

NHG-STANDAARDEN

voor

**PRAKTIJKASSISTENTE
EN -ONDERSTEUNER**

*S.G. van Gunst
V.G. Pigmans*

2009



nederlands huisartsen
genootschap

NHG-STANDAARDEN

NHG-Standaarden voor praktijkassistente
en -ondersteuner 2009

In NHG-Standaarden voor praktijkassistente en -ondersteuner zijn de NHG-Standaarden voor huisartsen toegankelijk gemaakt voor praktijkassistentes en -ondersteuners. Als zodanig is het boek een belangrijk naslagwerk. Meer kennis van de NHG-Standaarden zorgt er immers voor dat huisartsen en praktijkmedewerkers sneller op één lijn zitten. Met als uiteindelijk doel: het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de patiënten. In deze nieuwe editie (2009) worden meer dan tachtig NHG-Standaarden beschreven voor praktijkassistentes en -ondersteuners.

Nieuwe of veranderde hoofdstukken in editie 2009:

Dermatomycosen

Diagnostiek van mammacarcinoom

Diepe veneuze trombose

Erectiele disfunctie

Influenza en influenzavaccinatie

Kinderen met koorts

Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen

Schouderklachten

Vaginaal bloedverlies

Virushepatitis en andere leveraandoeningen

NHG-Standaarden voor praktijkassistente en -ondersteuner

2009

S.G. van Gunst

V.G. Pigmans

C.J. in 't Veld

© Nederlands Huisartsen Genootschap, 2009

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Samensteller(s) en uitgever zijn zich volledig bewust van hun taak een betrouwbare uitgave te verzorgen. Niettemin kunnen zij geen aansprakelijkheid aanvaarden voor drukfouten en andere onjuistheden die eventueel in deze uitgave voorkomen.

Eerste druk 1998/1999

Tweede druk 2003

Derde druk 2004

Vierde druk 2005

Vijfde druk 2007

Zesde druk 2008

Zevende druk 2009

ISBN 978 90 313 5650 8

NUR 891

Ontwerp omslag: Leon Morselt, Nederlands Huisartsen Genootschap

Ontwerp binnenwerk: Studio Bassa, Culemborg

Automatische opmaak: Pre Press, Zeist

Nederlands Huisartsen Genootschap

Postbus 3231

3502 GE Utrecht

www.nhg.org

Productie: Bohn Stafleu van Loghum, Houten

Inhoud

Inleiding	5
Richtsnoer voor het maken van afspraken over de rol en taak van de praktijk-assistente en praktijkondersteuner	10
Bijlage 1	13
Bijlage 2	14
Bijlage 3	15
NHG-STANDAARDEN	17
Acne	19
Acute diarree	23
Acute keelpijn	29
Acuut coronair syndroom	34
Acuut hoesten	37
Allergische en niet-allergische rhinitis	42
Amenorroe	46
Anemie	50
Angststoornissen	55
Astma bij kinderen	58
Astma bij volwassenen	62
Atriumfibrilleren	68

Bacteriële huidinfecties	71
Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct	77
Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen	82
Cardiovasculair risicomangement	85
Cervixuitstrijken	91
Constitutioneel eczeem	95
COPD	98
Cerebrovasculair accident (CVA)	103
Decubitus	107
Delier bij ouderen	109
Dementie	112
Depressieve stoornis (depressie)	117
Dermatomycosen	121
Diabetes mellitus type 2	125
Diagnostiek van mammacarcinoom	130
Diepe veneuze trombose	137
Duizeligheid	142
Enkeldistorsie	145
Enuresis nocturna	149
Epicondylitis	154
Erectiele disfunctie	156
Fluor vaginalis	160
Hartfalen	165
Hoofdpijn	168

Hormonale anticonceptie	174
Incontinentie voor urine	180
Influenza en influenzavaccinatie	184
Jicht	189
Kinderen met koorts	192
Lagerugpijn	197
Lumbosacraal radiculair syndroom	200
Maagklachten	205
Miskraam	209
Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten	212
Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen	215
Onderzoek van de pasgeborene	219
Osteoporose	221
Otitis externa	225
Otitis media acuta bij kinderen	228
Otitis media met effusie	232
Overgang	236
Pelvic inflammatory disease	240
Perifeer arterieel vaatlijden	243
Prikkelbaredarmsyndroom	246
Problematisch alcoholgebruik	249
Psoriasis	254
Refractieafwijkingen	257
Reumatoïde artritis	261

Rhinosinusitis	264
Het rode oog	268
Schildklierandoeningen	274
Schouderklachten	279
Slaapproblemen en slaapmiddelen	283
Slechthorendheid	287
Het soa-consult	293
Spiraaltje	300
Stabiele angina pectoris	304
Stoppen met roken	307
Subfertiliteit	313
TIA	316
Traumatische knieproblemen	319
Ulcus cruris venosum	322
Urinsteinlijden	326
Urineweginfecties	329
Vaginaal bloedverlies	334
Varices	338
Virushepatitis en andere leverandoeningen	342
Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen	347
Zwangerschap en kraamperiode	349
Register	355

Inleiding

NHG-Standaarden voor praktijkassistente en -ondersteuner

Voor u ligt de nieuwe editie van de NHG-Standaarden voor praktijkassistenten en praktijkondersteuners werkzaam in de huisartsenpraktijk. Dit boek heeft de bedoeling deze beroepsgroepen te informeren over inhoud en achtergronden van de richtlijnen voor huisartsen (de standaarden), ontwikkeld door het NHG.

Vergeleken bij de vorige editie (2008) zijn enkele veranderingen doorgevoerd. Een aantal hoofdstukken is geheel of gedeeltelijk gewijzigd. Twee hoofdstukken over nieuwe standaarden zijn toegevoegd.

Deze uitgave biedt de hierboven genoemde praktijkmedewerkers noodzakelijke achtergrondinformatie voor het goed uitvoeren van hun taken.

Praktijkassistenten maken afspraken, assisteren bij het onderzoek en bij medisch-technische handelingen (of voeren die uit), en geven voorlichting en advies.

Praktijkondersteuners bieden de huisarts vooral ondersteuning bij het verlenen van geprotocolleerde medische zorg. Tot hun taken behoren de monitoring, begeleiding, voorlichting en educatie van patiënten met chronische aandoeningen (zoals diabetes mellitus, astma/COPD en hart- en vaatziekten) en van ouderen. Daarnaast hebben zij ook niet-zorggebonden taken. Waar in deze uitgave 'praktijkondersteuner' staat, wordt ook de 'praktijkverpleegkundige' bedoeld.

Voor allen geldt, dat meer kennis over de standaarden het gemakkelijker maakt om de richtlijnen uit de standaarden in de praktijk uit te voeren, met als uiteindelijk doel een hogere kwaliteit van de huisartsenzorg. Dit boek heeft niet de bedoeling praktijkmedewerkers tot in detail op de hoogte te brengen van de inhoud van de richtlijnen.

De NHG-Standaarden geven over het algemeen geen *concrete* richtlijnen voor het handelen van praktijkassistenten en -ondersteuners. Tussen huisartsenpraktijken bestaan – afhankelijk van de omstandigheden – grote verschillen in de mate waarin de huisarts taken delegeert. Ook kan de aard van de gedelegeerde taken sterk verschillen.

Zo kan de taak van de praktijkassistente beperkt blijven tot het beantwoorden van de telefoon, het afnemen van bloedmonsters, het maken van een urinesediment en het verbinden van wonden. Maar zij kan ook belast zijn met het maken van uitstrijkjes, het geven van inhalatie-instructie aan patiënten met astma, het begeleiden van patiënten die willen stoppen met roken of het hechten van wonden.

In dit boek wordt steeds in een apart kader aangegeven, welke taken de praktijkassistente zou kunnen uitvoeren. Ook aan de taken van de praktijkondersteuner wordt, als dit aan de orde is, afzonderlijk aandacht besteed. Aan de hand van deze suggesties kunnen huisarts en praktijkmedewerkers afspraken maken. Welke taken delegeert de huisarts? Onder welke voorwaarden doet hij dit succesvol?

Hoofdstuk 2 bevat een programma ('richtsnoer') voor het maken van werkafspraken.

NHG-Standaarden

Al bijna twintig jaar geleden hebben de Nederlandse huisartsen gekozen voor het verhogenvan de kwaliteit van hun werk en voor verdere professionalisering van hun beroep. Om dat doel te bereiken is onder meer de opleiding tot huisarts verlengd en verbeterd en heeft het NHG – de wetenschappelijke vereniging van de Nederlandse huisartsen – richtlijnen geformuleerd voor het dagelijkse handelen van de huisarts. Deze richtlijnen hebben bekendheid gekregen als de NHG-Standaarden.

Als uitgangspunt voor richtlijnontwikkeling heeft het NHG gehanteerd dat huisartsenzorg zo veel mogelijk gebaseerd moet zijn op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, bij voorkeur verricht in de huisartsenpraktijk. Wanneer gegevens van dergelijk onderzoek ontbreken of met elkaar in tegenspraak zijn, wordt de richtlijn gebaseerd op het oordeel en de praktijkervaring van de huisartsen die de desbetreffende standaard opstellen. Commentaar op de voorgestelde richtlijnen van andere huisartsen en van specialisten is noodzakelijk voor het opstellen van een goed onderbouwde NHG-Standaard. Op die manier bevat een standaard een gefundeerd oordeel over een klacht of een ziektebeeld en vormt zo een weergave van de ‘stand van zaken’ rond een bepaald onderwerp. De richtlijnen uit een NHG-Standaard bevatten in het algemeen niet het ‘laatste nieuws’; de waarde van de nieuwe ontwikkelingen en technieken moet namelijk eerst verder worden onderbouwd door middel van wetenschappelijk onderzoek.

Sinds in 1989 de eerste standaard – over diabetes mellitus – werd gepubliceerd, zijn er elk jaar nieuwe standaarden opgesteld over uiteenlopende onderwerpen als acute keelpijn, hoofdpijn, oorontsteking, urineweginfecties, depressie en cardiovasculair risicomanagement. Bij het opstellen van de standaarden wordt uitgegaan van het beloop van ziektes in de huisartsenpraktijk. Dit beloop wordt onder andere gekenmerkt doordat patiënten veelal genezen zonder ingrijpen van buitenaf. Hier-

op ligt bij het opstellen van de richtlijnen dan ook de nadruk. Voorlichting en advies neemt een belangrijke plaats in de standaard in. Steeds wordt aandacht besteed aan de vraag of ingrijpen voordelen heeft boven afwachten. Dat betekent bijvoorbeeld dat bij twijfel over het effect van een medicijn een niet-medica-menteuze behandeling de voorkeur heeft. Afwachten betekent soms dat de patiënt gevraagd wordt terug te komen als de klachten blijven of veranderen. Afwachten kan ook een actieve opstelling van de huisarts inhouden, waarbij het beloop in vervolgspraken wordt gevolgd.

Ook moet de zorg in de huisartsenpraktijk verantwoord zijn. Verantwoord betekent onder meer doelmatig; de kosten van onderzoek en behandeling worden in de beschouwing betrokken. Bij gelijkwaardige mogelijkheden wordt gekozen voor de oplossing die de minste kosten met zich brengt. Daarnaast hebben bij het voorschrijfbeleid medicijnen waarmee de meeste ervaring is opgedaan de voorkeur. Indien er geen verschil in resultaat bestaat tussen behandeling van een aandoening door de huisarts (de ‘eerste lijn’) of door de specialist (de ‘tweede lijn’), heeft behandeling in de eerste lijn de voorkeur. In elke standaard wordt uitvoerig aandacht besteed aan aspecten die in de voorlichting aan patiënten van belang zijn.

Voor activiteiten ter voorkoming van ziekten (preventie) is meer wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit en uitvoerbaarheid nodig dan voor activiteiten ter behandeling van een ziekte of aandoening. Preventieve activiteiten vinden namelijk plaats op initiatief van de arts, in tegenstelling tot curatieve activiteiten, waarbij het initiatief veelal van de patiënt uitgaat. Als er sprake is van een initiatief van de arts, zullen er om medisch-ethische redenen hogere eisen moeten worden gesteld aan het resultaat: bij het maken van een uitspraak van de baarmoederhals moeten voldoende vrouwen worden opgespoord die baat hebben bij het vroegtijdig vaststellen en behandelen van (een voorstadium van) baarmoederhalskanker, terwijl niet te veel vrouwen

onnodig nader onderzoek en behandeling behoeven te ondergaan.

De NHG-Standaarden worden gepubliceerd in het maandblad van het NHG, *Huisarts en Wetenschap*. In het nummer waarin een standaard is opgenomen, wordt ook een samenvattingskaart ingesloten, die de huisarts kan opbergen in daarvoor bestemde ordnertjes. Een voorbeeld van zo'n samenvattingskaart (voor- en achterzijde) is hier afgedrukt.

NHG-Standaarden in de praktijk

Het NHG maakt ook ondersteunende producten, zowel voor huisartsen als voor praktijkassistentes, -ondersteuners en -verpleegkundigen, om de invoering van de richtlijnen uit de standaarden in de dagelijkse praktijk te bevorderen. Ook het boek *NHG-Standaarden voor praktijkassistente en -ondersteuner* past in dat beleid. Een greep uit de andere implementatiematerialen.

Over aspecten van communicatie en attitude zijn twintig *Cahiers* voorhanden. *NHG-PraktijkWijzers* bieden ondersteuning bij de organisatie van de praktijk. Soms gaat het daarbij om de organisatie van de zorg voor

specifieke aandoeningen zoals astma, diabetes, benzodiazepineverslaving of dementie. Soms gaat het om de organisatie meer in het algemeen. In de *PraktijkWijzers* die over de zorg gaan, is zo veel mogelijk rekening gehouden met over te dragen aspecten van die zorg. In de eerste plaats zijn *PraktijkWijzers* dan ook belangrijke werkdocumenten voor praktijkondersteuners, maar ook voor praktijkassistentes.

Het NHG ontwerpt ook cursussen voor ondersteunende medewerkers in de huisartsenpraktijk. De NHG-webprogramma's (e-learningmodules) zijn ontworpen voor praktijkondersteuners, maar kunnen ook door praktijkassistentes worden gevolgd.

Het NHG geeft ook producten uit die in de dagelijkse praktijk direct van nut kunnen zijn, zoals voorlichtingsfolders voor in de wachtkamer of patiëntenbrieven met informatie over een bepaald onderwerp, die in aansluiting op een consult door de huisarts aan de patiënt kunnen worden meegegeven.

Informatie over alle producten van het NHG is te vinden op de NHG-website: www.nhg.org. Sommige producten, bijvoorbeeld de NHG-Standaarden en de NHG-Patiëntenbrieven, staan integraal op de NHG-website.



KINDEREN MET KOORTS

NHG-STANDAARD (SAMENVATTING)

M29

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Telefonische triage

Beoordeel het kind op *zeer korte termijn* bij *alarmsignalen*:

- * ernstig ziek zijn;
- * snelle achteruitgang;
- * minder dan de helft drinken;
- * sufheid;
- * ontroostbaar huilen;
- * tijdens koorts ontstane huiduitslag, veranderde huidskleur;
- * veranderd ademhalingspatroon, kreunen, periodes van ademstilstand;
- * leeftijd jonger dan 1 maand.

Beoordeel het kind *dezelfde dag* bij de volgende kenmerken:

- * leeftijd 1-3 maanden;
- * verminderde weerstand of relevante comorbiditeit;
- * langer dan drie dagen bestaande koorts of opnieuw oplopende koorts na een aantal koortsvrije dagen;
- * onvoldoende indruk van de ernst van het ziektebeeld;
- * een telefoongesprek met een geïrriteerde of agressieve sfeer;
- * communicatieproblemen of een verschil van inzicht met de ouders;
- * persistente ongerustheid bij de ouders.

In alle andere gevallen kan volstaan worden met een consult op een later moment of een zelfzorgadvies.

Anamnese

Algemeen

- * de duur van de koorts;
- * de indruk van de ouders over hoe ziek het kind is;
- * bij zuigelingen: de hoeveelheid vochtinname; < 50% van de normale (dag)voeding is een alarm signaal.

Per tractus

- * huidafwijkingen, huiduitslag;
- * bewustzijnsdaling, braken, en/of hoofdpijn;
- * keel- of oorpijn, rinitis;
- * moeite met ademen, hoest of benauwdheid, moeite om de borst of fles leeg te drinken;
- * braken en/of diarree, eventueel in relatie tot voedselname (voldoende natte luiers (minimaal vier per 24 uur), kwijlen en een flinke traanproductie pleiten tegen dehydratie);
- * buikpijn, pijnlijke of branderige mictie; toegenomen mictiefrequentie, pijn in de flank.

Overige relevante gegevens

- * relevante comorbiditeit;
- * vaccinatiestatus en meest recente vaccinatie;
- * medicatiegebruik zoals immunosuppressiva;
- * zieken in de omgeving zoals personen met een koortslip;
- * recent verblijf in het buitenland.

Lichamelijk onderzoek

Beoordeel de mate van ziek zijn en tracht een mogelijke focus voor de koorts te vinden. Aandachtspunten:

- * de temperatuur, mate van ziek zijn;
- * de huid: kleur en capillaire refill (> 1,5 à 2 seconden);
- * meningeale prikkeling;
- * tellen van de ademfrequentie gedurende één minuut; gebruik van hulpademhalingspijpen; percussie en auscultatie van de longen;
- * inspectie, auscultatie, percussie en palpatie van het abdomen;
- * vochtigheidsgraad van de slijmvliezen.

Aanvullend onderzoek

- * Urineonderzoek bij leeftijd:
 - < 2 jaar als bij anamnese en lichamelijk onderzoek geen focus wordt gevonden;
 - > 2 jaar: bij aanwijzingen voor een urineweginfectie of bij meer dan drie dagen koorts zonder duidelijke oorzaak.
- * Verriicht bij een afwijkende nitriettest, dipside of sediment altijd een kweek.
- * Bij twijfel over een pneumonie: overweeg een X-thorax.



KINDEREN MET KOORTS

NHG-STANDAARD (SAMENVATTING)

M29

Evaluatie

Alarmsymptomen:

- * ernstig zieke indruk bij lichamelijk onderzoek;
- * verlaagd bewustzijn;
- * verminderde perifere circulatie, bleek of grauw zien;
- * tekenen van ernstige tachypneu (ademhalingsfrequentie > 60 per minuut bij leeftijd tot 2 maanden, > 50 bij 2 maanden tot 1 jaar, > 40 bij leeftijd > 1 jaar) en/of dyspneu.
- * aanhoudend braken;
- * petechiën;
- * meningeale prikkelingsverschijnselen;

RICHTLIJNEN BELEID

- * Koorts als zodanig behoeft geen behandeling.
- * De mate van ziek zijn is belangrijker dan de hoogte van de koorts.
- * Een antipyreticum is niet noodzakelijk.

Medicamenteuze therapie

Adviesdoseringen van paracetamol (op basis van gewicht en bij gebruik korter dan drie dagen)

Gewicht en leeftijd	Oraal maximaal 90 mg/kg/dag (drank 24 mg/ml)	Rectaal maximaal 90 mg/kg/dg
3 kg (geboorte)	4 dd 2 ml	2 dd 1 zetpil 120 mg
6 kg (3 maanden)	4 dd 4 ml	3 dd 1 zetpil 120 mg
10 kg (12 maanden)	4 dd 6 ml	3 dd 1 zetpil 240 mg
15 kg (3 jaar)	4 dd 9 ml of 4 dd 1 tablet 240 mg	4 dd 1 zetpil 240 mg
20 kg (5 jaar)	4 dd 1,5 tablet 240 mg	3 dd 1 zetpil 500 mg
25 kg (7 jaar)	4 dd 1 tablet 500mg	4 dd 1 zetpil 500 mg
30 kg (9 jaar)	5 dd 1 tablet 500mg	4 dd 1 zetpil 500 mg
42,5 kg (12 jaar)	6 dd 1 tablet 500 mg	3 dd 1 zetpil 1000 mg

Controles

De ouders worden geïnstrueerd (opnieuw) contact op te nemen:

- * bij alarmsignalen (zie telefonische triage);
- * na 24 tot 48 uur bij kinderen ouder dan 3 maanden met koorts zonder focus.
- * bij behoefte aan een herbeoordeling;

Verwijzing

- * Alle kinderen jonger dan 1 maand.
- * Alle kinderen van 1-3 maanden, *tenzij* er een duidelijke focus voor de koorts is.
- * Aanwezigheid van één of meer alarmsymptomen (zie evaluatie).
- * Vermoeden van meningitis of sepsis.
- * Tekenen van dehydratie, vooral bij kinderen jonger dan 1 jaar.
- * Behoefte aan diagnostische zekerheid.

KOORTSCONVULSIE

Een typische koortsconvulsie treedt op bij kinderen van 6 maanden tot 5 jaar oud zonder neurologische voorgeschiedenis, tijdens een periode van koorts.

Beleid bij koortsconvulsie

Wijs bij het telefonisch contact op het vrijhouden van de ademweg. Laat het kind in buik- of zijligging met het hoofd omlaag liggen. Een directe visite is daarna aangewezen.

Convulsie nog niet voorbij:

- * diazepam rectaal (< 1 jaar 0,5 mg/kg; 1-3 jaar 5 mg; > 3 jaar 10 mg);
- * bij aanhoudende convulsie: dezelfde dosis na tien minuten herhalen;
- * indien na vijftien minuten nog trekkingen: spoedopname.

Convulsie voorbij:

- * zoek naar een focus (vooral naar meningitis);
- * beoordeel bij twijfel opnieuw na enkele uren;
- * laat diazepam 5 mg rectale achter voor behandeling van een recidief;
- * informeer de ouders over de goede prognose.

Consultatie en verwijzing bij koortsconvulsie

- * Een convulsie bij een kind met koorts jonger dan 6 maanden.
- * Een recidief convulsie in dezelfde koortsperiode.
- * Een convulsie die langer duurt dan vijftien minuten.
- * Een convulsie met focale kenmerken.
- * Tekenen van meningitis: meningeale prikkelingsverschijnselen, petechiën en/of verlaagd bewustzijn

De volledige tekst van de NHG-Standaard is gepubliceerd in 'Huisarts en Wetenschap'.

De NHG-Standaarden worden, afhankelijk van het onderwerp, eens in de drie tot vijf jaar geactualiseerd.

Richtsnoer voor het maken van afspraken over de rol en taak van de praktijkassistente en praktijkondersteuner

Inleiding

Als praktijkassistente en praktijkondersteuner kent u ze waarschijnlijk wel: de klappertjes met de samenvattingskaarten van de NHG-Standaarden; de huisarts heeft ze onder handbereik om zo nodig iets in op te zoeken. Sinds 1989 zijn er NHG-Standaarden gepubliceerd over tientallen onderwerpen, van middenoorontsteking tot aandoeningen van de schildklier, van hoofdpijn tot kinderen met koorts.

De standaarden bevatten richtlijnen voor het handelen van de huisarts en vormen een van de hoekstenen in het kwaliteitsbeleid van huisartsen.

Om uw taak als praktijkmedewerker goed te kunnen uitvoeren is het van belang dat u net als de huisarts op de hoogte bent van de standaarden. U bent immers in veel gevallen de schakel tussen de patiënt en de huisarts: patiënten stellen u vragen of leggen problemen aan u voor. Zij verwachten een goede afhandeling en dat vereist van u kennis en deskundigheid. Maar kennis en deskundigheid alleen is niet voldoende. Het is ook van belang dat u met de huisarts afspreekt of en, zo ja, welke adviezen u geeft en dat deze aansluiten bij het beleid van de huisarts. Daarbij is voldoende steun van de huisarts onontbeerlijk. Wanneer er met meerdere medewerkers in de praktijk wordt samengewerkt, is het belangrijk dat iedereen op dezelfde manier werkt.

In *NHG-Standaarden voor praktijkassistente en -ondersteuner* maken praktijkmedewerkers in kort bestek kennis met de meeste NHG-Standaarden en de richtlijnen daarin voor de huisarts

voor het stellen van de diagnose, de behandeling en de begeleiding van patiënten met bepaalde klachten of een bepaalde ziekte. Deze kennis is bedoeld als achtergrondinformatie. Verder kunnen de verschillende hoofdstukken gebruikt worden als een richtsnoer voor het bespreken van bepaalde onderwerpen en het maken van werkafspraken in de praktijk. In elk hoofdstuk krijgen praktijkassistentes en zo nodig ook praktijkondersteuners suggesties aangereikt voor hun mogelijke rol.

Werkafspraken

De meeste huisartsen en praktijkmedewerkers zullen tijdens de koffie wel eens kort een bepaald onderwerp bespreken aan de hand van een vraag van een patiënt of een probleem dat zich in de praktijk voordoet. Minder vaak zullen zij in een vast werkoverleg afspraken maken over taakverdeling en te volgen beleid naar aanleiding van NHG-Standaarden. In een kort programma op de volgende pagina's wordt een stramien gepresenteerd om een dergelijk praktijkoverleg te structureren. Het programma is te gebruiken voor alle onderwerpen in dit boek.

Het doel van een gestructureerd praktijkoverleg is dat de deelnemers:

- een lijst van onderwerpen opstellen waarover in de praktijk werkafspraken worden gemaakt en waarbij zij aangeven in welke volgorde ze die onderwerpen zullen behandelen;
- hun kennis van een bepaald onderwerp opfrissen en rond dat onderwerp zo goed mogelijk zorg bieden aan de patiënt (is er

in de praktijk een NHG-Patiëntenfolder of NHG-Patiëntenbrief of is er andere informatie over het onderwerp beschikbaar?);

- bespreken wat ieders taak en rol bij dit onderwerp zullen zijn;
- de gemaakte werkafspraken schriftelijk vastleggen;
- bepalen op welk moment de werkafspraken zullen worden geëvalueerd.

NB Vergeet niet aandacht te geven aan de manier waarop contacten met de patiënt in het dossier worden geregistreerd en financieel worden afgehandeld.

PROGRAMMAOVERZICHT¹

- 1 Voorbereiding
- 2 Wat zijn de huidige taken van de praktijkassistente bij dit onderwerp?
- 3 Welke rol zou de praktijkassistente kunnen vervullen?
- 4 Afspraken
- 5 Evaluatie

TIJDSDUUR

De tijdsduur is sterk afhankelijk van de mate waarin de praktijkassistente bij een bepaald onderwerp is betrokken. Is er alleen sprake van het opruimen van kennis of is het de bedoeling dat er taken worden gedelegeerd? Voor de eerste bespreking kan ongeveer een uur worden uitgetrokken; aan de hand van de ervaringen in dat eerste overleg kan de tijdsduur voor volgende besprekingen eventueel worden aangepast.

PROGRAMMA-UITWERKING

1a **Vorbereitung: jaarplanning**

Maak samen een plan voor het komende jaar. Hoe vaak wilt u bij elkaar komen? Hoeveel tijd reserveert u voor het praktijkoverleg? Welk moment van de dag en de week is het meest geschikt? Hoeveel onderwerpen wilt u in dit jaar behandelen? En... neem niet te veel hooi op uw vork!

Maak met elkaar een keuze uit de beschikbare

onderwerpen. Die kan bijvoorbeeld worden bepaald door de frequentie waarmee de praktijkassistente met een bepaalde klacht of ziektebeeld wordt geconfronteerd of door de mate waarin zij ten aanzien van een bepaald onderwerp taken kan vervullen. Ook kan de keuze worden bepaald door de behoefte om omtrent een onderwerp met alle medewerkers op één lijn te komen om zodoende aan patiënten gelijklopende adviezen te geven. Maak een keuze door bijvoorbeeld allemaal een 'top drie' samen te stellen. Vervolgens kunt u gezamenlijk de onderwerpen voor het komende jaar kiezen.

1b **Vorbereitung: praktijkoverleg**

Het is aan te bevelen om het praktijkoverleg op een rustig tijdstip te plannen, buiten de normale dingen van de dag om. Bekijk of het mogelijk is om de telefoon tijdelijk naar een andere praktijk door te schakelen.

De praktijkassistente leest ter voorbereiding het desbetreffende hoofdstuk uit het boek door. Voor de huisarts is het doorlezen van de volledige tekst van de betreffende NHG-Standaard een goede voorbereiding op het overleg. Is er een NHG-Patiëntenfolder of NHG-Patiëntenbrief (of -brieven) beschikbaar? Neem dan een exemplaar mee naar het overleg.

2 **Wat zijn de huidige taken van de praktijkassistente bij het betreffende onderwerp?**

Het is handig om in de week voorafgaand aan het praktijkoverleg te inventariseren hoe vaak de praktijkassistente met het onderwerp dat op de agenda staat, wordt geconfronteerd. Daarvoor kan zij een fotokopie van bijlage 1 gebruiken. Hoe vaak wordt een vraag over het onderwerp gepresenteerd? Zijn er in de praktijk afspraken over de huidige rol en taak van de praktijkassistente bij deze de klacht of dit ziektebeeld? Zo ja, welke?

De huisarts noteert aan de hand van een fotokopie van bijlage 2 hoe vaak patiënten het

¹ Dit programma is beschreven voor de praktijkassistente. Het programma kan ook worden gebruikt voor overleg met de praktijkondersteuner.

spreekuur bezoeken met de klacht of het ziektebeeld waarover tijdens het eerstvolgende overleg zal worden gesproken.

3 Welke rol zou de praktijkassistente kunnen vervullen?

Bij elk onderwerp in dit boek is vermeld wat de rol van de praktijkassistente of -ondersteuner zou kunnen zijn. Het is belangrijk dat de praktijkassistente zelf nagaat of zij, naar haar mening en naar de mening van de huisarts, bij een bepaald onderwerp een rol kan spelen. Waaruit zou die kunnen bestaan? Welke taak/taken zou ze op zich kunnen nemen? Vervolgens bespreken huisarts en praktijkassistente met elkaar welke rol en taken ze daadwerkelijk in de eigen praktijk op zich zullen nemen.

Daarna brengen zij samen in kaart of en, zo ja, hoe de praktijkroutines moeten veranderen om de afgesproken taken te kunnen uitvoeren. Kunt en wilt u die veranderingen ook doorvoeren? Wat is nodig om dit met succes te doen (extra scholing, informatie verstrekken

aan patiënten over de beoogde veranderingen, werkruimte voor de praktijkassistente, eventueel aanschaf van apparatuur)?

4 Afspraken

Zet de afspraken op papier. U kunt hiervoor een fotokopie van bijlage 3 maken. Het is van belang om ook een tijdpad af te spreken. Wanneer moeten de veranderingen geëffectueerd zijn?

5 Evaluatie

Na een bepaalde (afgesproken) tijd (bijvoorbeeld twee of drie maanden) volgt een evaluatie. Vervult de praktijkassistente de afgesproken taken daadwerkelijk? Ligt het invoeren van de benodigde veranderingen op schema? Smaakt het naar meer of heeft de invoering van de veranderingen rond een onderwerp meer tijd nodig dan verwacht? Zijn er knelpunten of struikelblokken? Zo ja, welke? Op welke manier kunnen deze worden opgeruimd? Op welk moment wordt de vooruitgang opnieuw geëvalueerd?

Bijlage 1

Invulformulier voor de praktijkassistente

Onderwerp:

Noteer op dit formulier zo nauwkeurig mogelijk hoe vaak u in de week voorafgaand aan het praktijkoverleg met vragen over dit onderwerp wordt geconfronteerd. Hoe luiden die vragen precies?

1 Zijn er in de praktijk afspraken over uw huidige rol en taak bij deze klacht of dit ziektebeeld? Zo ja, welke?

2 Turf hoe vaak er een vraag over het betreffende onderwerp tijdens consult, aan de telefoon of aan de balie wordt gepresenteerd.

3 Noteer de aard van de vragen.

4 Op welke manier heeft u de vragen afgehandeld?

Bijlage 2

Invulformulier voor de huisarts

Onderwerp:

Noteer op dit formulier zo nauwkeurig mogelijk hoe vaak patiënten in de week voorafgaand aan het praktijkoverleg het spreekuur bezoeken met de klacht of het ziektebeeld waarover op het eerstvolgende overleg zal worden gesproken.

