

Naar aanleiding van het artikel van prof. Feenstra (1985; 532-6) wil ik het volgende opmerken: De auteur stelt dat men bij 40% van de patiënten met otitis media acuta stadium II vindt; stadium III komt voor in circa 35% van de gevallen. In beide situaties is de aangewezen therapie paracentese. Volgens de auteur worden er in stadium III op discutabele gronden antibiotica voorgeschreven. Het door hem als doorgeslagen anti-antibioticabeleid geconstateerde therapeutisch nihilisme wijst hij af.

Uit het artikel krijg ik de indruk dat ik bovenstaande gegevens ook in de huisartspraktijk mag gebruiken. Dat wil zeggen dat van de 75 patiënten met acute ontsteking van het middenoor die de huisarts per jaar ziet, bij 56 patiënten (40% + 35%), de spontane perforaties daargelaten, paracentese de aangewezen therapie is. In plaats van de in het recente verleden veelvuldig toegepaste behandeling met antibiotica, propageert de auteur een vaak toe te passen mechanische therapie nl. paracentese. Ik kan uit zijn artikel helaas niet achterhalen op welke wetenschappelijke onderzoeken, in welk echelon en met welke populatie uitgevoerd, zijn therapie is gebaseerd. Gaarne zou ik dit alsnog vernemen.

Rosmalen, april 1985

P.F.M. LINSSEN

Mijn beleid bij de behandeling van otitis media acuta is tot stand gekomen door gebruikmaking van eigen – specialistische – ervaring en het kritisch lezen van de literatuur.

In mijn artikel geef ik reeds aan dat de literatuur zeer omvangrijk is. Ik heb daarom ervan afgezien een groot literatuuroverzicht te maken, maar dat kan ik u op aanvraag wel leveren. De publikaties die een belangrijke bron waren bij het vormen van mijn mening, zijn hieronder vermeld en bij het antwoord aan collega Van Buchem.

#### LITERATUUR

- Lowe JF, Bamforth JS, Pracy R. Acute otitis media: one year in general practice. *Lancet* 1963; ii: 1129-32.
- Roeling H. Acute middenoorontsteking in de algemene praktijk. Utrecht: Dekker en Van de Vegt, 1965.
- Roddey OF, Earle R, Haggerty R. Myringotomy in acute otitis media. A controlled study. *JAMA* 1966; 197: 849-53.
- Diamant M, Diamant B. Abuse and timing of use of antibiotics in acute otitis media. *Acta Otolaryngol* 1974; 100: 226-32.
- Lorentzen P, Hangsten P. Treatment of acute suppurative otitis media. *J Laryngol Otol* 1977; 91: 331-40.
- Puhakka H, Virolainen E, Aantaa E, et al. Myringotomy in the treatment of acute otitis media in children. *Acta Otolaryngol (Stockh)* 1979; 88: 122-6.
- Paradise L. Otitis media in infants and children. *Pediatrics* 1980; 65: 917-43.

Amsterdam, april 1985

L. FEENSTRA

Collega Feenstra wil duidelijk aangeven op welk moment behandeling van otitis media acuta nodig is en hoe deze moet zijn (1985; 532-6). In dit streven steun ik hem van harte. Ik ben het echter oneens met de adviezen. Bovendien onderscheidt hij onvoldoende „Dichtung und Wahrheit”.

