bedraagt circa 65% en het is onduidelijk of corticosteroiden daar veel aan toevoegen.² In twee systematische reviews uit 1996 en 1999 (inclusief de twee onderzoeken waar Rinia naar verwijst) wordt voorzichtig gezegd dat mogelijk enig effect van corticosteroiden bij IPPG bestaat, maar ook dat de metho-

dologische kwaliteit van de onderzoeken van steroïden bij IPPG te wensen over laat, zodat een gedegen onderzoek nodig is om echt een uitspraak kunnen doen.^{2,3} Wij betwijfelen of het advies van Rinia et al. een wijs advies voor de huisarts is. De huisarts heeft bij deze relatief zeldzame en voor de patiënt beangstigende aandoening meer aan zijn gezonde verstand dan aan een diagnostische handeling die hij in de praktijk weinig toepast en waarschijnlijk weinig betrouwbare uitkomsten geeft.

J.A.H. Eekhof, L.J. Boomsma,
namens de werkgroep

- 1 NHG-Standaard Slechthorendheid. <http://nhg.artsennet.nl>.
- 2 Haberkamp TJ, Tanyeri HM. Management of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Am J Otol* 1999;20:587-92.
- 3 Stokroos RJ, Albers FW. Therapy of idiopathic sudden sensorineural hearing loss: a review of the literature *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1996;50:77-84.

Antwoord

De brief van Eekhof et al. suggereert dat het beleid gebaseerd moet worden op de uitkomsten van de stemvorkproeven. Dit is niet wat wij met deze klinische les hebben willen suggereren. Volgens ons zijn deze conclusies ook niet te trekken na het lezen van de klinische les.

Zowel in de samenvatting, als in de diagnostiekparagraaf en de conclusie vermelden wij expliciet dat de stemvorkproeven te allen tijde gecombineerd moeten worden met de anamnese en het oriënterend KNO-onderzoek. De stemvorkproeven als zelfstandige entiteit hebben uiteraard weinig kracht.

De boodschap van de klinische les, zoals wij die bedoeld hebben, is om huisartsen erop attent te maken dat de stemvorkproeven, samen met de anamnese en het KNO-onderzoek, kunnen helpen om de aard van het gehoorverlies inzichtelijk te maken. Dit is zeker het geval bij ernstige perceptieve verliezen. In de NHG-Standaard staat beschreven dat de stemvorkproeven een ondergeschikte rol spelen bij patiënten met slechthorend-

heid (noot 23). Wij zijn het hier dus stellig mee oneens.

Een tweede punt betreft de effectiviteit van corticosteroiden. Het enige prospectief, dubbelblind gerandomiseerde onderzoek dat tot op heden is uitgevoerd (Wilson) toont aan dat in de placebogroep bij slechts 38% van de patiënten sprake was van gehoorherstel.¹ Dit in tegenstelling tot 78% van de patiënten die met corticosteroiden werden behandeld. Dergelijke percentages werden ook gevonden in het prospectieve onderzoek van Moskowitz (89% versus 44%).² Sindsdien wordt IPPG wereldwijd behandeld met corticosteroiden.

Derhalve benadrukken wij graag nogmaals dat de stemvorkproeven een belangrijke rol kunnen spelen bij de overwegingen om een patiënt met plotseling gehoorverlies met spoed in te sturen naar de KNO-arts.

A.B. Rinia, J.A. de Ru, E.A. Dunnebier

- 1 Wilson WR, Byl FM, Laird N. The efficacy of steroids in the treatment of idiopathic sudden hearing loss. *Arch Otolaryngol* 1980;106:772-6.
- 2 Moskowitz D, Lee KJ, Smith HW. Steroid use in idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Laryngoscope* 1984;94(5Pt1):664-6.

De saturatiemeter in de huisartsenpraktijk

Ik heb het artikel *De saturatiemeter in de huisartsenpraktijk* (H&W 2005;48:467-9) met aandacht gelezen, maar ik heb de nodige bedenkingen over de theoretische onderbouwing, de voorbeeldpatiënten en de conclusies.

Het artikel besteedt geen aandacht aan de fysiologie van zuurstofbinding aan hemoglobine en de zuurstofspanning, de beperkingen die er zijn bij de feitelijke metingen en de fouten die zich kunnen voordoen tijdens de meting. Ook geven de auteurs een niet altijd goed toepasbare definitie van cyanose.

De casuïstiek kenmerkt zich door een oververtegenwoordiging van patiënten met longfibrose. De prevalentie van long-

fibrose moet volgens schattingen rond de 30 per 100.000 zijn. De gemiddelde huisartsenpraktijk heeft dus niet meer dan 1 patiënt met longfibrose.

De waarde van de saturatiemeting bij de behandeling van COPD in de eerste lijn is niet duidelijk. De ernst van een COPD-exacerbatie wordt niet bepaald door de aan- of afwezigheid van een desaturatie. Er kan sprake zijn van een belangrijke COPD-exacerbatie zonder saturatiedaling, op basis van zowel de vorm van de zuurstofdissociatiecurve als het feit dat de longen zoveel reservecapaciteit hebben dat er pas laat een desaturatie ontstaat. Een normale saturatie kan dus leiden tot een 'fout-positief' gerust gevoel bij huisarts en patiënt. Veel publicaties over saturatiemeting en COPD-exacerbaties hebben betrekking op patiënten die worden gezien op de spoedeisende hulp van een ziekenhuis.

