## Geriatrie

*Evenwichtsstoornissen en hersenafwijkingen bij ouderen*

Een evenwichtsstoornis is bij ouderen een belangrijke risicofactor voor vallen. In dit kader onderzochten Tell et al. het verband tussen enerzijds verschillende metingen van het evenwicht en anderzijds met behulp van magnetische-resonantietomografie (MRI) van de hersenen vastgestelde cerebrale atrofie, wittestofafwijkingen en ischemische infarcten.[1]

Bij 775 zelfstandig wonende ouderen (> 65 jaar) werd, in het kader van de 'Cardiovascular health study', een MRI van de hersenen verricht. Bij de deelnemers werd evenwichtsonderzoek verricht door middel van dynamische posturografie (waarbij een bewegend platvorm en een bewegend visueel referentiekader gebruikt wordt), de Romberg-test, de 'functional reach test' (de maximale reikwijdte van de armen in staande positie waarbij het evenwicht bewaard blijft), de tandemstandtest (minimaal 10 s met de hiel tegen de tenen staan) en de 1-voetstandtest (minimaal 5 s op één been staan). Uit deze metingen werd een totale individuele evenwichtsscore berekend.

De 1-voetstandtest en de tandemstandtest bleken de gevoeligste variabelen voor het detecteren van een evenwichtsstoornis (met resp. gemiddeld 42 en 24% van de mensen die de test niet konden uitvoeren). Mannen hadden een significant hogere waarde dan vrouwen voor ventrikelgrootte, maar niet voor wittestofafwijkingen. Mannen hadden een significant betere evenwichtsscore dan vrouwen: 58,5 (SD: 18,8) versus 50,9 (SD: 18,7). Behalve naar geslachtsverschillen werd ook gekeken naar raciale verschillen. Mensen van het blanke ras hadden een significant hogere evenwichtsscore dan die van het negroïde ras. Er was een significante correlatie tussen de evenwichtsscore enerzijds en leeftijd, cerebrovasculaire ziekten in de voorgeschiedenis, coronaria-afwijkingen, hypertensie, ventrikelgrootte, wijdte van de sulci en wittestofafwijkingen anderzijds. Dit verband werd niet aangetoond voor ischemische infarcten.

De belangrijkste conclusie van de auteurs is dat ook subtiele cerebrale afwijkingen op de MRI van de hersenen samenhangen met een verminderd evenwicht bij ouderen. Het opsporen van potentiële oorzaken voor een verminderd evenwicht, zoals atrofie op een MRI van de hersenen, zou van belang kunnen zijn voor eventuele preventieve maatregelen of behandelingsoverwegingen. De vraag of het verband tussen cerebrale atrofie op een hersen-MRI en evenwichtsverstoringen bij ouderen causaal is, is aan de hand van dit onderzoek echter niet goed te beantwoorden.

LITERATUUR

1 Tell GS, Lefkowitz DS, Diehr P, Elster AD. Relationship between balance and abnormalities in cerebral magnetic resonance imaging in older adults. Arch Neurol 1998;55:73-9.

D.M.VAN DIJK
H.J.J.VERHAAR

---

## 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.)

### *Optimaliseren van het antibioticabeleid in Nederland. II. SWAB-richtlijnen voor antimicrobiële therapie bij thuis opgelopen pneumonie en bij nosocomiale pneumonie*

Het opstellen van richtlijnen van antimicrobiële therapie bij de verschillende categorieën lagereluchtweginfecties door de Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB) is een stimulerend initiatief (1998:952-6). Desalniettemin is het teleurstellend dat de Nederlandse Vereniging van Longziekten en Tuberculose (NVALT) niet op de hoogte is gebracht van de activiteiten van de SWAB-commissie. In het artikel wordt er wel gerefereerd aan zustervereningingen van de NVALT zoals de American Thoracic Society, de Canadian Thoracic Society en de British Society. Binnen de NVALT zijn er verschillende deskundige longartsen die een zinvolle bijdrage aan de inhoudelijke discussie van het document hadden kunnen leveren. In de praktijk zijn het toch met name de longartsen die patiënten met 'community-acquired' pneumonie (CAP), nosocomiale pneumonie, bacteriële exacerbaties van chronisch obstructieve longziekte en andere vormen van respiratoire infecties behandelen en zij zijn dus de belangrijkste doelgroep om de genoemde richtlijnen te implementeren. Daarom is het onzes inziens spijtig dat de NVALT niet betrokken is geweest bij de totstandkoming en de beoordeling van de genoemde richtlijnen.