Allereerst het moment van ingrijpen: dit is pas te bepalen als er inzicht bestaat over het spontane beloop. Gegevens hierover vermeldt hij niet. Dat dit samenvalt met het moment waarop fasen II en III zich manifesteren lijkt mij dan ook een veronderstelling; te meer omdat in Tilburg het spontane beloop van de otitis media acuta gunstig was bij meer dan 90% van de kinderen tussen 2 tot 12 jaar (dus ook met rode en bomberende trommelvliesen) die alléén behandeld werden met analgetica.<sup>1</sup>

Vervolgens het criterium voor therapie: men kan overwegen genoemde fasen als criterium te kiezen indien ze zo

duidelijk omschreven zijn als door Feenstra wordt aangegeven, maar bij een bepaald trommelvliesbeeld verschillen per patiënt de verschijnselen van algemeen ziek-zijn, temperatuurverhoging en pijn in sterke mate (intrigerend is daarom waaraan de aangegeven temperatuur en percentages per fase ontleend zijn). In Tilburg was therapie nodig bij 2 groepen van patiënten (minder dan 10%): (a) zij die na 3 tot 4 dagen nog ziek waren en veel pijn hiielden en (of) hoge temperatuur, en (b) zij die niet ziek waren maar na 14 dagen nog een loopoor hadden.

Tenslotte de keuze van therapie: In de jaren voor 1945 was paracentese het enige therapeutische middel bij otitis media acuta, die toen, getuige de vele mastoïditiden, ook een ernstiger verloop had dan nu. Het is echter pijnlijk als vandaag de dag nog paracentese als de therapie (in fase III laat Feenstra nog een kleine opening voor antibiotica onder de term „discutabel”) wordt geadviseerd terwijl er geen bewijs is van het nut ervan, en in Angelsaksische landen reeds vele jaren paracentese bij behandeling van otitis media acuta niet meer wordt toegepast en zelfs onethisch wordt gevonden.<sup>2</sup> Ook pijn wordt niet aantoonbaar beter bestreden met paracentese dan met analgetica of antibiotica.<sup>3,5</sup> In Tilburg bleek bovengenoemde groep (a) het beste behandeld te kunnen worden met penicilline en niet met paracentese. Of het beter is deze patiënten eveneens te behandelen met paracentese konden we niet aantonen noch uitsluiten. Patiënten van groep (b) herstelden vlot na behandeling met penicilline.

Feenstra dient het feitenmateriaal aan te dragen dat zijn opvatting over moment en wijze van therapie ondersteunt; de meningsvorming is daarmee beter gedienend dan met het onderhavige stuk.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Buchem FL van, Peeters MF, Hof MA van 't. Aanpassing van therapie aan het verloop van otitis media acuta. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1093-9.
- <sup>2</sup> Illingworth R. Treatment of otitis media. *Lancet* 1981; ii: 1107.
- <sup>3</sup> Roddey OF, Earle R, Haggerty R. Myringotomy in acute otitis media: A controlled study. *JAMA* 1966; 197: 849-53.
- <sup>4</sup> Lorentzen P, Haugsten P. Treatment of acute suppurative otitis media. *J Laryngol Otol* 1977; 91: 331-40.
- <sup>5</sup> Buchem FL van, Dunk JHM, Hof MA van 't. Acute otitis media: paracentese, antibiotica of geen van beide? *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 462-7.

Tilburg, april 1985

F.L. VAN BUCHEM

Het zou kunnen zijn dat collega Van Buchem mijn artikel niet goed heeft gelezen. Er staat namelijk in hoe het spontane beloop van otitis media acuta is, ingedeeld in – arbitraire – stadia. De beste onderzoeken (feiten) daarover zijn mijns inziens die van Friedmann, samengevat in zijn monografie.<sup>1</sup> Maar er zijn ook andere onderzoeken daarover.<sup>2,3</sup> Een indeling in fasen wordt wel meer gedaan, ten einde een extra leidraad te hebben in de bepaling van de ernst van de ziekte. Men vindt deze gedachtengang o.a. in de oudere edities van het Nederlandse leerboek, maar ook elders.<sup>4,5</sup> Dat het trommelvliesbeeld alleen niet de doorslag geeft voor de bepaling van de ernst van de ziekte is duidelijk. In elk stadium heb ik aangegeven hoe het „gemiddelde” klinische aspect is.