1 Zijn er in de praktijk afspraken over de huidige rol en taak van praktijkmedewerkers bij deze klacht of dit ziektebeeld? Zo ja, welke?

2 Turf hoe vaak patiënten met de klacht of het ziektebeeld het spreekuur bezoeken.

3 Op welke wijze zouden de praktijkassistente en/of -ondersteuner bij de afhandeling van deze klacht of dit ziektebeeld kunnen worden betrokken? Welke rol kunnen ze vervullen, welke taken kunnen ze uitvoeren?

Bijlage 3

Afspraken

Onderwerp:

Formuleer hieronder zo concreet mogelijk de gemaakte afspraken.

Afspraken over rol en taken van de praktijkassistente:

Afspraken over de voor de uitvoering van de taken benodigde randvoorwaarden:

Afspraken over de uitvoering:

Afspraken over registratie in het dossier:

Afspraken over de financiële afhandeling:

Afspraken over het tijdpad:

Afspraken over het tijdstip en de manier waarop de afspraken worden geëvalueerd:

Andere afspraken:

NHG-Standaarden

Acne

Brenda van der Laan (15) belt op om een afspraak te maken. Ze heeft veel last van acne en haar moeder had van de buurvrouw gehoord dat je daarvoor de pil kon gebruiken. 'Mijn moeder en ik willen met de dokter overleggen of die pil ook geschikt is voor mij.'

Inleiding

De NHG-Standaard Acne vulgaris geeft richtlijnen voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met acne vulgaris en acne conglobata (zie voor uitleg Klachten en Achtergronden).

Lang niet alle patiënten met acne nemen contact op met de huisarts. Vaak wordt geprobeerd zelf de acne te behandelen of te verhelpen, bijvoorbeeld met hygiënische maatregelen en middelen van de drogist.

In een normpraktijk ziet een huisarts ongeveer 20 patiënten per jaar met acne. De meeste patiënten zijn tussen de 15 en de 24 jaar. De aandoening komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. Acne komt op steeds jongere leeftijd voor. Dat komt doordat de puberteit steeds vroeger intreedt. Meestal geneest acne spontaan rond het 25^{ste} levensjaar.

Klachten en achtergronden

Acne vulgaris wordt gekenmerkt door mee-eters, papels, pustels en soms ook cysten. Acne conglobata is een ernstige vorm van acne en komt meer voor bij mannen. In het gelaat, in de nek en op de rug en billen kunnen dan

naast de reeds genoemde afwijkingen ook infiltraten, fistels en abscessen voorkomen. Bij de genezing kunnen lelijke littekens ontstaan. Acne is een aandoening van de talgklierfollikels. De verhoogde productie van mannelijke hormonen in de puberteit speelt een belangrijke rol. Daardoor neemt de talgproductie toe. Hoornvorming sluit de talgfollikels af, waardoor mee-eters ontstaan. De mee-eter is eerst nog wit van kleur, maar kan later verkleuren naar zwart. Dan is er sprake van een 'open mee-eter'. Door de verandering in de samenstelling van de talg in combinatie met de groei van een bacterie (*Propionibacterium acnes*), kan een ontstekingsreactie ontstaan. Patiënten hebben vaak verkeerde veronderstellingen over de oorzaken van acne. Zo wordt dikwijls gedacht dat acne door stress of roken komt. Dat is nooit aangetoond. Ook is nooit een verband aangetoond tussen bepaalde voedingsmiddelen (bijvoorbeeld varkensvlees of chocola) en het ontstaan van acne. Wel zijn er aanwijzingen dat aanleg een rol speelt. Ook is bewezen dat acne kan verergeren door de combinatie van vochtige warmte en ultraviolet licht, contact met chemische stoffen, uitknijpen van mee-eters of pustels, gebruik van bepaalde geneesmiddelen (bijvoorbeeld steroïden) en cosmetica. Verder kan acne voorkomen bij een afwijking in de hormoonklieren.

Als een patiënt met acne op het spreekuur komt, probeert de huisarts een indruk te krijgen hoe lang de acne al bestaat en hoe ernstig het is. Hij wil weten welke behandelingen de patiënt zelf al heeft geprobeerd. Ook weegt hij mee hoe erg de patiënt de acne vindt, en welke

factoren naar diens eigen idee de ernst ervan beïnvloeden. Van belang is ook of de patiënt de pil gebruikt, en de wijze van huidverzorging (bijvoorbeeld gebruik van cosmetica en zeep; en of de patiënt mee-etters of puistjes uitknijpt). De huisarts kijkt ook naar het medicijngebruik van de patiënt en gaat na of er sprake is van snel ontstane overmatige haargroei of van menstruatiestoornissen, om een afwijking in de hormoonklieren en de hormoonproductie uit te sluiten.

De huisarts onderzoekt de huid van de patiënt en kijkt of er mee-etters, papels en pustels, cysten of infiltraten, littekens of donkere verkleuringen (pigmentafwijkingen op plaatsen waar vroeger acne heeft gezeten) zijn. Deze verkleuringen treden vooral op bij mensen met een donkere huid.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Acne kan ingrijpende gevolgen hebben voor pubers en jongvolwassenen. Verminderd zelfvertrouwen, gevoelens van schaamte, verminderde kwaliteit van leven en zelfs klachten als van een depressie komen voor. Door over dit soort klachten te praten kan de arts een inschatting maken van de ernst ervan en de patiënt hierbij begeleiden. Als de patiënt verkeerde veronderstellingen heeft over het ontstaan van acne, probeert de huisarts deze mythen te ontzenuwen. Daarmee hoopt hij schuld- of schaamtegevoelens bij de patiënt tegen te gaan.

De huisarts geeft uitleg over het ontstaan van acne, de prognose en de behandelingsmogelijkheden, en vertelt dat medicatie de aandoening wel onderdrukt maar niet geneest. Verder vertelt hij het volgende:

- Huidverzorgingsmiddelen en cosmetica kunnen de oorzaak zijn van mee-etters. Als de patiënt toch een reinigingsmiddel of crème wil gebruiken, hebben producten op waterbasis de voorkeur.
- Mee-etters en pustels mogen niet worden uitgeknepen. Dat kan namelijk ontsteking

van de huid veroorzaken en kan leiden tot littekens die soms nog storender zijn dan de acne zelf. Alleen ‘open mee-etters’ kunnen worden uitgeknepen, eventueel door de schoonheidsspecialiste.

- Er is een groot aantal middelen verkrijgbaar bij de drogist. Zelfzorgmiddelen bevatten stoffen als alcohol, chloorhexidine, salicylzuur en benzoylperoxide. Alleen benzoylperoxide wordt aanbevolen.
- Acne wordt niet veroorzaakt of verergerd door bepaalde voedingsmiddelen.
- Door zonlicht treedt over het algemeen wel een verbetering van de huid op, maar de acne zelf verbetert meestal niet. Soms ontstaat juist een verergering, vooral bij hoge luchtvochtigheid.
- De pil kan het beloop van acne gunstig beïnvloeden. Het effect wordt meestal na drie tot vier maanden zichtbaar. De pil kan worden voorgeschreven aan vrouwen die ook een anticonceptiewens hebben. Tot voor enkele jaren dacht men dat vooral de stof cyproteronacetaat in de pil (bijvoorbeeld in Diane 35) effectief was bij acne. Uit onderzoek is echter niet gebleken dat pillen met dit middel effectiever zijn bij acne dan andere anticonceptiepillen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Medicamenteuze behandeling kan de talgproductie en de hoeveelheid *Propionibacterium acnes* verminderen en daarnaast de verstopping van de talgklierfollikel tegengaan.

Effectieve middelen zijn:

- Benzoylperoxide 5%. Dit is het middel van eerste keus bij papels en pustels. Vooral in het begin van de behandeling kan huidirritatie optreden (roodheid, branderigheid en schilfering). Dit middel heeft een blekende werking op haar, textiel en metaal. De patiënt moet bij gebruik intensief contact met UV-stralen vermijden. Bij voorkeur wordt het middel 's avonds aangebracht.
- Lokale retinoïden (vitamine A-gel). Dit zijn middelen van eerste keus bij acne met voornamelijk mee-etters, maar ze zijn ook effectief bij papels en pustels. Het middel

tretinoïne is in Nederland al langer bekend, maar sinds kort is ook adapaleen verkrijgbaar. De acne kan in het begin van de behandeling tijdelijk verergeren. Er kunnen bijwerkingen optreden, zoals rode plekken op de huid, droge huid, schilfering, branderigheid en verhoogde gevoeligheid voor zonlicht. Tretinoïne en adapaleen mogen niet worden gebruikt tijdens de zwangerschap of het geven van borstvoeding.

- Lokale antibiotica, bijvoorbeeld clindamycine en erytromycine. Deze middelen kunnen het beste worden gecombineerd met benzoylperoxide of retinoïden. Lokale antibiotica kunnen huidirritatie veroorzaken.
- Orale antibiotica, bijvoorbeeld doxycycline, tetracycline en erytromycine. Deze middelen zijn alle even effectief bij acne en moeten eveneens gecombineerd worden met benzoylperoxide of lokaal retinoïde. Doxycycline is het middel van eerste keus, omdat de dosering eenmaal daags is en de patiënt het kan innemen tijdens de maaltijd. Tetracycline is tweede keus, omdat het gebruik van melkproducten ervoor zorgt dat het middel slecht wordt opgenomen.
- Isotretinoïne. Dit middel is zeer effectief, maar wordt alleen voorgeschreven bij ernstige of therapieresistente vormen van acne. Er is kans op ernstige bijwerkingen, zoals slechte werking van lever en nieren en verhoging van de lipidenpiegels. Afdoende anticonceptie is absolute noodzaak vanaf minimaal één maand voor de behan-

deling tot minimaal één maand na de behandeling. Isotretinoïne kan namelijk ernstige aangeboren afwijkingen van het ongeboren kind veroorzaken. De huisarts dient een patiënt die dit middel gebruikt elke maand te controleren.

De huisarts volgt bij de medicamenteuze therapie een stappenplan (zie tabel Stappenplan) en wijst de patiënt erop dat het vier tot zes weken duurt voor het effect van de behandeling zichtbaar wordt. Therapietrouw is essentieel voor een goed resultaat.

De eerste controle vindt plaats na vier tot zes weken. Afhankelijk van de eventuele bijwerkingen kan de behandeling worden aangepast. Als de patiënt antibiotica gebruikt, controleert de huisarts iedere zes weken, bij gebruik van isotretinoïne iedere vier weken.

VERWIJZING

Verwijzing voor acne is zelden noodzakelijk. De huisarts overweegt de patiënt naar de dermatoloog te verwijzen in de volgende gevallen:

- acne die niet reageert op de behandeling;
- behandeling met isotretinoïne als de huisarts dit niet zelf kan of wil doen;
- behandeling van littekens en donkere verkleuringen als gevolg van acne;
- acne fulminans: een acuut beginnende, zeer heftige vorm van acne, die gepaard kan gaan met algemeen ziekzijn, koorts en gewrichtsklachten.

Stappenplan	
Stap 1a	benzoylperoxide 5% of retinoïde. Deze middelen moeten 's avonds worden aangebracht
Stap 1b	benzoylperoxide eventueel vervangen door retinoïde of andersom
Stap 2a	lokaal antibioticum (erytromycine of doxycycline; 's ochtends gebruiken)
Stap 2b	lokaal antibioticum handhaven en in plaats van benzoylperoxide retinoïde voorschrijven (of andersom als dat nog niet is gebeurd)
Stap 3	het lokaal antibioticum vervangen door antibioticum in tablet- of capsulevorm (eerste keus is doxycycline), samen met benzoylperoxide of retinoïde
Stap 4	eventueel isotretinoïne

U beantwoordt algemene vragen over acne en geeft voorlichting over ontstaan van de klachten en over de middelen die verergering van acne tegengaan.

Over acne zijn een NHG-Patiëntenfolder en twee NHG-Patiëntenbrieven verschenen.



Figuur 1 Matig ernstige vorm van acne.
Bron: NHG.

Begrippen	
abces	een hoeveelheid pus in een niet eerder bestaande holte
cyste	niet-natuurlijke holte in de huid
fistel	niet-natuurlijke verbinding tussen een lichaamsholte en de huid
infiltraat	ontstekingsproces in de diepte waarbij de ontstekingsvloeistoffen niet kunnen afvloeien
papel	solide knobbeltje of verhevenheid in de huid
pustel	puist

Acute diarree

Mevrouw Kasteel, 53 jaar, belt naar de praktijk. Ze heeft diarree. Van vroeger weet ze dat ze dan geraspte appel, witte rijst, wit brood, beschuitjes moet eten en geen vette dingen. En dat het ook goed is om wat minder dan anders te eten. Dat dieet houdt ze nu al twee dagen vol, maar de diarree wordt niet minder. Ze voelt zich heel slap, waarschijnlijk, zegt ze zelf, 'omdat ik zo weinig eet'. Ze vraagt je wat ze moet doen.

Inleiding

In de NHG-Standaard Acute diarree worden richtlijnen gegeven voor onderzoek en beleid bij patiënten met acute diarree. Ook wordt in de Standaard aandacht besteed aan de preventie van reizigersdiarree. Kenmerkend voor acute diarree is dat er plotseling vaker en meer ontlasting is dan normaal. De ontlasting is ook dunner dan normaal, tot waterdun.

Meestal wordt de diarree veroorzaakt door een virus of bacterie. Door de besmetting kan een ontsteking van het maagdarmkanaal ontstaan (acute infectieuze gastro-enteritis) met diarree als mogelijk gevolg. Acute diarree komt vaak voor. Geschat wordt dat per jaar ongeveer 4,5 miljoen mensen in Nederland wel eens diarree hebben. Lang niet iedereen bezoekt daarvoor de huisarts. Deze wordt vooral geconsulteerd voor kinderen met diarree onder 1 jaar. In Nederland overleden in 2003 94 mensen door diarree. Dit waren vooral ouderen.

Klachten en achtergronden

Bij een ontsteking in de maag en darm kunnen er allerlei processen optreden, bijvoorbeeld: vermeerderde afscheiding van water door de darmslijmvliezen, versnelde passage van voedsel door de darm en verminderd vermogen tot de opname van voedingsstoffen.

Als de diarree wordt veroorzaakt door een virus of een bacterie, zijn de klachten vaak na een week weer over. Soms duurt het langer. Bij zuigelingen en peuters is het rotavirus berucht. Dat virus veroorzaakt braken en lang aanhoudende diarree, waardoor het kind snel uitgedroogd kan raken. Zuigelingen lopen meer risico om diarree te krijgen, omdat ze nog weerstand moeten opbouwen tegen virussen en bacteriën.

Als het gaat om een bacteriële oorzaak, is *Campylobacter* vaak de boosdoener. *Salmonella*-, *Shigella*- of *Yersinia*soorten kunnen ook diarree veroorzaken, maar die worden minder vaak aangetroffen.

Reizigersdiarree wordt vaak veroorzaakt door de bacterie *Escherichia coli*. Reizigersdiarree begint vaak een dag na het eten of drinken van besmet voedsel of dranken. Ook in het ziekenhuis kan een zieke een bacterie oplopen die diarree veroorzaakt, vooral als de patiënt antibioticum moet gebruiken. Het gaat dan meestal om de bacterie *Clostridium difficile*. Bacteriën (bijvoorbeeld stafylokokken) kunnen ook giftige stoffen afscheiden die op hun beurt misselijkheid, braken en diarree kunnen veroorzaken. Dat is bij voedselvergiftiging het geval. De ziekteverschijnselen van voedselvergiftiging beginnen binnen enkele uren na het

eten van besmet voedsel. Schaaldieren, kip, rundvlees, melk en salades zijn in dat opzicht berucht.

Protozoa, bijvoorbeeld *Giardia lamblia* of *Entamoeba*, veroorzaken vaak diarree die langer duurt dan tien dagen. Reizigers naar de tropen of naar landen rond de Middellandse Zee lopen het risico van diarree die wordt veroorzaakt door *Entamoeba*.

Diarree kan ook andere oorzaken hebben, bijvoorbeeld blindedarmontsteking, darmontsteking, prikkelbaredarmsyndroom, bij kinderen luchtweginfecties, intolerantie voor lactose en overmatig gebruik van suikers of kunstmatige zoetstoffen (in light-producten). Ook patiënten met obstipatie kunnen last krijgen van diarree. Om de verstopping toch te kunnen passeren moet de ontlasting dunner worden. Dat wordt 'paradoxale' diarree genoemd.

Mensen met langdurige diarree en diarree in combinatie met braken of koorts lopen het risico om gedehydrateerd te raken. Dehydratie is vermindering van de hoeveelheid lichaamsvocht. Zo ontstaat een (levens)-bedreigende situatie. Bij zuigelingen en bejaarden is het risico groter dat ze gedehydrateerd raken. Bij bejaarden kan dehydratie consequenties hebben voor het functioneren van hart en nieren. Wanneer een patiënt met diarree contact opneemt met de huisartsenpraktijk, is het heel belangrijk om na te gaan of er sprake is van (risico van) dehydratie.

Anamnese

Tijdens de anamnese gaan assistente of huisarts onder meer na of het risico bestaat van een afwijkend beloop van de acute diarree. Tijdens de anamnese moeten de volgende punten aan de orde komen:

(RISICO VAN) DEHYDRATIE

U stelt het risico van dehydratie vast door de volgende vragen te stellen:

- Wat is de leeftijd van de patiënt (het risico van dehydratie is groter bij kinderen jonger dan 2 jaar en bij bejaarden)
- Hoe vaak per dag heeft de patiënt ontlasting? Is deze waterdun of niet? Zo ja, sinds hoeveel dagen?
- Heeft de patiënt ook koorts? Zo ja, hoe hoog, gedurende hoeveel dagen?
- Moet de patiënt ook braken? Zo ja, aanhoudend?
- Hoe is de vochtopname voorafgaand en tijdens de diarreeperiode?
- Heeft de patiënt opvallende dorst?
- Bij kinderen en bejaarden: is de patiënt suf of verward?
- Bij bejaarden: heeft de patiënt neiging tot flauwvallen? Gebruikt de patiënt plaspillen?
- Plast de patiënt net zoveel als anders? Als de patiënt een normale hoeveelheid plast, is dehydratie onwaarschijnlijk.

Als er aanwijzingen zijn voor (dreigende) dehydratie, moet de huisarts de patiënt nog dezelfde dag op het spreekuur zien. Aanwijzingen voor (dreigende) dehydratie zijn:

- meer dan zesmaal per dag waterdunne diarree gedurende drie dagen of langer (bij patiënten jonger dan 2 jaar of ouder dan 70 jaar: één dag of langer);
- diarree en koorts gedurende drie dagen of langer (bij patiënten jonger dan 2 jaar of ouder dan 70 jaar: één dag of langer);
- waterdunne, frequente diarree met aanhoudend braken én een minimale vochtopname of opvallende dorst.

De huisarts onderzoekt de patiënt op andere tekenen van dehydratie, bijvoorbeeld een vertraagde capillaire refill of verminderde spanning van de buik huid.

Ziekteverschijnselen die op een ernstig beloop wijzen

Vraag naar:

- bloed of slijm bij de ontlasting;
- buikkrampen/buikpijn. Aanhoudende buikpijn is een aanwijzing voor blinde-darmonsteking.

Patiënten met bovengenoemde verschijnselen moeten in ieder geval door de huisarts worden gezien.

Risicofactoren voor een ernstiger beloop

Vraag voor het vaststellen van de aanwezigheid van risicofactoren naar:

- andere ziekten, bijvoorbeeld diabetes;
- verminderde weerstand. Verminderde weerstand kan optreden bij patiënten die ten minste 10 mg prednison of cytostatica gebruiken, bij een hiv-infectie, na verwijdering van de milt of na een beenmergtransplantatie.

De huisarts moet beslissen of patiënten met deze risicofactoren moeten worden gezien.

Andere factoren

Ook gaan assistente of huisarts na of de patiënt kort geleden in de (sub)tropen is geweest, of er verband is met voedsel of drinken en of andere personen in de omgeving ook diarree hebben. Er wordt nagegaan of de diarree verband houdt met medicijngebruik, bijvoorbeeld antibiotica, maag- of laxerende middelen. Als de patiënt plaspillen slikt, moet misschien de dosering tijdelijk worden aangepast om het risico op dehydratie te verlagen. Ook wordt gevraagd of er kortgeleden sprake was van obstipatie om paradoxale diarree uit te sluiten.

BESMETTING

Mensen met diarree door virussen, bacteriën of protozoa kunnen anderen besmetten. Dat is de reden dat moet worden nagegaan of patiënten met diarree bijvoorbeeld in de levensmiddelensector, de horeca of de gezondheidszorg werken. Ze kunnen het beste niet werken als ze diarree hebben. Als kinderen die een kinderdagverblijf bezoeken of de bewoners van een verzorgingstehuis of andere instelling diarree hebben, moeten extra hygiënische maatregelen worden getroffen, zeker als er al twee of meer gevallen van diarree bekend zijn.

AANVULLEND ONDERZOEK

In een klein aantal gevallen is het noodzakelijk om door middel van een feceskweek de verwekker van de diarree op te sporen, bijvoorbeeld bij patiënten met aanhoudende of hoge koorts, met frequente waterdunne diarree, of met bloed en slijm bij de ontlasting. Na resistentiebepaling kan dan gericht een antibioticum worden voorgeschreven. Datzelfde geldt voor patiënten die een verminderde weerstand hebben. Ook een verhoogd besmettingsgevaar voor anderen kan een reden zijn om een feceskweek te laten verrichten om de verwekker op te sporen.

Bij een diarreeduur van tien dagen of meer wordt naast de feceskweek ook een onderzoek op protozoa aangevraagd, vooral bij kinderen, na een verblijf in de (sub)tropen of bij patiënten met verminderde weerstand. Op drie verschillende dagen moet daartoe ontlasting worden gestuurd of gebracht naar het laboratorium voor onderzoek op protozoa, wormeieren en cysten in potjes waar al fixatievloeistof inzit (Triple Feces Test). De ontlasting hoeft dan niet meer vers te worden gebracht.

Beleid

Als uit de anamnese geen aanwijzingen voor een ernstiger beloop blijken, hoeft de patiënt niet op het spreekuur te komen, maar kunnen assistente of huisarts telefonisch voorlichting en advies geven.

VOORLICHTING EN ADVIES

De assistente of de huisarts vertelt de patiënt dat de diarree meestal een gunstig beloop kent en dat de meeste klachten binnen vier tot zeven dagen overgaan. Meestal vraagt de patiënt of hij nu een bepaald dieet moet houden, maar dat is niet nodig. De patiënt mag eten waar hij trek in heeft en wat goed valt. De flesvoeding voor zuigelingen hoeft ook niet verdund te worden. Ook mensen met diarree voelen zich beter als ze voldoende calorieën binnenkrijgen. De darm functioneert niet optimaal, maar is meestal toch in staat om voldoende calorieën op te nemen. Wel is het bij buikkrampen aan te raden om kleine porties te eten.

De patiënt wordt aangeraden om meer dan normaal te drinken in kleine hoeveelheden, ook bij braken. Water, thee of bouillon zijn daarvoor uitstekend geschikt. Eventuele borst- of flesvoeding kan gewoon worden voortgezet.

Als kinderen langer dan zeven dagen diarree hebben, of herhaaldelijk diarree, wijst dat er misschien op dat ze lactose niet goed kunnen verdragen. Minder melkproducten nemen is dan aan te raden. Sommige kinderen krijgen vaak appelsap, andere vruchtensappen of frisdranken. Bij aanhoudende diarree is het verstandig het gebruik daarvan te minderen. Huisarts of assistente adviseren de patiënt extra te letten op de hygiëne, bijvoorbeeld goed de handen te wassen na toiletbezoek; ouders moeten daar ook op letten na de verzorging van kinderen met diarree. Serviesgoed, speelgoed, bestek en keukengereedschap moeten goed en vaak worden afgewassen. Toilet en aanrecht moeten extra schoon worden gehouden.

Specifieke adviezen zijn er voor patiënten die medicijnen slikken, bijvoorbeeld voor vrouwen die de pil gebruiken. De kans bestaat dat de pil onvoldoende in het lichaam wordt opgenomen als de vrouw heftige diarree heeft of binnen vier uur na inname ervan moet braken. Dan zijn de adviezen van toepassing die worden gegeven bij het vergeten van een pil. Ook andere medicijnen kunnen mogelijk niet goed

werken bij diarree. Dat zijn bijvoorbeeld middelen tegen epilepsie, lithium, digoxine en antistollingsmiddelen. Bij dreigende dehydratie is het beter dat de patiënt tijdelijk stopt met het gebruik van plaspillen. De oorzaak van reizigersdiarree is meestal een bacterie, bijvoorbeeld een *Escherichia coli*. Voorkomen van dehydratie is ook bij reizigersdiarree het hoofddoel (zie kader).

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Medicijnen zijn bijna nooit nodig bij diarree. Alleen bij (een verhoogd risico van) dehydratie is ORS nodig (zie onder Klachten en achtergronden en zie kader).

In situaties waarin het erg lastig is om diarree te hebben (bijvoorbeeld tijdens een reis of bij dringende werkzaamheden) kan de patiënt met diarree loperamide innemen. Loperamide bekort de duur van de diarree en geeft vermindering van klachten. Kinderen jonger dan 2 jaar mogen geen loperamide gebruiken.

Waarschijnlijk werkt het middel niet bij kinderen jonger dan 8 jaar. Patiënten met koorts én bloederige diarree en aanhoudende diarree na het gebruik van een antibioticum mogen geen loperamide gebruiken; vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven ook niet. Tegenwoordig wordt veelvuldig reclame gemaakt voor probiotica. Er is nooit aangetoond dat probiotica gunstige effecten hebben, ook niet bij diarree.

Het heeft weinig zin om antibraakmiddelen te nemen als de patiënt vaak moet braken, want gebruik van dergelijke middelen verkort de ziekte duur niet. Bij kinderen kan het gebruik daarvan zelfs ernstige bijwerkingen hebben.

De huisarts kan overwegen een antibioticum voor te schrijven bij diarree gecombineerd met aanhoudende of hoge koorts, veel bloed en slijm bij de ontlasting, of aan patiënten met een verminderde weerstand.

Diarree door *Giardia lamblia* wordt bij aanhoudende klachten behandeld met metronidazol. Behandeling met histolytica van diarree door *Entamoeba* is altijd noodzakelijk. De huisarts overlegt in dat geval met een internist over de

specifieke dosering van metronidazol en over de nabehandeling.

De volgende ziektes die gepaard gaan met diarree moeten binnen 24 uur bij de GGD worden gemeld:

- dysenterie
- botulisme
- buiktyfus
- cholera
- hepatitis A
- paratyfus A, B en C
- acute voedselvergiftiging en voedselinfectie.

Vaak verzorgt het laboratorium de melding.

Tijdens de triage maakt u onderscheid tussen patiënten met diarree die u moet verwijzen naar de huisarts, en patiënten die u zelf voorlichting en advies kunt geven. In de NHG-Telefoonwijzer is een hoofdstuk aan diarree gewijd. Daarin leest u wat u moet vragen en hoe u moet handelen afhankelijk van de antwoorden van de patiënt. Extra alert bent u bij patiënten die tot de risicogroepen voor dehydratie behoren. Zij moeten vaak door de huisarts worden beoordeeld. Ook patiënten met ziekteverschijnselen die wijzen op een gecompliceerd beloop, moeten door de huisarts worden gezien.

Het NHG heeft twee patiëntenbrieven over diarree uitgegeven: Diarree bij kinderen en Diarree bij volwassenen.

ORS

ORS (*Oral Rehydration Solution*) is gebaseerd op rijstwater, natrium en glucose en bevat stoffen die de versnelde darm-

passage remmen. De samenstelling van het middel is precies uitgebalanceerd om dehydratie bij volwassenen én kinderen te behandelen.

Over het gebruik van appelsap, cola, sportdrink, jus d'orange en bouillon blijken hardnekkige misverstanden te bestaan. Die zouden net zo goed werken als ORS. Dat is niet zo. Alleen ORS werkt bij (dreigende) dehydratie.

In de meeste gevallen is behandeling met ORS niet noodzakelijk. Alleen bij (een verhoogd risico van) dehydratie heeft het zin het middel te gebruiken.

Reizigersdiarree: voorlichting en advies

Geef bij vragen over reizigersdiarree informatie over de risicogebieden en veilig voedsel. Geef de patiënt een NHG-Patiëntenbrief mee over risicogebieden en veilig voedsel.

Gebieden met een licht verhoogd risico van ernstiger vormen van diarree zijn Zuid-Europa en een deel van het Caraïbisch gebied. Reizigers naar een van deze gebieden kunnen het beste ORS meenemen. Reizigers naar landen met een sterk verhoogd risico (Zuid- en Midden-Amerika, Afrika, het Midden-Oosten en Azië) kunnen ORS, een antibioticum en loperamide meenemen, zeker als ze daar onder primitieve omstandigheden verblijven. Ook mensen die aan een (chronische) ziekte lijden of in het algemeen een verminderde weerstand hebben, wordt aangeraden dergelijke medicijnen mee te nemen. Volgens de huidige inzichten kan het beste het antibioticum Ciproxin worden meegegeven. Bij diarree moet de reiziger gedurende drie dagen tweemaal daags 500 mg nemen, of eenmaal 1.000 mg gedurende drie dagen. Ook kan de huisarts met de GGD of het Landelijk Coör-

dinatiecentrum Reizigersadvisering (LCR) overleggen over de keuze van het antibioticum. De keuze voor een bepaald

antibioticum kan namelijk in de toekomst veranderen door resistentieontwikkeling.

Begrippen	
amoebe	eencellig diertje, parasiet
capillaire refill	mate van doorbloeding. Idealiter wordt de capillaire refill volgens de auteurs als volgt uitgevoerd: voer de druk op de vingertop aan de zijde van de handpalm langzaam op en verminder deze plotseling. Onderzocht wordt of de huid binnen de normale tijd weer roze kleurt. Als dat meer dan 1,5 tot 2 seconden duurt, kan er sprake zijn van dehydratie
cyste	ingekapselde parasiet. In cystevorm kan een parasiet zowel binnen als buiten het lichaam overleven
digoxine	medicijn tegen chronisch hartfalen en hartritmestoornissen
feces	Ontlasting
intolerantie voor	niet goed verdragen van
lactose	Melksuikers
lithium	medicijn onder meer tegen depressie
probiotica	voedingssupplement bestaande uit specifieke bacteriën die volgens sommigen de gezondheid van de gastheer bevordert door het microbiële evenwicht in de darm te verbeteren. Vaak gaat het om melkzuurbacteriën
protozoa	eencellige organismen, parasieten
resistentiebepaling	onderzoek waarin gekeken wordt voor welk antibioticum de bacterie of andere ziekteverwekker niet gevoelig is

Acute keelpijn

Ilse Brouwers, 35 jaar, belt naar de praktijk. Ze heeft nu drie dagen erge keelpijn en heeft niet de indruk dat het beter wordt. Het lijkt haar zo'n onzin om voor keelpijn naar de dokter te gaan, maar aan de andere kant voelt ze zich absoluut niet lekker: ze is rillerig, terwijl haar wangen gloeien. De temperatuur heeft ze niet opgemeten.

Ze weet niet goed wat ze moet doen. Huismiddeltjes geven wel even verlichting, maar niet meer dan dat. Moet ze nu paracetamol blijven slikken of heeft de huisarts er iets anders voor? En zo ja, moet ze daarvoor op het spreekuur komen of kan er een recept worden klaargelegd?

Inleiding

In de NHG-Standaard Acute keelpijn worden richtlijnen gegeven voor diagnostiek en beleid bij keelpijn die korter dan veertien dagen bestaat. Keelpijn komt veel voor en kan het gevolg zijn van 'verkeerde gewoonten', bijvoorbeeld keelschrapen, het inademen van droge lucht of roken. In de NHG-Standaard wordt geen aandacht besteed aan keelpijn met dergelijke oorzaken, maar gaat het om de ontsteking van de keel.

