

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Stichting MFM stelt f 5000 beschikbaar*

Het bestuur van de Stichting MFM heeft besloten opnieuw een bedrag van maximaal f 5000 beschikbaar te stellen ter ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek in België en Nederland dat verband houdt met de doelstelling van de Stichting MFM.

De Stichting MFM heeft ten doel door middel van haar

tijdschrift *Medisch-Farmaceutische Mededelingen* onafhankelijke objectieve voorlichting te bieden aan artsen en apothekers, en alles wat hiermee in de ruimste zin verband houdt.

Gegadigden kunnen een schriftelijk verzoek om een bijdrage, vergezeld van gegevens, richten aan het bestuur van de Stichting MFM, Von Weberlaan 35, 3055 HW Rotterdam.

## INGEZONDEN

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

### *Acute otitis media: paracentese, antibiotica of geen van beide?*

Het fraaie onderzoek van VAN BUCHEM e.a. (1982) maakt duidelijk hoe gemakkelijk we vasthouden aan onze vastgevoerde medische gewoonten zoals die door onze leermeesters aan ons zijn doorgegeven, zonder ons echter af te vragen of die behandelingen (nog) wel altijd rationeel zijn. Het is inderdaad merkwaardig dat er zo weinig wetenschappelijk verantwoord onderzoek is gedaan over de behandeling van een zo veel voorkomende ziekte als de acute otitis media, en dat, terwijl er in landen die overigens zo met het onze vergelijkbaar zijn, zoals Groot-Brittannië en de Scandinavische landen, de behandeling meestal geheel verschilt van de bij ons gangbare, nl. daár meestal primair en alleen antibiotica tegen hier meestal primair en alleen paracentese. De oorsprong van dit verschil ligt mogelijk in het feit dat dergelijke patiënten in genoemde landen voornamelijk werden en worden behandeld door de algemene arts dan wel door de kinderarts, die beiden waarschijnlijk beter een pen(icillinespuit) gebruiken dan een paracentesenaald, dit in tegenstelling tot de KNO-arts.

Maar voordat ik van mijn goed Nederlandse gewoonte van paracenteren afstap, zou ik toch nog enige vragen beantwoord willen zien, die het artikel grotendeels onbesproken laat.

1. Zoals Van Buchem e.a. terecht opmerken, is het ook uit hun onderzoek niet duidelijk hoe snel de pijn vermindert na een paracentese en na instellen van de antibiotische therapie. De algemeen geaccepteerde meningen enerzijds dat antibiotica, zeker oraal toegediend, pas na 12 à 24 uur effect hebben, anderzijds: *ubi pus, ibi evacua*, maken waarschijnlijk dat de pijn sneller afneemt door een paracentese dan door antibiotica, althans in die gevallen waar een empyeem onder spanning bestaat en niet alleen een rood trommelvlies. De meesten van mijn patiëntjes krijgen dan ook geen analgetica.

2. Hoewel Van Buchem e.a. tot de conclusie komen dat ook het gebruik van antibiotica vaak onnodig is, zouden ze bij hun afwegingen ook de nadelen hebben kunnen noemen, zoals bijwerkingen (allergie, diarree) en maskering. Het risico voor deze laatste complicatie is vooral in ontwikkelingslanden groot, omdat daar vaker dan bij ons de behandeling niet volgens voorschrift van de arts wordt uitgevoerd, d.w.z. dat de antibiotica te onregelmatig en vooral te kort aan de patiënt worden gegeven. Ook zullen de kosten van de antibiotische behandeling daar een grotere rol spelen, evenals de vraag wat te doen bij kinderen met een verminderde algemene weerstand. Tenslotte bestaat er nog

het epidemiologische probleem van de bacterie-resistentie.

3. Analoge problemen bestaan er met betrekking tot de analgetica.

4. Een belangrijke overweging bij de therapie van de acute otitis media is de mogelijke psychische schade voor de patiënt. Objectivering en kwantificering hiervan zijn natuurlijk nog moeilijker dan van de pijn. Misschien kunnen we het probleem (een beetje tendentius) als volgt formuleren: waardoor lijdt het kind (en zijn omgeving) meer: door een in lokale anesthesie verrichte paracentese waardoor de oorpijn binnen 1 à 2 uur minder wordt, of door een (pijnlijke) intramusculaire penicilline-injectie waardoor de oorpijn na ca. een halve dag vermindert? Of door oraal toegediende antibiotica en vermindering van pijn na een halve à een hele dag? Of door analgetica alleen en vermindering van pijn na een halve à een hele dag? Bij de beantwoording van deze vragen dient men er natuurlijk ook rekening mee te houden dat na paracentese bovendien soms antibiotica worden gegeven (in ca. 10% van de ongeveer 10.000 door mij geparacenteerde oren; WIND 1980) evenals analgetica, zij het meestal wat minder krachtige dan de door Van Buchem e.a. gebruikte.