Het (eerste) onderzoek uit Tilburg vind ik geen goed onderzoek en bijgevolg kan ik de conclusies daaruit getrokken niet onderschrijven. Ongelukkigerwijs wordt dat elders in het land wel gedaan. In onze kliniek heeft dat geleid tot een duidelijke stijging van aangeboden complicaties van otitis media acuta, waaronder behalve „eenvoudige” mastoïditiden ook ernstige als een epiduraal abces en een

Bezold-abces, ziektebeelden die wij bijna al waren vergeten. Informatie in den lande leerde ons dat ook elders weer mastoïditiden worden gezien. Ik vind dat een slechte zaak.

De beste benadering van otitis media acuta, in beginsel een „self-limiting disease”, is, zoals Mygind et al. dat omschrijven een „masterly inactivity”,<sup>6</sup> mits adequaat analgetica worden toegediend en de patiënten nauwlettend worden gevolgd. Als er iets moet worden gedaan, dan is er keuze tussen paracentese of antibiotica. Er is daarover een beperkt aantal onderzoeken verricht die de toets der kritiek kunnen doorstaan. De conclusies daaruit te trekken zijn, kort samengevat, dat die behandelingen voor elkaar weinig onderdoen (zie de literatuuropgave bij het antwoord aan collega Linssen) en elk hun pro en contra hebben. Ik kies dan in eerste instantie voor paracentese. Dat heb ik zelf in de hand en ik weet precies wat er gebeurt. Kom ik daarmee niet uit dan geef ik antibiotica. Het is overigens voor mij geen dogma. Ik wijk er geregeld van af.

De opmerking dat in Angelsaksische landen geen paracentese wordt verricht is onjuist. Het gaat vooral op voor de USA, niet voor elk Engels sprekend of in het Engels publicerend land. In Frankrijk, Duitsland en Scandinavië wisselt het beleid. Dat iemand anders paracentese onethisch vindt, heeft wat mij betreft nog geen andere waarde dan een demagogische.

#### LITERATUUR

- 1 Friedmann I. Pathology of the ear. Oxford: Blackwell, 1974.
- 2 Koplan GJ, Fleshman JK, Bender TR, et al. Long-term (1973) effect of otitis media: a ten year cohort study of Alaskan Eskimo children. *Pediatrics* 1983; 52: 577.
- 3 Howie VM. Natural history of otitis media. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1975; suppl. 19: 67-72.
- 4 Traissac L. Otites moyennes aiguës. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale*. Parijs: Encyclopédie Médico-Chirurgicale-Otolaryngologique.
- 5 Pukonder; Chemical features of acute otitis media in children. *Acta Otolaryngol* 1983; 95: 117-22.
- 6 Mygind N, Meistrup-Larsen KI, 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

Het lijkt geen twijfel dat collega Feenstra vele afwijkende trommelvliesbeelden heeft gezien die hem hebben doen besluiten een artikel te wijden aan de „acute onsteking van het middenoor” (1985; 532-6). Onvoldoende komt echter in zijn betoog naar voren dat in alle gevallen de otitis media acuta geen afwijkend trommelvliesbeeld is, maar een verschijningsvorm van een patiënt met een bovenste-luchtweginfectie, een ziek(t)e dus. Dit blijkt uit het feit dat hij de voorkeur geeft aan het indelen in stadia boven het herleiden van de oorzaak van de otitis.

Als hij bij stadium I beschrijft dat de patiënt zijn arts consulteert i.v.m. pijn, dat hij een ziek kind aantreft, is het onbegrijpelijk dat hij verderop beschrijft dat „Behandeling hier niet nodig is”. Wij denken dat geen huisarts of KNO-arts dit zal kunnen verantwoorden tegenover zijn patiënt of diens ouders. Bovendien is het onze ervaring dat het door collega Feenstra geschetste „stadium I” vrijwel altijd past bij een sinusitis of tonsillitis die op zich al behandeling rechtvaardigt, al is het maar ter voorkoming van stadium II van de otitis. Dit dient men te bedenken bij de inspectie van een afwijkend trommelvlies. Dat antibiotica een mastoïditis kunnen doen ontstaan is inmiddels een zeldzaamheid en dat „te snel voorgeschreven antibiotica de opbouw van de eigen afweer kunnen belemmeren” mist wetenschappelijke achtergrond en lijkt op leketaal. Noch