In een normpraktijk nemen jaarlijks ongeveer 100 tot 120 patiënten vanwege keelpijn contact op met de huisartsenpraktijk. Het merendeel van hen heeft een keelontsteking. In de standaard wordt onderscheid gemaakt tussen milde en ernstige keelontstekingen.

Klachten en achtergronden

Oorzaak van de keelontsteking is meestal een virus. Heel vaak gaat het om een van de vele verkoudheidsvirussen en soms om het Epstein-Barr-virus. Ook kunnen bacteriën (meestal streptokokken) keelontstekingen veroorzaken.

Op grond van klachten van de patiënt en inspectie van mond of keel is echter zelden met zekerheid vast te stellen of een virus of een bacterie de oorzaak is van de klachten. Vaak is dat onderscheid niet van belang, want zowel virale keelinfecties als keelontstekingen door streptokokken gaan in het algemeen vanzelf weer over binnen zeven dagen. De kans op ernstige complicaties is heel klein. Als er al sprake is van een complicatie (bijvoorbeeld acuut reuma, glomerulonefritis, peritonsillair infiltraat of peritonsillair abces of roodvonk), is de oorzaak meestal een streptokokkeninfectie. Ongeveer 1 op de 500 patiënten met een keelontsteking krijgt een peritonsillair abces.

Tijdens het (telefonisch) consult informeert de huisarts naar:

- duur en beloop van de klachten;
- koorts, algemeen ziekzijn;
- hoesten;
- ernstige slikklachten of problemen met openen van de mond (kan passen bij peritonsillair infiltraat of abces);
- huiduitslag (kan wijzen op roodvonk).

Jonge kinderen kunnen vaak nog niet aangeven dat ze last hebben van keelpijn. Bij hen kunnen de klachten zich uiten in prikkelbaar-

heid of nachtelijke onrust. Zuigelingen drinken misschien minder dan anders.

De huisarts maakt onderscheid tussen een milde en een ernstige keelontsteking; hij gaat bij een milde keelontsteking na of er een verhoogd risico op complicaties bestaat. Lichamelijk onderzoek is alleen noodzakelijk als er aanwijzingen zijn voor een ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties. Als de patiënt zich niet al te ziek voelt, de klachten niet toenemen, er geen ernstige slikklachten of problemen met het openen van de mond zijn en de lymfeklieren in de hals niet vergroot en pijnlijk zijn, is er meestal sprake van een milde keelontsteking. Hoesten is ook vaak een teken dat het om een milde ontsteking gaat.

RISICO OP COMPLICATIES

Als de patiënt ooit eerder acuut reuma heeft gehad of een verminderde weerstand heeft, is het risico op complicaties hoger. Ook als de patiënt bijvoorbeeld in een instelling woont waar meer ziektegevallen zijn, houdt de huisarts rekening met een verhoogd risico op complicaties.

ERNSTIGE KEELONTSTEKING

Er is sprake van een ernstige keelontsteking bij patiënten met:

- hevige keel- en slikklachten, hoge koorts, ernstig algemeen ziekzijn of bedlegerigheid;
- peritonsillair infiltraat of abces;
- zeer gezwollen en pijnlijke lymfeklieren in de hals.

De huisarts onderzoekt mond en keel. Beslag of pus op beide tonsillen kan, in combinatie met vergrote klieren in de hals, wijzen op mononucleosis infectiosa (ziekte van Pfeiffer, zie kader) of een streptokokkeninfectie. Als de patiënt moeilijk zijn mond kan openen, kan er sprake zijn van een peritonsillair infiltraat of abces. In geval van een abces is vaak ook de tonsil 'verplaatst'. Huiduitslag kan passen bij roodvonk (zie kader Roodvonk of scarlatina).

AANVULLEND ONDERZOEK

Als er aanwijzingen zijn voor mononucleosis infectiosa (keelpijn die langer dan zeven dagen duurt, koorts, moeheid en pijnlijke, ver-grote lymfeklieren) wordt bloedonderzoek verricht naar het Epstein-Barr-virus. Bloedonderzoek is ook noodzakelijk bij patiënten met keelpijn die langdurig ernstig ziek zijn (om vast te stellen of de patiënt bijvoorbeeld leukemie of agranulocytose heeft).

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij een milde keelontsteking zonder verhoogd risico op complicaties legt de huisarts uit dat de klachten meestal binnen zeven dagen vanzelf overgaan. Sommige patiënten ervaren verlichting van hun klachten door een dropje te nemen of regelmatig kamillethee of koud water te drinken. Er is echter geen wetenschappelijk bewijs dat deze maatregelen daadwerkelijk helpen. Eventueel kan de patiënt een paracetamol nemen tegen de pijn. De huisarts legt uit dat een virusinfectie meestal de oorzaak is van de keelontsteking. Antibiotica hebben dan geen zin. Alleen als de klachten worden veroorzaakt door bacteriën, zou behandeling met antibiotica zinvol kunnen zijn. Bij milde keelontsteking maakt de huisarts samen met de patiënt de afweging of gebruik van antibiotica gewenst is. Het (beperkte) voordeel is dat antibiotica de klachten kunnen bekorten met 24 tot 48 uur. Ze kunnen echter vervelende bijwerkingen hebben en de kans dat antibioticagebruik complicaties voorkomt, is klein. De huisarts legt uit dat om die redenen antibiotica alleen worden geadviseerd bij ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties.

Bij roodvonk vertelt de huisarts dat het beloop over het algemeen gunstig is en het risico op complicaties heel klein. Bij milde klachten is het niet nodig antibiotica te gebruiken. Voor roodvonk bestaat geen meldingsplicht aan de GG&GD in het kader van de Infectieziektenwet, tenzij het om een epidemie in een instel-

ling gaat. Kinderen mogen gewoon naar school of naar het kinderdagverblijf. Tegen mononucleosis infectiosa (zie kader) zijn geen medicijnen. Patiënten met deze ziekte zijn bijna allemaal bang voor langdurige moeheid. De huisarts vertelt dat lang niet alle patiënten lange tijd last hebben van erge vermoeidheid. Ook is de ziekte niet zo besmettelijk als algemeen wordt aangenomen. Specifieke hygiënische maatregelen zijn eigenlijk niet nodig. Mocht de patiënt wel last hebben van vermoeidheid, dan zal dat in de loop van de tijd minder worden. De patiënt kan zich gewoon inspannen: hij merkt zelf wat hij wel of niet aankan.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Het doel van het voorschrijven van medicijnen bij keelontsteking is vermindering van de klachten. Als de patiënt pijnstilling wil, wordt bij voorkeur paracetamol geadviseerd, in te nemen op vaste tijden en voldoende hoog gedoseerd.

Antibiotica kunnen voor een deel van de volwassen patiënten de ziekteduur met 24 tot 48 uur beperken. De huisarts schrijft een penicillinekuur voor aan patiënten met:

- ernstige keelontsteking;
- peritonsillair abces;
- roodvonk met ernstig algemeen ziekzijn.

Dit geldt ook voor patiënten met een sterk verminderde weerstand, patiënten die in het verleden acuut reuma hebben doorgemaakt, of patiënten die in een instelling wonen waar een streptokokkeninfectie heerst.

CONTROLES EN VERWIJZING

Controle is meestal niet noodzakelijk. De patiënt krijgt het advies om weer aan de bel te trekken als de klachten verergeren of na een week niet zijn verdwenen.

Bij een peritonsillair infiltraat kan een abces ontstaan. Om die reden wil de huisarts de patiënt met een infiltraat na één dag weer op het spreekuur zien. Een peritonsillair abces is een reden om de patiënt naar de kno-arts te verwijzen. Die kan het abces punteren of incideren.

Als de patiënt regelmatig last heeft van ernstige keelontstekingen (ten minste vijf keer per jaar of ten minste drie keer in elk van de afgelopen twee jaren), kan tonsillectomie zinvol zijn. Bij volwassenen is dat echter een forse ingreep waarvan de patiënt gemiddeld 14 tot 25 dagen ziek is.

Bij de triage kunt u onderscheid maken tussen keelpijn waarbij u zelf de patiënt adviezen kunt geven, en keelpijn waarbij u de patiënt moet verwijzen naar de huisarts. Als het gaat om een milde keelontsteking kunt u in veel gevallen ook advies geven, of verwijst u de patiënt naar het telefonisch spreekuur. Gaat het om een ernstige keelontsteking of een verhoogd risico op complicaties, dan maakt u voor de patiënt een afspraak op het spreekuur.

Er bestaat zowel een NHG-Patiëntenfolder als een NHG-Patiëntenbrief over keelpijn. Ook zijn er patiëntenbrieven over de ziekte van Pfeiffer en over roodvonk (in de serie Kinderziekten). In de NHG-Telefoonwijzer is een hoofdstuk Keelpijn opgenomen.

Mononucleosis of ziekte van Pfeiffer

De ziekte van Pfeiffer wordt veroorzaakt door het Epstein-Barr-virus dat in speeksel kan voorkomen. Omdat het virus mogelijk door zoenen wordt overgebracht, wordt de ziekte van Pfeiffer ook wel de ‘kissing disease’ genoemd. De ziekte begint vaak met keelpijn, koorts en opgezette klieren in de hals. De ziekte kan ook zonder keelpijn verlopen. Op het gehemelte kunnen kleine bloeditstortinkjes zichtbaar zijn. Bij sommigen is de lever tijdelijk vergroot. Daarnaast kan de patiënt last hebben van hoofdpijn, misselijkheid, transpireren en hoesten. Vaak is vermoeidheid het meest opvallende verschijnsel. Sommigen hebben er weinig last van, anderen zijn zo vermoeid dat ze extra rust moeten nemen.

De ziekte is niet erg besmettelijk. Het is maar zelden dat huisgenoten de ziekte krijgen. Na besmetting duurt het vier tot zeven weken voordat de eerste ziekteverschijnselen optreden. De patiënt kan de dagelijkse werkzaamheden gewoon voortzetten. Als hij merkt dat iets echt te veel of te zwaar is, moet hij rust nemen. Dit geldt zowel voor lichamelijke als geestelijke inspanningen. Een dieet volgen is niet nodig.

Veel mensen dragen het Pfeiffer-virus bij zich zonder dat ze er ziek van worden. Maatregelen om besmetting te voorkomen hebben geen zin. Apart bestek, kopjes, handdoeken of wc-gebruik is dus niet noodzakelijk.

De ziekte gaat meestal vanzelf over en het risico van complicaties is heel klein. Hoelang de ziekte duurt is niet te voorspellen. Meestal blijft het bij een keelontsteking. In andere gevallen kan de moeheid zich maanden voortslepen. Wanneer de ziekte eenmaal is vastgesteld, is verdere controle niet noodzakelijk. Controle van het bloed heeft geen zin. Soms zijn de klachten al lang verdwenen terwijl er in het bloed nog steeds aanwijzingen voor de ziekte te vinden zijn. Omgekeerd kan iemand nog steeds ziek zijn terwijl het bloed geen afwijkingen meer te zien geeft. Iemand die de ziekte heeft doorgemaakt kan het daarna niet nog eens krijgen.

Roodvonk of scarlatina is een infectieziekte die wordt veroorzaakt door streptokokken. De incubatietijd is twee tot vier dagen. Deze ziekte kan op elke leeftijd voorkomen maar het meest op de leeftijd van 3 tot 12 jaar. Besmetting vindt plaats door direct contact met een zieke of door aanhoesten. Besmettingsgevaar bestaat vanaf het begin van de klachten tot het moment dat de vlekjes zijn verdwenen. Het ziekteverloop is plotselinge koorts en keelpijn, hoofdpijn, misselijkheid en braken; één dag na het uitbreken van de ziekte ontstaan op de huid op warme lichaamsplaatsen donkerrode spikkels die soms jeuken, opvallend rode wangen en het zogenoemde roodvonkmasker, een witte driehoek rond de mond en onder de neus. Na vijf dagen verdwijnen de vlekjes en de koorts. Op het hoogtepunt van de ziekte is de tong vuurrood en gezwollen (frambozentong). De patiënt heeft vaak geen eetlust en moet veel transpireren. Na verloop van tijd kunnen handpalmen en voetzolen gaan vervellen.

Begrippen	
abces	een hoeveelheid pus (etter) in een niet eerder bestaande holte
acut reuma	acute ontsteking van gewrichten en delen van het hart; tegenwoordig zeldzame complicatie bij een streptokokkeninfectie
agranulocytose	toestand waarbij het aantal granulocyten (type witte bloedcellen) in het bloed sterk verminderd is, waardoor de afweerkracht van het lichaam tegen infecties is afgenomen.
Epstein-Barr-virus	verwekker van mononucleosis infectiosa (ziekte van Pfeiffer)
glomerulonefritis	ontsteking van de glomeruli (haarvaten die voor filtering zorgen) in de nier
incideren	insnijden, een snede maken
infiltraat	plaatselijke, gespannen verdikking rondom een ontsteking bestaande uit vocht uit de bloedbaan; wanneer er etter aanwezig is, is sprake van een abces
mononucleosis infectiosa	zie kader
peritonsillair	keelwand in de omgeving van een keelamandel
puncteren	behandelen met een punctie (bij een abces: openprikken)
roodvonk	zie kader
tonsillectomie	verwijderen van de keelamandelen (amandelen 'knippen')

Acuut coronair syndroom

Mevrouw De Lange belt hevig ongerust op over haar man. Hij gebruikt al langer tabletjes onder de tong tegen angina pectoris. Die hielpen altijd goed. Nu heeft hij al drie tabletjes gehad nadat hij vanochtend in bed last kreeg van pijn op de borst. Hij heeft al een uur pijn, en ziet bleek, zweet en is misselijk. 'Kan de dokter snel komen?'

Inleiding

De NHG-Standaard Acuut coronair syndroom geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij klachten waarbij het vermoeden bestaat dat die worden veroorzaakt door een acuut myocardinfarct of instabiele angina pectoris (samen acuut coronair syndroom genoemd).

Bij een acuut myocardinfarct is de factor tijd van groot belang: de overlevingskans is groter naarmate de behandeling eerder begint ('tijd is hartspeer'). Bij instabiele angina pectoris is de factor tijd van iets minder groot belang, maar de patiënt moet wel dezelfde dag naar de specialist worden verwezen. Deze ziektebeelden zijn niet altijd met zekerheid van elkaar te onderscheiden.

Ook geeft de NHG-Standaard richtlijnen voor de afstemming van de hulp van de huisarts op die van de ambulanceverpleegkundigen.

Hart- en vaatziekten zijn de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. In het jaar 2000 kregen ongeveer 2,5 per duizend mannen en 1,4 per duizend vrouwen een myocardinfarct.

Bij het ouder worden neemt de kans op een myocardinfarct toe.

Klachten en achtergronden

De oorzaak van een acuut coronair syndroom is meestal een blokkade in de doorbloeding van de kransslagaders rond het hart. De blokkade wordt vaak veroorzaakt door atherosclerose in combinatie met trombose. Een totale afsluiting veroorzaakt afsterving van een gedeelte van de hartspeer.

Bij een acuut myocardinfarct voelt de patiënt vaak drukkende of knellende pijn achter het borstbeen die niet verdwijnt in rust (of binnen vijf minuten nadat men een speciaal tabletje onder de tong heeft genomen). De pijn lijkt op die van angina pectoris, maar is heviger. De pijn straalt vaak uit naar de linker-, soms ook naar de rechterarm of beide armen, maar ook naar de schouders, hals, kaak, rug of bovenbuik. Ook kan de patiënt zweten, misselijk zijn of braken. Een acuut myocardinfarct ontstaat vaak in rust en in de ochtenduren. Het klachtenpatroon kan ook minder uitgesproken zijn. Soms is er geen pijn op de borst, maar alleen benauwdheid, een gevoel van zwakte, onrust of een gevoel van dreigend onheil. De diagnose kan pas worden bevestigd met een ecg en bloedonderzoek.

Voor het ontstaan van atherosclerose geldt een aantal risicofactoren zoals roken, hypertensie, verhoogd cholesterolgehalte, diabetes mellitus, gebrek aan beweging en obesitas. Ook spelen leeftijd en erfelijke factoren een rol. Bij vrouwen is na de menopauze het risico op atherosclerose groter dan ervoor.

We spreken van instabiele angina pectoris (zie ook het hoofdstuk Stabiele angina pectoris) wanneer de symptomen:

- optreden in rust;
- korter dan twee maanden geleden zijn ontstaan en optreden bij normale dagelijkse activiteiten of vaker dan drie keer per dag;
- vaker, ernstiger, langduriger of bij minder inspanning optreden dan voorheen;
- zijn ontstaan binnen twee weken na een hartinfarct of na een ingreep aan de kransslagaderen of aan de coronaire vaten.

Instabiele angina pectoris kan een voorbode zijn van een myocardinfarct.

Bevindingen bij het lichamelijk onderzoek die wijzen op een myocardinfarct zijn:

- klachten in rust;
- tekenen van shock, bijvoorbeeld bleek of grauw gezicht, koude ledematen, transpireren;
- een systolische bloeddruk < 90 tot 100 mm Hg;
- reutelende ademhaling of crepitaties in de longen.

Vaak is de patiënt ook onrustig en angstig.

Een hartziekte is minder waarschijnlijk wanneer de patiënt klaagt over stekende pijn, geen risicofactoren heeft voor hart- en vaatziekten, de pijn vastzit aan de ademhaling, afhankelijk is van de houding of opgeroepen kan worden door te kloppen op de borstkas.

Andere oorzaken voor acute pijn op de borst kunnen zijn: longembolie, pericarditis, pneumothorax, slokdarmklachten of afwijkingen aan de aorta. Pijn op de borst kan ook niet-acute oorzaken hebben, bijvoorbeeld aandoeningen van spieren of ribben, hyperventilatie of klachten van maag of buik.

Beleid

Wanneer op grond van klachten een myocardinfarct wordt vermoed, wordt met spoed de ambulance gebeld. In afwachting van de ambulance geeft de huisarts alvast acetylsalicylzuur en eventueel pijnbestrijding. De huisarts zorgt voor een goede overdracht aan de ambulanceverpleegkundigen. De overdracht bevat onder meer gegevens over aard en duur van de klachten, gegevens uit de voorgeschiedenis van de patiënt, toegediende medicatie en het resultaat daarvan, en gegevens over het lichamelijk onderzoek. De ambulanceverpleegkundigen maken een ecg en beoordelen dat. Als het ecg op een myocardinfarct wijst, tracht men zo snel mogelijk de kransslagader weer doorgankelijk te maken door middel van een chirurgische ingreep (in het ziekenhuis) en/of het toedienen van een infuus met medicijnen die het stolsel oplossen (soms al in de ambulance).

Bij een acuut coronair syndroom zonder klachten in rust moet de patiënt binnen 24 uur door de cardioloog worden gezien. De huisarts schrijft in afwachting van de beoordeling door de cardioloog alvast acetylsalicylzuur voor, nitraten (tabletjes onder de tong) en bètablokkers (bij angina pectoris).

Op grond van telefonische triage kunt u vermoeden dat er sprake is van een acuut coronair syndroom. Wanneer er sprake lijkt te zijn van een acuut myocardinfarct, moet de huisarts met spoed naar de patiënt en kunt u alvast de ambulance bellen. Wanneer een patiënt met tekenen van instabiele angina pectoris belt, verbindt u het telefoontje door met de huisarts.

Begrippen	
acuut	in korte tijd ontstaan
angina pectoris	letterlijk: beklemming op de borst
aorta	lichaamsslagader
atherosclerose	aderverkalking
cardioloog	hartspecialist
cholesterolgehalte	hoeveelheid vetachtige stof in het bloed
coronair	de kransslagaderen (rond het hart) betreffend
crepitatie	fijn, knetterend geluid, hoorbaar door de stethoscoop bij patiënten met een infectie van de luchtwegen
diabetes mellitus	suikerziekte
ecg	elektrocardiogram: weergave van elektrische stromen die opgewekt worden door samentrekken van het hart
hypertensie	hoge bloeddruk
hyperventilatie	versnelde en soms verdiepte ademhaling als gevolg van angst of spanning; hierdoor stijgt de concentratie zuurstof en daalt de concentratie koolzuur in het bloed; dit veroorzaakt onaangename verschijnselen: benauwd gevoel, kortademigheid, pijn op de borst, tintelingen, duizeligheid en angst om dood te gaan
instabiel	onbestendig, niet gelijkblijvend
longembolie	ziektebeeld dat ontstaat wanneer een stolsel in een long komt en daar een bloedvat afsluit
myocardinfarct	hartinfarct, afsterving van een hartspiergedeelte door onvoldoende bloedvoorziening
obesitas	vetzucht, overgewicht met nadelige gevolgen voor de gezondheid
pericarditis	ontsteking van het hartzakje
pneumothorax	de aanwezigheid van lucht in het vlies rond de longen
syndroom	reeks met elkaar samenhangende verschijnselen
trombose	aanwezigheid van een stolsel in een bloedvat

Acuut hoesten

Meneer Yildim vraagt aan de balie een recept voor een hoestdrank voor zijn vrouw. U stelt een aantal vragen om de ernst van de situatie in te schatten. Mevrouw Yildim blijkt geen koorts te hebben en zich verder niet ziek te voelen. 'Alleen hoge bloeddruk, maar daar heeft ze medicijnen voor', zegt meneer Yildim.

Inleiding

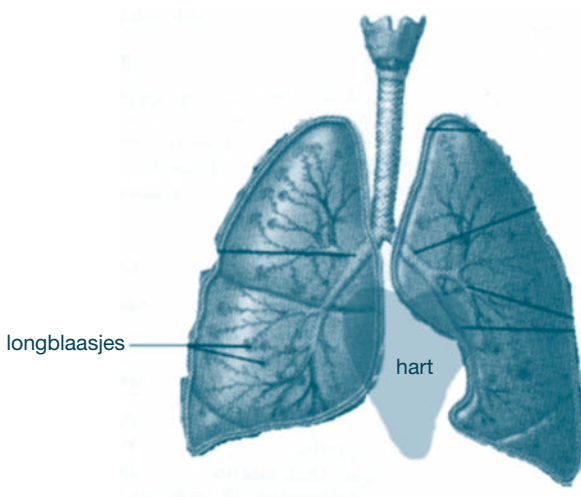
De NHG-Standaard Acuut hoesten gaat over hoesten gedurende minder dan drie weken. (Wanneer de hoest langer dan zes weken duurt, is er sprake van chronisch hoesten.) In

deze NHG-Standaard worden de belangrijkste oorzaken van acuut hoesten besproken.

Hoesten is voor patiënten de meest voorkomende reden om de huisarts te bezoeken (ongeveer 150 contacten per 1.000 patiënten). Lang niet alle patiënten die hoesten, hoeven door de huisarts te worden onderzocht. De meeste klachten gaan binnen één tot drie weken over. Slechts in een aantal gevallen moet de patiënt wél door de huisarts worden onderzocht. Bijkomende symptomen of de voorgeschiedenis bepalen of de praktijkassistente de patiënt naar de huisarts moet verwijzen.

Klachten en achtergronden

Hoesten is een manier van het lichaam om slijm en vreemd materiaal te verwijderen uit



Figuur 1 Larynx, trachea en bronchi (strottenhoofd, luchtpijp en luchtpijpvertakkingen).

larynx, trachea en bronchi. Meestal is een virale infectie de oorzaak van het hoesten, soms een bacteriële infectie. Slijm- of oedeemvorming als gevolg van de infectie kunnen de hoestprikkel opwekken.

Bij infecties wordt onderscheid gemaakt tussen bovenste- en lagereluchtweginfecties. Bovensteluchtweginfecties die hoest kunnen veroorzaken zijn: (allergische) rhinitis, sinusitis, faryngitis en tonsillitis. Bij ongeveer een derde van de patiënten die met hoesten de huisarts bezoeken, is een bovensteluchtweginfectie de oorzaak. Bij sommige van deze aandoeningen speelt mogelijk de zogeheten 'postnasal drip' een rol, maar zeker is dat niet. Tracheïtis, acute bronchitis en pneumonie (longontsteking) behoren tot de lagereluchtweginfecties die hoest kunnen veroorzaken. Pneumonie komt gemiddeld bij 8 per 1.000 patiënten in de huisartsenpraktijk voor. In het verleden dacht men dat de kleur van het sputum uitwees of er sprake was van een virale of bacteriële ontsteking. Onderzoek heeft echter aangetoond dat die relatie niet zo duidelijk is.

Bij een deel van de patiënten speelt waarschijnlijk ook bronchiale hyperreactiviteit een grote rol. Dan zijn niet infecties de oorzaak van het hoesten, maar prikkels zoals (tabaks-) rook, vaak de keel schrapen, airconditioning, plotselinge klimaatveranderingen en toxische dampen (bijvoorbeeld uitlaatgassen, chloor- en zwaveldampen).

Soms wordt (kriebel)hoest veroorzaakt door medicijnen, bijvoorbeeld ACE-remmers bij hypertensie.

Bij sommige patiënten moet de huisarts de hoestklachten beoordelen. Het gaat om de volgende groepen.

- Kinderen jonger dan 3 maanden.
 - Kinderen ouder dan 3 maanden bij ernstig ziek-zijn, koorts, voedingsproblemen, sufheid, huilen, versnelde ademhaling of kortademigheid.
- Ook kinderen die eerder bronchiolitis of pneumonie hebben gehad, te vroeg geboren zijn of aangeboren afwijkingen hebben

aan hart, longen of nieren, of neurologische aandoeningen of diabetes mellitus hebben, moeten door de huisarts worden onderzocht.

- Volwassenen: bij ernstig ziek-zijn (combinaties van onder andere koorts, versnelde ademhaling, verwardheid en sufheid), bij kortademigheid, pijn die samenhangt met de ademhaling en bloed ophoesten. Ook patiënten met chronische aandoeningen, bijvoorbeeld astma/COPD, hartfalen, CVA en diabetes mellitus moeten door de huisarts worden onderzocht. Patiënten die ACE-remmers gebruiken vanwege hypertensie moeten (telefonisch) contact opnemen met de huisarts.
- Patiënten met verminderde weerstand, bijvoorbeeld door een kwaadaardige aandoening, het gebruik van cytostatica of een hiv-infectie.

Bij het lichamelijk onderzoek door middel van auscultatie en percussie let de huisarts op de mate van ziek-zijn (koorts, benauwdheid of snelle ademhaling, hartritme, huidkleur, reactie op de omgeving en tekenen van uitdroging). Beoordeeld wordt of er sprake is van een bovenste- of lagereluchtweginfectie of een andere aandoening (bijvoorbeeld hartfalen) en of de patiënt een verhoogd risico op complicaties heeft.

Aanvullend onderzoek, zoals een foto van de borstholte, is meestal niet nodig, behalve als de huisarts vermoedt dat er sprake is van een pneumonie of van een kwaadaardige aandoening.

Enkele specifieke oorzaken van acuut hoesten zijn de volgende.

KINKHOEST

Kinkhoest is een infectieziekte die veroorzaakt wordt door een bacterie. Die veroorzaakt een ontsteking van de ademhalingsorganen die gepaard gaat met hoestbuien. Vooral kinderen krijgen de ziekte. Bij het hoesten ademen patiënten vaak 'gierend' in. Andere symptomen zijn hoesten gevolgd door braken,

bloedinkjes aan de slijmvliezen van de ogen (door drukverhoging), en bij zuigelingen lange adempauze en – na langdurig hoesten – blauw aanlopen.

Bijna alle in Nederland verblijvende kinderen zijn ingeënt tegen kinkhoest. Toch kunnen ook gevaccineerde kinderen kinkhoest krijgen. Meestal verloopt de ziekte dan minder ernstig.

BRONCHIOLITIS

Bronchiolitis is een ontsteking van de kleinste vertakkingen van de luchtwegen, veroorzaakt door het RS-virus. De aandoening komt vooral bij zuigelingen voor. Ze zijn dan verkouden en vaak kortademig en meestal hebben ze ook koorts. Bij onderzoek van de longen zijn er soms crepitaties, maar meestal is er niets bijzonders te horen. Een kind met bronchiolitis knapt meestal binnen drie tot zeven dagen op zonder speciale maatregelen.

Ernstige benauwdheid, kortdurende periodes waarin het kind niet ademt en onvoldoende drinkt (minder dan de helft van de voeding) zijn redenen om direct opnieuw contact op te nemen met de huisarts.

PSEUDOKROEP

Pseudokroep wordt veroorzaakt door een ontsteking van de stembanden waardoor de luchtwegen vernauwd raken. Bij kinderen met deze aandoening treden vooral in de avonden aanvallen van blafhoest, heesheid en piepende inademing op. Als er geen sprake is van ernstige benauwdheid, worden de klachten binnen enkele uren vanzelf minder zonder speciale maatregelen. Het is niet aangetoond dat stomen effect heeft op de ernst en duur van de klachten.

Beleid

De huisarts kan patiënten met een ernstige lagereluchtweginfectie of chronische aandoeningen antibiotica voorschrijven.

In geval van kinkhoest schrijft de huisarts alleen antibiotica voor als er in de naaste omgeving mensen zijn met een hoog risico op

complicaties, zoals zuigelingen en kinderen die op het punt staan geboren te worden (bij hoogzwangeren). Alle personen in de naaste omgeving moeten dan worden behandeld. Bij zuigelingen tot 8 weken kan de eerste vaccinatie worden vervroegd en bij kinderen tot 5 jaar die onvoldoende zijn gevaccineerd, kan een aanvullende vaccinatie worden gegeven. Meestal is in de overige gevallen geen behandeling met antibiotica nodig. De ziekte gaat vanzelf over.

Bij bronchiolitis moeten kinderen jonger dan 3 maanden, te vroeg geboren en kinderen met aangeboren hart- en longziekten of apneu in de voorgeschiedenis, worden verwezen naar de specialist. Vanwege een groter risico op een ernstige infectie moeten ze worden geobserveerd in een ziekenhuis.

Bij een matig ernstige pseudokroep kan de huisarts een eenmalige inhalatie van corticosteroiden voorschrijven. Als het kind moet braken, kunnen corticosteroiden per injectie worden toegediend. Als het kind na een half uur niet voldoende is opgeknapt, moet het naar het ziekenhuis.

VOORLICHTING EN ADVIES

Acuut hoesten gaat vaak vanzelf binnen drie weken over en wordt vaak veroorzaakt door aandoeningen die niet met medicijnen hoeven te worden behandeld, bijvoorbeeld bovensteluchtweginfecties. Er zijn nog andere oorzaken, bijvoorbeeld reacties op stoffen die de luchtwegen prikkelen. Roken, ook passief roken, is daar een van.

Soms wordt de hoest veroorzaakt door aandoeningen die moeten worden behandeld om complicaties te voorkomen. Bijkomende symptomen en de voorgeschiedenis van de patiënt bepalen of aan ernstige aandoeningen moet worden gedacht.

Bovensteluchtweginfecties (onder andere keelpijn, verstopte neus, loopneus, heesheid, kaakpijn en oorpijn) behoeven meestal niet door de huisarts te worden behandeld.

Wanneer een volwassene 's nachts veel last heeft van kriebelhoest, kan hij of zij noscapine

of codeïne gebruiken, middelen die zonder recept bij apotheek of drogist kunnen worden gekocht. Codeïne heeft meer bijwerkingen dan noscapine, bijvoorbeeld obstipatie. Ouderen en kinderen kunnen beter geen codeïne gebruiken.

Kinderen die 's nachts last hebben van kriebelhoest kunnen noscapine gebruiken, maar in een andere dosering dan volwassenen (kinderen van 1 tot 6 jaar: twee- tot viermaal daags 7,5 mg; kinderen van 6 tot 12 jaar: twee- tot viermaal daags 15 mg.).

Als er sprake is van een verstopte neus, ervaren de meeste mensen verlichting door te stomen boven een kom heet water. Kamille, menthol of zout aan het water toevoegen is niet nodig, die kunnen zelfs prikkelend werken. (Mentholpreparaten in het water kunnen bij kinderen jonger dan 2 jaar laryngospasmen veroorzaken. Op kamille kunnen mensen allergisch reageren.)

