

met orale antibiotica bij kinderen met een loopoor te overwegen. Interessant is dan ook of lokale behandeling in de vorm van antibioticadruppels effectief zou zijn. De eerste review liet zien dat quinolonendruppels de otorroe zelfs sneller stopten dan systemisch toegediende antibiotica. Voordat we nu allemaal gaan druppelen bij een loopoor is echter toch meer en goed onderzoek nodig, met name bij de jongste kinderen.

Volgens de NHG-Standaard OME is er geen bezwaar tegen het gebruik van antibioticadruppels bij patiënten met trommelvliesbuisjes die een loopoor hebben, ook al is het effect beperkt. De tweede review laat zien dat er eigenlijk geen bewijs is voor het effect van deze handelwijze. Wel is dit een behandeling die KNO-artsen veelvuldig toepassen bij patiënten met buisjes. Er is wel bewijs dat orale antibiotica effectief zijn in het bekorten van de duur van de otorroe bij deze kinderen. Maar ook hier is het bewijs dun en er zal zeker nog aanvullend onderzoek nodig zijn om hier evidence-based te kunnen handelen. Of uitzuigen van het oor bijdraagt aan de genezing blijft daarnaast ook nog onduidelijk.

Roger Damoiseaux

1 Rovers MM, Glasziou P, Appelman CL, Burke P, McCormick DP, Damoiseaux RA, et al. *Antibiotics for acute otitis media: an individual patient data meta-analysis*. *Lancet* 2006, aanvaard voor publicatie.

Antibiotica bij COPD blijft niet zinvol

Ram FSF, Rodriguez-Roisin R, Granados-Navarete A, Garcia-Aymerich J, Barnes NC. *Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease*. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. DOI:10.1002/14651858.CD004403.pub2.

Inleiding Het nut van antibiotica bij de behandeling van exacerbaties van COPD staat nog altijd ter discussie.

Methode De reviewers zochten in het Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL, MEDLINE (1966-2005),

EMBASE (1974-2005), Web of Science en op medische websites. Het moest gaan om RCT's met antibiotica. In de trials mocht de diagnose COPD gesteld zijn op basis van de anamnese van chronische lageluchtwegproblemen, maar ook op basis van spirometrie (BTS 1997; GOLD 2005; NICE 2004). De reviewers sloten ook onderzoeken in waarin sprake van een klinische diagnose COPD, conform de criteria van het Medical Research Council (MRC 1965). Onderzoeken met antibiotica zonder placebo of ter preventie van exacerbaties van COPD werden uitgesloten.

Uitkomstmaten Als primaire uitkomstmaten kozen de reviewers: de duur van ziekenhuisopnames of aantal heropnames, het aantal intensivecareopnames en de spirometrie aan het einde van de interventie (FEV₁, VC en PEF). De secundaire uitkomstmaten waren: mortaliteit tijdens interventie, falen van interventie (onvolledig herstel), reductie van sputumvolume en purulentie aan het einde van de onderzoeksperiode.

Resultaten De reviewers sloten 11 onderzoeken met in totaal 917 patiënten in, van Elmes (1965) tot Nouria (2001). Acht onderzoeken gingen het effect na van antibiotica bij patiënten in ziekenhuizen, één onderzoek deed dat bij COPD-patiënten op de intensive care en bij twee onderzoeken ging het om de open populatie. Zeven onderzoeken waren full-text tijdschriftartikelen. De overige onderzoeken betroffen een vertaling uit het Spaans, een abstract, een ingezonden brief over een klinisch onderzoek en een pilotonderzoek.

Eén onderzoek kon uitsluitsel geven over de primaire eindpunten; slechts 4 van de 10 onderzoeken over secundaire eindpunten waren methodologisch goed uitgevoerd. Bij deze vier ging het om onderzoeken bij gehospitaliseerde COPD-patiënten (1965, 1967, 1972 en 2001), waarbij in de antibioticagroep een relatieve mortaliteitsreductie van 77% werd gezien. In de 6 andere onderzoeken waarin falen van de onderzoeksmedicatie werd nagegaan, gaf behandeling met antibiotica een RR van 25%. In 56% van de gevallen was er na behandeling met antibiotica geen purulent sputum meer.