Omdat er over deze vragen nog onvoldoende duidelijkheid bestaat en omdat de psychische schade van een niet vaak herhaalde paracentese mij minder groot lijkt dan die van de andere behandelingsmogelijkheden, zou ik op grond van de ervaring van vele Nederlandse KNO-artsen en die van mij zelf als conclusie uit het onderzoek van Van Buchem e.a. willen trekken, dat we, in ons land, bij dubieus of niet bomberende trommelvliezen, dus bij die waarachter waarschijnlijk geen empyeem bestaat, de paracentese wellicht achterwege kunnen laten. In ontwikkelingslanden lijkt me de primaire paracentese de voorkeur te blijven behouden.

Tenslotte, de auteurs vinden het gunstige verloop bij de slechts symptomatische behandeling hun opvallendste waarneming. In onze rol van behandelende arts is het inderdaad vaak moeilijk om alleen maar pijnstillers te geven en alleen maar de natuur haar gang te laten gaan. Maar vanuit een natuur-wetenschappelijk, evolutie-biologisch oogpunt is de waarneming misschien minder merkwaardig: de hoge frequentie van de acute middenoorontsteking bij kinderen over de hele wereld suggereert, dat de aandoening al vele generaties lang door de natuurlijke selectie is „uitgetest”, d.w.z. al lang vóórdat de medische zorg bestond zijn die kinderen in leven gebleven wier genotype een grote kans op spontaan herstel, althans overleven, garandeerde. Dit zal dan óf door resorptie en afvloed via de tuba óf door een spontane perforatie tot stand zijn geko-

men. Zou in de gevallen van empyeem de paracentese dan niet „dichter bij de natuur staan” dan analgetica en antibiotica?

*Literatuur:* BUCHEM, F.L. VAN, J.H.M. DUNK en M.A. VAN 'T HOF (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 462. – WIND, J. (1980) *Lancet I*, 601.

Bussum, maart 1982

J. WIND

Naar aanleiding van het artikel van VAN BUCHEM c.s. (1982) wil ik het volgende opmerken:

De leeftijdsgroep onder de 2 jaar is van het onderzoek uitgesloten. Waarschijnlijk is bij deze groep moeilijk vast te stellen hoe lang de acute otitis media al bestaat. Juist in deze leeftijdsgroep worden complicaties gezien. Mogelijk is dat een verklaring voor het feit dat er zich in de onderzochte groep geen complicaties voordeden.

Bij de in dit artikel gepropageerde behandeling dient het onregelmatige verloop tijdig onderkend te worden! Het aantal complicaties zou anders wel eens sterk kunnen toenemen.

Het indirecte „verlossende” effect van een paracentese op de hevige pijn bij een bomberend trommelvlies is alom bekend. De eerste pijnregistratie in het onderzoek vindt plaats 24 uur na aanvangen van de behandeling! Mijns inziens blijft de paracentese voor snelle bestrijding van hevige otalgie als voorkeursbehandeling bestaan. Het toedienen van analgetica kan dan achterwege blijven.

*Literatuur:* BUCHEM, F.L. VAN, J.H.M. DUNK en M.A. VAN 'T HOF (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 462.

Almelo, maart 1982

M. E. VAN ZANTEN

Zowel collega Van Zanten als collega Wind lijkt de snelheid waarmee de pijn verdwijnt na gebruik van analgetica te onderwaarden. Binnen 30 minuten tot een uur treedt de pijnstilling op (ADMIRAAL 1979). In tegenstelling met de opvatting van Wind lijkt ons de psychische schade bij paracentese aanzienlijk groter dan bij het gebruik van analgetica.

Op grond van ons onderzoek concluderen wij dat het geven van antibiotica of het verrichten van een paracentese in de eerste fase van de acute otitis media niet nodig is. Wij zagen dan ook geen reden om op de nadelen van antibiotica de nadruk te leggen; wij adviseren immers antibiotica niet te gebruiken. Wel komt dit aan de orde als men bij de irregulair verlopende gevallen gaat beoordelen wat de voorkeursbehandeling moet zijn: paracentese, antibiotica of beide. Overigens is ons advies om geen antibiotica te gebruiken reeds een bijdrage om enkele van de nadelen van het antibioticagebruik te bestrijden.

