

De standaard ‘Slechthorendheid’ (eerste herziening) van het Nederlands Huisartsen Genootschap; reactie vanuit de kno-heelkunde en de klinische audiologie

J.A.Veldhuizen en W.A.Dreschler

Zie ook de artikelen op bl. 453 en 466.

Slechthorendheid staat toenemend in de belangstelling bij de huisarts. Dit is behalve aan het toenemen van de incidentie en de prevalentie van deze aandoening ongetwijfeld mede te danken aan de inspanningen van de Nationale Hoorstichting en de Nederlandse Vereniging voor Slechthorenden. De herziene versie van de standaard ‘Slechthorendheid’ van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) bevat vele elementen die dit grotere bewustzijn betreffende slechthorendheid weerspiegelen.¹ In de herziene versie erkennen de opstellers expliciet de ernst en de omvang van het probleem van slechthorendheid en van de gevolgen ervan voor het sociaal functioneren en de kwaliteit van leven.

De zorg voor slechthorenden is een vorm van ketenzorg, waarbij verschillende zorgaanbieders zoals huisarts, kno-arts, audiologisch centrum en audicien vanuit een specifieke expertise een rol spelen. In die zorgketen staat de patiënt centraal.

ACHTERGRONDEN

De verschillende oorzaken van geleidingsgehoorverlies en perceptief gehoorverlies worden in de NHG-standaard kort en zakelijk weergegeven.

Wat het chronische loopoor betreft, is de tekst verwarrend en deels onjuist. Er staat dat chronische otitis media zich bij uitzondering kan ontwikkelen tot een cholesteatoom. Het is echter beter te stellen dat chronische otitis media soms op een cholesteatoom berust. Volgens de standaard moet de huisarts bij een chronisch loopoor rekening houden met de ontwikkeling van een cholesteatoom; verwijzing naar een kno-arts is dan noodzakelijk. Een beter advies zou zijn dat de huisarts een patiënt met een chro-

nisch loopoor dat niet, bijvoorbeeld binnen 1 maand, reageert op conservatieve therapie, verwijst naar een kno-arts. Dit geldt namelijk niet alleen bij vermoeden van een cholesteatoom.

Een grote verbetering in deze versie is dat men risicofactoren en -groepen voor slechthorendheid heeft geformuleerd en het advies geeft bij de risicogroepen extra alert te zijn op slechthorendheid. Enigszins onderbelicht blijven de negatieve en deels onomkeerbare gevolgen van een langer durende slechthorendheid voor de spraak- en taalontwikkeling van het jonge kind van 1-4 jaar.²

Voor ouderen wordt de achteruitgang van het gehoor geschat op 7-18 dB per decennium vanaf het 30e levensjaar. Dit is een overschatting, maar ouderdomsslechthorendheid is wel een toenemend probleem. Het is goed dat geadviseerd wordt het gebruik van een hoortoestel te stimuleren, maar onvermeld blijft dat de belangrijkste reden hiervoor is het mogelijk optreden van deprivatieverschijnselen in een oor met te weinig aanbod van geluid.

RICHTLIJNEN VOOR DE DIAGNOSTIEK

Terecht wordt in de herziene NHG-standaard gewezen op de toegenomen mogelijkheden van patiënten/consumenten om hun gehoor te laten testen via een telefonische hoortest, via internet of bij een audicien. Toch wordt bij afwezigheid van een screeningsaudiometer uitsluitend de fluisterspraakmethode geadviseerd. Mits zorgvuldig uitgevoerd, is dit inderdaad een adequate screeningsmethode. De praktijk leert echter dat de fluisterspraaktest binnen de huisartsenpraktijk zelden zorgvuldig wordt toegepast. Ook is men bij de test afhankelijk van de wijze waarop de patiënt zelf één van beide oren dichthoudt. Daarom vinden wij de fluisterspraaktest in de praktijk een test van tweede keus met een onzekere uitkomst. Als betrouwbaar alternatief verdient de samenwerking tussen huisartsen en audiciens, ziekenhuizen of audiologische centra voor de uitvoering van screenende hoortests, die al veelvuldig plaatsvindt, meer aandacht.

Opvallend is dat de standaard stelt dat vragen naar het optreden van duizeligheid en oorsuizen bij slechthorendheid weinig aanvullende waarde heeft voor de diagnose. Hiervoor wordt geen onderbouwing gegeven. Bij het lichamelijke onderzoek beperkt de standaard zich tot de otosco-

Kennemer Gasthuis, locatie Zuid, afd. Kno-heelkunde, Boerhaavelaan 22, 2035 RC Haarlem.

