

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)

Tonsillectomie en adenotomie

Naar aanleiding van de redactionele kanttekeningen over de adenotonsillectomie volgens Sluder (1973) wil ik graag enkele vragen stellen en opmerkingen maken.

In deze kanttekeningen wordt vermeld dat in de jaren 1968 t.m. 1970 de klinische sterfte na adenotonsillectomie omstreeks 1 op de 10.000 bedroeg. Uit gegevens van HOOGENDOORN (1971, 1972a, 1972b) valt af te leiden dat per jaar ruim 80.000 klinische adenotonsillectomieën worden verricht in Nederland. Hoe dikwijls deze ingreep poliklinisch wordt verricht is (mij) niet bekend. Het zullen er enkele tienduizenden zijn. Per jaar ondergaan in Nederland derhalve meer dan 100.000 kinderen een adenotonsillectomie. Dit betekent dat de helft van alle kinderen deze ingreep ondergaat! Bij een letaliteit van 1 op 10.000 betekent dit ruim 10 sterfgevallen per jaar. Voor een noodzakelijke, therapeutisch heilzame ingreep lijkt dit aanvaardbaar. Is de ingreep echter wel zo noodzakelijk en therapeutisch heilzaam?

Wellicht had de redactie in haar kanttekeningen iets kunnen laten doorschemeren van de twijfels die bij velen bestaan over de noodzaak van de adenotonsillectomie, zeker in de frequentie waarmee deze ingreep wordt verricht. JONGKEES (1970) schrijft: „Ik heb niet zelden vernomen van patiënten die meenden dat het wegnemen van amandelen bij kinderen geen enkel risico meebracht . . . Ik ken genoeg patiënten die zeer dankbaar zijn voor het feit dat zij een objectief gesproken niet noodzakelijke operatie mochten ondergaan, om te weten dat het „placebo-effect“ van operaties groot kan zijn. Dit verandert echter niets aan de verantwoordelijkheid van de arts en aan de noodzaak tot grote zorgvuldigheid . . .”

BOLANDE (1969) bespreekt in een overzichtsartikel de adenotonsillectomie in de Verenigde Staten. Er zijn 100 tot 300 sterfgevallen per jaar. Hij vermeldt enkele publikaties waarin wordt gesteld dat het verrichten van de operatie beneden de leeftijd van 4 à 5 jaar moet worden beperkt. Na de ingreep is er een kort durend succes bij kinderen met ernstige recidiverende keelontstekingen. Het nut van de adenotonsillectomie bij recidiverende otitis media lijkt zeker. Met anderen komt BOLANDE tot de conclusie dat bij strikte indicatiestelling niet meer dan 2 tot 3 percent van de kinderen de ingreep behoeft te ondergaan.

BOLANDE vraagt zich af waarom de ingreep zo veel wordt verricht en merkt op, dat druk van de zijde van de ouders waarschijnlijk de belangrijkste reden is om ze te verrichten. Met anderen spreekt hij over rituele chirurgie. Hij citeert LIPTON: „Nu blijkt, dat een organische indicatie voor de operatie niet bestaat, is het duidelijk dat wat overblijft een ingewikkeld en geïnstitutionaliseerd mystiek ritueel is.” De belangrijkste oorzaak voor het blijven verrichten van de operatie moet een sterke en voortdurende psychologische behoefte zijn. BOLANDE merkt op dat uiteraard niet alle adenotonsillectomieën onder deze laatste categorie vallen, maar wel die ingrepen die gedaan worden op verzoek van de ouders. De grote belangstelling van de ouders voor de adenotonsillectomie wordt mede veroorzaakt door hun onbegrip over de ware functie van amandelen en adenoid en de rol die deze spelen bij infecties. Zij zijn verkeerd ingelicht en hun houding kan alleen veranderd worden door hun betere kennis van zaken bij te brengen. Bij de ouders spelen ook schuldgevoelens over het ziek zijn van hun kind een rol. Deze schuldgevoelens leiden tot overbescherming; alles moet gedaan worden om het kind te helpen. Wat is gemakkelijker

