

## Adenotonsillectomie bij kinderen: arts en ouders op één lijn?

Van Staaij beschrijft het nut van adenotonsillectomie (Huisarts Wet 2005;48:571-6). Ze baseert zich vooral op haar eigen onderzoek (BMJ 2004;329:1317-22). In een recent nummer van *Minerva* (het tijdschrift voor Evidence Based Medicine in België) uitte ik vier punten van kritiek op de moeilijke opzet van deze trial en het lijkt goed die ook hier te herhalen.<sup>1</sup>

Van Staaij et al. trekken ten eerste alleen conclusies over kinderen met 'een keelinfectie of adenotonsillaire hypertrofie', terwijl ze ook kinderen 'includeerden met recidiverende bovensteluchtweginfecties als enig criterium (hoeveel kinderen?).

Ten tweede: driekwart van de kinderen (926/1226) die in aanmerking kwamen, werd niet in het onderzoek opgenomen: bij 512 kinderen drongen ouders immers zelf aan op operatie en bij 41 kinderen drong de arts aan op een ingreep; anderzijds weigerden 51 ouders een operatief ingrijpen; volgens 83 ouders was de studie te tijdrovend en over 108 redenen kon geen duidelijke informatie teruggevonden worden. Bovendien ondergingen 50 kinderen uit de groep met afwachtende houding uiteindelijk toch een ingreep. De auteurs vermelden in hun bespreking wel dat andere onderzoeken vergelijkbare frequenties rapporteerden van kinderen die na een aanvankelijk afwachtende houding uiteindelijk toch geopereerd werden. We geven ruiterlijk toe dat de onderzoekers zelf niet verantwoordelijk zijn voor al deze veranderingen, maar geef toe, beantwoordt een intention-to-treatanalyse met een uitval van 75,5% aan de verwachtingen van een goed opgezet methodologisch onderzoek?

Ten derde: volgens de auteurs waren drie infecties het afgelopen jaar al frequent en voldoende als criterium voor operatie (?), maar over hoeveel kinderen het hier ging werd niet gerapporteerd.

En tot slot lijkt mij het onderzoek vooral een tweedelijns onderzoek en niet zomaar extrapolbaar naar de huisartsenpraktijk.

Deze punten illustreren een aantal moeilijkheden waarmee een onderzoeksopzet over adenotonsillectomie misschien onvermijdelijk te kampen heeft, namelijk grote uitval, verbreding van indicatiestelling naar andere bovensteluchtweginfecties toe, wisselend aantal infecties als indicatiestelling, verandering van optie (wel/geen operatie) tijdens de trial zelf, tweedelijns onderzoek... De boodschap daarentegen dat men arts en ouders op één lijn moet krijgen doordat actueel de ouders druk uitoefenen op de arts om tot een ingreep te komen, lijkt ons wel een passend. Datzelfde advies is waarschijnlijk ook van toepassing in de Belgische situatie.

Jan Matthys, België

1 Matthys J. Zijn er nog indicaties voor (adeno)tonsillectomie bij kinderen? *Minerva. Tijdschrift voor Evidence Based Medicine* 2005;4:114-6.

## Antwoord

Collega Matthys noemt vier punten van kritiek op onze trial naar de effectiviteit van adenotonsillectomie bij kinderen.<sup>1</sup> Deze hebben alle betrekking op de door ons geïncludeerde patiënten. Voor de duidelijkheid: alle kinderen die in de huidige praktijk in aanmerking komen voor adenotonsillectomie, kwamen in aanmerking voor inclusie in het onderzoek. Alleen kinderen met zeer frequente keelontstekingen of sterke aanwijzingen voor het obstructief slaapapnoesyndroom werden uitgesloten, omdat de effectiviteit van adenotonsillectomie bij deze kinderen onomstreden is.<sup>2,3</sup>

Matthys stelt dat ook kinderen met recidiverende bovensteluchtweginfecties als enige indicatie voor adenotonsillectomie zijn geïncludeerd. Dat is onjuist. Bij 92 kinderen in het onderzoek was weliswaar de belangrijkste reden voor de ingreep recidiverende bovensteluchtweginfecties, maar deze kinderen hadden allen ook andere keelklachten zoals snurken of slechte eetlust.

