

In de *Archives of Internal Medicine* publiceerden Cramer et al. onlangs hun ervaringen met 507 patiënten die een computertomografie van de schedel ondergingen, al dan niet met toediening van een contrastmiddel.⁴ Van de oorspronkelijke 507 patiënten bleken er 426 aan alle onderzoekscriteria te voldoen. Binnen deze groep waren 193 patiënten die tijdens het onderzoek een contrastmiddel kregen toegediend. Allen werden na het röntgenonderzoek 3 dagen gecontroleerd; nefrotoxiciteit werd gedefinieerd als een stijging van het creatininegehalte in het serum van tenminste 50% en tenminste tot boven 1,2 mg/dl (110 µmol/l). In de groep die een contrastmiddel kreeg toegediend, ontstond bij vier patiënten nierinsufficiëntie; bij de overigen ontstond bij drie patiënten nierinsufficiëntie. Wanneer uitsluitend gekeken werd naar patiënten met diabetes mellitus of pre-existente nierfunctiestoornis (creatinine > 1,5 mg/dl = 135 µmol/l) bedroegen deze aantallen respectievelijk 0 in de groep met (n = 19) en 2 in de groep zonder (n = 46) contrastmiddel.

In hun conclusie zijn de auteurs uiterst voorzichtig; zij merken op dat de groep met diabetes mellitus of pre-existente nierfunctiestoornissen wellicht dank zij extra zorg en beschermende maatregelen gevrijwaard is gebleven van de toxische effecten van het contrastmiddel, terwijl bovendien in deze groep bij veel minder patiënten een contrastmiddel werd toegediend dan bij de overigen. De totale incidentie van nierinsufficiëntie volgens de door de auteurs gedefinieerde criteria bedraagt 8‰ van de hele groep. Hieraan verbindt men de conclusie dat de incidentie lager is dan in voorgaande onderzoeken werd verondersteld. Genoemde conclusies zouden kunnen leiden tot een ruimer

gebruik van contrastmiddelen bij patiënten van wie tot op heden een toegenomen gevoeligheid voor nefrotoxische effecten algemeen geaccepteerd is.

Het onderzoek van Cramer et al. laat echter ruimte voor kritiek. Het verband tussen serumcreatininegehalte en creatinineklaring is zodanig dat een stijging van het creatininegehalte van 50% een verslechtering van de glomerulusfiltratie van 80% of meer kan betekenen. Evenmin wordt informatie geboden over de proteïnurie bij diabetes mellitus-patiënten, het voorkomen van een lichte keten proteïnurie of de hydratietoestand van verschillende groepen patiënten, terwijl ook de hoeveelheid contrastmiddel in de verschillende groepen niet genoemd wordt.

Het onderzoek van Cramer et al. blijkt dus ruimte te bieden voor substantiële kritiek en het zou dan ook onjuist zijn, indien de overigens voorzichtige en met enig voorbehoud gebrachte conclusies van de schrijvers zouden leiden tot een ruimer gebruik van röntgencontrastmiddelen bij patiënten die vooralsnog behoren tot de groep met een verhoogd risico.

LITERATUUR

- 1 Massry SG. Textbook of nephrology. Baltimore: Williams & Wilkins, 1983.
- 2 Rose DB. Pathophysiology of renal disease. New York: McGraw Hill, 1981.
- 3 Spataro RF. Newer contrast agents for urography. Rad Clin N Amer 1984; 22: 365-80.
- 4 Cramer BC, et al. Renal function following infusion of radiological contrast material. Arch Int Med 1985; 145: 87-93.

J. VAN INGEN
C.E.M. DE MAAT

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Acute ontsteking van het middenoor

Naar aanleiding van het artikel van prof. Feenstra (1985; 532-6) zou ik het volgende willen opmerken.

a. Naar mijn ervaring bevatte de getoonde dia's te veel rood, zeker fig. 1 (normaal trommelvliesbeeld).

b. De auteur stelt, dat hij bang is voor een therapeutisch nihilisme als gevolg van een „doorgeslagen anti-antibiotica-beleid”. Hiermee ben ik het grondig eens, alleen vrees ik dat zijn eigen artikel alleen kan leiden tot meer therapeutisch nihilisme als hij ook stelt dat: „Ten eerste omdat er tegen beter weten in bij gevallen van otitis media acuta in stadium I ten onrechte, in stadium II overbodig en in stadium III discutabel antibiotica worden voorgeschreven”. Ik wil hierbij ook bekennen dat ikzelf bij *elke* otitis media antibiotica voorschrijf, zoals verstandige ouders in zijn artikel ook willen. Natuurlijk weet ik ook wel, dat in een onbekend percentage deze antibiotica overbodig waren, maar in elk geval heeft dit tot gevolg dat mijn patiënten indien ik daar zelf alleen invloed op had, en dat is niet altijd het geval, geen lege artis-operaties hoeven te ondergaan, zoals uitruiming van het gehele middenoor, met levenslang cliënt-zijn van een KNO-arts als gevolg. Misschien verdient het aanbeveling om eens een groot aantal patiënten met acute oorpijn klinisch te vervolgen – zoals wij dat tegenwoordig al doen met patiënten met pijn op de borst en (of) in de linker arm.

Misschien zou continue fotografische registratie van pijnlijke trommelvliesen met en zonder antibiotica, dubbelblind uiteraard, ons nog veel kunnen leren. Bijvoorbeeld

dat er nog veel meer dan 3 stadia hiervan blijken te bestaan.

Mijn advies is dus: Bij otitis media altijd antibiotica geven, in welk stadium dan ook. Dan worden narigheid voor de patiënten en interessante operaties voor KNO-artsen voorkomen.

's-Gravenhage, april 1985

R. SCHÜCHNER

De afbeeldingen bevatten naast de rubor van de ontsteking inderdaad een klein beetje meer rood dan de originele opname.

Otitis media acuta is in principe een „self limiting disease”. In lichte gevallen is therapie onnodig. Te wachten met ingrijpen tot er complicaties zijn opgetreden is in mijn ogen te lang wachten. Een „masterly inactivity” is gerechtvaardigd,¹ mits adequaat analgetica worden toegediend en de patiënten nauwlettend worden gevolgd door iemand die het trommelvliesaspect kan beoordelen in het totaalbeeld van de zieke patiënt. Als er curatief moet worden opgetreden zijn het verrichten van paracentese of het geven van antibiotica de gebruikelijke alternatieven.

LITERATUUR

- 1 Mygind N, Meistrup-Larsen KL, Thomsen J, et al. Penicillin in acute otitis media: a double blind placebo-controlled trial. Clin Otolaryngol 1981; 6: 5-13.

Amsterdam, april 1985

L. FEENSTRA