het onthouden van decongestiva aan deze patiënten, noch de ratio van het anti-antibioticabetoog van collega Feenstra is voor ons begrijpelijk. Het lijkt op een weg terug, hoewel de zegeningen van de therapeutica (zowel antibiotica als decongestiva) aanwezig zijn. Ze kunnen veel leed verzachten. Wie met ons niet als behandelaars, maar als ouders nachten op heeft gezeten met zieke kinderen met een otitis zal dit kunnen beamen.

Enschede, mei 1985

G.J.M. VAN ARDENNE  
K. HOOGENDIJK  
W. KERSING

Het eerste gedeelte van uw opmerkingen is onjuist, omdat ik immers onder het hoofd „Kliniek” letterlijk schrijf: „Dit proces, dat meest viraal begint, is altijd deel van een bovenste-luchtweginfectie en bij elke bovenste-luchtweginfectie zal in potentie automatisch ook het trilhaarepitheel van het middenoor en de buis van Eustachius mee worden betrokken.”

Uw opmerking dat ik over stadium I stel dat behandeling niet nodig is, is weliswaar goed geciteerd, maar wel onvolledig. Ik merk nl. aansluitend op dat analgetica en antipyretica kunnen worden gegeven en ik noem vervolgens enkele voorbeelden daarvan. Vermoedelijk was mijn bedoeling duidelijker geformuleerd geweest als voor „behandeling” het woord „curatieve” was geschreven.

Uw stelling dat otitis media acuta stadium I past bij sinusitis of tonsillitis heb ik niet apart vermeld. Dat lijkt ook niet nodig, omdat die ziektebeelden eveneens kunnen worden gerangschikt onder bovenste-luchtweginfectie.

„Dat te snel voorgeschreven antibiotica de opbouw van eigen afweer kunnen belemmeren”, leerde ik als student. Ik heb het bewijs van dit vooroordeel (?) gepoogd terug te vinden. Dat het niet geheel leketaal is, zoals u beweert, zou kunnen worden afgeleid uit een aan dit probleem gewijde serie artikelen.<sup>1</sup>

Ten aanzien van uw slotontboezeming: kinderen met otitis media acuta ken ik ook als ouder; met een paracentese genazen zij snel en volledig.

#### LITERATUUR

- 1 Turk JL, Parker D, eds. *Drugs and immune responsiveness*. London: Macmillan Press Ltd, 1979.

Amsterdam, mei 1985

L. FEENSTRA

### *Ontkoperen met zink*

Het spooelement zink wordt in het artikel van Hoogenraad (1985; 529-32) beschreven als een orthomoleculair therapeuticum voor de ziekte van Wilson met weinig bijwerkingen. Hoewel zink geacht wordt een essentieel spooelement voor de mens te zijn, zijn wij van mening dat farmacologische doseringen wellicht ongewenste effecten kunnen hebben. Zink interfereert met de absorptie van bijvoorbeeld koper en ijzer.<sup>1-3</sup>

Op theoretische gronden is het te verwachten dat ook de opname van andere tweewaardige metalen geremd zal worden.<sup>4</sup> Verder speelt een verstoorde koper-zinkbalans mogelijk een rol in de etiologie van ischemische hart- en vaatandoeningen door verhoging van de cholesterolconcentratie<sup>5</sup> in het serum en verlaging van het HDL-cholesterolgehalte.<sup>6,7</sup> Korte tijd geleden is bovendien een nadelige invloed van overmatige zinksuppletie op de cellulaire immunorespons beschreven.<sup>7</sup> Aangezien het nog niet dui-