Hr.J.A.Veldhuizen, kno-arts (tevens: bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied).

Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Kno, onderafd. Klinische en Experimentele Audiologie, Amsterdam.

Hr.prof.dr.W.A.Dreschler, klinisch fysisch en audioloog.

Correspondentieadres: hr.J.A.Veldhuizen (jaap.veldhuizen@quacknet.nl).

pie. Wij zouden daaraan de inspectie van de retroauriculaire regio op littekens, roodheid en zwelling willen toevoegen.

Bij het onderdeel 'aanvullend onderzoek' worden screeningsaudiometrie en fluisterspraak besproken. Hier stelt men dat, indien bij otoscopie geen aanwijzingen worden gevonden die de slechthorendheid kunnen verklaren, de huisarts bij patiënten ouder dan 6 jaar audiometrie of fluisterspraak uitvoert. Dit zou naar onze mening ook moeten gelden voor patiënten met afwijkingen bij otoscopie, bijvoorbeeld otitis media met effusie, een atelectatisch middenoor of een trommelvliesperforatie.

Verwijzing van jonge kinderen: kno-arts of audiologisch centrum. Bij de evaluatie van het onderzoek stelt de standaard wel een beleid voor voor patiënten ouder dan 6 jaar, maar het beleid bij kinderen onder de 6 jaar met aanwijzingen voor slechthorendheid verdient uitgebreidere bespreking. Deze jongere kinderen dient men volgens de standaard te verwijzen naar een kno-arts of een audiologisch centrum. Hiermee suggereert men in de standaard dat het niet uitmaakt waarheen of naar wie verwezen wordt, maar in feite beschikken de kno-arts en het audiologisch centrum over een complementaire expertise. Kinderen dienen primair naar de kno-arts te worden verwezen. Bij de meesten zal het namelijk een geleidingsverlies betreffen en binnen de algemene kno-praktijken zijn audiologische voorzieningen aanwezig om het gehoor van jonge kinderen te objectiveren.

Wanneer het niet mogelijk is het gehoor te objectiveren of als een perceptief verlies wordt vastgesteld, volgt in tweede instantie verwijzing naar een audiologisch centrum, meestal nadat een middenooraandoening is uitgesloten of behandeld. Binnen de audiologische centra zijn namelijk meer mogelijkheden voor de soms noodzakelijke multidisciplinaire diagnostiek van zowel het gehoor als de spraak- en taalontwikkeling en voor de begeleiding van het kind en de ouders. In complexe situaties is daarom een verwijzing via de kno-arts naar het audiologisch centrum de aanbevolen route. In dit tweefasebeleid mag niet te veel vertraging ontstaan.

Stemvorkproeven. In de standaard worden de stemvorkproeven te gemakkelijk als niet relevant voor het beleid van de huisarts beschouwd. Doyle et al. schreven: '2 groepen mensen zijn kritisch over de stemvork: zij die er nog nooit een gebruikt hebben en zij die niet weten hoe er een te gebruiken'.³ Vooral bij plotseling éénzijdig gehoorverlies zijn de proeven van Weber en Rinne, mits goed uitgevoerd, een adequaat middel om te differentiëren tussen geleidings- en perceptieverlies. Idiopathische plotselinge perceptieve slechthorendheid wordt echter nog regelmatig eerst geduid en behandeld als otitis media met effusie, hetgeen resulteert in een forse vertraging. Wanneer stemvorkproeven het bestaan van een geleidingsverlies niet bevestigen, dient men de patiënt met spoed te verwijzen met het vermoeden van idiopathische plotselinge perceptieve slechthorendheid.

Over de traumatische trommelvliesperforatie wordt in de standaard slechts geschreven dat na een barotrauma de perforatie bij 90% van de patiënten spontaan sluit binnen enkele weken, waarbij het geleidingsverlies volledig herstelt en het perceptieverlies vaak grotendeels. Hierbij ontbreken verdere richtlijnen voor anamnese, aanvullend onderzoek, adviezen, controles en de indicaties om alsnog te verwijzen.