dan de schuld te geven aan de tonsillen. Ook frustraties door het zieke, lastige en prikkelbare kind hebben hun invloed. Juist op de leeftijd van 2 tot 6 jaar zijn kinderen dikwijls ziek, hebben zij veel infecties en zijn ze nogal eenslastig. BOLANDE wijst erop dat juist op deze leeftijd het kind echter het meest kwetsbaar is in zijn psychische ontwikkeling. Ook vragen ouders dikwijls om de ingreep ter bestrijding van verschijnselen die geen verband (kunnen) houden met de amandelen, zoals enuresis, anorexie en bijna alle verschijnselen die de ouders in onzekerheid brengen of hen frustreren. BOLANDE besluit met op te merken dat de adenotonsillectomie dikwijls verricht wordt als een ritueel, voornamelijk om te voldoen aan de wens en de behoefte van de ouders.

WOOD e.a. (1972) zijn van mening dat 5 of meermalen per jaar keelpijn en meer dan drie weken schoolverzuim per jaar een indicatie vormen voor een adenotonsillectomie. Ook zij wijzen op het belang van goede voorlichting aan de ouders.

ROYDHOUSE (1969) komt tot de conclusie dat adenotonsillectomie nuttig kan zijn om het aantal keelziekten te verminderen op elke leeftijd in goed uitgezochte gevallen. De adenotonsillectomie vermindert de heftigheid van een verkoudheid maar niet het aantal. De adenotonsillectomie heeft geen plaats in de behandeling van hoesten, longinfecties, gedragsproblemen, maagdarfstoornissen en andere niet respiratoire ziekten.

In een Annotation in de *Lancet* (1967) wordt een onderzoek aangehaald van MAWSON. Daaruit blijkt dat bij kinderen bij wie de operatie niet werd verricht, meer keelpijn, tonsillitis en lymfklierzwellingen voorkwamen. Berekend kon worden dat 200 adenotonsillectomieën 300 pijnlijke kelen voorkwamen binnen een jaar na de operatie. Van deze 300 pijnlijke kelen moeten echter volgens de *Lancet* de 200 pijnlijke kelen, veroorzaakt door de ingreep zelf, worden afgetrokken, zodat geconcludeerd kon worden dat de 200 operaties 100 pijnlijke kelen hadden voorkomen in het jaar na de operatie. Elke ingreep voorkwam een halve pijnlijke keel! De *Lancet* twijfelt!

HAGGERTY (1968) stelt dat kinderen jonger dan 5 jaar en niet ouder dan 7 tot 8 jaar in aanmerking komen voor adenotonsillectomie, wanneer er een ernstige belemmering bestaat voor de ademhaling via de neus door een vergroot adenoid. Zeer grote tonsillen die moeilijkheden geven bij het slikken vormen ook een indicatie. Mij lijkt dit een zelden voorkomende indicatie. Meer dan 4 tot 5 bewezen bacteriële infecties van de tonsillen gedurende het laatste jaar bij kinderen jonger dan 8 jaar vereisen volgens HAGGERTY eveneens een adenotonsillectomie. Recidiverende oortsteking vormt volgens hem een moeilijker indicatie. HAGGERTY wil dan eerst andere middelen proberen voordat hij overgaat tot adenotomie. Beneden de leeftijd van 4 jaar is een adenotonsillectomie zelden nodig; beneden de 2 jaar moet deze ingreep niet verricht worden. Ook hij is van mening dat slechts 2 tot 3 percent van de kinderen in aanmerking komt voor de ingreep.

NORTH (1968) praat over de adenotonsillectomie als het grootste en niet herkende gezondheidsprobleem in de Verenigde Staten. De ingreep doodt elk jaar honderden kinderen en maakt een onbekend aantal kinderen invalide. Het is een ernstige epidemie die moeilijk te bestrijden is. De aandoeningen waarvoor de ingreep wordt verricht, hebben een onbekende sterfte en er zijn geen gegevens die erop wijzen dat de adenotonsillectomie een gunstige invloed uitoefent op het natuurlijke beloop van die aandoeningen.