Inhoudelijk zijn er bij het artikel van Van Kasteren et al. enkele kanttekeningen te maken.

Behalve de Gram-kleuring van sputum worden andere vormen van vroegdiagnostiek zoals pneumokokkenantigeendetectie (sputum, pleuravocht), immunofluorescentie van *Legionella*-antigeen (sputum) en latexagglutinatie van *Legionella*-antigeen (urine) buiten beschouwing gelaten.[1 2]

Indien de röntgenfoto van de thorax pleuravocht vertoont, is het vanuit diagnostisch en therapeutisch oogpunt zinvol om een pleurapunctie te verrichten.

De invasieve technieken als bronchoalveolaire lavage worden bij de diagnostiek bij CAP in het geheel niet besproken. Deze methoden hebben wel degelijk een plaats bij het opsporen van de verwekker van de pneumonie.

Het antimicrobiële stroomdiagram (figuur 1 uit het artikel) bij CAP ziet er voor de Nederlandse situatie weloverwogen uit. Toch lijkt het verstandig om een patiënt met een ernstige pneumonie (vaak intensive-careopname), zeker als deze comorbiditeit heeft, een empirische combinatiebehandeling van erytromycine en amoxicilline-clavulaanzuur of cefalosporine van de tweede generatie voor te schrijven.

De diagnose '*Haemophilus influenza*-pneumonie' is bij COPD-patiënten niet te stellen op de resultaten van het sputumonderzoek, vanwege de mogelijkheid van kolonisatie van de bronchiaalboom met deze bacterie.

Bij de bespreking van de nosocomiale pneumonie is het advies ten aanzien van de duur van de antimicrobiële therapie helaas niet genoemd.[3]

LITERATUUR

1 Bartlett JG, Mundy LM. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med 1995;333:1618-24.
2 Boersma WG, Holloway Y. Investigation of bacterial infection of the lower respiratory tract. Curr Opin Infect Dis 1996;9:76-84.
3 American Thoracic Society. Hospital-acquired pneumonia in adults: diagnosis, assessment of severity, initial antimicrobial therapy, and preventive strategies. Am J Respir Crit Care Med 1995;153:1711-25.

W.G.BOERSMA
H.M.JANSEN,
namens de werkgroep Infectieziekten van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

Alkmaar, mei 1998



Download van SWAB.nl | 2026-11-07 16:57

Wij hebben de brief van de collegae Boersma en Jansen met interesse gelezen. Zoals in ons eerste artikel van de twee over de SWAB-richtlijnen is weergegeven (1998:949-51), is de SWAB voortgekomen uit een initiatief van de Vereniging voor Infectieziekten, de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie en de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers; drie verenigingen die zich bij uitstek met antibioticabeleid bezighouden. Voor het opstellen van de richtlijnen heeft de SWAB er in eerste instantie voor gekozen consulenten uit de drie deelnemende beroepsgroepen op persoonlijke titel te benaderen. Daarnaast worden enkele deelspecialisten geraadpleegd met deskundigheid over het desbetreffende onderwerp waar de richtlijn over gaat. In de richtlijn respiratoire infecties moeten die onzes inziens gezocht worden in de kringen van longartsen, maar ook onder internisten en intensivisten. Primair moeten de richtlijnen gezien worden als afkomstig van de SWAB, dat wil zeggen uit het beroepenveld van de drie genoemde verenigingen. Zij dienen als advies voor de commissies die de antibioticaformularia in de diverse ziekenhuizen opstellen. De richtlijnen zijn niet bedoeld als een soort handboek voor diagnostiek en behandeling van infectieziekten. De opzet is ook wezenlijk anders dan die van bijv. de consensusbijeenkomsten van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing.

Wat betreft de inhoudelijke kritiek op het tweede artikel willen wij het volgende opmerken:

Het onderzoek van Boersma naar pneumokokkenantigeen is ons goed bekend. De bepaling van dit antigeen wordt slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen in Nederland verricht. De exacte plaatsbepaling van deze test als diagnosticum valt buiten het bestek van een richtlijn over antibiotische therapie.

De pleurapunctie kan in bijzondere gevallen een zinvolle bijdrage leveren bij het zoeken naar de verwekker van pneumonie. Routinematig verrichten van een pleurapunctie bij iedere pneumonie die gepaard gaat met pleuravocht is onzes inziens niet geïndiceerd bij de diagnostiek. De waarde van de punctie voor de behandeling van pneumonie is niet het onderwerp van de richtlijn.De bronchoalveolaire lavage (BAL) heeft als methode om materiaal voor kweek af te nemen bij een patiënt met CAP als nadeel, afgezien van de belasting voor de patiënt, dat de BAL-vloeistof altijd gecontamineerd is met mond- en keelflora. Alleen met vrij kostbare 'protected brush'-katheters is betrouwbaar inzicht in de verwekker te krijgen.