Ten tweede stelt collega Matthys dat bij een uitval van 75,5% een intention-to-treatanalyse niet beantwoordt aan de verwachtingen van een goed opgezet metho-

dologisch onderzoek. De uitval gedurende het onderzoek bedroeg niet 75,5% maar 11,9% in de adenotonsillectomiegroep en 16,7% in de niet-chirurgische groep. Een intention-to-treatanalyse kan zonder problemen worden uitgevoerd. Naar de generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten hebben wij uiteraard onderzoek gedaan.<sup>4</sup> Demografische en ziektespecifieke kenmerken die het effect van adenotonsillectomie zouden kunnen beïnvloeden waren gelijk voor de deelnemende en niet-deelnemende kinderen. De onderzoekspopulatie is dus representatief voor de grote groep van kinderen die momenteel een adenotonsillectomie ondergaat in Nederland vanwege matige klachten van recidiverende keelontstekingen en/of hypertrofie van de neus- en keelamandelen.

Ten derde stelt Matthys dat wij 'drie infecties in het afgelopen jaar al frequent en voldoende als criterium voor operatie achtten'. Ook dit is onjuist: wij hadden geen invloed op de indicatiestelling. Dergelijke kinderen worden in de dagelijkse praktijk door de huisarts naar de KNO-arts verwezen en geopereerd. Juist die kinderen wilden wij onderzoeken.<sup>5</sup>

Tot slot meent collega Matthys dat ons onderzoek een tweedelijns onderzoek is en niet extrapoleerbaar naar de huisartsenpraktijk. Alle kinderen in ons onderzoek zijn volgens de gangbare praktijk door hun huisarts naar de plaatselijke KNO-arts verwezen. De resultaten van onze trial zijn daarom net zo relevant voor de eerste als voor de tweede lijn. Zij vormen dan ook de basis voor een CBO-richtlijn die momenteel ontwikkeld wordt in een multidisciplinair samenwerkingsverband

Birgit van Staaij, Maroeska Rovers,  
Anne Schilder

1 Van Staaij BK, Van den Akker EH, Rovers MM, Hordijk GJ, Hoes AW, Schilder AG. Effectiveness of adenotonsillectomy in children with mild symptoms of throat infections or adenotonsillar hypertrophy: open, randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:651.

2 Paradise JL, Bluestone CD, Bachman RZ, Colborn DK, Bernard BS, Taylor FH, et al. Efficacy of ton-

sillectomy for recurrent throat infection in severely affected children. Results of parallel randomized and nonrandomized clinical trials. *N Engl J Med* 1984;310:674-83.

- 3 Goldstein NA, Pugazhendhi V, Rao SM, Weedon J, Campbell TF, Goldman AC, et al. Clinical assessment of pediatric obstructive sleep apnea. *Pediatrics* 2004;114:33-43.
- 4 Van den Akker EH, Rovers MM, van Staaij BK, Hoes AW, Schilder AG. Representativeness of trial populations: an example from a trial of adenotonsillectomy in children. *Acta Otolaryngol* 2003;123:297-301.
- 5 Huizinga H, Snow GB. *Leerboek keel-, neus- en oorheelkunde*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003.

## Dysurie met negatieve nitrietest

In het *Journal* van nummer 11 (H&W 2005;48;540) beschrijft u de resultaten van een RCT waarin de antibiotische behandeling van vrouwen met mictieklachten wordt onderzocht. U kopt: 'Dysurie met negatieve nitrietest sneller over met antibiotica'. Bekend is dat de nitrietest een hoge specificiteit combineert met een relatief lage sensitiviteit; in de NHG-Standaard wordt dan ook aanbevolen om na een negatieve nitrietest een dipslide in te zetten. De bevindingen van het Nieuw-Zeelandse onderzoek zijn denk ik vooral opmerkelijk omdat bij alle geïnccludeerde vrouwen niet alleen de nitrietest negatief was – zoals u schrijft – maar ook de leukotest.