De patiënt moet worden geadviseerd te stop-

pen met roken en meerroken te vermijden. Hij of zij moet zo min mogelijk de keel schrapen. Veel hoestmiddelen zijn zonder recept verkrijgbaar bij apotheek of drogist, maar niet alle middelen hebben resultaat. Regelmatig warm drinken, een lepel honing of een dropje nemen kunnen de hoestklachten verlichten.

U krijgt nogal eens te maken met patiënten die u vragen stellen over hun hinderlijke hoest. Het is uw taak om onderscheid te maken tussen patiënten van wie de klachten door de huisarts moeten worden beoordeeld en patiënten die u zelf van advies kunt dienen. De meeste klachten van acuut hoesten gaan vanzelf over na eenvoudige adviezen.

Het NHG heeft twee NHG-Patiëntenbrieven over acuut hoesten samengesteld: Gewone hoest en Kinkhoest.

Begrippen	
ACE-remmers	medicijnen die een vaatvernauwend, bloeddrukverhogend hormoon remmen
apneu	tijdelijke ademstilstand
auscultatie	beluisteren van in het lichaam van de patiënt geproduceerde geluiden met behulp van een stethoscoop
bronchitis	ontsteking van een of meer bronchi (hoofdvertakkingen van de luchtpijp)
crepitatie	fijn knetterend geluid, hoorbaar door de stethoscoop bij patiënten met een infectie van de luchtwegen
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van de hersenfuncties
cytostatica	stoffen die de groei en de voortplanting van cellen stoppen (medicijnen die vaak worden gegeven om de groei van tumoren te stoppen)
faryngitis	ontsteking van de farynx (keelholte)
hartfalen	het niet goed werken van het hart, waardoor er te weinig bloed wordt rondgepompt
hiv-infectie	infectie met het human immunodeficiency virus (aidsvirus)
hyperreactiviteit	(te) veel reactie
hypertensie	hoge bloeddruk
laryngitis	ontsteking van de larynx (het strottenhoofd)
laryngospasme	kramp van de larynx (het strottenhoofd)
oedeem	zwellend
percussie	het bekloppen van een lichaamsdeel om een indruk te krijgen van het onderliggende weefsel
pneumonie	longontsteking
postnasal drip	vocht dat over de wand van de keelholte loopt
rhinitis	ontsteking van het neusslijmvlies
RS-virus	respiratory syncytial virus
sinusitis	ontsteking van de sinus (neusbijholte)
tonsillitis	ontsteking van de tonsil (amandel)
toxisch	giftig
tracheïtis	ontsteking van de trachea (luchtpijp)

Allergische en niet-allergische rhinitis

Kees van den Broek belt. Hij moet de hele tijd niezen als gevolg van jeuk in zijn neus. Hij is 18 jaar en zit in het eindexamenjaar van het vwo. Hij heeft het dus ontzettend druk en kan al dat genies helemaal niet gebruiken. Wat moet hij doen?

Inleiding

Bij rhinitis gaat het om klachten van de slijmvliezen van de neus, bijvoorbeeld een verstopte neus, loopneus, niezen of jeuk in de neus. In de NHG-Standaard Allergische en niet-allergische rhinitis worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek, preventie en behandeling van klachten die gepaard gaan met een verstopte neus, loopneus, niezen of jeuk in de neus en die langer dan vier weken duren of vaak terugkomen.

Een huisarts met een normpraktijk ziet ongeveer 350 tot 450 patiënten per jaar met allergische en niet-allergische rhinitis. Allergische rhinitis komt voornamelijk voor tussen 5 en 45 jaar, met een piek tussen 15 en 24 jaar.

Klachten en achtergronden

Bij een allergische reactie spelen IgE-antilichamen een grote rol. IgE-antilichamen binden onder meer aan mestcellen in de weefsels. Als complexen van IgE-antilichamen en mestcellen in aanraking komen met allergenen, worden die mestcellen ertoe aangezet om onder meer histamine uit te scheiden.

ALLERGISCHE RHINITIS

Bij allergische rhinitis neemt door de histamine de doorlaatbaarheid van bloedvaatjes toe, met als gevolg prikkeling van de in de neus aanwezige zenuwuiteinden.

De belangrijkste stoffen buitenshuis die een allergische reactie kunnen veroorzaken, zijn pollen van bomen (vooral van de berk) en grassen. Deze allergenen veroorzaken een allergische rhinitis ('hooikoorts'). Berkenpollen veroorzaken van februari tot en met mei de meeste klachten. Graspollen veroorzaken vooral klachten van mei tot en met augustus. Binnenshuis kunnen huisstofmijt en huisdieren allergische reacties veroorzaken. Klachten door huisstofmijt komen het hele jaar voor. Bij allergie voor boompollen is een kruisovergevoeligheid voor appels en noten mogelijk. Patiënten met een allergie voor grassen hebben soms een kruisovergevoeligheid voor plantaardige voedingsmiddelen, bijvoorbeeld wortelen. Het eten van plantaardige voedingsmiddelen kan leiden tot klachten zoals een branderig, schrijnend gevoel aan het gehemelte, slijmvlieszwelling, misselijkheid, braken of rhinitis.

Door een allergische reactie neemt vaak de prikkelbaarheid van de neus toe (hyperreactiviteit). Bij hyperreactiviteit gaat het om een versterkte reactie, die normaal gesproken pas optreedt bij blootstelling aan allergene prikkels met een veel hogere intensiteit. Door hyperreactiviteit vertoont de patiënt steeds eerder een allergische reactie bij een vervolcontact met zowel allergene als niet-allergene prikkels zoals rook, stof, koude lucht, mist, smog, bak-, verf- en parfumluchtjes. Een be-

kend voorbeeld is de luchtweghyperreactiviteit bij aspecifieke prikkels als koude en tabaksrook. Hyperreactiviteit kan zowel een rol spelen bij allergische als bij niet-allergische rhinitis.

NIET-ALLERGISCHE RHINITIS

In de anamnese vraagt de huisarts welke klachten de patiënt precies heeft, wat de ernst van de klachten is en of het om voortdurende of steeds terugkerende klachten gaat. Verder vraagt de huisarts of de klachten ontstaan of verergeren bij:

- bijvoorbeeld stofzuigen of bed opmaken;
- contact met dieren;
- droog, zonnig weer;
- aspecifieke prikkels zoals stof, tabaksrook, temperatuurveranderingen, bak- en vetlucht, alcohol en lichamelijke inspanning;
- seizoenswisseling (klachten in de lente of in de zomer).

Ook vraagt de huisarts naar gebruik van medicijnen die rhinitis als bijwerking kunnen hebben.

Bij de meeste patiënten bij wie de anamnese wijst op allergische rhinitis, is lichamenlijk onderzoek niet nodig. De huisarts verricht wél lichamenlijk onderzoek bij klachten van de neus aan één kant, bij ouderen en bij patiënten bij wie de klachten onvoldoende verminderen na behandeling. De huisarts gebruikt een neusspeculum om de neus te onderzoeken en let op poliepen en op afwijkingen van (de stand van) het neustussenschot of de neusschelpen. Bij klachten van kortademigheid of piepen worden de longen onderzocht. Bij patiënten met een langdurige of steeds terugkerende rhinitis zonder duidelijke oorzaak kan de huisarts een bloedonderzoek aanvragen of de praktijkassistente de huidpriktest laten uitvoeren. De voorkeur gaat sterk uit naar het aanvragen van bloedonderzoek, omdat dat minder belastend is voor de patiënt en de kans op complicaties kleiner is. Bij bloedonderzoek vraagt de huisarts in eerste instantie een screeningstest op inhalatieallergenen aan, bijvoorbeeld de Alatop[®] of

de Phadiatop[®]. Met deze screeningstest wordt aangetoond of er sprake is van allergie voor de meest voorkomende allergene stoffen. Als deze test positief is, zal het laboratorium vaak direct het allergeenspecifieke IgE bepalen van de meest voorkomende inhalatieallergenen (huisstofmijt, gras- en boompollen, katten- en hondenepitheel, schimmels en kruidpollen). Een allergeenspecifieke IgE-bepaling van andere dierlijke allergenen, zoals cavia, konijn, paard of vogel, wordt alleen aangevraagd als er een duidelijk verband bestaat tussen de klachten en het contact met deze dieren. Niet-allergische rhinitis kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld neuspoliepen, scheefstand van het tussenschot van de neus, verdikking van de neusschelpen of een ‘gewone’ verkoudheid. Ook kan rhinitis optreden als bijwerking van het gebruik van geneesmiddelen, bijvoorbeeld acetylsalicylzuur of NSAID’s, cholesterolverlagers, en oogdruppels met een bètablokker. Langdurig gebruik van neusdruppels of -spray kan ook rhinitis tot gevolg hebben.

Beleid

In het beleid bij allergische en niet-allergische rhinitis spelen voorlichting en advies een grote rol.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat bij een allergische rhinitis het slijmvlies van de neus door contact met allergenen zoals pollen, huisstofmijt of huisdieren reageert met zwelling en vochtafscheiding. De patiënt wordt verteld dat ook aspecifieke prikkels zoals tabaksrook, verf- of baklucht, temperatuurverandering en alcohol klachten kunnen geven of bestaande klachten kunnen verergeren. Prikkeling in de zenuwuiteinden van de neus kan veelvuldig niezen tot gevolg hebben.

De eerste stap in de behandeling is het vermijden van allergenen en andere prikkels die klachten veroorzaken. De woonomgeving moet zo veel mogelijk rookvrij worden ge-

maakt. Bij een huisstofmijtallergie zijn de volgende maatregelen van belang:

- Zorg voor een goede vochtbestrijding binnenshuis door de woning geregeld te ventileren.
- Was beddengoed, ook dekbed en kussen, minstens eenmaal per twee weken gedurende minimaal een uur op 60 graden.
- Zorg voor een gladde, gemakkelijk te reinigen slaapkamervloer.
- Neem gladde oppervlakken geregeld vochtig af en stofzuig in afwezigheid van de patiënt.

Het heeft alleen zin om allergeenwerende matrashoezen aan te schaffen als de patiënt ernstige klachten houdt ondanks het opvolgen van de genoemde adviezen en het gebruik van medicatie, of als de patiënt ook last heeft van astma.

Bij een allergie voor huisdieren is afstand doen van het dier de meest effectieve maatregel.

Patiënten met een pollenallergie wordt geadviseerd om de ramen gesloten te houden (ook 's nachts) als het 'hooikoortsbericht' op de radio daartoe aanleiding geeft, verder om niet zelf het gras te maaien en de vakantie te plannen op een plaats of in een seizoen met weinig pollen. Ideaal zou dus zijn een vakantie in de bergen of aan zee in nazomer, herfst of winter.

Bij een allergie die samenhangt met het werk (bijvoorbeeld een allergie voor proefdieren, latex, enzymen, verbestanddelen of meel) is het noodzakelijk maatregelen op het werk te bespreken en de bedrijfsarts in te schakelen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Allergische rhinitis

Als het vermijden van allergenen of prikkels niet mogelijk is of onvoldoende effect heeft, overweegt de huisarts medicamenteuze behandeling. Daarbij kunnen verschillende groepen medicamenten worden toegepast: corticosteroiden, antihistaminica en cromoglicinezuur.

Als de klachten slechts af en toe optreden,

schrijft de huisarts een antihistaminicum in de vorm van neusdruppels of -spray voor. Eventueel kan de patiënt een antihistaminicum in tabletvorm nemen.

Bij langdurige klachten of matige tot ernstige rhinitis schrijft de huisarts een neusspray met corticosteroiden voor. Die gaat na één tot zeven dagen werken. Vooral in het begin van het gebruik van een corticosteroidenneusspray kan de patiënt last krijgen van irritatie in de neus en bloederige afscheiding. De patiënt wordt dan aangeraden enkele dagen met de spray te stoppen en daarna van het neustusenschot af te sprayen. Vaak gaan de klachten dan over.

Daarnaast wordt bij uitzondering immunotherapie toegepast. Hierbij worden allergeenextracten subcutaan geïnjecteerd. De patiënt krijgt het allergeen in toenemende concentraties ingespoten tot de optimale dosis is bereikt. Daarna wordt deze optimale dosis in de regel eenmaal per maand toegediend. Na elke injectie moet de patiënt een half uur onder controle blijven vanwege de kans op een overgevoeligheidsreactie! Immunotherapie geeft overigens geen betere resultaten dan medicamenteuze behandeling. Gezien de geringe werkzaamheid, de langdurige en tijdsintensieve behandeling en de (kleine) kans op een ernstige bijwerking, wordt geadviseerd terughoudend te zijn met immunotherapie.

Niet-allergische rhinitis

Niet-allergische rhinitis wordt behandeld met een corticosteroidenneusspray. Deze spray is effectief bij verstopping door poliepen en verdikking van de neusschelpen, en kan ook worden voorgeschreven bij klachten ten gevolge van langdurig gebruik van ('gewone') neusdruppels en -spray. Uiteraard moet de patiënt stoppen met het gebruik van de 'gewone' neusdruppels of -spray.

VERWIJZING

De huisarts overweegt verwijzing naar een kno-arts bij:

- grote neuspoliepen;

- poliepen of verdikking van de neusschelpen ondanks behandeling met een corticosteroidenneusspray gedurende twee maanden;
- voortdurende neusverstopping door scheefstand van het neustussenschot;
- eenzijdige rhinitisklachten of eenzijdige bloederige afscheiding vanwege een mogelijke kwaadaardige aandoening;
- een eenzijdige poliep bij kinderen vanwege de mogelijkheid van een zeldzame ernstige aandoening zoals een glioom of een meningokèle.

Als een patiënt belt met klachten van allergische rhinitis, is het afnemen van de anamnese voor een groot deel uw taak. Ook neemt u de voorlichting en adviezen voor uw rekening. Dit geldt in het bijzonder bij een seizoensgebonden allergische rhinitis (hooikoorts) of huisstofmijtallergie. In opdracht van de huisarts voert u ook de huidpriktest uit. Als immunotherapie wordt toegepast, dient u de subcutane injecties toe.

Er bestaat een NHG-Patiëntenfolder over hooikoorts. Ook zijn er drie NHG-Patiëntenbrieven over allergische en hyperreactieve neusklachten.

Voorbeelden van geneesmiddelen in de verschillende geneesmiddelengroepen

- corticosteroiden
 - beclometason neusspray
 - budesonide neusspray of turbuhaler
 - fluticason neusspray
 - mometason neusspray
- antihistaminica
 - azelastine neusspray
 - levocabastine neusspray
 - cetirizine drank of tablet
 - loratadine stroop of tablet
- cromoglicaten
 - cromoglicinezuur neusspray

Begrippen	
allergenen	stoffen die een overgevoeligheidsreactie oproepen bij mensen met een allergische aanleg
antihistaminica	medicijnen die de uitscheiding van histamine tegengaan
aspecifiek	zonder aanwijsbare oorzaak
corticosteroiden	bijnierschorshormonen met een ontstekingsremmende werking
cromoglicinezuur	medicijn dat de allergische ontsteking onderdrukt en de daarmee samenhangende hyperreactiviteit
IgE	afkorting voor immunoglobulinen van het type E; deze eiwitten maken deel uit van de antistoffen die het afweersysteem aanmaakt bij een allergie; een sterk verhoogd IgE-gehalte van het bloed wijst op het bestaan van een allergie
immunotherapie	het verminderen van de (over)gevoeligheid voor allergenen door het regelmatig onder de huid injecteren van allergeenextracten
kruisovergevoeligheid	reactie op een stof die lijkt op een allergeen waarop de patiënt (aangetoond) allergisch reageert
meningokèle	uitpuiling van de hersenvliezen

Amenorroe

Aisha Moukhtar Ahmed (24 jaar) belt naar de praktijk. Je kent haar als een drukbezet persoon, want naast haar hbo-studie werkt ze in de avonduren in een restaurant. 'Ik word maar niet ongesteld,' zegt ze, 'nu al zes maanden niet. Ik ben al eerder daarvoor bij de dokter geweest en die zei dat ik maar een aantal maanden moest afwachten. Ik ben steeds zo ongerust dat ik toch zwanger ben, dus ik heb maar weer een testje gedaan. Gelukkig was er niets aan de hand.'

Je maakt voor haar een afspraak bij de huisarts.

Inleiding

In de NHG-Standaard Amenorroe worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van het uitblijven van menstruatie in de vruchtbare jaren. Meestal begint een meisje te menstrueren voor ze zestien is. Als ze op haar zestiende verjaardag nog nooit heeft gemenstrueerd, wordt dat primaire amenorroe genoemd. Van secundaire amenorroe is sprake als een vrouw gedurende zes maanden niet menstrueert terwijl ze daarvoor wel gewoon ongesteld was.

In een normpraktijk ziet een huisarts ongeveer 40 vrouwen per jaar met amenorroe.

Klachten en achtergronden

De oorzaken van amenorroe kunnen in verscheidene organen liggen, bijvoorbeeld:

- 1 In de baarmoeder. Een bekende oorzaak is natuurlijk zwangerschap. Zeldzaam is het syndroom van Asherman, dat wordt gekenmerkt door verklevingen in de baarmoeder. Dit syndroom kan ontstaan na een curettage (bijvoorbeeld na een miskraam). Door de verklevingen kan soms het bloed niet worden uitgescheiden.
- 2 In de eierstokken. Bij vrouwen na de overgang is er sprake van secundaire amenorroe. Een andere oorzaak kan zijn het polycysteus-ovariumsyndroom (PCOS). Ook hormoonproducerende tumoren kunnen amenorroe veroorzaken.
- 3 In de hypofyse/hypothalamus. Als een vrouw borstvoeding geeft, kan dat de hormoonproductie van hypofyse en hypothalamus beïnvloeden, waardoor de cyclus anders verloopt dan normaal of de menstruatie helemaal kan uitblijven.
- 4 Er zijn nog andere oorzaken van amenorroe, zoals:
 - chronische aandoeningen, bijvoorbeeld diabetes;
 - stoornissen in de schildklier (zeldzaam);
 - het syndroom van Cushing;
 - sommige medicijnen, bijvoorbeeld middelen die gebruikt worden tijdens een psychose of een depressie;
 - anticonceptiemiddelen. Na het stoppen met de pil herstelt de menstruatiecycclus zich meestal spontaan binnen een halfjaar. Na de 'prikpil' kan het soms tot twee jaar duren voordat de menstruatie weer op gang komt. Na verwijdering van een hormoonhoudend spiraaltje komt de menstruatie over het algemeen bin-

nen enkele maanden weer op gang. Bij circa eenderde van de vrouwen die het levenorgestrel bevattende spiraaltje (Mirena) gebruiken, treedt amenorroe op.

Als er geen oorzaak te vinden is, spreekt men van functionele amenorroe. Dit treedt nogal eens op bij stress en ingrijpende gebeurtenissen, bij langdurige of extreme lichamelijke inspanning en bij schommelingen in het gewicht. Bij anorexia nervosa is amenorroe een berucht symptoom.

Anamnese en onderzoek

Tijdens het consult gaat de huisarts eerst na of er sprake is van primaire of secundaire amenorroe.

Bij patiëntes met primaire amenorroe wordt de ontwikkeling van de borsten en van het schaamhaar beoordeeld. Als de ontwikkeling van deze secundaire geslachtskenmerken onvoldoende is, kan dit wijzen op chromosoom- of aangeboren afwijkingen. De huisarts onderzoekt de geslachtsdelen, de doorgankelijkheid van het maagdenvlies en of er eventueel bloed is opgehoopt achter het maagdenvlies. Zo nodig wordt een inwendig onderzoek verricht, waarbij vooral wordt gekeken of de eierstokken verdikt zijn.

Bij patiëntes met secundaire amenorroe vraagt de huisarts naar de volgende factoren:

- de eerste dag van de laatste menstruatie;
- de regelmaat en duur van de voorafgaande menstruaties;
- de leeftijd waarop de eerste menstruatie (menarche) plaatsvond en het verloop van de menstruaties daarna.

Ook gaat de huisarts na of de patiënte zwanger is, borstvoeding geeft of hormonale anti-conceptie gebruikt. Een aantal andere factoren zijn ook van belang, bijvoorbeeld of de patiënte onlangs:

- een abortus heeft ondergaan of is bevallen;
- is gecuretiseerd.

De huisarts vraagt ook naar mogelijke oorzaken van functionele amenorroe.

De volgende symptomen wijzen op een hormonale oorzaak:

- acne, overbeharig of adipositas (mogelijk wijzend op PCOS);
- afscheiding van melk uit de borsten, eventueel gepaard gaand met gezichtsveldstoornissen of hoofdpijn (dit kan wijzen op een gezwel in de hypofyse. Er kan dan meer aanmaak zijn van prolactine, wat de vorming van borstklierweefsel kan bevorderen en daardoor de productie en afscheiding van moedermelk);
- overgangsklachten, bijvoorbeeld opvliegers en vaginale droogheid.

AANVULLEND ONDERZOEK

Een zwangerschapstest kan in de eigen praktijk worden verricht. De patiënte kan ook worden verwezen voor echoscopie als nadere informatie over de inwendige geslachtsorganen wenselijk is. Bij een patiënte ouder dan zestien met primaire amenorroe kan een progesteronbelastingstest worden uitgevoerd. Ze moet dan gedurende tien dagen een progesteronpreparaat slikken. De test is positief als binnen zeven dagen na het stoppen een onttrekkingsbloeding optreedt. Een positieve test wijst erop dat het baarmoederslijmvlies normaal functioneert, onder invloed staat van oestrogenen en dat de afvoer van bloed niet wordt verhinderd door anatomische afwijkingen.

Bij patiëntes met secundaire amenorroe die graag kinderen willen, kan de huisarts FSH- en oestradiolgehalte laten bepalen om te zien of de overgang vervroegd is ingetreden. Als de huisarts een gezwel in de hypofyse vermoedt, kan in het bloed de prolactinespiegel worden bepaald. Een TSH-bepaling is zinvol als er meerdere klachten zijn die passen bij een afwijkende schildklierfunctie.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft voorlichting en advies afhankelijk van wat hij na anamnese en onderzoek heeft geconstateerd.

- 1 Als er geen aanwijzingen zijn voor lichamelijke afwijkingen (bijvoorbeeld na de progesteronbelastingstest) legt de huisarts aan patiëntes jonger dan achttien jaar uit dat het tijdstip van de eerste menstruatie bij iedereen verschillend kan zijn. Hij vertelt dat er reden is tot verder onderzoek als patiënte nog niet ongesteld is geworden als ze 18 jaar is. Dan kan bijvoorbeeld onderzoek worden gedaan naar chromosoomafwijkingen of afwijkingen in de eierstokken.
 - 2 Als de zwangerschapstest positief is, gaat de huisarts na of de zwangerschap gewenst is (zie hoofdstuk Zwangerschap en kraamperiode).
 - 3 Als er aanwijzingen zijn voor PCOS legt de huisarts uit dat de amenorroe waarschijnlijk te wijten is aan een functiestoornis van de eierstokken, waardoor deze te veel mannelijke hormonen produceren. Patiëntes met overgewicht krijgen het advies om af te vallen. De huisarts of praktijkondersteuner kan de vrouw daarbij begeleiden of haar verwijzen naar een diëtist. Er zijn aanwijzingen dat de functie van de eierstokken verbetert bij een gezond gewicht. Aan patiëntes met PCOS die in de toekomst graag kinderen willen, legt de huisarts uit dat het verstandig is de eerste zwangerschap niet te lang uit te stellen, omdat het syndroom nogal eens gepaard gaat met verminderde vruchtbaarheid. Verwijzing naar een specialist kan nodig zijn.
 - 4 Aan patiëntes bij wie op grond van hun leeftijd gedacht moet worden aan de overgang, zegt de huisarts dat het pas zeker is dat de overgang is ingetreden als patiënte één jaar lang niet ongesteld is geworden. Vrouwen die vroeg in de overgang zijn gekomen, lopen een verhoogd risico van osteoporose. Deze vrouwen krijgen leefstijladviezen ter preventie van osteoporose. Soms is het nodig een botdichtheidsmeting te verrichten, bijvoorbeeld als er ook andere risicofactoren zijn voor verminderde botdichtheid. Als de botdichtheid inderdaad verlaagd is, zou de vrouw als medicatie hormonen kunnen nemen, maar daar zijn nogal wat nadelen aan verbonden. De voor- en nadelen van hormonen moeten dus zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen.
 - 5 Bij gebruik van medicijnen die amenorroe veroorzaken, overlegt de huisarts met patiënte of de medicatie moet worden aangepast. Amenorroe is in principe een onschuldige aandoening en het is daarom niet beslist noodzakelijk om de medicatie te wijzigen.
 - 6 Bij functionele amenorroe legt de huisarts uit dat er diverse psychische en lichamelijk klachten van invloed zijn op de menstruatiedicyclus en dat de precieze oorzaak lang niet altijd duidelijk is. Hij vertelt dat de menstruatiedicyclus zich vaak in de loop van de tijd vanzelf herstelt, ook na het stoppen met de anticonceptiepil. Als stress of eetproblemen een belangrijke rol spelen, biedt de huisarts begeleiding aan. Hij legt uit dat amenorroe niet betekent dat patiënte niet zwanger kan raken; indien nodig moeten dus voorbehoedsmiddelen worden gebruikt.
- Vrouwen zonder kindwens worden een halfjaar later gecontroleerd, tenzij de menstruatie eerder op gang komt. Er wordt dan een prolactinebepaling verricht.
- MEDICAMENTEUZE BEHANDELING**
Er zijn geen medicijnen die ervoor kunnen zorgen dat de menstruatiedicyclus zich herstelt. Als patiënte er waarde aan hecht met enige regelmaat te menstrueren, dan kan met de anticonceptiepil een kunstmatige menstruatie (onttrekkingsbloeding) worden opgewekt. Vrouwen met PCOS kunnen last hebben van acne. Deze kan worden behandeld conform de NHG-Standaard Acne (zie hoofdstuk Acne).
- VERWIJZING**
In de meeste gevallen kan de huisarts vrouwen met amenorroe zelf begeleiden. Er zijn een paar uitzonderingen. Redenen om naar de specialist te verwijzen zijn:
- een afwijkende progesteronbelastingstest bij patiëntes met primaire amenorroe;

- primaire amenorroe op 18-jarige leeftijd;
 - een vermoeden van het syndroom van Asherman;
 - een bij herhaling afwijkende prolactinetest.
- Bij andere vrouwen met amenorroe heeft verwijzing te maken met een kinderwens en/of de behoefte aan zekerheid over de diagnose.

Uw rol bij amenorroe is beperkt. Meestal gaat het om secundaire amenorroe. Bij de triage kunt u tactvol nagaan of zwangerschap de oorzaak kan zijn. In dat geval kunt u vast een zwangerschapstest verrichten voordat patiënte bij de huisarts op het spreekuur komt.

Het NHG heeft drie patiëntenbrieven uitgegeven over amenorroe, te weten: Wachten op de eerste menstruatie, Als de menstruatie wegblijft en Polycysteus-ovariumsyndroom.

Begrippen	
curettage	het schoonmaken van de baarmoeder onder (plaatselijke) verdoving
cysten	onnatuurlijke holte in de huid
FSH	follikel stimulerend hormoon. (De follikel is het geheel van de eicel en de omringende cellagen, die de eicel van voeding voorzien.)
hypofyse	pijnappelklier, klein aanhangsel onder aan de hersenen dat talrijke hormonen produceert
hypothalamus	deel van de hersenen dat betrokken is bij de regulering van diverse lichamelijke processen
oestradiol	soort oestrogeen (zie aldaar)
oestrogeen	(vrouwelijk) geslachtshormoon
polycysteus-ovariumsyndroom	(of PCOS) een aantal samenhangende afwijkingen, waarbij vaak (kleine) cysten in de eierstokken aanwezig zijn. Er is een verstoring van de geslachtshormonen met een overmaat aan mannelijk geslachtshormoon. De eicellen groeien niet of onregelmatig, waardoor er geen (regelmatige) eisprong optreedt en vrouwen niet of onregelmatig menstrueren
prolactine	hormoon voor het aanzetten tot en onderhouden van melkproductie
syndroom van Cushing	een verzameling van afwijkingen die veroorzaakt worden door een te hoog cortisolgehalte in het bloed, meestal als gevolg van een overmaat aan cortisolproductie door de bijnieren. Bij dit syndroom kunnen de volgende afwijkingen horen: abnormale vetverdeling, afbraak van eiwitten in spieren, huid en haar, en vaak moeten plassen
TSH	Thyroid Stimulerend Hormoon; een hormoon dat wordt geproduceerd door de hypofyse. Het stimuleert de schildklier (thyroid) tot productie van schildklierhormonen

Anemie

Mevrouw Alaoui, een Marokkaanse vrouw van 30 jaar, komt bij u langs. Vorige maand moest haar Hb bepaald worden omdat ze zo moe was. Dit bleek 6,9 mmol/l te zijn. Ze heeft een maand ijzertabletten geslikt en komt bij u op controle. Haar Hb blijkt nu 7,0 te zijn. Wat nu?

Inleiding

Anemie (bloedarmoede) kan het gevolg zijn van een grote verscheidenheid aan aandoeningen. Er is sprake van bloedarmoede als het Hb-gehalte onder een bepaalde waarde¹ komt. Om een diagnose te stellen en om het verdere beleid te bepalen is het meestal nodig om behalve het Hb-gehalte ook het gemiddelde celvolume van de rode bloedcellen (erythrocyten) te bepalen. Dit gemiddelde celvolume heet MCV (mean corpuscular volume). Bij een te laag MCV spreken we van een microcytaire anemie, bij een normaal MCV van een normocytaire anemie en bij een te hoog MCV spreken we van een macrocytaire anemie. De belangrijkste microcytaire anemie is de ijzerebreksanemie. Ook dragerschap van thalassemie kan de oorzaak zijn. De belangrijkste macrocytaire anemieën zijn het gevolg van een tekort aan vitamine B₁₂ of foliumzuur. Een normocytaire anemie is meestal een ijzerebreksanemie in het beginstadium of een anemie door een chronische ziekte.

Klachten en achtergronden

MICROCYTAIRE ANEMIE

Ijzerebreksanemie wordt meestal aangetroffen bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd. De oorzaak is voornamelijk te veel bloedverlies bij de menstruaties. Bij vrouwen na de menopauze en bij mannen is de oorzaak vaak bloedverlies in het maag-darmkanaal. Bij zuielingen en jonge kinderen is de oorzaak nogal eens een verminderde ijzerinname (bijvoorbeeld in de darmen). Dit komt voor als er vaak luchtweginfecties optreden en bij infecties in het maag-darmkanaal. Bij de diagnostiek van een ijzerebreksanemie speelt het ferritinegehalte een belangrijke rol. Ferritine is een eiwit dat ijzer opslaat en als het ferritinegehalte verlaagd is, kan dit alleen komen door ijzerebrek.

Bij (het dragerschap van) een thalassemie (of een andere hemoglobinoopathie zoals sikkelcelanemie) heeft het hemoglobine een afwijkende structuur. Hemoglobinoopathieën komen veel voor bij de allochtone bevolking (2-10 procent); thalassemie vooral bij mensen uit landen rond de Middellandse Zee en sikkelcelanemie bij mensen afkomstig uit Afrika. Bij dragerschap ontstaat er meestal een milde anemie.

MACROCYTAIRE ANEMIE

Bij een macrocytaire anemie is er meestal sprake van een vitamine-B₁₂-tekort, soms is er een tekort aan foliumzuur. Vitamine-B₁₂-te-

¹ Kinderen tot 0,5 jaar < 6,2 mmol/l; kinderen van 0,5 tot 6 jaar < 6,8 mmol/l; kinderen 6 tot 14 jaar < 7,5 mmol/l; mannen < 8,1 mmol/l; vrouwen < 7,5 mmol/l; zwangeren < 6,8 mmol/l.

kort ontstaat in veel gevallen door de vorming van antistoffen tegen de maagwand. Hierdoor wordt vitamine B12 niet meer opgenomen in de darm. Deze anemie heet ook wel pernicious anemie. Andere oorzaken voor een tekort aan vitamine B12 zijn: maagresectie, coeliakie en de ziekte van Crohn. Een vitamine-B12-tekort door een afwijkend voedingspatroon treedt alleen op als iemand langdurig op een dieet leeft waarin voedsel van dierlijke oorsprong volledig ontbreekt.