Bij acute onverklaarde dyspneu kan er sprake zijn van een longembolie. De perifere saturatie speelt een ondergeschikte rol bij de diagnostiek van een longembolie. Veel patiënten met een longembolie hebben een normale saturatie. Pas in het geval van een massale longembolie, bij meerdere longembolieën tegelijk of samen met een preëxistente longaandoening kan er een significante daling optreden van de zuurstofsaturatie.

De plaats van de saturatiemeting in de eerste lijn is nog niet duidelijk. Er zal nog veel onderzoek nodig zijn. Tot die tijd ontraad ik huisartsen een kostbare saturatiemeter aan te schaffen.

P. Eppinga, longarts

Antwoord

Wij danken collega Eppinga voor zijn opmerkingen. De plaats van de saturatiemeter in de huisartsenpraktijk is

inderdaad nog allerminst duidelijk. Onze observaties zijn bedoeld als stimulans voor onderzoek dat zou kunnen leiden tot een plaatsbepaling.

Eppinga is ook bezorgd over de negatieve consequenties die invoering van de saturatiemeter in de praktijk zou kunnen hebben. Ter geruststelling merken wij op dat huisartsen gewend zijn om dit soort diagnostische mogelijkheden toe te passen als aanvullende diagnostiek. Vergelijkbaar bijvoorbeeld met het gebruik van het ECG-apparaat. De huisarts zal zijn beleid afstemmen op het lichamelijk onderzoek en vooral de anamnese. De saturatiemeter zou in twijfelgevallen een meerwaarde kunnen betekenen. Of dit waar blijkt te zijn zal nog onderzocht moeten worden. Wij hopen door onze publicatie hiervoor een aanzet te hebben gegeven.

Wil van den Bosch

Cochrane-reviews

Monotherapie met metformine bij diabetes mellitus type 2

Saenz A, Fernandez-Esteban I, Mataix A, Ausejo M, Roque M, Moher D. Metformin monotherapy for type 2 diabetes mellitus. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. CD002966. DOI: 10.1002/14651858.

Achtergrond Metformine wordt als bloedglucoseverlagend medicament gebruikt bij de behandeling van patiënten met diabetes type 2. Het verbetert de gevoeligheid voor insuline in lever en perifeer weefsel.

Doel Het beoordelen van het effect van monotherapie met metformine op mortaliteit, morbiditeit, glykemische controle, gewicht, lipiden, bloeddruk, insulinespiegels en albuminurie vergeleken met andere bloedglucoseverlagende behandelingen binnen verschillende diabetes-subgroepen.

Zoekstrategie en inclusiecriteria Met behulp van MEDLINE (1966-2003) en

EMBASE (1974-2003) werden dubbelblinde, enkelblinde en open trials geïnccludeerd. Het moest gaan om onderzoeken waarin behandeling met metformine vergeleken werd met behandeling met sulfonyleureumderivaten, thiazolidinedionen, alfa-glucosidaseremmers, insuline of meglitiniden bij patiënten met een myocardinfarct of CVA in de voorgeschiedenis, of met perifeer of microvasculair vaatlijden. Uitkomstmaten waren: vaatlijden, nuchtere glucose, HbA1c, BMI, serumlipiden, insulinespiegels, bloeddruk en microalbuminurie.

Methode Twee onderzoekers beoordeelden onafhankelijk van elkaar de trials op kwaliteit en voerden een gestandaardiseerde data-extractie uit. In de data-analyse werden dezelfde klinische eindpunten gebruikt als de UKPDS-34 (1998). Men definieerde drie hoofdgroepen: 1. alle diabetesgerelateerde uitkomsten (acute dood, sterfte aan hyper- of hypoglykemie, al dan niet lethaal myocardinfarct, angina pectoris, hartfalen, CVA, nierfalen, amputatie, retinopathie of cataractextractie);

2. diabetesgerelateerde sterfte (sterfte door myocardinfarct, CVA, perifeer vaatlijden, nierziekte, hyper- of hypoglykemie en acute dood en 3. alle doodsoorzaken. Afzonderlijk geanalyseerd harde eindpunten waren: myocardinfarct, CVA, perifeer vaatlijden en microvasculaire complicaties. Additionele uitkomstparameters waren onder andere: nuchtere glucose, HbA1c, BMI, serumlipiden, bloeddruk, insulinespiegels en microalbuminurie. Uitsluitend gegevens van voldoende kwaliteit en vergelijkbaarheid werden statistisch samengevoegd. Veranderingen opzichte van de baselinegegevens werden uitgedrukt in gestandaardiseerd gemiddeld verschil (SMV). Dichotome gegevens werden uitgedrukt in relatieve risico's (RR), risicoverschil (RV) en het number needed to treat (NTT).

Resultaten Van de 215 artikelen waren 99 geen clinical trial; 87 voldeden niet aan de inclusiecriteria. De 29 overgebleven onderzoeken met 37 onderzoeksarmen en totaal 5259 patiënten vergeleken metformine met SU-derivaten (13 onderzoeks-