

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.