Een macrocytaire anemie door foliumzuurtekort is meestal het gevolg van slechte voeding bij alcoholmisbruik.

NORMOCYTAIRE ANEMIE

De hiervoor besproken anemieën beginnen allemaal als een normocytair anemie. Soms blijft de anemie normocytair, zoals de anemie door een chronische ziekte die optreedt bij maligniteiten en chronische infecties. Ook kan een normocytair anemie het gevolg zijn van een chronische nierinsufficiëntie, een chronische leverziekte of beenmergaandoeningen. Soms is de normocytair anemie ook het gevolg van bloedverlies.

Als er sprake is van bloedarmoede gaat de huisarts na wat de oorzaak is. Hij vraagt naar recent bloedverlies, heftige menstruaties of een afwijkend voedingspatroon. Ook gaat de huisarts na of de patiënt tot een risicogroep voor thalassemie behoort. Komt er erfelijke anemie in de familie voor? Bij oudere patiënten gaat de huisarts na of er sprake kan zijn van een maligniteit in het maag-darmkanaal (maagklachten, braken, buikpijn, veranderd ontlastingspatroon, gewichtsverlies). Bij kinderen gaat de huisarts na of er de laatste maand infectieziekten zijn doorgemaakt. Als er sprake is van een matig ernstige of ernstige anemie (Hb < 6 mmol/l bij vrouwen en kinderen, Hb < 6,5 mmol/l bij mannen) of bij algehele malaise, wordt ook lichamelijk onderzoek verricht. De huisarts kijkt of er sprake is van geelzucht, vergrote lymfklieren, een vergrote lever of milt. Bij oudere patiënten

doet de huisarts ook een buikonderzoek en een rectaal onderzoek.

Bij een vrouw met overvloedige menstruaties kan de huisarts ervan uitgaan dat het bloedverlies (waardoor ijzergebrek ontstaat) de oorzaak is van de bloedarmoede. Bij een kind met een milde bloedarmoede dat kort geleden een infectieziekte heeft doorgemaakt, wacht de huisarts een maand af. Is er geen herstel van de bloedarmoede, is er geen verhoogde kans op thalassemie of sikkelcelanemie of zijn er geen aanwijzingen voor een chronische ziekte, dan gaat de huisarts ervan uit dat de oorzaak ijzergebrek is.

In alle andere gevallen, en als ijzertherapie niet helpt, laat de huisarts in het laboratorium het Hb en het MCV bepalen. Daarna laat hij extra bepalingen doen, afhankelijk van de waarde van het MCV (zie figuur 1).

Bij een oudere patiënt met ijzergebreksanemie (waarvoor, als het een vrouw betreft, overvloedig vaginaal bloedverlies geen verklaring kan zijn) wordt verder onderzoek verricht naar een maligniteit in het maag-darmkanaal (sigmoidoscopie, X-colon, gastroscopie). Bij afwijkingen kan de huisarts doorverwijzen naar een internist of gastro-enteroloog.

Als bij verder onderzoek blijkt dat de patiënt drager is van een thalassemie- of sikkelcelgen en er is een kinderwens, dan adviseert de huisarts de partner van de patiënt zich ook te laten testen. Als er sprake is van een kind dat drager is van een thalassemie- of sikkelcelgen en er zijn meer kinderen gewenst, dan adviseert de huisarts de ouders zich beiden te laten testen.

Als er sprake is van een ernstige anemie en geelzucht, een vergrote lever of milt of vergrote lymfklieren, dan kan er sprake zijn van een maligniteit of van versnelde afbraak van bloedcellen. De huisarts zal de patiënt dan (eventueel na een oriënterend bloedonderzoek) verwijzen.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt de patiënt uit dat het bij bloedarmoede gaat om een tekort aan rode bloedkleurstof (hemoglobine). Rode bloedkleurstof is nodig voor het zuurstoftransport in het bloed. De oorzaak is meestal ijzertekort door bloedverlies, maar ook andere oorzaken zijn mogelijk. Het beleid is er ofwel op gericht de meest aannemelijke oorzaak te behandelen (bijvoorbeeld ijzergebrek door overvloedige menstruaties) ofwel eerst de precieze oorzaak te achterhalen en daarna te behandelen.

In Nederland is het voedingspatroon in de regel niet de oorzaak van bloedarmoede. Als de huisarts toch vermoedt dat de bloedarmoede door een tekortschietende voeding is ontstaan, is voorlichting over gezonde voeding nodig. Die kan zo nodig door de diëtist worden gegeven. Als er sprake is van een milde anemie, kan worden geprobeerd alleen de voeding aan te passen en nog geen medicatie te geven.

Wanneer de patiënt drager is van erfelijke bloedarmoede (meestal een thalassemie of sikkelcelanemie), legt de huisarts uit dat de lichte bloedarmoede die hierbij optreedt in de regel geen of weinig klachten geeft. Behandeling met ijzer heeft geen zin. Indien er sprake is van een kindervens (bij de patiënt zelf of, als het een kind betreft, bij de ouders) is het van belang om te weten of de partner ook drager is (respectievelijk of beide ouders drager zijn) van erfelijke bloedarmoede. Is dat namelijk het geval, dan is er een kans van één op vier dat er een kind met een ernstige vorm van bloedarmoede zal worden geboren. Deze vorm heeft slechte vooruitzichten en is niet of nauwelijks te genezen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Ijzergebreksanemie

Behalve behandeling van de onderliggende oorzaak is ijzer nodig in de vorm van tabletten of, bij kinderen, een suspensie. Ijzer moet bij voorkeur op een lege maag worden ingenomen. Melk en thee verminderen de opname

van ijzer. Vitamine C bevordert de opname. Na vier weken volgt controle van het Hb-gehalte. Als het Hb stijgt, vindt de volgende controle plaats op een tijdstip waarop het Hb naar verwachting weer op normaal peil is. Bij een adequate therapie stijgt het Hb met 0,5 mmol per week. Als het Hb niet voldoende snel of helemaal niet stijgt, moet de huisarts de oorzaak nagaan. (Gebruikt de patiënt de medicatie op de juiste wijze? Is er sprake van interactie met andere medicijnen? Is er een niet-opgeheven oorzaak of een foute diagnose?) Als het Hb-gehalte weer normaal is, moet de patiënt nog acht tot twaalf weken doorgaan met het slikken van ijzer om de ijzerreserves aan te vullen.

Macrocytaire anemie door vitamine-B12- of foliumzuurtekort

Vitamine-B12-tekort wordt behandeld met intramusculaire injecties. Geef eerst tien injecties van 1 mg hydroxocobalamine met een interval van minstens drie dagen; daarna een injectie van 1 mg eenmaal per twee maanden. Meestal duurt de behandeling levenslang, omdat de oorzaak niet te herstellen is. Bij foliumzuurtekort zijn foliumzuurtabletten nodig (eenmaal daags 0,5 mg). Als het Hb-gehalte weer normaal is, moet de patiënt deze tabletten nog zes tot twaalf weken blijven slikken. Dan kan de behandeling worden gestopt, mits de oorzaak is weggenomen. Zowel bij een vitamine-B12- als een foliumzuurtekort moet het Hb na vier weken worden gecontroleerd. De stijging die verwacht kan worden is 10 procent. Als dit het geval is, is nog eenmaal controle na vier tot zes weken aan te bevelen.

VERWIJZING

De huisarts verwijst in de volgende gevallen:

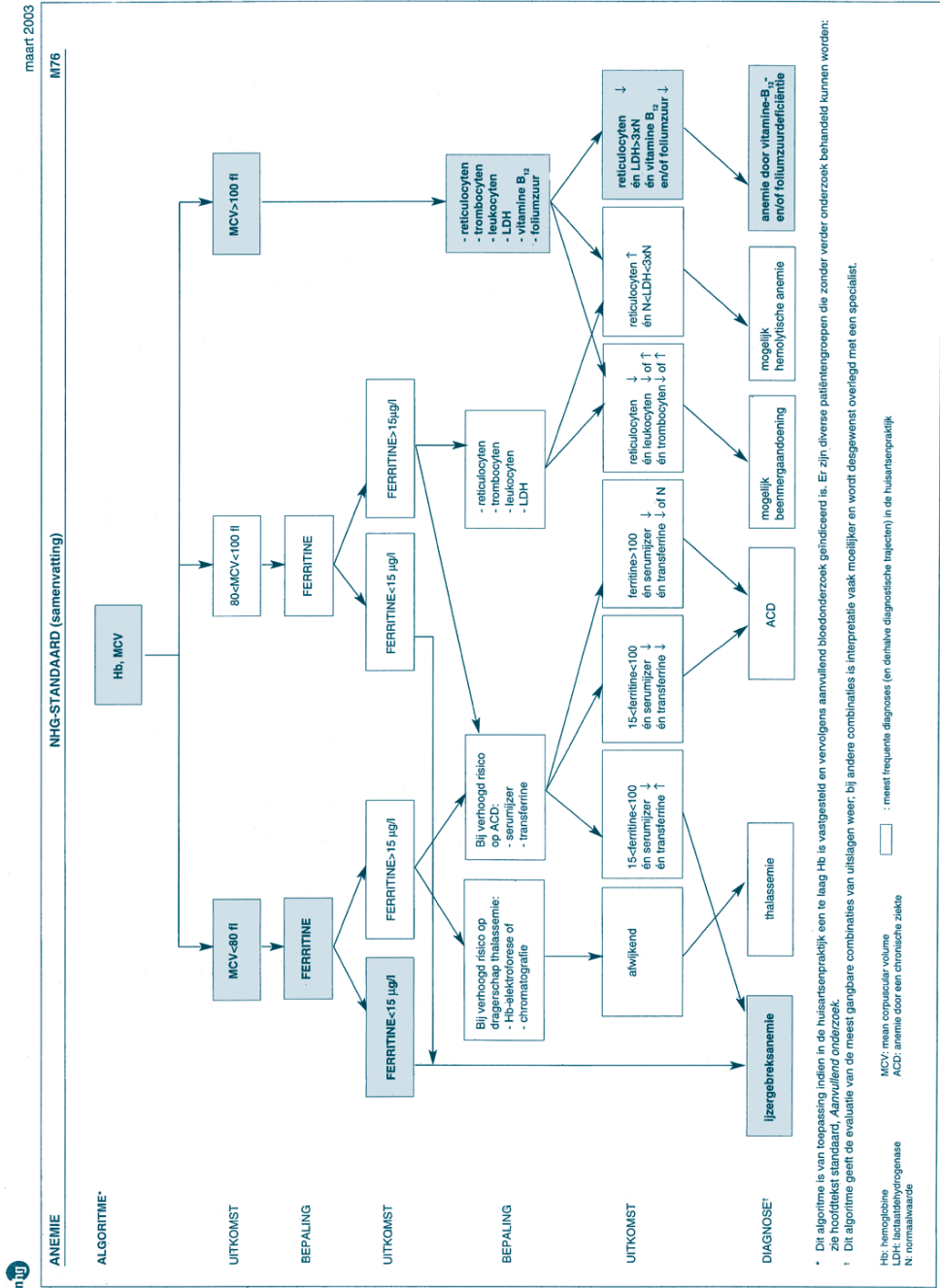
- als een patiënt een ernstige anemie (Hb < 5 mmol/l) heeft, voor een bloedtransfusie;
- als het onduidelijk blijft of de anemie mede wordt veroorzaakt door ijzergebrek, bij oudere patiënten met een chronische ziekte;

- bij het vermoeden van een hemolytische anemie (anders dan dragerschap van een thalassemie of sikkelcelanemie) of een maligne aandoening;
- als beide partners drager zijn van een thalassemie of sikkelcelanemie én zij een kindwens hebben; dan vindt verwijzing plaats naar een klinisch genetisch centrum;
- als herstel van de anemie uitblijft, ondanks de juiste suppletietherapie.

U heeft een rol bij de diagnostiek van anemie. In de meeste huisartsenpraktijken kan het Hb worden bepaald. In veel gevallen voert u dit onderzoek zelf uit. Ook behoort het ijken van de apparatuur vaak tot uw taak. Een deel van de voorlichting over de verdere diagnostiek, de oorzaak en de behandeling van anemie kan soms ook tot uw taak behoren.

Over bloedarmoede is een NHG-Patiëntenbrief verschenen.

Begrippen	
coeliakie	aangeboren afwijking die berust op overgevoeligheid voor gluten; als gevolg hiervan ontstaat een stoornis in het opnemen van voedselbestanddelen in de darmen
dragerschap	een van de twee genen van een genenpaar heeft 'foutief' genetisch materiaal, maar omdat het andere gen wel goed is, komt de aandoening niet tot nauwelijks tot uiting
erythrocyt	rode bloedcel
hemolytische anemie	bloedarmoede door versnelde bloedafbraak
maagresectie	maagoperatie waarbij een groot deel van de maag wordt weggehaald
MCV	'mean corpuscular volume': het gemiddelde celvolume van de erythrocyt
sikkelcelanemie	evenals bij thalassemie is de bloedkleurstof afwijkend; de rode bloedcellen krijgen de vorm van een sikkel en deze bloedcellen gaan sneller stuk dan normaal
thalassemie	aandoening waarbij het hemoglobine een afwijkende structuur heeft; hierdoor kunnen bloedcellen sneller stuk gaan
ziekte van Crohn	ziekte waarbij telkens ontstekingen van delen van het spijsverteringskanaal ontstaan; meestal zijn het ontstekingen in de dunne darm en soms in de dikke darm



Figuur 1 Diagnosestelling anemie. Uit: Van Wijk MAM, Mel M, Muller PA, Silverentand WGJ, Pijnenborg L, Kolnaar BGM. NHG-Standaard Anemie. Huisarts Wet 2003;46(10):21-9 en 46(3):147.

Angststoornissen

Els van der Meer belt. 'Ik wil graag een afspraak met de dokter', zegt ze. 'Helaas kan dat alleen als mijn zuster ook kan, want ik durf dat hele eind niet alleen over straat. Overigens gaat het al een stukje beter, hoor, zo af en toe durf ik al een klein eindje te lopen in de straat waar ik woon, maar dat eind naar de praktijk, dat haal ik niet.' U kijkt na het maken van de afspraak in haar dossier. Daarin staat als probleem: 'Angststoornis: straatfobie'.

Inleiding

Angst is een gevoel dat verbonden is met de dreiging van gevaar of onheil. Als er werkelijk gevaar dreigt, heeft angst een functie; het dwingt iemand voorzichtig te zijn, te vluchten of te vechten ('flight or fight'). Maar soms is de angst zo hevig of houdt het angstige gevoel zo lang aan dat het zijn oorspronkelijke functie verliest. Dan spreken we van een angststoornis: de patiënt lijdt aanhoudend onder de angst en het dagelijks functioneren wordt belemmerd.

Klachten en achtergronden

Men gaat ervan uit dat bij angststoornissen zowel biologische, psychologische als sociale factoren een rol spelen. Een richting in de psychiatrie, de biologische psychiatrie, benadrukt vooral de biologische oorzaak, dat wil zeggen dat processen in het lichaam meewerken aan het ontstaan van angststoornissen.

In de psychologische verklaring wordt ervan uitgegaan dat de angststoornis ontstaat door een verkeerde verklaring van een lichamelijk symptoom, bijvoorbeeld hartkloppingen. De hartkloppingen maken de patiënt angstig: zijn die de voorbode van een hartinfarct? Deze gedachte doet de angst toenemen, waardoor er een vicieuze cirkel ontstaat.

Soms heeft een patiënt al lang (chronische) lichamelijke klachten die het dagelijks functioneren belemmeren, zonder dat duidelijke lichamelijke oorzaken worden gevonden. Hoewel dit moeilijk vast te stellen is, omdat angst immers niet de voornaamste klacht is van de patiënt, kan het zijn dat een angststoornis ten grondslag ligt aan deze klachten. Andere angststoornissen zijn wél duidelijk te herkennen.

Het is belangrijk te beseffen dat mensen met een angststoornis door hun klachten ernstig belemmerd kunnen worden in hun dagelijks functioneren.

Een paniekaanval is een periode (in duur variërend van enkele minuten tot enkele uren) van hevige angst of gevoel van onbehagen. De volgende symptomen kunnen daarbij optreden: hartkloppingen, transpireren, trillen of beven, ademnood of het gevoel te stikken, pijn of een onaangenaam gevoel in de borst, misselijkheid of maagklachten, tintelingen of dove gevoelens, opvliegers of koude rillingen, gevoelens van onwerkelijkheid of 'niet meer zichzelf zijn', angst voor controleverlies of om krankzinnig te worden, angst om dood te gaan.

Er wordt gesproken van een paniekstoornis

als er terugkerende paniekaanvallen zijn waarbij men tussen de aanvallen door bang is een nieuwe aanval te krijgen. Een paniekstoornis geeft vaak aanleiding tot agorafobie. Agorafobie is angst voor situaties waaruit men moeilijk kan ontsnappen of waarin men moeilijk hulp kan krijgen als zich een paniekaanval voordoet of als men zich niet lekker voelt. Mensen met een agorafobie vermijden dergelijke situaties, bijvoorbeeld alleen buitenshuis zijn, zich in een menigte begeven en met auto, trein of bus reizen.

Van een specifieke fobie wordt gesproken als de patiënt een hevige angst heeft voor een specifiek object, bijvoorbeeld spinnen, slangen of bloed, of een specifieke situatie, bijvoorbeeld hoogten (hoogtevrees) of kleine ruimten (claustrofobie). Het object of de situatie wordt vermeden, of doorstaan met hevige angst.

Een hevige, aanhoudende angst voor situaties waarin iemand wordt blootgesteld aan de mogelijk kritische blik van anderen en waarin men bang is zich belachelijk te maken, bijvoorbeeld door blozen of trillende handen, heet een sociale fobie. Situaties zoals eten, drinken, spreken of schrijven in het openbaar worden vermeden.

Een gegeneraliseerde angststoornis wordt gekenmerkt door aanhoudende, buitensporige angst of bezorgdheid met betrekking tot diverse aspecten van het leven, bijvoorbeeld werk, financiën, kinderen en de toekomst. Rusteloosheid, snel vermoeid zijn, concentratieproblemen, prikkelbaarheid, spierspanning of slaapproblemen kunnen het gevolg zijn van deze angststoornis.

Een obsessief-compulsieve stoornis is een hardnekkige, terugkerende gedachte, impuls of voorstelling (obsessie), die de patiënt beleeft als opgedrongen en zinloos. De steeds terugkerende gedachte leidt tot hevige angst en spanning. Als reactie hierop kunnen dwangmatige rituele handelingen ontstaan, die tegen beter weten in worden uitgevoerd en tijdelijk de angst doen afnemen, bijvoorbeeld wassen, controleren, tellen of bidden.

Een posttraumatische stressstoornis kan optreden na een traumatische gebeurtenis. De stressstoornis wordt gekenmerkt door herbelevingen in de vorm van terugkerende nachtmerries, herinneringen of flashbacks, en door het vermijden van prikkels (situaties, gedachten, activiteiten of mensen) die bij het trauma horen. Ook kan er sprake zijn van verhoogde prikkelbaarheid, hetgeen zich uit in woede-uitbarstingen, overdreven schrikreacties of het zich moeilijk kunnen concentreren.

Hypochondrie is de aanhoudende angst of opvatting een ernstige ziekte te hebben zonder dat daar voldoende grond voor bestaat. De patiënt interpreteert hierbij lichamelijke verschijnselen op onjuiste wijze. Ondanks geruststelling door de arts blijft de angst aanwezig. Patiënten met een angststoornis worden bang voor hun eigen angst en voor situaties waarin die angst mogelijk zou kunnen optreden. Dit wordt anticipatieangst genoemd. De patiënt is geneigd situaties en objecten te vermijden om minder last te hebben van zijn angst (vermijdingsgedrag). De patiënt leert dan echter niet met de angst om te gaan. Wanneer hij toch met de angstige situatie of het gevreesde object wordt geconfronteerd, wordt de angst steeds heviger.

Wanneer het niet mogelijk is de angstwekkende situatie of het gevreesde object te vermijden, neemt de patiënt vaak zijn toevlucht tot neutraliserend gedrag. Voorbeelden daarvan zijn het gebruik van alcohol, dwanghandelingen (bij obsessief-compulsieve stoornissen) en vaak naar een arts gaan (bij hypochondrie). Dit neutraliserend gedrag geeft kortdurend enige verlichting van de angst, maar leert de patiënt niet om op een normale manier met de angst om te gaan, waardoor de angst op de lange termijn steeds erger wordt.

Beleid

De behandeling van de paniekstoornis met agorafobie, van agorafobie zonder paniekaanvallen, sociale en specifieke fobie bestaat uit het geleidelijk blootstellen van de patiënt aan de situaties die angst opwekken. De huis-

arts kan proberen de patiënt zelf te behandelen, maar kan ook verwijzen naar een ervaren (gedrags)therapeut.

Samen met de patiënt stelt de huisarts een schaal op van minder naar meer bedreigende situaties. De patiënt beleeft zich eerst in de minst bedreigende situatie. Vervolgens wordt geoefend met steeds bedreigender situaties; in kleine stappen wordt de moeilijkheidsgraad van de opdrachten opgevoerd.

Bij de gegeneraliseerde angststoornis gaat het er vooral om dat de patiënt anders met de klachten leert omgaan. Steunende gesprekken van de huisarts kunnen de klachten verminderen.

Bij hypochondrie probeert de huisarts samen met de patiënt een reëlere kijk op de lichamelijke gewaarwordingen van de patiënt te ontwikkelen.

Een obsessief-compulsieve stoornis kan het best worden behandeld door een ervaren (gedrags)therapeut.

Patiënten met een ernstige posttraumatische stressstoornis kunnen worden verwezen naar een gespecialiseerd behandelcentrum.

Patiënten met angststoornissen zijn vaak gespannen. Om ontspanningsoefeningen aan te leren valt een verwijzing naar een fysiotherapeut of maatschappelijk werker te overwegen. Bij gebrek aan sociale vaardigheden is een assertiviteitstraining een mogelijkheid.

Antidepressiva kunnen een gunstig effect hebben op de meeste angststoornissen. Deze medicijnen kunnen voorafgaand of in combinatie met de niet-medicamenteuze behandeling worden voorgeschreven.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat angststoornissen vaak voorkomen. Meestal verdwijnen ze niet van

zelf, maar een passende behandeling kan helpen. Overmatige angst is een vorm van alledaagse angst. Het probleem is echter dat de angst zo hevig is dat de patiënt eronder lijdt. De angst gaat vaak gepaard met allerlei klachten en de gedachte dat er iets ernstigs aan de hand is. Hierdoor kan de patiënt bijvoorbeeld in paniek raken of ervan overtuigd blijven dat er sprake is van een ernstige ziekte. Het is de kunst patiënten uit te leggen dat de angst door de gedachten van de patiënt zelf wordt opgeroepen en versterkt en dat er een vicieuze cirkel ontstaat.

De huisarts kan de patiënt wijzen op het bestaan van een patiëntenvereniging.¹

Het is voor patiënten met angststoornissen soms moeilijk om contact met de huisartsenpraktijk te zoeken. Sommige mensen durven immers de straat niet op. Anderen willen juist heel vaak een afspraak maken, omdat ze ervan overtuigd zijn dat er iets ernstigs aan de hand is. Ook kan het zijn dat de patiënt, uit angst of schaamte, de klachten niet met de huisarts durft te bespreken. Al deze situaties vereisen van u veel tact en inlevingsvermogen.

U heeft een signalerende rol, u kunt een luisterend oor zijn en begrip tonen. Ook kunt u, als de patiënt door de huisarts wordt behandeld, er goed op letten dat controleafspraken worden gemaakt en nagekomen.

Het NHG heeft zes patiëntenbrieven over angststoornissen uitgegeven.

Begrippen

flashback plotseling te binnen schietend beeld van iets wat eerder is gebeurd

¹ Het internetadres van de Angst-, Dwang- en Fobiestichting is: www.adfstichting.nl. De stichting biedt hulp aan mensen met angststoornissen en beschikt over een lijst van alle geregistreerde gedrags- en psychotherapeuten in Nederland.

Astma bij kinderen

Mevrouw Van Bergen aan de telefoon. Zij wil een afspraak maken voor Vincent, haar zoontje van 3 jaar. 'Vincent hoest zo vaak, vooral 's nachts. Soms lijkt het ook of zijn borstkas piept. Ik vraag me af of hij soms astma heeft, want dat zit bij ons in de familie.' U besluit dat u bij deze klacht niet zelf advies kunt geven en regelt een afspraak met de huisarts voor Vincent en zijn moeder.

Inleiding

De NHG-Standaard Astma bij kinderen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij astma bij kinderen tot 16 jaar. Astma is de meest voorkomende chronische aandoening bij kinderen. Ongeveer 5 tot 10 procent van de Nederlandse kinderen heeft astma. Ruim een derde van alle kinderen maakt een of meer periodes met piepen door vóór de leeftijd van 3 jaar, maar meer dan de helft van deze kinderen heeft op de leeftijd van 6 jaar geen klachten meer.

Tot de puberteit komt astma ongeveer tweemaal zo vaak voor bij jongens als bij meisjes. Na de puberteit komt astma juist vaker voor bij vrouwen; de klachten zijn bij hen ook ernstiger dan bij mannen. Ongeveer 80 procent van de kinderen met astma is allergisch.

Klachten en achtergronden

Steeds terugkerende aanvallen van piepen, al dan niet met hoesten en kortademigheid zijn klachten die kunnen duiden op astma. Bij

kinderen tot 6 jaar gaat het vooral om piepen al dan niet met hoesten; vanaf 6 jaar betreft het vooral piepen en aanvallen van kortademigheid.

Bij astma is sprake van bronchusobstructie die aanvalsgewijs optreedt. De bronchusobstructie ontstaat door prikkels. Dat kunnen specifieke allergenen zijn; meestal betreft het dan een allergie voor huisstofmijt of voor een huisdier. Ook kan de obstructie worden veroorzaakt door specifieke prikkels (rook, mist, kou, inspanning). Dat de luchtwegen met bronchusobstructie reageren op specifieke prikkels (prikkels waarop gezonde mensen niet of nauwelijks reageren) wordt bronchiale hyperreactiviteit genoemd.

Astma is vaak familiaal bepaald. Ook omgevingsfactoren kunnen een rol spelen, bijvoorbeeld roken. Als de moeder tijdens de zwangerschap rookt, heeft dat een nadelig effect op de longfunctie van het kind. Het veroorzaakt luchtwegklachten in de eerste levensjaren en misschien ook op latere leeftijd. Roken door ouders of verzorgers na de geboorte leidt tot meer en ernstiger luchtwegklachten bij kinderen met astma.

Bij kinderen die vaak of langdurig hoesten of kortademig zijn, overweegt de huisarts de diagnose astma. De huisarts vraagt naar:

- ernst, duur en patroon van de luchtwegklachten;
- aanwijzingen voor allergie;
- aanwijzingen voor bronchiale hyperreactiviteit;
- roken (door ouders, verzorgers of het kind zelf);

- voorgeschiedenis, bijvoorbeeld eerdere periodes met hoesten of piepen, of allergische aandoeningen;
- luchtwegproblemen of allergische aandoeningen bij gezinsleden.

Voor de diagnose is ‘piepen’ een belangrijk symptoom. Als een kind alleen hoest en niet piept, is astma niet waarschijnlijk. Ook benauwdheid bij inspanning zonder piepen, of hoesten ’s nachts zonder dat er andere luchtwegklachten zijn, duiden niet op astma.

De huisarts onderzoekt het kind en let daarbij ook op het eventueel afbuigen van de lengte- en/of gewichtscurve en een mogelijk achterblijven van de psychomotorische ontwikkeling. Als er aanwijzingen zijn voor een allergische aandoening zal de huisarts een screening op allergie laten verrichten, zeker bij kinderen die ouder zijn dan 6 jaar. Hierbij wordt het bloed getest op de aanwezigheid van antistoffen tegen de belangrijkste inhalatieallergenen: huisstofmijt, gras- en boompollen, honden- en kattenharen, schimmels en kruidpollen. Bij een mogelijke allergie voor knaagdieren vraagt de huisarts de desbetreffende RAST (radio-allergo-sorbent-test) aan.

Bij twijfel aan de diagnose of ter bevestiging daarvan is bij kinderen vanaf 6 jaar spirometrie zinvol. Het gaat dan om de FVC- en FEV₁-metingen. Ook kan de piekstroommeter gebruikt worden, maar bij kinderen kan dit moeilijk zijn en de resultaten van de meting kunnen dan minder betrouwbaar zijn. Bovendien is de piekstroom vooral een maat voor de doorgankelijkheid van de grote luchtwegen, terwijl bij astma het probleem vooral in de middelgrote en kleinere luchtwegen zit. Een longfoto is niet zinvol, tenzij de huisarts denkt dat het kind een aandoening heeft waarbij een foto wel van belang is, zoals een longontsteking.

Beleid

Het doel van het beleid is dat alle kinderen zo veel mogelijk een normaal leefpatroon en een

normaal inspanningsvermogen hebben. Dat betekent het voorkomen van ernstige astma-aanvallen en het bereiken van een optimale longfunctie zonder (of met zo min mogelijk) klachten en zonder (of met zo min mogelijk) medicatie.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij de voorlichting legt de huisarts uit dat astma in het algemeen een goed behandelbare aandoening is, waarbij de klachten uitgelokt kunnen worden door virale luchtweginfecties, allergenen (vooral van huisstofmijt en huisdieren) en specifieke prikkels (vocht, rook, kou, inspanning). Hij vertelt dat sporten goed is en beveelt dat sterk aan.

De huisarts bespreekt belemmeringen in het functioneren, bijvoorbeeld door angst voor kortademigheid en geeft adviezen.

Wat betreft school- en beroepskeuze moeten risicoberoepen zoals bakker, kapper, tuinder en het beroepsmatig omgaan met dieren worden afgeraden.

De huisarts vertelt dat roken de astma van het kind verergert. Ouders of verzorgers en anderen in de omgeving van het kind mogen dus niet roken. Uiteraard moet het kind zelf ook niet roken.

Als bij het kind een inhallatieallergie is aangetoond, bijvoorbeeld voor huisstofmijt, kan de huisarts adviezen geven over saneren, maar hij legt daarbij uit dat niet bewezen is dat de maatregelen inderdaad helpen bij allergie voor huisstofmijt. In geval van allergie voor huisstofmijt bestaat saneren uit:

- vochtbestrijding in huis door regelmatige ventilatie van de woning;
- beddengoed minstens eenmaal per twee weken wassen op 60° (een alternatief is om allergeenwerende hoezen te gebruiken);
- een glad vloerooppvlak in de slaapkamer (gemakkelijk te reinigen);
- aangepast schoonmaken (regelmatig vochtig afnemen en stofzuigen in afwezigheid van de patiënt).

Bij allergie voor huisdieren raadt de huisarts het houden van (harige) huisdieren thuis of in de schoolklas sterk af. Hij vertelt dat deze maatregel astma-aanvallen voorkomt, beter dan elke medicatie.

De huisarts bespreekt ook de mogelijke reactie van het kind op specifieke prikkels, bijvoorbeeld parfumlucht, baklucht, overgang van warmte naar kou of inspanning.

Als de huisarts besluit om medicijnen voor te schrijven, legt hij doel en werking daarvan uit. Hij bespreekt ook mogelijke schaamte om in gezelschap en op school medicatie (inhalator) te gebruiken. De huisarts legt uit dat, in tegenstelling tot andere jaren, griepvaccinaties voor kinderen met astma niet meer worden geadviseerd.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als inhalatietherapie schrijft de huisarts kortdurende luchtwegverwijders (bijvoorbeeld salbutamol, terbutaline of fenoterol) en eventueel een onderhoudsbehandeling met inhalaticorticosteroiden voor (bijvoorbeeld beclometason, budesonide of fluticason). Deze middelen hebben een ontstekingsremmende werking. Inhalaticorticosteroiden kunnen in het eerste jaar van het gebruik de groei van het kind enigszins vertragen, maar ze hebben geen invloed op de eindlengte van het kind. De huisarts volgt een stappenplan bij het voorschrijven van medicatie.