Ook BAKWIN (1958) komt in een uitvoerig overzichts-

artikel tot een vrijwel negatief oordeel. Ik wil het echter hierbij laten.

Het is duidelijk dat er indicaties bestaan voor de adenotonsillectomie. Het is even duidelijk dat in een hoog percentage de ingreep wordt verricht zonder deugdelijke indicatie. Ouders moet geleerd worden en doktoren moeten weten dat de adenotonsillectomie geen wondermiddel is voor allerlei problemen op de kinderleeftijd. Er zijn voor deze problemen tegenwoordig adequate geneeswijzen op zuiver medisch maar vooral ook op psycho-sociaal gebied. Een andere benaderingswijze voorkomt niet alleen veel, deels onherstelbaar leed, maar leert vooral ook ouders op betere wijze omgaan met hun kinderen.

In haar redactionele kanttekeningen over de adenotonsillectomie vergeleek de redactie 2 technieken voor het verwijderen van de tonsillen en kwam tot de conclusie dat er geen duidelijk verschil bestaat in letaliteit en morbiditeit. De betekenis van beide is echter sterk te verminderen door de ingreep alleen op strikte indicatie te verrichten. De redactie heeft een goede gelegenheid voorbij laten gaan om te wijzen op deze mogelijkheid.

Literatuur: Annotations (1967) Tonsillectomy. *Lancet* II, 1292. — BAKWIN, H. (1958) The tonsil-adenoidectomy enigma. *J. Pediatrics* 52, 339. — BOLANDE, R. P. (1969) Ritualistic surgery - circumcision and tonsillectomy. *New Engl. J. Med.* 208, 591. — HAGGERTY, R. J. (1968) Diagnosis and treatment: Tonsils and adenoids - a problem revisited. *Pediatrics* 41, 815. — HOOGENDOORN, D. (1971) De zuigeling in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 115, 1669; (1972a) De (1- tot 4-jarige) kleuter in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1585; (1972b) Het (5-14-jarige) schoolkind in het ziekenhuis. *Ned. T. Geneesk.* 116, 1629. — JONGKEES, L. B. W. (1970) Moest dat nu? *Ned. T. Geneesk.* 114, 45. — NORTH, A. F. (1968) An epidemic unchecked. *Pediatrics* 41, 815. — Redactionele kanttekeningen (1973) Adenotonsillectomie volgens Sluder. *Ned. T. Geneesk.* 117, 115. — ROYDHOUSE, N. (1969) A controlled study of adenotonsillectomy. *Lancet* II, 931.

Helmond, 5 februari 1973

P. J. H. WYERS

Met de uitvoerige brief van collega WYERS ben ik het qua strekking van het betoog omtrent de noodzaak van een juiste indicatie voor tonsillectomie en adenotomie volkomen eens. Aan deze gedachte heb ik dan ook al enkele malen in ons tijdschrift uiting gegeven (1951, 1964, 1970). Overigens geloof ik dat de inzender wel moet oppassen met het vergelijken van Engelse en Amerikaanse cijfers met de Nederlandse. In Engeland is een tonsillectomie een grote operatie onder algehele narcose met intubatie en, op vele plaatsen, een lange wachtlijst. In Amerika wordt de ingreep zelden door keelartsen maar meestal door huisartsen en kinderartsen verricht. Het is vermoedelijk geen toeval dat eigenlijk alle aangehaalde buitenlandse literatuurgegevens uit het Engelse taalgebied komen.

Binnenkort zal een grote statistiek over klinische en poliklinische tonsillectomie en adenotomie in ons tijdschrift gepubliceerd worden waaruit zal blijken dat de sterfte aan deze operaties nog veel lager ligt dan uit de klinische gegevens van collega HOOGENDOORN naar voren komt. De door WYERS aangehaalde uitspraak dat de ingreep elk jaar honderden kinderen doodt, is dan ook zo ongenueanceerd dat ze als onverantwoord moet worden beschouwd zolang niet aangetoond is dat (bijvoorbeeld) het verhoogde gebruik van antibiotica (JONGKEES 1959) (nog veel vaker zonder goede indicatie voorgeschreven) dat, van het nalaten van deze

ingreep het gevolg zal zijn, niet nog meer doden zal eisen.