Uit het onderzoek is gebleken dat er geen verschil is tussen de groep patiënten met alleen rode trommelvliezen en de groep met bomberende trommelvliezen. Het trommelvliesbeeld is daarom niet zo zeer een indicatie voor ingrijpen alswel het klinische beeld: een kind dat na twee tot drie dagen nog ziek is en pijn of temperatuur heeft. In deze zijn wij het eens met Van Zanten dat een goede controle gewenst is. In het afgelopen jaar waarin ruim 50 huisartsen in Tilburg en omgeving de otitiden in de eerste fase alleen met analgetica en neusdruppels behandelden leverde het onderkennen van de irregulair verlopende gevallen geen probleem op; tevens nam het aantal complicaties niet toe en bleek de pijnstilling met analgetica afdoende.

De groep kinderen van 0 en 1 jaar werd uitgesloten omdat

wij van mening waren dat deze otitiden wat de etiologie, diagnostiek en verloop betreft een aparte groep vormen. Dat bij deze groep meer complicaties optreden dan bij de oudere kinderen is ons niet bekend.

De bedenking van collega Wind tegen het propageren van deze behandelwijze in de ontwikkelingslanden delen wij, echter op andere gronden. Het klinische beeld van de acute otitis media is mogelijk schijnbaar veranderd doordat de huisarts en specialist veel sneller geconsulteerd worden dan vroeger. Ook kan het klinische beeld werkelijk veranderd zijn, bijvoorbeeld door de sterke verbetering van de voeding en het leefmilieu. Beide veranderingen gelden niet voor de ontwikkelingslanden. Deze werkelijke of schijnbare verandering in het ziektebeeld, een zo dagelijks voorkomend ziektebeeld, roept wel de vraag op of dit verschijnsel zich niet bij meer ziekten voordoet: Een uitnodiging voor meer onderzoek naar het natuurlijke beloop van ziekten.

*Literatuur:* ADMIRAAL, P.V. (1979) *Pijn en pijnbehandeling*, I. De Tijdstroom, Lochem.

Tilburg, mei 1982

F.L. VAN BUCHEM  
H. J. DUNK

## Impotentie

Wetenschappelijk gezien is het onderzoek naar de indicatiestelling en de resultaten van de verschillende behandelvormen bij erectiestoornissen inderdaad nog in een vrij primitief stadium. Dat hebben de collegae TERLUIN en HOOGDUIN (1982) terecht uit ons Caput Selectum geconcludeerd. Dit geldt evenzeer voor de psychoseksuologische als de chirurgische methoden (en eigenlijk voor alle behandelingen in de psychiatrie en de seksuologie). Op grond hiervan zijn collegae Terluin en Hoogduin echter van mening dat het inbrengen van een „erectieprothese” beschouwd moet worden als een experimentele behandeling van impotentie. Ten onrechte, lijkt ons, tenzij zij dezelfde mening hebben over de psychoseksuologische behandelingen. Per slot van rekening is de implantatie van prothesen in de penis een ingreep die sinds 1971 al vele duizenden malen is verricht. De tweede ondergetekende heeft nu ruim een decennium ervaring met de prothese van Small-Carrion (SMALL e.a. 1975) en vier jaar met de Silicon-zilverdraadprothese (JONAS 1978). Bij post-operatieve follow-up, waarbij ook de partners van de patiënten zijn betrokken, is het succespercentage nu 93,4. Wij zijn ervan overtuigd dat deze ingreep nut heeft, net zoals wij overtuigd zijn van het nut van de sekstherapieën zoals beschreven door MASTERS en JOHNSON (1971) en vooral door KAPLAN (1974), bij goed geselecteerde patiënten met een psychogene impotentie.

Collega Terluin en Hoogduin lijken echter veel strengere voorwaarden te willen stellen voor het verrichten van de chirurgische dan voor een psychoseksuologische behandeling. Dit is een onderschatting van de schade die het gevolg kan zijn van een verkeerd geïndiceerde psychoseksuologische therapie. In ons artikel hebben wij dan ook gewezen op de dringende noodzaak van nader wetenschappelijk onderzoek naar de indicatiestelling en de resultaten van alle verschillende soorten behandelingen van impotentie. Zelf zijn wij een dergelijk onderzoek aan het opzetten.

*Literatuur:* JONAS, U. (1978) *Akt. Urol.* 9, 179. – KAPLAN, H.S. (1974) *The new sex therapy*. Brunner/Mazel, New York. – MASTERS, W.H. en V.E. JOHNSON (1971) *Sexuele stoornissen bij man en vrouw*. Paris, Amsterdam. – SMALL,