Voor inhalatietherapie bestaan twee soorten toedieningsvormen: dosisaerosolen (al dan niet met inhalatiekamer) en poederinhalatoren. Bij een dosisaerosol moet de patiënt tegelijkertijd indrukken en inademen. Voor een kind kan dat lastig zijn en door verkeerd gebruik kan het medicijn mogelijk niet goed zijn werk doen. Bij poederinhalatoren bestaat een dergelijk coördinatieprobleem niet. Als het kind voldoende inhalatiekracht bezit, werkt een poederinhalator beter dan een dosisaerosol zonder inhalatiekamer. Aan jongere kinderen (tot en met 6 jaar) wordt vaak een dosisaerosol met inhalatiekamer voorgeschreven. Aan kinderen ouder dan 7 jaar schrijft de huisarts een poederinhalator voor. Bij ernstige

kortademigheid gaat bij alle kinderen de voorkeur uit naar een dosisaerosol met inhalatiekamer. Deze toedieningsvorm is even effectief als verneveling. Daarom is een elektrische jet-vernevelaar slechts bij hoge uitzondering nodig, bijvoorbeeld als er grote hoeveelheden luchtwegverwijders moeten worden toegediend bij een ernstige astma-aanval. Kinderen die inhalaticorticosteroiden gebruiken, worden tijdens de instelfase om de twee tot vier weken gezien. Daarna wordt het kind driemaandelijks gecontroleerd. Als het kind gedurende een half jaar redelijk klachtenvrij is, kan eventueel de dosering van de inhalaticorticosteroiden worden verlaagd. Als duidelijk is wat de laagst effectieve dosis is, vindt eenmaal per drie tot zes maanden controle plaats.

Bij de controles gaat de huisarts onder andere na of de medicijnen op de juiste wijze worden geïnhaled en of er sprake is van actief of passief roken. Ook besteedt de huisarts aandacht aan de ontwikkeling van het kind en bespreekt hij bijvoorbeeld school- en beroepskeuze.

Bij een ernstige aanval van astma (exacerbatie) met ernstige kortademigheid schrijft de huisarts extra luchtwegverwijders voor. Hij wacht het effect daarvan ter plaatse af. Bij voldoende effect kan een controle na enkele uren plaatsvinden. Bij onvoldoende effect kan de huisarts predniso(lo)ntabletten of -drank voorschrijven, die het kind naast de bronchusverwijders moet gebruiken. Controle vindt dan de volgende dag plaats.

VERWIJZING

De volgende bevindingen kunnen redenen zijn om kinderen naar de specialist te verwijzen:

- aanwijzingen voor andere chronische aandoeningen, bijvoorbeeld afwijkingen van hart of grote vaten of cystic fibrosis;
- geen of onvoldoende verbetering na behandeling;
- ernstig astma met aanzienlijke beperkingen voor het kind; dat kan aanleiding zijn om het kind naar een astmacentrum te verwijzen, waar medische, verpleegkundige

ge, fysiotherapeutische en psychologische zorg worden gecombineerd.

Als het kind tijdens een exacerbatie onvoldoende reageert op de medicatie kan de huisarts het kind al dan niet met spoed naar de specialist verwijzen.

Praktijkassistente en/of -ondersteuner kunnen een belangrijke rol vervullen bij de voorlichting over astma, bij de instructie en controle van de inhalatietechniek en bij de begeleiding van de ouders of verzorgers die willen stoppen met roken. Ook controles kunnen grotendeels door u worden verricht, evenals het organiseren en uitvoeren van een spirometrie in eigen beheer.

Er bestaan vijf NHG-Patiëntenbrieven over astma bij kinderen.

Instructie inhalatietechniek en controle

Inhalatie-instructie bij een dosisaerosol met inhalatiekamer:

Schudden voor gebruik, bij voorkeur één puf per keer en direct na het verstuiven enkele malen inademen. Na gebruik de plastic inhalatiekamer regelmatig afwassen en aan de lucht drogen.

Inhalatie-instructie bij een poederinhalator:

Het apparaatje klaarmaken voor gebruik, vervolgens krachtig en diep inademen en dan de adem vijf seconden vasthouden.

NB Na gebruik van een dosisaerosol of poederinhalator met corticosteroiden spoelt het kind de mond met water.

Zie voor uitgebreidere instructie het hoofdstuk Astma bij volwassenen: behandeling.

Begrippen

bronchusobstructie	belemmering in de luchtwegen
cystic fibrosis	taaislijmziekte
FEV ₁	'forced expiratory volume in one second': het volume aan lucht dat maximaal kan worden uitgeademd in de eerste seconde van een geforceerde uitademing na een volledige inademing (zie ook hoofdstuk Astma bij volwassenen)
FVC	'forced vital capacity': de capaciteit van de longen bij geforceerde uitademing
piekstroommeting	het meten van de grootste luchtstroom die kan worden bereikt tijdens een geforceerde uitademing na een volledige inademing

Astma bij volwassenen

Kees de Jong, 19 jaar, belt naar de praktijk. Hij heeft al vanaf zijn kindertijd astma, maar heeft vanaf zijn vijftiende jaar geen inhalatiemedicatie meer gebruikt. Het ging best goed zonder medicatie, vond hijzelf, en zijn ouders legden zich erbij neer dat hij geen pufjes meer gebruikte. Nu is hij uit huis en wil hij gaan samenwonen met zijn vriendin. 'Mijn vriendin heeft een kat. Ik kan me van vroeger herinneren dat ik allergisch was voor katten. Mijn ouders hebben toen de kat naar een asiel gebracht. Zou het helpen als ik weer zo'n pufje ga gebruiken? Dan hoeft mijn vriendin de kat niet weg te doen.'

Inleiding

In de NHG-Standaard Astma bij volwassenen worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van astma bij personen vanaf 16 jaar.

Astma openbaart zich vaak op jonge leeftijd, maar ook mensen boven de 50 jaar kunnen voor het eerst astma krijgen. Een normpraktijk telt ongeveer 60 patiënten met astma. Dit zijn veelal jongvolwassenen. Er zijn naar verhouding minder mensen met astma boven de 65 jaar. Astma wordt in de huisartsenpraktijk gemiddeld anderhalf maal vaker vastgesteld bij mannen dan bij vrouwen.

Klachten en achtergronden

Bij astma reageren de slijmvliezen in de luchtwegen op bepaalde prikkels met als gevolg een chronische ontstekingsreactie. De wand van de luchtwegen zwelt op en de spieren in de luchtwegen trekken samen; de luchtwegen raken daardoor vernauwd. Een belangrijke factor voor het ontstaan van astma is een allergische aanleg. Maar ook niet-allergische prikkels kunnen leiden tot astma, bijvoorbeeld inspanning, rook, fijnstof, mist, kou en virale infecties. De eigenschap van de luchtwegen om met een ontstekingsreactie te reageren op niet-allergische prikkels wordt bronchiale hyperreactiviteit genoemd.

Een patiënt met astma maakt afwisselend periodes met en zonder klachten door. De klachten tijdens aanvallen zijn: kortademigheid, piepen op de borst en hoesten. Astma kan, behalve door de reeds genoemde prikkels, ook verergeren door het gebruik van medicijnen als acetylsalicylzuur, NSAID's, bètablokkers (tabletten of oogdruppels), en ACE-remmers. Er is sprake van een exacerbatie bij een verergering van de klachten gedurende ten minste 24 uur waarbij meer medicijnen moeten worden genomen.

Bij patiënten ouder dan 40 jaar is het onderscheid tussen astma en COPD niet altijd goed te maken (zie hoofdstuk COPD). Een kenmerk van COPD is dat de vernauwing in de luchtwegen met inhalatiemedicatie niet volledig is op te heffen. Soms kan ook bij patiënten met ernstiger astma, zelfs bij optimale behande-

ling, op middelbare leeftijd een niet-volledig omkeerbare vernauwing in de luchtwegen ontstaan.

Bij patiënten die op het spreekuur komen met klachten van benauwdheid, een piepende ademhaling of hoesten langer dan drie weken, denkt de huisarts aan astma. Ook bij minder specifieke klachten, bijvoorbeeld snel moe zijn of een slechte conditie, kan de huisarts aan astma denken.

De huisarts vraagt welke klachten er precies zijn, welke invloed deze hebben op het dagelijks functioneren en de nachtrust, en of de klachten aanvalsgewijs optreden. Hij gaat na of er aanwijzingen zijn voor het optreden van klachten door allergische of niet-allergische prikkels. Een belangrijke vraag is ook of de patiënt rookt of heeft gerookt.

Ook vraagt de huisarts naar de werkomstandigheden: werkt de patiënt bijvoorbeeld in een omgeving met veel stof van bijvoorbeeld steen, metaal of graan? Tevens is de voorgeschiedenis belangrijk. De huisarts gaat na of de patiënt in het verleden vaak luchtweginfecties heeft doorgemaakt met hoesten of piepen, en of hij bronchitis, constitutioneel eczeem (zie hoofdstuk Constitutioneel eczeem) of allergische rhinitis (zie hoofdstuk Allergische en niet-allergische rhinitis) heeft gehad. Belangrijk is ook te weten of de patiënt eerstegraads familieleden heeft met luchtwegproblemen of atopische aandoeningen.

De huisarts onderzoekt de patiënt, let daarbij op de mate van benauwdheid en luistert naar de longen.

Bij aanwijzingen voor astma wordt spirometrie en eventueel allergologisch onderzoek verricht. Spirometrie kan plaatsvinden in de eigen praktijk, maar de patiënt kan ook worden verwezen naar een diagnostisch centrum of longfunctielaboratorium. Eventueel kan in praktijken die niet beschikken over een spirometer en waar geen laboratorium of ziekenhuis in de buurt is, de piekstroommeter worden gebruikt. Omdat luchtwegvernauwing vaak in aanvallen optreedt, is het aan te raden

het longfunctieonderzoek later nog eens te herhalen.

Bij spirometrie wordt het FEV_1 , de FVC en een flowvolumecurve bepaald. FEV_1 is de afkorting van 'Forced Expiratory Volume in one second'. Dit is de hoeveelheid lucht die in de eerste seconde zo snel en zo hard mogelijk kan worden uitgeblazen; het is een maat voor de doorgankelijkheid van de luchtwegen.

FVC is de afkorting van 'Forced Vital Capacity'. Dit is de hoeveelheid lucht die kan worden uitgeblazen na een maximale (zo snel en lang mogelijke) inademing.

Een flowvolumecurve is een grafische weergave van de luchtstroomsterkte bij uit- of inademing afgezet tegen het uit- of ingeademde luchtvolume. Aan de hand van deze curve kan de betrouwbaarheid van de spirometrie worden gemeten en kan worden nagegaan of de luchtwegen vernauwd zijn.

Belangrijk bij het onderzoek is de FEV_1/FVC -ratio. De luchtwegen zijn vernauwd als het FEV_1 te laag is ten opzichte van de FVC. Als de FEV_1/FVC -ratio kleiner is dan 0,7 wordt de meting herhaald nadat de patiënt een bronchusverwijder heeft gebruikt. Een kenmerk van astma is dat de luchtwegvernauwing reversibel (omkeerbaar) is.

Bij allergologisch onderzoek wordt eerst een screeningstest op inhalatieallergenen verricht. Als deze test positief is, bepaalt het laboratorium vaak uit zichzelf het allergeenspecifieke IgE van de meest voorkomende inhalatieallergenen (huisstofmijt, gras-, boom- en kruidpollen, honden- en kattenepitheel, en schimmels). Als de huisarts een allergie vermoedt voor een ander dier (bijvoorbeeld cavia, konijn, paard, papegaai) moet hij dat specifiek aanvragen. Eventueel kan in de eigen praktijk een huidpriktest worden uitgevoerd, mits daarmee voldoende ervaring is opgedaan (zie hoofdstuk Allergische en niet-allergische rhinitis).

De diagnose astma wordt gesteld bij patiënten met aanvalsgewijs optreden van benauwdheid,

piepen op de borst of hoesten (al dan niet met slijm ophoesten) en reversibiliteit na bronchusverwijding ondersteunt de diagnose. Reversibiliteit is een voorwaarde voor het stellen van de diagnose astma bij patiënten met periodiek hoesten zónder dyspneu of piepen op de borst.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen intermitterend astma en persisterend astma. Bij intermitterend astma treden de symptomen niet vaker op dan tweemaal per week. Bij persisterend astma treden de symptomen vaker dan tweemaal per week op. Een specifieke vorm van intermitterend astma ontstaat tijdens of na lichamelijk inspanning en wordt ook wel inspanningsastma genoemd.

Beleid

Bij de behandeling van astma stelt de huisarts samen met de patiënt behandelingsdoelen op.

Behandelingsdoelen bij astma

- (Vrijwel) geen symptomen overdag (in ieder geval ≤ 2 maal per week).
- Geen functionele beperkingen.
- Geen nachtelijke symptomen.
- Vrijwel geen gebruik van kortwerkende bronchusverwijders (≤ 2 maal per week).
- Normale waarden van FEV_1 of piekstroom (PEF).
- (Vrijwel) geen exacerbaties (minder dan eenmaal per jaar).

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft uitleg over de aard van de aandoening en over de uitlokkende factoren. Hij bespreekt ook de manier waarop de patiënt met de aandoening omgaat, en gaat na of de patiënt bijvoorbeeld angst heeft voor benauwdheid.

Hij legt uit dat de klachten van astma goed onder controle kunnen worden gehouden met luchtwegverwijders per inhalatie en, als de klachten vaak optreden, met ontstekingsrem-

mers per inhalatie. Als de keuze voor een specifiek inhalatiemiddel is gemaakt, geeft de huisarts inhalatie-instructie (of verwijst de patiënt daartoe naar de praktijkassistente of -ondersteuner).

Rokers adviseert hij om met roken te stoppen. Roken verergert namelijk de klachten, vermindert de werkzaamheid van de ontstekingsremmers en kan leiden tot versnelde achteruitgang van de longfunctie (zie hoofdstuk Stoppen met roken). Ook meerroken is schadelijk, dus huisgenoten van de patiënt moet worden geadviseerd om thuis niet meer te roken.

Tevens raadt de huisarts voldoende beweging aan. Dat komt neer op een halfuur per dag matig intensief wandelen, fietsen, zwemmen of bijvoorbeeld fitness. Als de patiënt daar niet in lijkt te slagen vanwege de (angst voor) benauwdheid, kan hij worden verwezen naar een oefen- of fysiotherapeut die gespecialiseerd is in de begeleiding van longpatiënten.

Bij werkgerelateerde problemen, bijvoorbeeld werken in een stoffige omgeving of in een omgeving met allergenen, wordt de patiënt aangeraden contact op te nemen met de bedrijfsarts.

De huisarts plaatst de patiënt op de lijst voor een jaarlijkse griepvaccinatie en legt uit waarom hij dat doet. Een patiënt met astma heeft namelijk een verhoogd risico op complicaties bij influenza.

Als uit het allergologisch onderzoek is gebleken dat de patiënt allergisch is voor kat, hond (of een ander dier met haren) of huisstofmijt, kunnen saneringsadviezen worden gegeven. Het bewijs voor de effectiviteit van deze maatregelen is echter beperkt. Zo wordt patiënten met bewezen allergie voor katten, honden of andere harige dieren wel aangeraden om geen huisdieren te houden. Als het (emotioneel gezien) te moeilijk is om het huisdier uit huis te doen, wordt in ieder geval aangeraden het dier niet in de slaapkamer te laten komen. Tijdelijk uit huis doen heeft geen zin: allergenen van huisdieren kunnen nog lange tijd in huis worden aangetoond.

Bij allergie voor huisstofmijt kunnen de volgende saneringsadviezen worden gegeven:

- Bestrijd vocht door de woning geregeld te ventileren.
- Zorg voor een glad slaapkamervloeroppervlak (gemakkelijk te reinigen).
- Neem vloeren regelmatig vochtig af en stofzuig goed (als de patiënt er niet bij is).
- Was beddengoed minstens eenmaal per twee weken op 60° Celsius (als geen allergenvrije dekbedhoezen worden gebruikt). Allergenvrije hoezen voor matras, kussen en dekbed hebben alleen zin als ook andere maatregelen worden getroffen om huisstofmijt te verminderen; als enige maatregel hebben ze onvoldoende effect.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Patiënten met astma kunnen worden behandeld met inhalatiemiddelen. Er bestaan twee soorten: dosis-aerosolen en poederinhalatoren.

Als de patiënt niet in staat is een dosis-aerosol effectief te inhaleren, bijvoorbeeld door een slechte hand-longcoördinatie, kan een inhalatiekamer of inademiingsgestuurde dosis-aerosol uitkomst bieden. Bij poederinhalatoren is het vooral van belang dat de patiënt krachtig kan inademen.

De meeste luchtwegverwijders en ontstekingsremmers kunnen op verschillende manieren worden toegediend. De dosering kan per toedieningsvorm verschillen, omdat de hoeveelheid medicijn die in de longen terecht komt bij iedere toedieningsvorm anders is.

Bij intermitterend astma schrijft de huisarts een kortwerkende luchtwegverwijder voor (ipratropium of een bèta-2-sympathicomimeticum zoals salbutamol). De patiënt hoeft die niet voortdurend te gebruiken, alleen 'zo nodig'; als er klachten zijn. Bij inspanningsastma kan de patiënt tien tot vijftien minuten vóór de inspanning een pufje nemen van een kortwerkend middel. Dat geeft ongeveer twee uur bescherming. Bij gebruik van een bèta-2-sympathicomimeticum kunnen bijwerkingen

optreden, bijvoorbeeld trillende handen en vingers, hoofdpijn of snellere hartslag.

Bij persisterend astma schrijft de huisarts ook een inhalatiecorticosteroid voor, bijvoorbeeld budesonide, beclometason of fluticason. Inhalatiecorticosteroiden verminderen de ontstekingsverschijnselen in de luchtwegen. Ongeveer 5 tot 13 procent van de patiënten die een dergelijk middel gebruiken, krijgt last van een schimmelinfectie in de mond. De mond spoelen of iets eten na toediening kan dat voorkomen. Naast schimmelinfecties kunnen patiënten die inhalatiecorticosteroiden gebruiken ook gemakkelijker blauwe plekken krijgen.

Als een inhalatiecorticosteroid niet voldoende resultaat heeft, kan de huisarts de behandeling uitbreiden met een langwerkende bronchusverwijder, bijvoorbeeld salmeterol of formoterol.

Aan patiënten die te veel last hebben van schimmelinfecties in de mond of van bijwerkingen van langwerkende bronchusverwijders, kan de huisarts montelukast voorschrijven. Dit is een leukotriënantagonist, een ontstekingsremmer die minder werkzaam is dan een inhalatiecorticosteroid. Er is nog weinig bekend van de werking van montelukast op de lange termijn, reden waarom de huisarts terughoudend is met voorschrijven van dit middel.

Bij een exacerbatie moet de patiënt vaker de luchtwegverwijder gebruiken. Bij sommige patiënten kan een exacerbatie binnen korte tijd tot verergering van de benauwdheid leiden, zelfs in rust, en wel zodanig dat hij moeite heeft met het uitspreken van een hele zin en niet plat kan liggen. De patiënt moet als het ware vechten om lucht: hij moet vaker ademen (meer dan dertig keer per minuut), heeft een snelle hartslag (meer dan 120 slagen per minuut) en gebruikt de hulpademhalingspijpen. De huisarts geeft dan een kortwerkend inhalatiemiddel per inhalatiekamer of eventueel per injectie. Hij wacht het effect ter plaatse af. Treedt er geen verbetering op, dan

is dat reden voor een ziekenhuisopname. Bij verbetering schrijft hij een kuur prednisolon voor. Na twaalf tot achtenveertig uur wordt een controle afgesproken.

Budesonide, beclometason en kortwerkende bèta-2-sympathicomimetica kunnen in het algemeen ook door zwangere vrouwen of tijdens de borstvoedingsperiode worden gebruikt. Over fluticason is minder bekend, maar waarschijnlijk is het niet schadelijk. Langwerkende bronchusverwijders (salmeterol, formoterol), ipratropium, en een leukotrieenantagonist (montelukast) mogen niet worden gebruikt tijdens de zwangerschap of de borstvoedingsperiode.

CONTROLE

Een patiënt met intermitterend astma hoeft in principe niet te worden gecontroleerd. Hij moet wel een afspraak maken als hij vaker dan tweemaal per week klachten heeft; het is in dat geval beter hem een onderhoudsbehandeling met een inhalaticorticosteroïd voor te schrijven. Ook als hij merkt dat hij vaker een kortwerkende bronchusverwijder moet gebruiken, is het nodig dat de patiënt voor controle komt.

Patiënten met persisterend astma worden regelmatig gecontroleerd zolang de behandelingsdoelen niet zijn bereikt, bijvoorbeeld elke twee tot vier weken. Als de behandelingsdoelen zijn gehaald, is een- tot tweemaal controleren per jaar voldoende. Tijdens controles wordt aandacht besteed aan:

- de klachten, de nachtrust, de ervaren beperkingen, de dosering van de kortwerkende bronchusverwijder en het aantal exacerbaties waarvoor een prednisolonkuur of een ziekenhuisopname noodzakelijk was;
- het resultaat van de niet-medicamenteuze adviezen;
- eventueel de piekstroommeter die de patiënt thuis gebruikt, bijvoorbeeld als er onduidelijkheid bestaat over het effect van de behandeling of de factoren die:
 - een aanval uitlokken;

- de bijwerkingen van de medicatie;
- het controleren van de inhalatietechniek.

Bij patiënten bij wie de behandelingsdoelen zijn gehaald en die langer dan drie maanden stabiel blijven, vermindert de huisarts de medicatie. Hij controleert het resultaat na twee weken.

Bij patiënten die inhalaticorticosteroïden als onderhoudsmedicatie gebruiken, wordt geadviseerd om in ieder geval jaarlijks spirometrie te verrichten. Vooral de FEV₁-waarde is daarbij van belang.

ZELFMANAGEMENT

Patiënten met astma kunnen zelf vaak goed bepalen of ze bij verergering van de klachten tijdelijk meer medicatie moeten gebruiken.

Een dergelijke vorm van zelfmanagement kan worden bevorderd door een combinatie van patiëntenvoorlichting, instructie voor zelf-monitoring, geregelde controles en een schriftelijk actieplan.

In dit actieplan staat voor de patiënt duidelijk aangegeven:

- wanneer hij moet handelen (op basis van symptomen en/of de waarde van de piekstroom);
- hoe hij moet handelen bij exacerbaties, bijvoorbeeld door zelf de inhalatiemedicatie aan te passen en te starten met een prednisolonkuur;
- wanneer hij de praktijk moet bellen.

VERWIJZEN

Als de behandelingsdoelen niet worden gehaald ondanks adequate medicatie wordt de patiënt naar de longarts verwezen. Andere redenen om te verwijzen zijn:

- het vermoeden dat de patiënt zowel astma als COPD heeft, als spirometrie in eigen beheer niet mogelijk is;
- beroepsastma waardoor het werk of de loopbaanplanning in gevaar komt;
- drie of meer exacerbaties per jaar waarvoor een kuur prednisolon noodzakelijk is.

In het algemeen geeft u voorlichting over astma en inhalatiemiddelen. Het kan uw taak zijn om inhalatie-instructie te geven. Als de patiënt een piekstroommeter mee krijgt, geeft u instructie over het gebruik. Ook het verrichten van spirometrie kan tot uw taken behoren evenals de controles van patiënten met astma.

Het NHG heeft over management bij astma een PraktijkWijzer uitgegeven. Ook zijn er diverse NHG-Patiëntenbrieven verschenen over astma.

Begrippen	
ACE-remmers	medicijnen die een vaatvernauwend, bloeddrukverhogend hormoon remmen; worden gebruikt bij hoge bloeddruk en hartfalen
acetylsalicylzuur	stof met bloedverdunnende werking, zit onder meer in aspirine
atopisch	door een vorm van allergie of overgevoeligheid bepaald
bètablokkers	medicijnen met bloeddrukverlagende en hartslagvertragende werking
bronchus	luchtweigvertakking, meervoud: bronchi. Bronchi zijn luchtwegen die in grootte tussen de luchtpijp (<i>trachea</i>) en bronchioli in zitten. Er zijn in het menselijk lichaam twee hoofdbronchi die zich splitsen in kleinere bronchiën
NSAID's	Non Steroid Anti Inflammatory Drugs: pijnstillers met een ontstekingsremmende werking (bijvoorbeeld ibuprofen)

Atriumfibrilleren

Meneer De Groot belt op. U kent hem als een vitale 80-jarige. Nu lijkt er toch iets aan de hand te zijn: ‘Ik werd vanochtend bij het opstaan plotseling duizelig. Mijn hart klopt snel en heel erg onregelmatig en ik ben te moe om me aan te kleden. Wat moet ik doen?’

Inleiding

Atriumfibrilleren is een ritmestoornis van het hart waarbij het hartritme versneld en onregelmatig is. Vaak heeft de patiënt niet veel last van de kwaal, maar het ziektebeeld kan leiden tot ernstige complicaties, bijvoorbeeld een CVA.

In de huisartsenpraktijk worden niet veel mensen met atriumfibrilleren gezien. Van de Nederlandse bevolking hebben gemiddeld vier op de duizend mensen het. Atriumfibrilleren komt het meest voor bij oudere mensen. De NHG-Standaard Atriumfibrilleren geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij atriumfibrilleren. De huisarts kan veel patiënten met atriumfibrilleren zelf behandelen.

Klachten en achtergronden

Bij een normaal hartritme komt de eerste prikkel tot de hartslag vanuit de sinusknop. Het atriumweefsel trekt dan gecoördineerd samen. De prikkel wordt via de atrioventriculaire knop (AV-knop) doorgegeven aan de bundels van His en uiteindelijk aan de ventrikels, zodat die samentrekken.

Bij atriumfibrilleren is er geen gecoördineerde samentrekking, maar zijn in de atria honderden kringstroompjes aanwezig die leiden tot chaotisch samentrekken. De atria hebben geen normale functie meer. Een aantal van deze chaotische prikkels worden via de AV-knop doorgeleid naar de ventrikels. Dit heeft een totaal onregelmatige hartslag tot gevolg. Doordat atriumcontractie ontbreekt en er tegelijkertijd sprake is van snelle en onregelmatige ventrikelcontractie kunnen patiënten klachten krijgen, bijvoorbeeld:

- hartkloppingen;
- moeheid en duizeligheid;
- kortademigheid bij inspanning;
- angst en onrust;
- transpireren;
- pijn op de borst.

Doordat het bloed in de chaotisch samentrekkende atria niet goed doorstroomt, kunnen stolsels ontstaan die tot gevolg kunnen hebben dat er embolieën ontstaan. De embolieën komen in 70 procent van de gevallen in de hersenen voor, waar ze een CVA kunnen veroorzaken.

Atriumfibrilleren komt in aanvallen voor, maar kan ook chronisch worden. Waarschijnlijk ontstaan er afwijkingen in de cellen waardoor de stoornis zichzelf in stand houdt. Atriumfibrilleren gedurende minder dan 48 uur gaat vaak vanzelf weer over in een normaal hartritme (sinusritme). De kans op spontaan herstel wordt kleiner naarmate de klachten langer duren.

Atriumfibrilleren komt vaker voor bij mannen

dan bij vrouwen. Mensen met bijvoorbeeld hartklepafwijkingen, hartfalen, hypertensie en diabetes mellitus lopen een groter risico op atriumfibrilleren. Bij elke bloeddrukcontrole is het belangrijk om op het hartritme te letten (door de pols te voelen).

Ook komt de stoornis kortdurend voor:

- na een hartinfarct of een hartoperatie;
- tijdens een acute ziekte die met koorts gepaard gaat, zoals pneumonie;
- bij koffie-, alcohol- en drugsgebruik;
- bij stress;
- bij hyperthyreoïdie.

Na behandeling van het onderliggende probleem is het atriumfibrilleren vaak verdwenen.

Bij de volgende klachten onderzoekt de huisarts het hartritme: hartkloppingen, duizeligheid in de zin van licht gevoel in het hoofd of het gevoel flauw te vallen, wegrakingen, verminderd vermogen tot inspanning, tekenen van hartfalen, een TIA of een CVA.

Bij het vermoeden van atriumfibrilleren laat de huisarts een ecg maken. Als de klacht in aanvallen optreedt, moet worden geregeld dat de patiënt tijdens een aanval een ecg kan laten maken. Ook kan de diagnose met behulp van een Holter-registratie of een ‘event-recorder’ worden gesteld.

Beleid

De behandeling heeft tot doel het normale hartritme te herstellen. Dat kan met behulp van medicijnen of elektrische cardioversie. De voorkeur gaat uit naar medicijnen. Verder is het belangrijk stolselvorming te voorkomen door het toedienen van antistollingsmiddelen. Door middel van antitrombotische medicijnen (coumarinederivaten, instelling via de trombosedienservice) of acetylsalicylzuur wordt het bloed verdund. Bij een eerste aanval zijn deze medicijnen vaak niet nodig.

Bij elektrische cardioversie wordt geprobeerd het normale hartritme te herstellen met een of

meer elektrische schokken. De patiënt moet daarna vaak medicijnen gebruiken om te voorkomen dat het hartritme weer wordt verstoord. Toch is de kans groot dat er opnieuw atriumfibrilleren optreedt. Daarom wordt de behandeling niet aanbevolen bij oudere mensen die geen klachten hebben van pijn op de borst of acuut hartfalen.

Bij een eerste aanval van atriumfibrilleren moet de patiënt na twee dagen worden gecontroleerd. Als er nog steeds sprake is van atriumfibrilleren, wordt gestart met bloedverduunnende medicijnen. Als de patiënt stabiel is ingesteld, controleert de huisarts hem of haar minimaal eenmaal per jaar. Bij iedere controle wordt aandacht besteed aan tekenen van mogelijk hartfalen en wordt beoordeeld of het medicijngebruik moet veranderen.

Patiënten met atriumfibrilleren die ook tekenen van andere ernstige hartafwijkingen vertonen, moeten (met spoed) worden verwezen. Atriumfibrilleren op jongere leeftijd is zeldzaam; bij patiënten jonger dan 65 jaar is het zinvol te verwijzen naar een specialist om te onderzoeken of er sprake is van een hartklepafwijking of een aangeboren afwijking.

Ook een patiënt zonder hartfalen, die ondanks medicijnen klachten of symptomen van atriumfibrilleren houdt, wordt naar de specialist verwezen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Aan een patiënt met een eerste aanval van atriumfibrilleren legt de huisarts uit waardoor atriumfibrilleren ontstaat en dat het hartritme zich vaak spontaan herstelt. Als de patiënt last heeft van een snelle hartslag, kan met medicijnen worden geprobeerd de hartfrequentie te verlagen.

Als er vaker aanvallen optreden of bij chronisch atriumfibrilleren legt de huisarts uit dat medicijnen ter vertraging van de hartslag en bloedverduunners zinvol zijn.

Wanneer u de bloeddruk meet, let u ook op het hartritme van een patiënt. Bij onregelmatige hartslag overlegt u met de huisarts.
Bij telefoontjes over hartkloppingen denkt u vooral bij oudere mensen aan atriumfibrilleren. Voor patiënten met andere tekenen van hartafwijkingen (bijvoorbeeld pijn op de borst) regelt u een spoedvisite. In andere gevallen regelt u een afspraak of eventueel een visite voor dezelfde dag.

Over atriumfibrilleren is een NHG-Patiëntenbrief verschenen.