Bij presbycusis wordt ingegaan op veranderde inzichten bij de aanpassing van hoortoestellen. De standaard vermeldt: 'hoe eerder een oudere met gehoorrevalidatie begint, des te groter is de kans dat functieverlies reversibel is'. Een actieve opstelling inzake diagnostiek en behandeling wordt aanbevolen. Dit is een belangrijke verbetering ten opzichte van de oude standaard.

Gebruik en imago van het gehoortoestel. In de standaard suggereert men dat deze de huisartsen een handvat biedt om patiënten te selecteren die werkelijk baat hebben bij een hoortoestel en meer kans hebben dat ook te dragen. Het is de vraag of dat laatste voldoende wordt waargemaakt. Zo staat er in de tekst dat motivatie voor het dragen van een hoortoestel een belangrijke voorwaarde is voor een zinvolle verwijzing. Bij veel patiënten hangt die motivatie echter vaak samen met een verouderd beeld van een hoortoestel dat ontsierend groot was, snel begon te fluiten, te luid was of niet werkte in omgevingsgeluid. In moderne, digitale hoortoestellen zijn voor veel van deze problemen adequate oplossingen gevonden. Desondanks is het beeld dat veel hoortoestellen snel in de kastlade belanden vrijwel onuitroeibaar, terwijl dit in recent onderzoek niet meer wordt gevonden.⁴ Ook in de standaard wordt bij herhaling gesproken over het slechte imago van het hoortoestel. Recente studies tonen aan dat het imago van het hoortoestel helemaal niet meer zo negatief is.

In de studie 'Gehoor in Nederland', waarin het imago van het hoortoestel specifiek is onderzocht, geeft 83% van de goedgehoorden, 80% van de slechthorenden met een hoortoestel en 75% van dezen zonder hoortoestel aan dat het dragen van een hoortoestel tegenwoordig heel geaccepteerd is.⁵ Respectievelijk 93, 83 en 78% van deze ondervraagden onderschrijft de uitspraak dat hoortoestellen tegenwoordig uiterst geavanceerd en klein zijn. Minder dan 10% is het eens met de stelling dat een hoortoestel iets is voor oude mensen. Dat er bij een klein deel van de slechthorenden weerstand bestaat tegen hoortoestellen wordt bevestigd, maar slechts 14% van de groep geeft aan liever een gesprek slecht te kunnen volgen dan een hoortoestel te dragen.

Ook gaat de standaard niet nader in op het te volgen traject voor gehoorrevalidatie. Sinds de deregulering voor hulpmiddelen in 2002 zijn de spelregels over de aanpassing

en de nacontrole aan verandering onderhevig. Het zou goed zijn geweest wanneer men in de standaard had aangegeven wat de specifieke rol is van de audiciens, de kno-artsen en het audiologisch centrum als samenwerkende partners in een volwaardige zorgketen. Juist binnen deze zorgketen is ook de positie en de rol van de huisarts essentieel.

Bij een gemiddeld gehoorverlies van minder dan 30 dB of bij ongestoorde waarneming van fluisterspraak wordt een expectatief beleid geadviseerd. Indien het gehoorverlies na 3 maanden niet is toegenomen, is er volgens de standaard in principe geen reden voor verwijzing. Voor symmetrische verliezen is dit te verdedigen, maar bij éénzijdig verlies is verwijzing voor verdere diagnostiek onzes inziens geïndiceerd.

Het advies om volwassenen met otitis media met effusie pas te verwijzen als die langer dan 3 maanden bestaat, is niet realistisch gezien de hinder die patiënten hiervan ondervinden. Bij de opmerkingen betreffende de stemvorkproeven stelden wij al dat het van belang is goed te differentiëren tussen geleidingsverlies en plotseling perceptief verlies.

Acute slechthorendheid. In de herziene standaard stelt men dat spoedverwijzing aangewezen is bij acuut optredende slechthorendheid (bedoeld wordt: bij vermoeden van idiopathische plotselinge perceptieve slechthorendheid). Dit advies onderschrijven wij. De waarde van behandeling met een hoge dosis corticosteroiden is weliswaar nog niet met het hoogste niveau van bewijs aangetoond, maar er bestaat consensus in Nederland binnen de specialismen kno en audiologie ('expert opinion') over de noodzaak van een snelle verwijzing, diagnostiek en behandeling.⁶

Aangaande de specifieke rol van een audiologisch centrum verwijst men in noot 31 van de standaard naar een afsprakenconvenant tussen kno-artsen, audiologische centra, audiciens en patiëntenorganisaties; bedoeld wordt het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH; www.hoorstichting.nl/folders/18.pdf). Het betreffende document is specifiek geformuleerd voor de groep huidige en potentiële hoortoestelgebruikers en beschrijft de aanpassingstrajecten van verschillende patiëntengroepen bij de audiologische revalidatie.