Conclusie van auteurs Antibiotica reduceren de mortaliteit en complicaties van de exacerbaties met respectievelijk 77% en 53%.

Commentaar

De definitie van COPD is afgelopen decennia veranderd (van anamnese tot GOLD-criteria). Auteurs hebben zodoende patiënten ingesloten met 'COPD-achtige' symptomen en met de spirometrische diagnose COPD (pre/postbronchodilatoir). Het aantal onderzoeken met de spirometrische diagnose was veel te klein om de onderzoeksvragen te beantwoorden. Alleen de onderzoeken van Manresa en Nouria zouden elk afzonderlijk aan de inclusiecriteria voldoen. Toch concluderen de auteurs dat antibiotica een klinisch significant effect hebben voor naar het ziekenhuis verwezen patiënten. Deze conclusie is absoluut niet terug te vinden in de resultaten – er waren zeer grote betrouwbaarheidsintervallen. In de twee onderzoeken in de open populatie bleken antibiotica geen meerwaarde boven placebo te hebben. Het lijkt erop dat de auteurs door hun gegoochel met getallen de kliniek geheel uit het oog hebben verloren. Ze concluderen zelfs dat antibiotica ook een klinisch significant effect zouden hebben bij toegenomen hoest en purulent sputum. Afgezien van het feit dat deze conclusie slechts gebaseerd is op twee oude onderzoeken (uit 1968 en 1972), gaan de auteurs voorbij aan de vraag of groen sputum een risicofactor kan worden genoemd. Groen sputum en klachten van de luchtwegen zijn namelijk niet synoniem met bacteriële infecties. Dit zou namelijk impliceren dat de auteurs ons adviseren om 's morgens tussen zes en elf uur wél en erna geen antibioticum voor te schrijven. Essentieel bij de beantwoording van de vraag of de sputumkleur correleert met een onderliggende bacteriële infectie, is dat er geen RCT's met antibiotica zijn gedaan waarbij groen sputum een inclusie criterium was. In drie onderzoeken (1965, 1968, 1972) is weliswaar een statistisch, maar geen klinisch significante verbetering in de antibioticagroep waargenomen. De auteurs

hadden zich erover moeten verwonderen dat in de placebogroepen van alle RCT's nooit pneumonieën zijn gediagnosticeerd. De essentiële vraag is dan ook of antibiotica niet als profylacticum worden voorgeschreven.

Het grote probleem met dit soort meta-analyses is, nog afgezien van de kleine patiëntenaantallen, dat men altijd verzuimt gastheerparameters te betrekken, zoals leeftijd, ambulans versus gehospitaliseerd, mate van obstructie (FEV₁), mate van dyspnoe, bevindingen bij auscultatie (crepiteren), ademhalingsfrequentie, hoge koorts en beloop ervan, mate van ziek-zijn, functionele toestand, medische voorgeschiedenis (met name het beloop

van vorige exacerbaties) en comorbiditeit. Deze parameters hanteren we namelijk dagelijks, terecht of onterecht, bij onze afweging antibiotica te geven. Auteurs geven blijk zich niet te realiseren dat voor infecties twee partijen nodig zijn: agens *en* gastheer!

In de huisartsenpraktijk zijn overwegend ambulante, niet-immuungecompromitteerde mensen met COPD en deze Cochrane-review geeft geen eenduidig wetenschappelijk verantwoorde conclusie voor deze patiëntengroep noch voor een andere specifiek omschreven patiëntengroep. Patiëntenkarakteristieken en onderzoeksdomeinen verschillen hiervoor te sterk. Binnenkort verschijnt een meta-analyse

met bijna 1500 patiënten van Zwitserse onderzoekers, waarin met deze verschillen wel rekening wordt gehouden. Antibiotica bij exacerbaties van ambulante COPD-patiënten in de huisartsenpraktijk blijken dan geen toegevoegde waarde te hebben.

Toch voelen de auteurs zich blijkbaar niet gehinderd vergaande conclusies te trekken. Mogelijk vanuit de veelal heersende gedachte dat bij onderzoekers 'het jachtseizoen op bacteriën' nog in volle gang is. Tegen hen zou ik willen zeggen: 'Zolang onder exacerbatie van COPD per definitie een bacteriële infectie wordt verstaan, beschermt verstand niet tegen waan.'

A.P.E. Sachs

POEM

Het onderscheid tussen urge- en stressincontinentie

Vraagstelling

Is de 3IQ-test geschikt voor het onderscheiden van urge- en stressincontinentie bij vrouwen?

Korte beschrijving

Onderzoeksopzet De onderzoekers ontwikkelden aan de hand van eerdere onderzoeken en klinische expertise de

Betekenis voor huisarts en patiënt

Van de vrouwen boven de 40 jaar heeft bijna 35% klachten van urine-incontinentie. In de NHG-Standaard Incontinentie voor urine staan de richtlijnen voor de behandeling beschreven, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen urge- en stressincontinentie. Gezien het verschil in behandeling is het van belang bij incontinentie aan de hand van de anamnese de juiste diagnose te stellen. De 3IQ(3 Incontinence Questions)-test, een korte vragenlijst, is hierbij een bruikbaar middel. De test kan voor de huisarts een aanvulling betekenen op de diagnostische middelen die de huisarts heeft bij vrouwen met incontinentieklachten.

De 3IQ-test

- 1 Heeft u de afgelopen 3 maanden urineverlies gehad (al is het een kleine hoeveelheid)?
Ja (verder naar vraag 2 en 3) of nee (de vragenlijst is afgerond).
- 2 Heeft u de afgelopen 3 maanden urineverlies gehad: (alle vragen nagaan)
 - a bij het uitoefenen van fysieke activiteit, zoals hoesten, niezen, tillen, of lichamelijke inspanning?
 - b bij aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen, u haalde het toilet echter niet op tijd?
 - c zonder fysieke activiteit en zonder het gevoel van aandrang?
 - d ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij het gevoel van aandrang?
- 3 Wanneer trad de afgelopen 3 maanden urineverlies het vaakst op: (*één antwoord*)

3IQ-test: een korte vragenlijst voor het onderscheiden van urge- en stressincontinentie (*kader*).¹ Ook beoordeelden zij de reproduceerbaarheid en de validiteit van deze test.

Patiëntenpopulatie Er werden 301 vrouwen geïncludeerd met onbehandelde urine-incontinentie. Zij hadden minimaal 3 episodes van urineverlies per week gedurende ten minste 3 maanden. De ernst van de klachten varieerde: 5% mild, 59% matig, 25% ernstig, 11% zeer

- a bij het uitoefenen van fysieke activiteit, zoals hoesten, niezen, tillen, of lichamelijke inspanning?
- b bij aandrang of het gevoel de blaas te moeten ledigen, u haalde het toilet echter niet op tijd?
- c zonder fysieke activiteit en zonder het gevoel van aandrang?
- d ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij het gevoel van aandrang?

Het type urine-incontinentie wordt gebaseerd op het antwoord op vraag 3:

- a het vaakst bij fysieke activiteit → (voornamelijk) stress
- b het vaakst bij aandrang → (voornamelijk) urge
- c zonder fysieke activiteit en zonder aandrang → (voornamelijk) andere oorzaak
- d ongeveer even vaak bij fysieke activiteit als bij aandrang → gemengd stress en urge

ernstig. De gemiddelde klachtenduur was 7,0 jaar (SD 7,2 jaar). Zij waren 40 jaar of ouder, met een gemiddelde leeftijd van 56,4 jaar (SD 11,4). Van de vrouwen was 32,7% postmenopausaal. De etnische oorsprong was gemengd (69% blank). Om de reproduceerbaarheid te kunnen testen, werd de vrouwen gevraagd de 3IQ-test tweemaal in te vullen met een interval van 7 tot 10 dagen. Daarna ondergingen alle vrouwen een uitgebreide aanvullende evaluatie, die beschouwd werd