Begrippen	
acuut	in korte tijd ontstaan
atrium (mv. atria)	boezem(s) van het hart
atriumfibrilleren	een vorm van hartactie waarbij ten gevolge van onregelmatige prikkels de boezems zich ongecoördineerd samentrekken
AV-knoop	atrioventriculaire knoop
bundel van His	streng van spier- en zenuwvezels ter geleiding van hartprikkel
cardioversie	herstel van het normale ritme bij atriumfibrilleren
contractie	samentrekking
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van de hersenfuncties
ecg	elektrocardiogram: weergave van elektrische stromen die opgewekt worden door samentrekken van het hart
embolie	een losgeslagen bloedstolsel dat elders in het lichaam tot een afsluiting kan leiden (vaak in de hersenen, veroorzaakt dan een CVA)
'event-recorder'	registratie van een gebeurtenis (in dit geval: atriumfibrilleren) met behulp van een recorder die iemand bij zich draagt. Bij klachten drukt de patiënt op een knop waardoor de registratie van de afgelopen minuut en de komende minuut of minuten worden vastgelegd
hartfalen	het niet goed werken van het hart, waardoor er te weinig bloed wordt rondgepompt
Holter-registratie	doorlopende registratie van de elektrische activiteit van het hart (ecg) gedurende 24 uur met behulp van een recorder die iemand bij zich draagt
hypertensie	hoge bloeddruk
hyperthyreoïdie	te snel werkende schildklier
pneumonie	longontsteking
sinusknoop	groepje cellen in het hart van waaruit het normale hartritme wordt geregeld
sinusritme	normaal hartritme vanuit de sinusknoop
TIA	transient ischaemic attack: voorbijgaande aanval van gebrek aan bloed in een gedeelte van de hersenen
ventrikel	hartkamer

Bacteriële huidinfecties

Mevrouw Jurriëns, 42 jaar, belt op. ‘Ik heb bij het douchen rare vlekken bovenaan mijn benen ontdekt. Ze zijn roodbruin en ze schilferen. Toen ik later mijn oksels wilde scheren, zag ik dat die vlekken daar ook zaten. Ik heb er verder geen last van, het doet geen pijn en ik heb ook geen jeuk, maar ik vind het toch wel raar. Wat zou het kunnen zijn?’

Inleiding

In de NHG-Standaard Bacteriële huidinfecties worden richtlijnen gegeven voor diagnostiek en behandeling van oppervlakkige en diepe bacteriële infecties van de huid. De standaard bespreekt ook bacteriële ontstekingen van haarfollikels, talg- en zweetklieren en het nagelbed.

In een normpraktijk ziet een huisarts ongeveer 75 patiënten met een bacteriële huidinfectie per jaar.

Klachten en achtergronden

Op de huid van de mens leven veel bacteriën. Deze kunnen onder bepaalde omstandigheden ziekmakende eigenschappen hebben. De kans op infectie wordt verhoogd door beschadiging van de huid, verminderde doorbloeding of een belemmerde lymfeafvoer, een verminderde algehele weerstand en/of aanwezigheid van meer bacteriën dan normaal door slechte hygiëne.

Van de ziekmakende bacteriën veroorzaken *Streptococcus pyogenes* en *Staphylococcus aureus* het

vaakst bacteriële huidinfecties. Niet iedereen draagt deze bacteriën steeds op zijn huid. Bij bijtewonden door dieren en mensen spelen vaak meerdere soorten bacteriën een rol.

Patiënten die korter dan twee maanden geleden in een buitenlands ziekenhuis werden geopereerd of daar langer dan 24 uur zijn verpleegd, kunnen drager zijn van de MRSA-bacterie (*meticillineresistente staphylococcus aureus*). Dit geldt ook voor mensen die tijdens het werk vaak in contact komen met levende varkens of die op een varkensbedrijf wonen.

In de standaard wordt onderscheid gemaakt tussen oppervlakkige en diepe huidinfecties. Bij oppervlakkige huidinfecties is doorgaans alleen de bovenste huidlaag (epidermis) aangedaan en volstaat meestal lokale behandeling. Bij diepe infecties zijn de diepere huidlagen aangedaan. Vaak veroorzaken diepe infecties meer klachten en algemene ziekteverschijnselen en is behandeling met een antibioticakuur of chirurgische behandeling nodig.

OPPERVLAKKIGE HUIDINFECTIES

Erythrasma

Erythrasma wordt veroorzaakt door de *Corynebacterie* en komt voornamelijk voor bij volwassenen. De aandoening wordt gekenmerkt door scherp begrensde, roodbruine, fijn schilferende plekken. Deze ontstaan vaak op plaatsen waar het warm en vochtig is, zoals in de liezen en oksels, maar ook wel tussen de tenen of onder de borsten. Soms heeft de

patiënt last van irritatie of jeuk, maar meestal geeft erythrasma geen klachten.

Folliculitis

Bij een oppervlakkige folliculitis zijn een of meerdere haarzakjes ontstoken waardoor puistjes ontstaan. Folliculitis wordt meestal veroorzaakt door stafylokokken en een beschadigde huid. Een zeldzame vorm van folliculitis is de whirlpool-dermatitis (of jacuzzi-dermatitis). Het badwater kan vervuild zijn met de *Pseudomonas aeruginosa*-bacterie die de infectie veroorzaakt.

Impetigo en impetiginisatie

Als impetigo op het gelaat zit, wordt de aandoening ook wel 'krentenbaard' genoemd. Het is een besmettelijke huidinfectie die soms in kleine epidemieën (in het gezin of op school) voorkomt. De aandoening gaat gepaard met geelbruine korsten op een vaak rode en vochtige huid, meestal op het gelaat, maar ook op armen, romp en benen. Impetigo komt vooral bij kinderen onder de 12 jaar voor. De aandoening ontstaat doordat een wondje geïnfecteerd raakt vanuit de eigen neus of door contact met mensen met impetigo of dragers van de *Staphylococcus aureus*-bacterie. Een zeldzamere vorm is impetigo bullosa, waarbij zich ook blaren op de huid vormen. Van impetiginisatie is sprake wanneer een huidziekte (bijvoorbeeld eczeem) geïnfecteerd raakt en de uitslag op impetigo gaat lijken.

Pitted keratolysis

Bij deze aandoening zijn er putjes in de hoornlaag van de huid, die in omvang variëren en kunnen samenvloeien tot grotere plekken. De aandoening komt vooral voor aan de voetzolen en randen van de tenen, soms ook aan de handpalmen. Pitted keratolysis komt vaak voor in combinatie met zweetvoeten waarbij een hinderlijke geur en irritatie kan ontstaan. De aandoening ontstaat waarschijnlijk door een combinatie van vocht en groei van een *Corynebacterie*.



Figuur 1 Impetigo vulgaris.

(Bron: T.O.H. de Jongh, H. De Vries, H.G.L.M. Grundmeijer (2005). *Diagnostiek van alledaagse klachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.)

DIEPE HUIDINFECTIES

Cellulitis/erysipelas

Cellulitis en erysipelas worden meestal veroorzaakt door een infectie van een huidwondje met streptokokken of stafylokokken. Er ontstaat dan een dikke, rode, pijnlijke en warme plek die vaak gepaard gaat met (vaak hoge) koorts, rillingen, ziekzijn en misselijkheid. Erysipelas wordt veelal gekenmerkt door een scherp begrensde rode plek. Dat zou het van cellulitis kunnen onderscheiden, maar in de praktijk is dit onderscheid lastig. Daarom wordt in de standaard erysipelas als een specifieke vorm van cellulitis beschouwd.

Ecthyma

Bij ecthyma is er sprake van een met gele korsten bedekte zweer, omgeven door een rode hof. Net als bij impetigo kunnen de verwekkers stafylokokken en streptokokken zijn. De aandoening ontstaat meestal bij een wondje of insectenbeet en komt met name voor bij patiënten met een verminderde weerstand en gebrekkige hygiëne. Bij genezing ontstaat er op de plek van de zweer een litteken.

Erysipeloid

Patiënten die vaak met vis, vogels of vlees in aanraking komen (vissers, poeliers en slaggers) lopen bij wondjes verhoogd risico op het krij-

gen van erysipeloïd. Het wordt veroorzaakt door de *Erysipelothrix rhusiopathiae*-bacterie. De aandoening wordt gekenmerkt door een paarsrode, scherpbegrensd pijnlijke plek op de hand of vinger. De patiënt voelt zich verder meestal niet ziek.

Erythema migrans

Erythema migrans is een bleekrode, zich langzaam uitbreidende ringvormige vlek die centraal verbleekt. Het is vaak het eerste kenmerk van de ziekte van Lyme (genoemd naar een plaatsje in de Verenigde Staten waar de ziekte voor de eerste maal is geconstateerd). De aandoening wordt veroorzaakt door de *Borrelia burgdorferi*, een spiraalvormige bacterie (spirocheet) die wordt overgebracht door de beet van een geïnfecteerde teek. De rode vlek kan vanaf enkele dagen tot drie maanden na de tekenbeet ontstaan. De plek kan jeuken of branderig aanvoelen. Ook kan de patiënt algemene ziekteverschijnselen hebben, zoals koorts, gezwollen lymfeklieren en moeheid. Ook kunnen bij de ziekte van Lyme gewrichtsklachten, neurologische of cardiale afwijkingen optreden, maar die zijn gelukkig zeldzaam.

Furunkel, karbunkel

Een furunkel is een diepe ontsteking van een haarzakje. Bij een karbunkel zijn verscheidene dicht bij elkaar liggende haarzakjes ontstoken. Meestal wordt de ontsteking veroorzaakt door een stafylokok op een beschadigde huid (bijvoorbeeld door schurende kleding). Diep in de follikel ontstaat een abces dat meestal binnen een week spontaan doorbreekt, waarna de ontsteking verdwijnt. Mensen met een slechte algehele conditie lopen verhoogd risico op een bloedvergiftiging. Bij mensen met terugkerende ontstekingen kunnen stafylokokken in de neus een bron van besmetting zijn.

Geïnfecteerde atheroomcyste

Bij een geïnfecteerde atheroomcyste is er een met talg gevulde cyste ontstoken. De verwekkers zijn meestal stafylokokken en streptokokken.

Hidradenitis suppurativa

Hidradenitis suppurativa is een etterige ontsteking van de zweet- en talgklieren. De ontsteking komt vooral voor in de oksels en de liezen, treedt op in de periode vanaf de puberteit tot ongeveer het veertigste levensjaar en komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De ontsteking kan vaak terugkeren en littekens achterlaten.

Panaritium

Een panaritium is een etterige ontsteking aan de buigzijde van de vingers die kan ontstaan na een (prik)verwonding. Bij een oppervlakkig panaritium is soms een pusblaar zichtbaar.

Paronychia

Paronychia of omloop is een ontsteking van de nagelriem. De ontsteking ontstaat vaak door frequent contact met water, voedingsmiddelen of irriterende stoffen (visboer, bakker). Bijten op de nagelriem is in dat opzicht ook berucht. De veroorzaker is meestal een stafylokok, maar ook andere bacteriën die in de mond voorkomen of schimmels kunnen een infectie veroorzaken.

Sinus pilonidalis

Een sinus pilonidalis (haarnestcyste) is een haren bevattende cyste op het sacrum. Waarschijnlijk wordt de ontsteking veroorzaakt doordat haren in de bilspleet de huid ingroeien. De huid reageert daarop met een ontsteking. (Beroeps)chauffeurs lopen een grotere kans op deze aandoening.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij een infectie met stafylokokken of streptokokken zijn algemene hygiënische maatregelen van belang (zie kader Hygiënische maatregelen).

Een patiënt met een huidinfectie door stafylokokken, streptokokken of MRSA die in de voedingsmiddelenindustrie of gezondheidszorg werkt, krijgt het advies contact op te nemen met de bedrijfsarts. Die kan beoorde-

len of het werk moet worden aangepast om besmetting van anderen te voorkomen.

Oppervlakkige huidinfecties

Bij oppervlakkige bacteriële huidinfecties legt de huisarts uit dat de verwekker meestal een bacterie is die normaal ook op de huid voorkomt. Hij vertelt dat de aandoening in veel gevallen vanzelf weer overgaat en dat behandeling niet altijd nodig is.

Diepe huidinfecties

Bij diepe huidinfecties legt de huisarts uit dat de infectie wordt veroorzaakt door een huidbacterie die zich in de diepere huidlagen bevindt. Hij raadt aan het aangedane lichaamsdeel hoog te leggen en rust te gunnen om de pijn te verminderen en de genezing te bevorderen. Dat kan met behulp van een verband of mitella. Het is niet bewezen dat een nat verband nut heeft. Het is wel aangetoond dat een nat verband gedurende twee dagen zinvol is om een korst te verweken en/of afvloeiing van wondvocht te bevorderen bij een wondinfectie.

Ter voorkoming van de ziekte van Lyme is het belangrijk tekenbeten zoveel mogelijk te voorkomen en teken zo snel mogelijk te verwijderen.

De huisarts legt uit dat een goede hygiëne noodzakelijk is ter vermindering van het aantal bacteriën dat de aandoening veroorzaakt. Daardoor wordt de genezing bevorderd en besmetting van anderen tegengegaan.

Een patiënt met een huidinfectie door stafylokokken, streptokokken of MRSA die in de voedingsmiddelenindustrie of gezondheidszorg werkt, krijgt het advies contact op te nemen met de bedrijfsarts. Die kan beoordelen of het werk moeten worden aangepast om besmetting van anderen te voorkomen.

Een abces moet worden geopend om genezing mogelijk te maken. Dit is nodig bij een karbunkel en panaritium en soms ook bij een sinus pilonidalis, furunkel en hidradenitis (zie kader Incisie). Besmette teken kunnen erythema mi-

grans veroorzaken, een van de eerste verschijnselen van de ziekte van Lyme. De ziekte van Lyme is een ernstige aandoening die op den duur cardiale, neurologische en gewrichtsklachten kan veroorzaken. Tekenbeten moeten dus zoveel mogelijk worden voorkomen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Oppervlakkige huidinfecties

Bij oppervlakkige huidinfecties kan vaak worden volstaan met lokale middelen. Bij erythrasma kan tegen de jeuk en irritatie eventueel miconazolcrème worden voorgeschreven. Verder zijn er nog lokale antibiotica die kunnen worden voorgeschreven, bijvoorbeeld fusidinezuur en mupirocine. Het gebruik van fusidinezuurcrème moet worden beperkt tot veertien dagen. Bij langduriger gebruik bestaat de kans dat de bacterie ongevoelig wordt voor het middel. Mupirocine wordt alleen gebruikt als uit de kweek blijkt dat er sprake is van een stafylokok.

Ook wordt in een aantal gevallen erytromycine depvloeistof voorgeschreven. Bij hardnekkige klachten of patiënten met verminderde weerstand worden ook orale antibiotica voorgeschreven.

Bij *pitted keratolysis* is de aanpak van zweetvoeten (of handen) de eerste actie.

Omdat *impetigo* zich snel onder familieleden of klasgenootjes kan verspreiden, wordt lokale behandeling met fusidinezuurcrème (maximaal veertien dagen) aanbevolen. Als dit niet helpt of bij algemene ziekteverschijnselen zoals koorts wordt met flucloxacilline behandeld.

Diepe huidinfecties

Bij diepe huidinfecties met koorts, algemene ziekteverschijnselen of dreigend verlies van belangrijke functies van bijvoorbeeld de hand, schrijft de huisarts orale antibiotica voor.

Bij een patiënt met cellulitis of erysipelas wordt een controleafspraak gemaakt na twee en na tien dagen om het effect van behandeling te

beoordelen. Als de klachten erger worden of de patiënt de antibiotica niet verdraagt, moet eerder contact worden opgenomen.

Behandeling met flucloxacilline is aangewezen bij een patiënt met een *furunkel* en een risico op een gecompliceerd beloop, of als spontane genezing uitblijft. Als de patiënt last heeft van terugkerende *furunkels* kan het zinvol zijn om twee- tot driemaal per week te wassen met povidonjodium of chloorhexidine-zeep.

Bij *erythema migrans* wordt doxycycline voorgeschreven, of - bij allergie of tijdens zwangerschap of borstvoeding - amoxicilline. Controle is gewenst als het erytheem niet kleiner is geworden na één week. Eventueel wordt de patiënt dan naar de specialist verwezen.

Bijtwonden door dier of mens vereisen specifieke aandacht. Deze wonden moeten goed worden schoongemaakt (uitspoelen met water of fysiologisch zout). Zo nodig wordt dood weefsel verwijderd. De wondranden worden zoveel mogelijk opengelaten, zodat pus en wondvocht goed af kan vloeien. Bij *bijtwonden* van een dier is een tetanusvaccinatie noodzakelijk, omdat dieren contact kunnen hebben gehad met straatvuil. (zie voor het verdere beleid het kader Tetanusprofylaxe). Ter voorkoming van een infectie worden antibiotica voorgeschreven bij:

- een mensen- of kattenbeet;
- *bijtwonden* aan hand, pols, been of voet;
- alle diepe prikbeten die niet afdoende te reinigen zijn;
- alle *kneusbijtwonden* waarbij beschadigd weefsel moeilijk te verwijderen is (zoals bij de beet door een paard).

De huisarts schrijft ook antibiotica voor aan patiënten met een verminderde weerstand, een risico van endocarditis of een ontsteking van een kunstgewricht.

Incisie

Een abces, bijvoorbeeld bij een *furunkel* of geïnfecteerde atheroomcyste, kan worden geopend en gedraineerd. Daartoe verdooft de huisarts de bovenliggende huid met chloorethyl-spray (bevrozing) of lidocaïne 1 of 2%. Hij maakt een ruime snee in het abces om de afvloeiing van pus en ander wondvocht te bevorderen. De patiënt moet de wond dagelijks spoelen met water uit de kraan of douchekop zodat wondvocht en pus zich niet kunnen ophopen.

De wond wordt na een dag gecontroleerd. Als er geen verbetering optreedt kan dat een teken zijn van een dieper gelegen abces en wordt de patiënt naar de chirurg verwezen.

Patiënten die een verhoogde kans lopen op endocarditis of een andere infectie, bijvoorbeeld vanwege diabetes of reumatoïde artritis, krijgen vóór het insnijden van het abces een behandeling met antibiotica.

U kunt vragen over bacteriële huidinfecties beantwoorden. Bij *bijtwonden* kunt u beoordelen of het noodzakelijk is dat de patiënt naar de praktijk komt voor inspectie en behandeling of dat u kunt volstaan met het geven van adviezen. Dit geldt ook voor wondinfecties. Patiënten met een verminderde weerstand laat u zo mogelijk naar de praktijk komen. Ook behoort het verbinden van wonden tot uw taak. Bij incisie en drainage van diepe bacteriële huidinfecties assisteert u de huisarts.

U geeft adviezen ter voorkoming van tekenbeten. U verwijdert de teek. Om goede behandeling van een eventuele ziekte van Lyme mogelijk te maken, legt u de patiënt uit bij welke verschijnselen er weer contact moet worden opgeno-

men met de huisartsenpraktijk, en dat de patiënt de datum waarop hij is gebeten door de teek, in de agenda moet noteren.

Het NHG heeft de volgende patiëntenbrieven uitgegeven over in dit hoofdstuk genoemde onderwerpen: Kind met krentenbaard, Steenpuist, Tekenbeet en Ziekte van Lyme.

Begrippen	
karbunkel	negenooog
endocarditis	ontsteking van het hartzakje
follikel	haarzakje
furunkel	steenpuist
sacrum	heiligbeen, (het driehoekige bot, bestaande uit vijf samengegroeide wervels, tussen de lendenwervels en de stuit)
profylaxe	preventieve maatregelen tegen ziekte
pustel	puist

Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct

Mevrouw Hastens belt. 'Zoals je weet heeft mijn man een paar maanden geleden een hartinfarct gehad. Hij is sindsdien bij de cardioloog onder controle geweest. Gelukkig gaat het goed. Hij hoeft niet bij de cardioloog terug te komen, maar de cardioloog zei dat mijn man wel onder controle moest blijven van de huisarts. Nou wil ik graag een afspraak maken om te horen wat dat precies inhoudt.'

Inleiding

In de NHG-Standaard Beleid na een doorgemaakt myocardinfarct wordt beschreven hoe patiënten die een hartinfarct hebben doorgemaakt en door de cardioloog naar de huisarts zijn terugverwezen, moeten worden begeleid. Ook worden in deze standaard richtlijnen gegeven voor de begeleiding van patiënten die een stabiele situatie hebben bereikt na een dotterbehandeling, bypassoperatie of andere operatie aan de kransslagaderen. Deze richtlijnen gelden ook voor patiënten bij wie bij toeval een oud hartinfarct is vastgesteld. Deze standaard sluit onder meer aan op de NHG-Standaard Acut coronair syndroom (zie het hoofdstuk Acut coronair syndroom) waarin het beleid bij een myocardinfarct wordt beschreven.

Na de acute fase stelt de cardioloog de patiënt in het ziekenhuis in op orale medicatie voor de langere termijn. Verder krijgt de patiënt niet-medicamenteuze adviezen en het aanbod mee te doen aan hartrevalidatie. Hartrevalidatie

bestaat uit oefentherapie, gecombineerd met voorlichting en educatie, waarbij de patiënt leert een gezonde leefstijl te integreren in het dagelijks leven.

Sommige patiënten blijven bij de cardioloog onder controle, bijvoorbeeld patiënten bij wie de kans op een nieuw myocardinfarct of een andere hartaandoening relatief groot is. Patiënten bij wie de situatie stabiel is en de vooruitzichten goed zijn, verwijst de cardioloog voor verdere controle terug naar de huisarts.

Klachten en achtergronden

De laatste jaren hebben patiënten met een acuut myocardinfarct een betere prognose, althans degenen die in het ziekenhuis worden behandeld. Ter vergelijking: in 1972 overleed 21 procent van de met een myocardinfarct opgenomen patiënten, in 2000 was dit percentage gedaald tot 12. In 1995 leefde na 28 dagen nog 88 procent van de mannen die met een acuut myocardinfarct in het ziekenhuis waren opgenomen, en 81 procent van de vrouwen. Na één jaar was dit percentage respectievelijk 82 en 72 en na vijf jaar 68 en 55. De prognose wordt slechter naarmate de leeftijd stijgt.

Bij patiënten die een myocardinfarct hebben doorgemaakt, kan in de loop van de tijd hartfalen optreden. Patiënten die een myocardinfarct of een operatie aan de kransslagaderen hebben doorgemaakt, hebben een grotere kans op een andere hart- of vaataandoening, bijvoorbeeld een TIA/CVA of claudicatio intermittens.

Een myocardinfarct is een ingrijpende gebeurtenis, in de eerste plaats voor de patiënt zelf, maar ook voor zijn omgeving. Direct na het infarct is het doel van de opvang, begeleiding en behandeling dat de patiënt en zijn naasten een nieuw evenwicht vinden.

Tijdens de controles bouwt de huisarts voort op de gegevens van de cardioloog. Hij stelt een controleschema op aan de hand van de vastgestelde risicofactoren. Het doel van de controles is te voorkómen dat de patiënt opnieuw een myocardinfarct krijgt en de kans op (andere) hart- of vaatziekten te verkleinen. De diagnostiek bij de controles bestaat uit een inventarisatie van de klachten en het jaarlijks bijhouden van het cardiovasculair risicoprofiel (zie het hoofdstuk Cardiovasculair risicomangement).

Bij patiënten met diabetes mellitus en hypertensie bepalen deze risicofactoren de controlefrequentie. Patiënten met hypertensie en diabetes mellitus worden gecontroleerd volgens de richtlijnen uit de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomangement en Diabetes mellitus type 2. Patiënten die een myocardinfarct hebben doorgemaakt zonder dat er (andere) cardiovasculaire risicofactoren zijn zoals diabetes mellitus of hypertensie, worden een- tot tweemaal per jaar gecontroleerd. Tijdens de controle informeert de huisarts naar:

- klachten van angina pectoris, aanwijzingen voor hartfalen (kortademigheid of moeheid in rust of bij inspanningen die eerder goed werden verdragen, kortademigheid bij platliggen, oedeem van benen en/of enkels), claudicatio intermittens en aanwijzingen voor een TIA/CVA;
- psychosociale problemen, angst, depressieve klachten, en de gevolgen hiervan voor het dagelijks functioneren (depressieve gevoelens komen veel voor na een myocardinfarct);
- roken;
- therapietrouw;
- gebruik van en problemen met de medicatie.

Bij het lichamelijk onderzoek bepaalt de huisarts:

- het ritme en de frequentie van de pols;
- de bloeddruk;
- het lichaamsgewicht.

Er wordt bloedonderzoek verricht naar het glucose-, creatinine- en kaliumgehalte (bij patiënten die een diureticum en/of een ACE-remmer gebruiken) en het lipidengehalte. Alleen als de klachten veranderen of toenemen, worden functieonderzoeken verricht (ecg of echocardiogram).

Beleid

De zorg voor de patiënt hangt af van de fase waarin hij verkeert. Over het algemeen worden twee fasen onderscheiden:

- de herstelfase: de periode na het ontslag uit het ziekenhuis;
- de stabiele fase: deze treedt in als de cardioloog de patiënt heeft terugverwezen naar de huisarts.

In de stabiele fase is de patiënt over het algemeen klachtenvrij of heeft hij slechts geringe angineuze klachten. De nadruk ligt nu op de secundaire preventie van hart- en vaatziekten en dit onderwerp laat de huisarts bij het geven van voorlichting en advies uitgebreid aan bod komen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Besproken wordt het belang van de preventie van (andere) hart- en vaatziekten. De huisarts geeft de volgende adviezen.

- Stop met roken. Roken versnelt het proces van atherosclerose, een van de belangrijkste oorzaken van schade aan hart en bloedvaten. Wetenschappelijk is bewezen dat de kans om aan hart- of vaatziekten te overlijden kleiner wordt als mensen, vooral patiënten met hart- of vaataandoeningen, stoppen met roken.
- Volg een trainingsprogramma of beweeg op andere wijze voldoende. De patiënt wordt aangeraden drie- tot vijfmaal per

week gedurende twintig tot zestig minuten te wandelen, fietsen, joggen of zwemmen, op zodanige manier dat nog net een gesprek gevoerd kan worden. Als dat niet mogelijk is, wordt in ieder geval een actieve levensstijl geadviseerd afgestemd op de dagelijkse routine van de patiënt.

- Gebruik goede voeding, volgens de richtlijnen van de Voedingsraad (zie tabel Richtlijnen goede voeding).
- Beperk de alcoholconsumptie tot maximaal twee glazen per dag.

Verder sluit de voorlichting zo veel mogelijk aan bij de wensen, gewoonten en mogelijkheden van de patiënt. De huisarts beantwoordt vragen, bijvoorbeeld over medicatie en inspanningsmogelijkheden. Seksualiteit kan daarbij ook aan de orde komen. Vrijen is wat inspanning betreft vergelijkbaar met het oplopen van één of twee trappen, tuinieren, stevig wandelen of een bed opmaken. In de stabiele fase van een myocardiinfarct hoeft vrijen niet te worden ontraden, als de patiënt zonder pijn op de borst stevig kan wandelen of tuinieren.

De huisarts vertelt ook wat de patiënt moet doen bij het optreden van pijn op de borst en wanneer hij met spoed contact moet opnemen met de huisarts of het alarmnummer 112 moet bellen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De cardioloog heeft de patiënt al op medicatie voor de langere termijn ingesteld en de huisarts continueert dat beleid. Medicamenteuze behandeling na een myocardiinfarct bestaat meestal uit acetylsalicylzuur, een statine en een bètablokker. Meestal wordt ook een ACE-remmer voorgeschreven. De medicatie vermindert de kans op een (volgend) infarct of instabiele angina pectoris.

De patiënt moet zijn leven lang acetylsalicylzuur slikken. Datzelfde geldt voor de statine. Een statine wordt voorgeschreven aan iedere patiënt die een myocardiinfarct heeft doorgemaakt (ongeacht de hoogte van het cholesterolgehalte). Waarschijnlijk zorgen statines er

voor dat er minder plaques in de bloedvaten gevormd worden. Bij een bètablokker hangt het van de aanvankelijke klachten af of het gebruik levenslang moet worden voortgezet. Patiënten die een myocardiinfarct hebben doorgemaakt, moeten de bètablokker in principe levenslang blijven slikken. Bij patiënten die gedotterd zijn of een bypassoperatie hebben ondergaan, kan het gebruik na verloop van tijd worden gestaakt, bijvoorbeeld als de patiënt veel last heeft van bijwerkingen.

VERWIJZING

Wanneer de klachten van de patiënt in ongunstige zin veranderen, verwijst de huisarts opnieuw naar de cardioloog. Dat gebeurt met spoed indien er aanwijzingen zijn voor een nieuw myocardiinfarct of een instabiele angina pectoris (zie het hoofdstuk Acuut coronair syndroom).

De huisarts verwijst opnieuw naar de cardioloog (zonder spoed) in de volgende gevallen:

- bij toename van de klachten, vooral bij angina pectoris;
- bij een moeilijk behandelbare hypertensie of kortademigheid of bij vermindering van de inspanningstolerantie;
- bij opnieuw optredende angineuze klachten binnen enkele maanden na een acuut coronair syndroom (of dotterbehandeling);
- bij een (door de patiënt niet bemerkt) infarct dat langer dan 24 uur geleden heeft plaatsgevonden, voor het objectief vaststellen van de linkerventrikelfunctie, de inspanningstolerantie en een eventuele restischemie;
- als op een eeg bij toeval een oud myocardiinfarct wordt ontdekt of als de huisarts vermoedt dat de patiënt (langer dan 24 uur geleden) een hartinfarct heeft gehad.

U zult de patiënt die na een myocardi-farct of een dotterbehandeling door de cardioloog wordt terugverwezen naar de huisarts, aan de telefoon krijgen voor het maken van een afspraak. Niet zelden zal hij u zijn zorgen en twijfels laten blijken. U biedt een luisterend oor en brengt de patiënt eventueel in contact met een patiëntenvereniging.

Ook speelt u een rol als de patiënt nieuwe recepten aanvraagt voor de medicatie die de huisarts tijdens de controle heeft voorgeschreven. U kunt voorlichting geven over het gebruik van de medicijnen.

Al dan niet samen met de praktijkondersteuner werkt u mee aan de secundaire preventie van hart- en vaatziekten door patiënten voorlichting te geven over een gezonde leefstijl en door het controleren van risicofactoren zoals hyper-

tensie en diabetes mellitus.

Het NHG heeft diverse patiëntenbrieven uitgegeven die voor de patiënt van belang kunnen zijn. Ze gaan over ziektebeelden, maar ook over (de aanpak van) risicofactoren. Er zijn bijvoorbeeld NHG-Patiëntenbrieven over:

- angina pectoris (drie stuks);
- diabetes mellitus type 2 (zeven stuks);
- familiale hypercholesterolemie;
- gezonde voeding voor volwassenen;
- hartfalen (drie stuks);
- hoge bloeddruk (vier stuks);
- risicoprofiel voor hart- en vaatziekten (drie stuks);
- stoppen met roken (vier stuks).

Ook is er een NHG-PraktijkWijzer Cardiovasculair risicomangement.

Richtlijnen Goede Voeding volgens de Voedingsraad

groenten	200 gram
fruit	2 stuks
verzadigde vetzuren	< 10 energie%*
transvetzuren	< 1 energie%
totaal vet	< 35 energie%
een tot twee keer per week (vette) vis	
matige alcoholconsumptie	

* Energieprocent (energie%): het aandeel dat een voedingsstof levert aan het totale aantal calorieën ofwel de totale energie-inname. Zo betekent de aanbeveling 'hooguit 10 energie% verzadigde vetzuren', dat niet meer dan 10 procent van de calorieën afkomstig zou moeten zijn uit verzadigde vetzuren.