De beslissing om erytromycine aan een behandeling voor CAP toe te voegen wordt onzes inziens niet door de ernst van de pneumonie bepaald, maar wordt door andere argumenten ingegeven (zie hiervoor de tabel in het artikel).

Helaas bestaat er over de behandelingsduur van nosocomiale pneumonie geen consensus. De SWAB is voornemens om in algemene zin over dosering en duur van de behandeling met antibiotica in de toekomst nog een richtlijn te publiceren.

J.W.M.VAN DER MEE
M.E.E.VAN KASTEREN
H.A.VERBRUGH

Nijmegen, juli 1998

## *Optimaliseren van het antibioticabeleid in Nederland. I. De Stichting Werkgroep Antibioticabeleid (SWAB)*

Het artikel van Van Kasteren et al. toont een interessante poging om in Nederland het antibioticabeleid te optimaliseren (1998:949-51). Het is goed dat antibioticagebruik weer eens aan de orde wordt gesteld. In hun artikel ontbreekt echter een verwijzing naar een recent artikel over hetzelfde onderwerp van Hoepelman et al.[1] Het is mogelijk dat de auteurs dit artikel over het hoofd hebben gezien. Het is ook mogelijk dat zij het artikel van Hoepelman et al. niet relevant vonden en daarom niet citeerden.

Hoe het ook zij: de lezer is nu in verwarring gebracht. Welk beleid wordt nu in Nederland gevoerd en door wie?

LITERATUUR

1 Hoepelman IM, Sachs APE, Visser MR, Lammers JWJ. Angelsaksische richtlijnen voor de behandeling van thuis opgelopen pneumonie ook in Nederland toepasbaar. Ned Tijdschr Geneeskd 1997; 141:1597-601.

J.VERHOEF

Utrecht, mei 1998

In de literatuurlijst van de richtlijnen zijn in de eerste plaats oorspronkelijke publicaties opgenomen die relevant zijn voor het onderwerp ter zake. Het artikel van Hoepelman et al. is vooral een opiniërende literatuurbijdrage geweest die bovendien een groot aantal kritische reacties opriep in de rubriek Ingezonden (1997:2198-201). Verwijzen naar het artikel zou impliceren ook te moeten verwijzen naar de reacties, hetgeen de duidelijkheid van de richtlijn niet ten goede zou zijn gekomen. Overigens behoort collega Hoepelman tot de groep geraadpleegde deskundigen en is er derhalve rekening gehouden met zijn zienswijze ten aanzien van dit onderwerp.

J.W.M.VAN DER MEER
M.E.E.VAN KASTEREN
H.A.VERBRUGH

Nijmegen, juni 1998

---

**Boekaankondigingen**

*Urgentieschema's voor huisartsen.* 5e, volledig herziene druk. Onder redactie van F.Buntinx en J.Dekelver. 152 bl., fig., tabellen. Acco, Leuven 1997 (voor Nederland: Acco, Amersfoort). ISBN 90-334-3792-9. Prijs: ingen. *f* 40,75.

Volgens de aankondiging kwam ook de 5e volledig herziene druk van dit Vlaamse boekje over spoedgevallen in de huisartspraktijk tot stand in een grondige discussie tussen de huisartsen die ieder een onderwerp voor hun rekening namen. In België wordt het boek door veel huisartsen gebruikt. De inhoud van dit werk maakt opnieuw duidelijk hoe groot de cultuurverschillen tussen de Vlaamse en de Nederlandse huisartsen nog steeds zijn. Voorbeelden zijn het geven van theofylline als voorkeursbehandeling bij een astma-aanval, het geven van diazepam i.m. bij spanningshoofdpijn en digitalisatie bij patiënten met acuut boezemfibrilleren in plaats van verwijzen voor cardioversie.

De opmerkelijkste zin vond ik in het hoofdstuk over traumata: 'Algemene regel: heel veel foto's maken! Zo voorkomt men juridische problemen achteraf en staat men meteen veel steviger in de relatie met de patiënt als hij na enkele dagen niet klachtenvrij blijkt te zijn…'

Het zal duidelijk zijn dat ik dit boek niet aanraad voor huisartsen.

W.J.H.M.VAN DEN BOSCH



Download van SWAB.nl | 2026-11-07 16:57