CONCLUSIE

De herziene standaard 'Slechthorendheid' van het Nederlands Huisartsen Genootschap is een duidelijke verbetering ten opzichte van de eerste versie. De noodzaak tot een actieve houding om patiënten met ouderdomsslechthorendheid te motiveren voor een hoortoestel is in de standaard helder verwoord en vertaald in richtlijnen. Idiopathische plotselinge perceptieve slechthorendheid krijgt serieuze aandacht. De scepsis tegenover de stemvorkproeven is onterecht en staat ver af van de dagelijkse praktijk. De adviezen bij het

chronische loopoor zijn ontoereikend en zijn gebaseerd op onjuiste aannamen. Richtlijnen voor de diagnostiek en de behandeling van een traumatische trommelvliesperforatie ontbreken.

Ook zijn naar onze mening de rollen van de verschillende zorgaanbieders in de slechthorendenzorg onvoldoende geëxpliciteerd. Mogelijk is er bewust voor gekozen het traject van de hoorrevalidatie niet nader te omschrijven omdat dit werkgebied momenteel aan veel veranderingen onderhevig is. Deze standaard had men echter kunnen benutten om een intensieve samenwerking tussen huisartsen, audiciens, kno-artsen en audiologische centra bij patiënten met slechthorendheid te bewerkstelligen. Dit geldt niet alleen voor de ouderen die voor een hoortoestel in aanmerking komen, maar ook voor de jonge kinderen bij wie de spraak- en taalontwikkeling gevaar kan lopen. Het geven van eenvoudige adviezen door de huisarts, waarmee volgens de standaard zou kunnen volstaan, garandeert niet dat er voldoende aandacht aan dit risico zal worden besteed en benadrukt onvoldoende de noodzaak van een multidisciplinaire benadering.

Ondanks deze kritische opmerking hebben wij veel waardering voor dit gedegen stuk, waarbij de samenstellers zich zoveel mogelijk hebben gebaseerd op wetenschappelijke onderbouwing. De vitaliteit van de ontwikkeling van standaarden door het NHG blijft een voorbeeld voor andere wetenschappelijke verenigingen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 8 december 2006

Literatuur

- 1 Eekhof JAH, Balen FAM van, Fokke HE, Mul M, Ek JW, Boomsma LJ. NHG-standaard 'Slechthorendheid'. Eerste herziening. Huisarts Wet. 2006;49:28-37.
- 2 Yoshinaga-Itano C. Early intervention after universal neonatal hearing screening: impact on outcomes. Ment Retard Dev Disabil Res Rev. 2003;9:252-66.
- 3 Doyle PJ, Anderson DW, Pijl S. The tuning fork – an essential instrument in otologic practice. J Otolaryngol. 1984;13:83-6.
- 4 Vereenvoudiging en verruiming van indicatiecriteria hoortoestellen. Publicatienr 02/119. Diemen: College voor Zorgverzekeringen; 2002.
- 5 Leegwater E, Lammerts van Bueren W. Gehoor in Nederland. TNS NIPO-rapport E1744. Amsterdam: TNS NIPO; 2005.
- 6 Wei BP, Mubiru S, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss [Cochrane review]. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD003998.

Abstract

The practice guideline 'Hearing impairment' (first revision) from the Dutch College of General Practitioners; a response from the perspective of otorhinolaryngology and clinical audiology. – The effort to use evidence-based medicine as a starting point for the revision of the guideline 'Hearing impairment' from the Dutch College of General Practitioners is much appreciated. The guideline advocates an active attitude towards hearing impairment in the elderly. Idiopathic sensorineural

hearing loss is described as a clinical entity and the guideline stresses the importance of timely referral to an otolaryngologist. The sceptical attitude towards the practical applicability of tuning-fork tests may be questioned. The guideline's suggestions concerning chronic otorrhoea and traumatic tympanic membrane perforation are inadequate and partly incorrect. The specific expertise of the disciplines involved in the field of hearing impairment could have been made more explicit. Nevertheless, this revision of the guideline is considered to be a material improvement compared to the former version.

Ned Tijdschr Geneeskd. 2007;151:454-7