Op de laatste alinea van de brief zal ik niet ingaan aangezien het door de inzender gestelde probleem geen direct verband houdt met het in de redactionele kanttekening aangesneden onderwerp.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1951) Adenoïde vegetaties. *Ned. T. Geneesk.* 95, 2864; (1959) De therapie van acute streptococcen tonsillitis en de preventie van acuut rheuma en acute glomerulonephritis. *Ned. mil. Geneesk. T.* 12, 159, 229 en 325; (1964) Voor of tegen tonsillectomie. *Ned. T. Geneesk.* 108, 2080; (1970) Moest dat nu? *Ned. T. Geneesk.* 114, 45.

Amsterdam, maart 1973

L. B. W. JONGKEES

Diagnose, profylaxe en therapie van de veneuze trombose van het been

Gaarne veroorloven wij ons enige opmerkingen naar aanleiding van het artikel van collega R. BIEGER en Prof. Dr. E. A. LOELIGER (1973). Wij onderschrijven ten volle hun mening, dat in principe de beste behandeling van het trombosebeen — zoals bij iedere aandoening — profylaxe is. Bij deze profylaxe moeten echter terdege de schaduwzijden van de therapie met anticoagulantia worden overwogen. Dit geldt in het bijzonder voor patiënten op een interne afdeling, bij wie in doorsnee meer contra-indicaties voor anticoagulantia therapie aanwezig zijn dan bij chirurgische patiënten.

Oneens zijn wij het met de opvatting, dat fysische diagnostiek van grote importantie is voor de diagnose veneuze trombose. De schrijvers stellen, dat de unilaterale zwelling en lokale drukpijn over een vene een waardevol diagnosticum kunnen zijn, al voeren zij zelf reeds tegenargumenten aan. SCHMIDT (1953) toonde aan, dat bij 6506 onderzochte patiënten na 4455 operaties 283× een trombo-embolisch proces optrad, waarbij drukpijn over de grote venen een niet onbelangrijk symptoom was (135×), doch oedeem slechts in 49 gevallen aanwezig was, terwijl het symptoom van Homan slechts in minder dan 2% voorkwam. Daarenboven dient opgemerkt, dat — zoals de schrijvers eveneens vermelden — een longembolie niet zelden het eerste teken van een veneus-trombotisch proces is. Volgens onze mening moet dan ook de diagnose veneuze trombose worden geobjectiveerd vóórdat klinische manifestaties daarvan aanwezig zijn. De op het ogenblik meest belovende methode hiervoor is die met behulp van met radioactief jodium gemerkt fibrinogeen. Dat niet ieder ziekenhuis beschikt over een isotopenafdeling, is hierbij een praktisch nadeel. Zoals schrijvers reeds in hun artikel aangaven, kan d.m.v. dit gemerkte fibrinogeen zowel lokale scintillatietelling als consecutieve telling in plasmamonsters worden geëffectueerd. Het belangrijkste nadeel van scintillatietelling is, dat het slechts gedurende 4 dagen (¹³¹J-fibrinogeen) resp. 9 dagen (¹²⁵J-fibrinogeen) bij een dosis van ongeveer 70-100 millicurie kan worden uitgevoerd. De bepaling van de biologische halveringstijd van radioactief gemerkt fibrinogeen heeft hierbij voordelen. Met ¹³¹J-fibrinogeen is het onderzoek dan ongeveer 12 dagen mogelijk, met ¹²⁵J-fibrinogeen zeker 20 dagen.

De schrijvers refereren aan ons onderzoek (VAN DER MAAS e.a. 1971) en stellen, dat de methode zonder scintigrafie het vermoeden van een zich ontwikkelende thrombus kan bevestigen, dat de lokalisatie evenwel onbekend blijft en dat de uitkomsten van gezonde controlepersonen en patiënten met veneuze trombose elkaar overlappen. Wij toonden in een retrospectief onderzoek (VAN DER MAAS e.a. 1971 en 1972) aan, dat het zg. overlappingsgebied zeer klein is: