

# Effectiviteit van adenotonsillectomie bij kinderen

*E.H. van den Akker*



E.H. van den Akker  
Meander Medisch Centrum  
Ringweg Randenbroek 110  
3816 CP Amersfoort

Adenotonsillectomie (ATE) is een van de meest frequent uitgevoerde operaties bij kinderen. Opvallend is dat de operatie in ons land vaker wordt uitgevoerd dan in andere westerse landen. Internationaal geaccepteerde richtlijnen betreffende de indicaties voor ATE ontbreken.

Artsen zijn het er over eens dat ATE effectief is bij kinderen met zeer frequente keelontstekingen (meer dan 6 per jaar) en bij kinderen met het obstructief slaap-apnoe-syndroom (OSAS). De effectiviteit van ATE bij kinderen met mildere klachten staat niet vast. Uit een inventarisatie onder Nederlandse KNO-artsen blijkt dat 65% van de kinderen die in ons land op de lijst geplaatst worden voor ATE dergelijke mildere klachten heeft: minder frequente keelontstekingen, recidiverende bovenste luchtweginfecties en mildere klachten van tonsil- en adenoidhypertrofie. Om de effectiviteit van ATE bij kinderen met deze klachten vast te stellen is het NATAN project gestart.

Tussen maart 2000 en februari 2003 zijn in samenwerking met 95 KNO-artsen 300 kinderen van 2 tot 8 jaar ingesloten in de trial. Zij kwamen volgens de huidige praktijk in aanmerking voor ATE. Uitgesloten werden kinderen met zeer frequente keelontstekingen of een sterke verdenking op OSAS. Door randomisatie werden 151 deelnemers toegewezen aan de adenotonsillectomie groep (ATE binnen 6 weken) en 149 aan de niet-chirurgische groep (afwachting beleid). Intention-to-treat analyses werden toegepast. Gedurende de mediane follow-up periode van 22 maanden hadden kinderen in de ATE groep 2,97 koortsepisoden per persoonsjaar versus 3,18 in de niet-chirurgische groep (risicoverschil -0,21; 95% BI -0,54 tot 0,12); 0,56 versus 0,77 keelontstekingen per persoonsjaar (risicoverschil -0,21, 95% BI -0,36 tot -0,06) en 5,47 versus 6,00 bovenste luchtweginfecties per persoonsjaar (risicoverschil -0,53, 95% BI -0,97 tot -0,08). Ten aanzien van snurken en moeite met het eten van vast voedsel werd in de ATE groep direct na de operatie een afname van de klachten gevonden, in de niet-chirurgische groep namen de

klachten geleidelijk af. Ten aanzien van de kwaliteit van leven werden geen klinisch relevante verschillen gevonden. Op alle eindpunten deden de kinderen in de ATE groep het in de eerste 6 maanden iets beter dan kinderen in de niet-chirurgische groep, tussen 6 en 24 maanden verdwenen deze verschillen. Adenotonsillectomie bleek effectiever bij kinderen met 3 tot 6 keelontstekingen in het jaar voorafgaand aan de trial dan bij kinderen met 0 tot 2 keelontstekingen. Vijftig kinderen (34%) uit de niet-chirurgische groep ondergingen gedurende de studie alsnog een ATE. De baseline karakteristieken van deze kinderen verschilden niet van die van de ATE groep of de overigen in de niet-chirurgische groep. Uitsluiten van deze kinderen uit de analyses (per protocol) leverde in essentie dezelfde resultaten op.

Om te beoordelen of de onderzoeksgroep representatief was voor de groep kinderen met relatief milde keelklachten die in ons land een ATE ondergaan, werden 270 deelnemers vergeleken met 649 niet-deelnemende kinderen. Deze groepen verschilden niet qua leeftijd, geslacht, indicatie voor ATE, aantal keelontstekingen in het jaar voorafgaand aan de studie en duur van de klachten. Er waren kleine, klinisch niet relevante, verschillen ten aanzien van eerdere KNO-ingrepen, snurken en het aspect van de tonsillen bij inspectie.

Concluderend toont het NATAN project dat adenotonsillectomie bij kinderen met relatief milde keelklachten geen klinisch relevante voordelen biedt boven een afwachting beleid. Het natuurlijk beloop van deze klachten is gunstig, derhalve kan men bij deze kinderen vaker een afwachting beleid overwegen.

*Samenvatting van het proefschrift*

*"Adenotonsillectomy in children; facts and figures",*

*Emma H. van den Akker*

*Verdedigd op 28 september 2004 te Utrecht*

*Promotores: Prof. dr. A.W. Hoes en*

*Prof. dr. G.J. Hordijk*

*Co-promotor: Dr. A.G.M. Schilder*