Bart van Pinxteren

## Traumatisch hersenletsel

In de kernpunten van hun artikel over patiënten met traumatisch hersenletsel (H&W 2005;48:576-80) stellen Vugts et al. dat bij een (dreigend) sociaal-maatschappelijk disfunctioneren verwijzing geïndiceerd is. Hoewel dit punt in de tekst van het artikel wordt afgezwakt tot de moge-

lijkheid om te verwijzen ('de huisarts kan verwijzen'), wordt het mij niet duidelijk wat de revalidatiearts kan bereiken. De auteurs presenteren een scala aan mogelijke behandelingen die de revalidatiearts kan geven en melden dat er speciale programma's voor deze patiëntengroep zijn ontwikkeld. De verwijzing naar twee weinig toegankelijke referenties (een boek en een tijdschrift dat ik niet terug kan vinden) helpen mij daarbij niet verder. Wat is de waarde van dergelijke programma's? Is er een onderbouwing van die behandelingen? Wellicht dat de auteurs ook de door henzelf gestelde titelvraag nog kunnen beantwoorden.

Marco Blanker

## Antwoord

We schreven ons artikel om huisartsen meer bekend te maken met de (mogelijke) restverschijnselen en de maatschappelijke gevolgen van traumatisch hersenletsel en om hen handvatten te bieden om patiënten met traumatisch hersenletsel te herkennen. Een uitvoerige beschrijving van de verschillende revalidatieprogramma's paste niet in dat kader. We verwezen daarom naar literatuur (het boek) waarin een overzicht (inclusief wetenschappelijke onderbouwing) wordt gegeven van de (cognitieve) revalidatieprogramma's in Nederland. Het kan zijn dat dergelijke literatuur voor een huisarts minder toegankelijk is. Internationaal is er al veel informatie beschikbaar die voor iedereen toegankelijk is.<sup>1,2</sup> Nadere informatie over cognitieve revalidatieprogramma's is te krijgen via revalidatieartsen die werkzaam zijn in ziekenhuizen bij u in de buurt. Uitgebreide informatie over het bovenregionale revalidatieprogramma 'Brain Integration'<sup>3,4</sup> kunt u krijgen via revalidatiecentrum Groot Klimmendaal, afdeling Niet Aangeboren Hersenletsel (026-3526114; mail: g.geurtsen@grootklimmendaal.nl).

Zoals collega Blanker terecht opmerkt, staat in de conclusie dat de huisarts kan verwijzen naar een revalidatiearts.

In het artikel geven we onder het kopje behandeling aan dat de huisarts door voorlichting en/of inschakeling van fysiotherapeut, maatschappelijk werk of psycholoog het reïntegratieproces kan sturen. Afhankelijk van de affiniteit die de huisarts met de doelgroep heeft en zijn (on)mogelijkheden om de behandeling te sturen, kan hij de patiënt voor evaluatie en behandeling verwijzen naar de revalidatiearts. De visie van de revalidatieartsen moge duidelijk zijn: (dreigend) maatschappelijk disfunctioneren bij patiënten met traumatisch hersenletsel is een indicatie voor verwijzing voor cognitieve revalidatieprogramma's! Het is echter aan de huisarts om samen met de patiënt (cave: mogelijk beperkt ziekte-inzicht) te bepalen of de impact op het maatschappelijk functioneren dusdanig is dat verwijzing noodzakelijk is. Met betrekking tot de titelvraag is het aan de lezer om te bepalen of deze, na het lezen van het artikel, tot de conclusie komt dat in zijn praktijk de gevolgen van traumatisch hersenletsel onderschat en/of onderbehandeld worden.

Martin Vugts

- 1 Cicerone KD, Dahlberg C, Kalmar K, Langenbahn DM, Malec JF, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2000;81:1596-1615.
- 2 Cicerone KD, Dahlberg C, Malec JF, Langenbahn DM, Felicetti T, et al. Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 1998 through 2002. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2005;86:1681-92.
- 3 Geurtsen GJ, Vugts MCI, Martina JD, Voerman VF. *Brain Integration*. Holistische secundaire revalidatie bij NAH. *De Psycholoog* 2004;39:255-8.
- 4 Geurtsen GJ, Martina JD, Wade DT, Fasotti L, Geurts ACH. *Brain Integration; Secundaire neuropsychologische revalidatie bij NAH: Beschrijving en effect-evaluatie van het behandelprogramma*. In druk.