Begrippen	
ACE-remmers	angiotensine-converting-enzyme-remmers; een groep medicijnen die vooral wordt gebruikt bij de behandeling van hoge bloeddruk en hartfalen (bijvoorbeeld enalapril)
acetylsalicylzuur	medicijn dat klontering van de bloedplaatjes tegengaat ('bloedverdunner')
angina pectoris	letterlijk: beklemming op de borst
atherosclerose	combinatie van veranderingen in de vaatwand van slagaders, met verdikking en verharding van de vaatwand tot gevolg
bètablokkers	een groep medicijnen met onder meer hartslagvertragende werking, vooral toegepast bij de behandeling van hoge bloeddruk en angina pectoris
(coronaire) bypassoperatie	ook genoemd: CABG (coronary-artery bypass grafting); deze operatie wordt uitgevoerd bij dichtgeslibde kransslagaders waarbij een gezond bloedvat uit een ander lichaamsdeel gebruikt wordt om de bloedstroom om te leiden
cardiovasculair risicoprofiel	lijst met factoren die de kans op een hart- of vaatdoening vergroten
claudicatio intermittens	klachtenpatroon waarbij er bij inspanning (lopen) pijn ontstaat in de been-spieren (kuit, dijbeen, bil), die na rust binnen tien minuten volledig verdwijnt en die bij inspanning opnieuw ontstaat, zonder dat er sprake is van pijn in rust
dotteren	een (krans)slagader weer doorgankelijk maken met behulp van een katheter
hartfalen (decompensatio cordis of insufficiëntia cordis)	verminderde pompwerking van het hart waardoor er onvoldoende bloed door het lichaam wordt gepompt en organen soms te weinig bloed en dus zuurstof krijgen
hypertensie	hoge bloeddruk
inspanningstolerantie	mate waarin inspanning kan worden verricht zonder dat klachten optreden
myocardinfarct	hartinfarct, afsterving van een hartspiergedeelte door onvoldoende bloedvoorziening
plaque	uit het Frans afkomstig woord voor plek of plaats; een oppervlakkige verhevenheid van huid of slijmvliezen of, in dit geval, van de vaatwand
prognose	voorzichten
secundaire preventie	klachten voorkomen; door opsporing van ziektebeelden ergere toestanden vermijden
statines	groep medicijnen die de aanmaak van cholesterol in de lever remmen en het cholesterol- en vetgehalte in het bloed verlagen; waarschijnlijk zorgen ze ook voor de vorming van minder plaques in de bloedbanen
transvetzuren	transvetzuren zijn net als verzadigde vetten ongezond omdat zij het cholesterolgehalte in het bloed kunnen verhogen; transvetzuren ontstaan door de bewerking van oliën en vetten (gedeeltelijke harding of gedeeltelijke hydrogenering van vetten) om het smeltpunt van vet te verhogen en de houdbaarheid te vergroten

Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen

‘Ontzettend handig, zo’n doosje waar alles in zit wat nodig is voor het plaatsen van een verblijfskatheter’, zegt huisarts De Vries. ‘Alles bij de hand, echt een goede tip uit de standaard. Wil je vragen of de apotheek een nieuw setje samenstelt? In het weekend heb ik de heer Van Proost van een volle blaas verlost. Wat was die man opgelucht!’

Inleiding

Bemoeilijkte mictie bij oudere mannen (ouder dan 50 jaar) kan het gevolg zijn van obstructie door de prostaat. Met het toenemen van de leeftijd wordt de prostaat groter. De prostaat bevindt zich rond het begin van de urethra bij de blaasuitgang. De prostaat drukt als het ware op de plasbuis. Daardoor wordt de plasbuis vernauwd. Op 80-jarige leeftijd heeft 90 procent van de mannen een goedaardige vergroting van de prostaat, een zogeheten benigne prostaathyperplasie.

De bemoeilijkte mictie kan gecompliceerd worden door urineweginfecties, acute of chronische urineretentie en een overloopblaas. Dit kan dan weer leiden tot stuwings van de nieren en nierfunctiestoornissen. De huisarts ziet per jaar gemiddeld zo’n 5 tot 10 mannen die voor het eerst klachten hebben van bemoeilijkte mictie.

Behalve vergroting van de prostaat zijn er nog andere oorzaken van een bemoeilijkte mictie. Hiertoe behoren een prostatitis, een blaasontsteking, een vernauwing in de plasbuis in het algemeen, veranderingen in de blaas of

een stoornis in de aansturing van de blaaspijpen (bijvoorbeeld na een CVA, als gevolg van de ziekte van Parkinson of diabetes mellitus of door medicijnen).

Klachten en achtergronden

Bemoeilijkte mictie uit zich in klachten over moeilijk op gang komen van het plassen, een zwakkere straal, nadruppelen, moeilijk te bedwingen aandrang, minder goed uit kunnen plassen en vaker plassen zowel overdag als ’s nachts. Deze klachten hoeven niet allemaal aanwezig te zijn en bovendien kunnen ze in de loop van de tijd veranderen. Bij sommige mannen blijven de klachten hetzelfde, bij andere nemen ze toe. De klachten kunnen ook verdwijnen. Als er sprake is van een ontsteking van de prostaat of van een andere urineweginfectie, is er meestal ook pijn bij het plassen.

Als er sprake is van een acute blaasretentie kan de patiënt niet plassen, hoewel de blaas overvol is. Dit gaat meestal gepaard met aandrang en pijn. Slechts in een beperkt aantal gevallen bestaat er een verband tussen bemoeilijkte mictie en kanker van de prostaat.

De diagnose wordt gesteld op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Daarbij wordt de prostaat onderzocht door middel van een rectaal toucher. Bij het onderzoek van de buik wordt gecontroleerd of er na het plassen nog urine in de blaas zit. De urine wordt onderzocht op de aanwezigheid van erythrocyten en op tekenen van een urineweginfectie. Soms wordt onderzoek uitgevoerd

naar de nierfunctie (bepaling van het creatininegehalte in het bloed) en naar stuwingsproblemen in de nieren (echo-onderzoek).

Beleid

Het beleid bij bemoelijkte mictie bestaat uit voorlichting over de aandoening en niet-medicamenteuze adviezen. Ook wordt de patiënt voorgelicht over de behandelingsmogelijkheden (medicatie of operatie) en over de voor- en nadelen hiervan.

VOORLICHTING EN ADVIES

De niet-medicamenteuze adviezen hebben tot doel urineretentie te voorkomen. De volgende adviezen zijn van belang.

- Stel het plassen niet uit als er aandrang is.
- Neem de tijd om te plassen.
- Plas bij voorkeur zittend, zodat de blaas goed wordt geleegd.
- Stop tijdens lange autoritten regelmatig om wat rond te lopen en eventueel te plassen.
- Neem geen grote hoeveelheid alcohol tegelijk in: bij een vergrote prostaat kan dan gemakkelijker een urineretentie ontstaan.

Hebben de patiënten onvoldoende baat bij deze adviezen, dan wordt in een enkel geval voor medicatie gekozen. De plaats van medicamenteuze behandeling is echter beperkt, omdat de invloed op de klachten gering is.

Bij een acute urineretentie kan de huisarts de blaas leegmaken met behulp van een katheter. Als acute retenties zich vaak voordoen of als er vaak terugkerende infecties als gevolg van chronische retentie zijn of nierfunctiestoornissen door stuwingsproblemen, dan is dat een reden voor operatie van de prostaat. Een operatie van de prostaat, een zogenaamde TUR(P), kan ook

worden overwogen als de klachten voor de patiënt niet acceptabel zijn. Een prostaatoperatie heeft echter een aantal nadelen. Na de operatie kunnen zich bloedingen, infecties of urineretentie voordoen en er kunnen chronische problemen zoals blijvende incontinentie en/of impotentie voorkomen.

Wanneer een patiënt met klachten over bemoelijkte mictie opbelt, kun u hem vragen verse urine naar het spreekuur mee te nemen. U onderzoekt de urine op tekenen van een urineweginfectie.

U kunt een rol spelen bij het geven van niet-medicamenteuze adviezen.

Bij tekenen van een acute urineretentie moet de patiënt direct gezien worden (vaak is een visite nodig) om te kijken of katheterisatie nodig is. Bij katheterisatie in verband met een acute urineretentie legt u de benodigde materialen klaar en assisteert u zo nodig. Benodigdheden:

- katheterset: twee bekkentjes, steriele gazen, celstof onderlegger, handschoenen, anatomische pincet en katheterzak;
- Tiemann-katheter Charrière-maat 18, 10 cc spuit en opzuignaald, NaCl 0,9% of aqua destillata;
- anestetisch glijmiddel (steriel verpakt in spuit of flacon);
- desinfectans (chloorhexidine 0,05%).

Over plasproblemen bij oudere mannen en plasbuisontstekingen bestaan NHG-Patiëntenbrieven.

Begrippen	
acute urineretentie	niet kunnen plassen ondanks een gevulde blaas, aandrang en meerdere pogingen binnen een tijdsbestek van enkele uren (zie ook urineretentie)
bemoeijikte mictie	verandering van de urinelozing die zich uit in het moeilijk op gang komen van het plassen, vaak kleine beetjes plassen, een slappe straal en nadruppelen
katheterisatie	het inbrengen van een katheter (buis die in de urethra wordt geschoven om de blaas te legen)
overloopblaas	door een overvulling van de blaas is er voortdurend een gering urineverlies
prostaat	klier die bij de man de blaashals omgeeft; ook wel 'voorstanderklier' genoemd
prostaathyperplasie	toename van de omvang van de prostaat; begint meestal na het 50e levensjaar
TUR(P)	transuretrale resectie van de prostaat, het via de plasbuis (urethra) verwijderen van een deel van de prostaat
prostatitis	ontsteking van de prostaat
urethra	plasbuis, het kanaal waardoor de urine uit de blaas naar buiten stroomt
urineretentie	het achterblijven van urine in de blaas na het plassen, waardoor de blaas steeds voller wordt (zie ook acute urineretentie)

Cardiovasculair risicomanagement

Meneer De Wolf belt u. ‘De huisarts zei dat ik een afspraak moest maken met de praktijkondersteuner, omdat ik hoge bloeddruk heb. De praktijkondersteuner moet kijken of ik risico loop op een hartaanval, begreep ik. Maar ik slik toch al medicijnen tegen hoge bloeddruk en mijn bloeddruk is nou toch goed? Waarom moet ik dan naar de praktijkondersteuner?’ U zegt tegen meneer De Wolf dat de praktijkondersteuner een risico-profiel op zal stellen. U legt hem uit wat dat is.

Inleiding

Cardiovasculair risicomanagement omvat diagnostiek, behandeling en controle van risicofactoren voor hart- en vaatziekten. Het doel van de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement is het bevorderen van goed beleid en goede behandeling van patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. De NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement vervangt de standaarden Hypertensie en Cholesterol. De standaard komt overeen met een algemene richtlijn voor zorgverleners die patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten adviseren over maatregelen om hart- en vaatziekten te voorkomen of verergering van de klachten tegen te gaan. Tot deze zorgverleners worden artsen gerekend (bijvoorbeeld cardiologen, huisartsen, internisten, neurologen en vaatchirurgen), maar ook paramedici zoals diëtisten, fysiotherapeuten, gespecialiseerde verpleeg-

kundigen in ziekenhuizen en praktijkondersteuners in huisartsenpraktijken.

Hart- en vaatziekten vormen de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland. In 2003 overleden er in Nederland 47.787 patiënten aan de gevolgen ervan; dat is ongeveer eenderde van alle mensen die in een jaar in Nederland overlijden. Van de hart- en vaatziekten zijn myocardinfarct, angina pectoris, herseninfarct, TIA, aneurysma van de aorta en perifeer arterieel vaatlijden de belangrijkste. Beïnvloeding van de risicofactoren voor deze ziekten staat centraal in de NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement. Van de Nederlandse volwassenen tussen 20 en 60 jaar heeft ongeveer 1 op de 8 een verhoogd cholesterolgehalte, 1 op de 5 een verhoogde bloeddruk, terwijl 1 op de 3 rookt.

Klachten en achtergronden

De hart- en vaatziekten die in de standaard worden besproken, zijn het gevolg van atherosclerose. Bij atherosclerose is sprake van vorming van plaques in de bloedvaten. Het is een verouderingsproces dat bij sommigen versneld verloopt. Als gevolg van atherosclerose worden de bloedvaten nauwer. Een ontstekingsproces kan beschadiging van de plaques veroorzaken, met als gevolg: klonteren van bloedplaatjes en vorming van stolsels. Die kunnen de oorzaak zijn van gehele of gedeeltelijke afsluiting van het bloedvat. Verschillende risicofactoren beïnvloeden het ontstaan en de gevolgen van atherosclerose, en daarmee van hart- en vaatziekten.

DIAGNOSTIEK

Bij patiënten met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten gaat het vaak om een samenspel van meerdere algemene factoren. Daarom wordt bij de diagnostiek in het kader van cardiovasculair risicomanagement een risicoprofiel van de patiënt opgesteld. Een risicoprofiel is een overzicht van de belangrijkste risicofactoren voor hart- en vaatziekten. De belangrijkste risicofactoren zijn:

- een hart- en vaatziekte hebben (gehad);
- diabetes mellitus;
- roken;
- te hoge systolische bloeddruk;
- verhoogd cholesterol;
- een vader, moeder, broer of zus die vóór de leeftijd van 60 jaar een hart- of vaatziekte heeft gekregen;
- te weinig lichaamsbeweging;
- overmatig alcoholgebruik;
- ongezonde voeding;
- overgewicht.

Met de leeftijd neemt het risico op hart- en vaatziekten toe en het risico is groter voor mannen dan voor vrouwen.

Met behulp van het risicoprofiel kan worden ingeschat hoe groot het risico is dat de patiënt binnen tien jaar aan een hart- of vaatziekte overlijdt. Het risico wordt uitgedrukt in een percentage. Voor de beoordeling van het risico om binnen tien jaar te sterven aan hart- en vaatziekten kan gebruik worden gemaakt van de risicotabel (zie figuur 1). Aan de hand van de tabel kan ook worden ingeschat of het zinvol is de patiënt medicijnen voor te schrijven om het risico op hart- en vaatziekten verder te verlagen.

AANVULLEND ONDERZOEK

Voor de start van de behandeling en de controles kan bloedonderzoek worden verricht, bijvoorbeeld naar het creatinine- en kaliumgehalte, onder meer om onderliggende ziektebeelden (bijvoorbeeld aandoeningen aan de nieren) uit te sluiten. Om die reden kan ook de

urine worden onderzocht op de aanwezigheid van eiwitten, en kan een ecg worden gemaakt. Als het bloedonderzoek daar aanleiding toe geeft, verricht de huisarts aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld naar in de familie voorkomende vetstofwisselingsziekten (bij sterk verhoogde cholesterolwaarden) of, bij verhoogde glucosewaarden in het bloed, naar diabetes mellitus (zie het hoofdstuk Diabetes mellitus type 2).

Beleid

Voorlichting en advies over een gezonde leefstijl zijn heel belangrijk bij het beleid ter voorkoming van hart- en vaatziekten, maar ook tijdens de behandeling ervan.

VOORLICHTING EN ADVIES

Een aantal adviezen is van belang om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen:

- niet roken (wanneer de patiënt stopt met roken, daalt het risico van hart- en vaatziekten zodanig dat medicatie voor het verlagen van bloeddruk of cholesterol misschien niet meer nodig is);
- voldoende bewegen, bij voorkeur ten minste vijf dagen per week gedurende 30 minuten per dag fietsen, stevig wandelen, tuinieren enzovoort;
- gezond en gevarieerd eten (zie het kader voor adviezen over goede voeding);
- beperk het gebruik van alcohol (voor vrouwen geldt een maximum van twee glazen per dag, voor mannen is dat drie);
- zorg voor een optimaal gewicht, dat wil zeggen een BMI van minder dan 25 kg/m² of middelomtrek van minder dan 80 cm voor vrouwen en minder dan 94 cm voor mannen.

Voor het aanpassen van de leefstijl en het voedingspatroon is het belangrijk voor de patiënt om haalbare doelen te stellen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Behalve algemene maatregelen die de gezondheid bevorderen, zijn er verschillende medicijnen die de kans op complicaties van

atheroslerose kunnen verminderen, bijvoorbeeld middelen die de bloeddruk verlagen of de ophoping van cholesterol of trombusvorming tegengaan.

Bij het voorschrijven van medicijnen maakt de huisarts onderscheid tussen patiënten met een hart- of vaatziekte, met diabetes mellitus en zonder deze aandoeningen. Patiënten met hart- en vaatziekten hebben altijd baat bij een statine en verder bloeddrukverlagers (bijvoorbeeld diuretica, bètablokker of ACE-remmers) als ze verhoogde bloeddruk hebben of een CVA of TIA hebben gehad. Ook aan patiënten met diabetes wordt bijna altijd een statine voorgeschreven en een bloeddrukverlager bij verhoogde bloeddruk. Bij patiënten zonder deze aandoeningen hangt het af van het geschatte risico of behandeling met een statine en/of bloeddrukverlager zinvol is.

CONTROLES

Voor een blijvend effect van de behandeling (met of zonder medicijnen) wordt met de patiënt een controleschema afgesproken. Het controleschema verschilt per patiënt en is onder meer afhankelijk van het risicoprofiel, bijkomende ziekten en de wensen van de patiënt. Bij elke controle is het belangrijk de therapietrouw na te gaan. Rokers wordt regelmatig gewezen op het belang van stoppen. Na instelling op medicijnen vindt in ieder geval jaarlijks een controle plaats, waarbij wordt ingegaan op de therapietrouw en mogelijke veranderingen in het risicoprofiel. Sommige patiënten, bijvoorbeeld met diabetes mellitus type 2, worden vaker gecontroleerd (zie het hoofdstuk Diabetes mellitus type 2).

Voor een goed cardiovasculair risicomanagement is de aanwezigheid van ondersteunende medewerkers van groot belang. Veel taken op het gebied van cardiovasculair risicomanagement kunnen door de huisarts worden gedelegeerd aan praktijkassistentes en -ondersteuners. Onderling hebben assistentes en ondersteuners de diagnostiek, begeleiding en controles verdeeld. Zo kan het bijvoorbeeld de taak van de assistentes zijn om de bloeddruk te meten en glucose te prikken, terwijl de praktijkondersteuners de intensievere begeleiding voor hun rekening nemen. Beiden spelen een grote rol bij het geven van voorlichting en advies aan patiënten.

In het kader van cardiovasculair risicomanagement heeft het NHG diverse patiëntenbrieven uitgegeven, verdeeld over de diverse risicofactoren. Voor een overzicht van NHG-Patiëntenbrieven wordt naar de website van het NHG verwezen: www.nhg.org. Ook is er een NHG-PraktijkWijzer Cardiovasculair risicomanagement.

Adviezen voor een goede voeding

GEBRUIK MINDER PRODUCTEN MET VERZADIGD VET EN TRANSVET

Te veel verzadigd vet en transvet verhogen het LDL-cholesterolgehalte. Transvet verlaagt het HDL-cholesterolgehalte. Transvet is een groep onverzadigde vetten die net als verzadigde vetten de kans op het ontstaan van hart- en vaatziekten vergroten. Transvetzuren kunnen ontstaan bij het harden van oliën en komen van nature beperkt voor in melk en vlees van herkauwers (rund, schaap, geit). De belangrijkste bronnen van verzadigd en transvet zijn roomboter, margarines die hard worden, vet vlees en vette vleeswaren, vetrijke kaas en volle melkproducten, koffiëcreamer, snacks, gebak en koekjes.

Kies producten met onverzadigd vet of magere producten in plaats van producten met verzadigd vet:

- kies (dieet)halvarine, olie en vloeibare bak- en braadproducten in plaats van roomboter, harde margarines en bak- en braadproducten;
- kies mager vlees en magere vleeswaren (rookvlees) in plaats van vet vlees en vette vleeswaren, zoals worst en ontbijtspek;
- kies Leidse 20+-kaas, 30+-kaas of magere smeerkaas in plaats van volvette kaas (48+ en 60+ of roomkaas);
- kies magere of halfvolle melk en melkproducten in plaats van volle melk en melkproducten;
- kies verstandige tussendoortjes in plaats van snacks, taart, koek, cake, chocolade enzovoort.

EET MINIMAAL EENMAAL EN BIJ VOORKEUR TWEEMAAL PER WEEK (VETTE) VIS

Vis en vooral vette vis bevat veel omega-3-vetzuren (Ω -3-vetzuren) die een positief effect hebben op hart en bloedvaten. Voorbeelden van vette vis zijn forel, zalm, heilbot, sardine, sprout, makreel en haring.

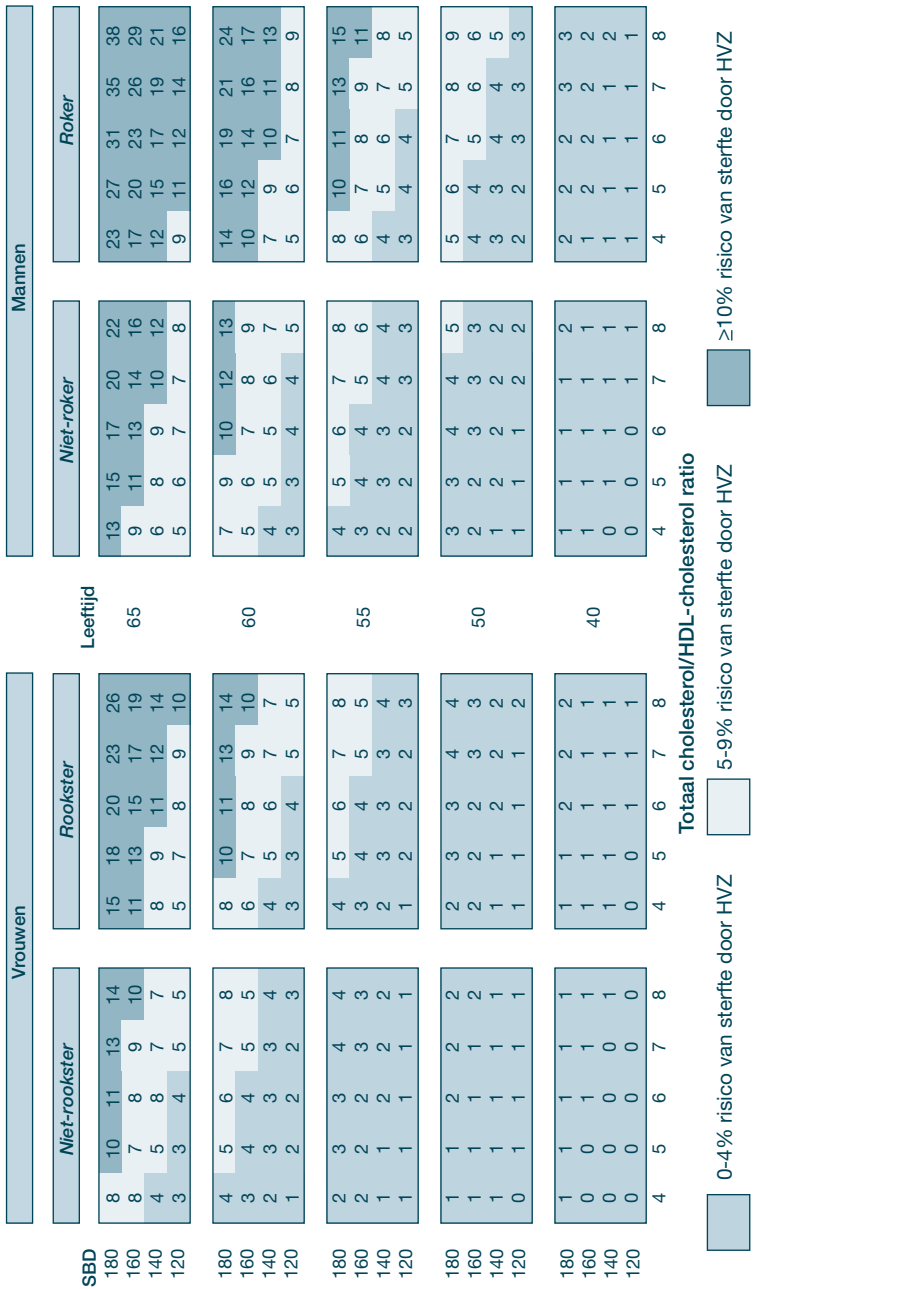
EET ELKE DAG MINIMAAL 200 GRAM GROENTE EN TWEE STUKS FRUIT

Groente en fruit zijn rijk aan voedingsvezels en kunnen de bloeddruk reduceren. Uit de literatuur blijkt dat als iedereen in Nederland elke dag twee ons groente (drie tot vier eetlepels) en twee stuks fruit zou eten, duizenden gevallen van hart- en vaatziekten zouden worden voorkomen.

BEPERK HET GEBRUIK VAN ZOUT

Alle voedingsmiddelen bevatten van nature al een beetje zout. Zout toevoegen is dus overbodig. Producten die veel zout bevatten, kunnen het best worden vermeden.

Begrippen	
ACE-remmer	angiotensine-converting-enzyme-remmers; een groep medicijnen die vooral wordt gebruikt bij de behandeling van hoge bloeddruk en hartfalen (bijvoorbeeld enalapril)
aneurysma van de aorta	uitpuiling van de wand van de lichaamsslagader
angina pectoris	letterlijk: beklemming op de borst
bètablokkers	een groep medicijnen met onder meer hartslagvertragende werking, vooral toegepast bij de behandeling van hoge bloeddruk en angina pectoris
body mass index (BMI)	het lichaamsgewicht in kilogrammen gedeeld door het kwadraat van de lichaamslengte in meters (kg/m^2)
creatinine	afbraakproduct van creatine (aminozuur in spierweefsel), zegt iets over de nierfunctie
ecg	elektrocardiogram
myocardinfarct	hartinfarct, afsterving van een hartspiergedeelte door onvoldoende bloedvoorziening
perifeer arterieel vaatlijden	atherosclerose in de beenvaten met of zonder klachten (zie hoofdstuk Perifeer arterieel vaatlijden)
plaque	uit het Frans afkomstig woord voor plek of plaats; een oppervlakkige verhevenheid van huid of slijmvliezen of, in dit geval, van de vaatwand
statines	groep medicijnen die de aanmaak van cholesterol in de lever remmen en het cholesterol- en vetgehalte in het bloed verlagen; waarschijnlijk zorgen ze ook voor de vorming van minder plaques in de bloedbanen
systolische bloeddruk	bovendruk
trombusvorming	vorming van bloedstolsels
TIA	transcient ischaemic attack (zie hoofdstuk TIA)
vasculair	de bloedvaten betreffend



Figuur 1 Sterfterisico voor patiënten zonder hart- en vaatziekten en zonder diabetes mellitus type 2. De cijfers geven een schatting van de hoogte van het tienjaarsrisico (%) van sterfte door hart- en vaatziekten in Nederland voor niet-rokende en rokende vrouwen en mannen van 65, 60, 55, 50 en 40 jaar met behulp van de SCORE-
risicofunctie.

Cervixuitstrijken

‘Sinds kort maak ik uitstrijkjes van de baarmoederhals!’ Enthousiast schiet Rita van den Broek, assistente in de praktijk van huisarts De Boer, Ingrid Berger aan. Ingrid is ook praktijkassistente. Zij kennen elkaar van de opleiding. ‘In het begin is het even wennen, maar de reacties van de meeste vrouwen zijn erg leuk; zij vinden het plezierig dat ze nu ook bij de praktijkassistente terecht kunnen voor het maken van een uitstrijkje. Hebben jullie ook al plannen?’

Inleiding

Elk jaar worden in Nederland meer dan 780.000 uitstrijkjes van de cervix (de baarmoederhals) gemaakt. Twee derde van die uitstrijkjes vindt plaats in het kader van het landelijk bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, een derde buiten het bevolkingsonderzoek om, bijvoorbeeld vanwege klachten van tussentijds bloedverlies of bloedverlies na gemeenschap (‘contactbloeding’). Ieder jaar worden 700 nieuwe gevallen van kanker van de cervix vastgesteld, waarvan de helft bij vrouwen die onvoldoende of nooit zijn gescreend. Baarmoederhalskanker ontstaat meestal op de grens van de baarmoederhals (cilinderepitheel) en de baarmoedermond (plaveiselepitheel). Het gaat dan vooral om afwijkingen van het plaveiselepitheel. Afwijkingen van andere cellen, bijvoorbeeld cilinderepitheelcellen uit de baarmoederhals, zijn zeldzaam.

Als de onderzoekers in het laboratorium zowel plaveisel- als cilinderepitheelcellen aantreffen, kunnen zij concluderen dat het uitstrijkje op de juiste plaats gemaakt is, namelijk op de grens van baarmoederhals en baarmoedermond. De uitstrijkjes worden sinds enkele jaren geclassificeerd op basis van de zogenaamde KOPAC-B-codering. KOPAC staat voor Kompositie, Ontstekingsverschijnselen, Plaveiselepitheel, Andere afwijkingen en Cilinderepitheel. Aan de codering is de B van Beoordeelbaarheid toegevoegd. De beoordeelbaarheid wordt bijvoorbeeld bemoeilijkt door de aanwezigheid van bloed of leukocyten op het uitstrijkglaasje.

Behalve de KOPAC-B-codering wordt ook de vroeger veelgebruikte Pap-classificatie vaak nog op het uitslagformulier vermeld. Deze Pap-classificatie is genoemd naar de Griekse arts Papanicolaou die het uitstrijkje in 1928 heeft ontwikkeld.

Zoals al gezegd, wordt kanker van de cervix in de helft van de gevallen gevonden bij vrouwen die onvoldoende of nooit zijn gescreend. Ook vrouwen bij wie het uitstrijkje al eerder als afwijkend werd beoordeeld, hebben een grotere kans op het krijgen van baarmoederhalskanker. Het belang voor het ontstaan van baarmoederhalskanker van een aantal andere factoren is gering of omstreden, zoals het op jonge leeftijd starten met seksueel contact, het hebben van veel verschillende partners of van een partner met frequent wisselende contacten, roken en het gebruik van de anticonceptiepil.

Er zijn aanwijzingen dat besmetting met bepaalde typen van het humaan papillomavirus

(HPV-virus) samengaat met het ontstaan van afwijkingen in de epitheelcellen van de cervix.

‘Maak jij alleen uitstrijkjes bij vrouwen die zijn opgeroepen voor het bevolkingsonderzoek of ook bij vrouwen die klachten hebben van tussentijds bloedverlies?’, vraagt Ingrid aan Rita. ‘Nee, alleen in het kader van het bevolkingsonderzoek.’ Ingrid: ‘Roepen jullie zelf op?’ ‘Nee, de GGD stuurt de eerste oproep, ik houd goed bij wie er komt en stuur zo nodig een herhalingsoproep aan de vrouwen die niet reageren. Dat werkt goed.’

Klachten en achtergronden

Vrouwen bij wie een uitstrijkje wordt gemaakt in het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, hebben meestal geen klachten. Iedere vrouw van 30 tot 60 jaar krijgt elke vijf jaar een uitnodiging. De uitnodigingen kunnen worden verzorgd door de huisartsenpraktijk, de gemeente of de GGD. Ook is het mogelijk dat de eerste oproep wordt verstuurd door gemeente of GGD, terwijl in de huisartsenpraktijk wordt bijgehouden welke vrouwen op de uitnodiging ingaan en aan wie een herhalingsoproep wordt gestuurd. Dat heeft als voordeel dat er niet opnieuw een uitnodiging wordt verstuurd wanneer dat niet nodig is, bijvoorbeeld aan vrouwen bij wie de baarmoeder is verwijderd, aan vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven, aan vrouwen die onder controle staan van de gynaecoloog in verband met een eerder geconstateerde afwijkende uitslag van het uitstrijkje of aan vrouwen bij wie korter dan een jaar geleden een uitstrijkje is gemaakt. Ook kan worden bijgehouden welke vrouwen niet willen meedoen aan het bevolkingsonderzoek en geen uitnodiging meer willen ontvangen. De huisartsenpraktijk zal naar verwachting binnen enkele jaren een centrale rol in het uitnodigingssysteem krijgen, mede in verband met

een te verwachten hogere opkomst als de huisarts zelf oproept.

Als een vrouw last heeft van contactbloedingen (bloedverlies na gemeenschap), een makkelijk bloedende baarmoedermond heeft bij inwendig lichamelijk onderzoek of wanneer er tussen de menstruaties sprake is van bloedverlies dat niet kan worden verklaard door het gebruik van de pil, een infectie of een beschadiging van de schede, is er reden voor het maken van een uitstrijkje buiten het bevolkingsonderzoek om.

Om een uitstrijkje te maken wordt een speculum (eendenbek) in de schede gebracht en zodanig ingesteld dat de baarmoedermond goed beoordeeld kan worden. Een goede onderzoekbank en goede verlichting zijn vereist. Zo nodig wordt overtollig slijm of overtollige afscheiding met een wattenstokje verwijderd. De baarmoedermond wordt geïnspecteerd op verdachte afwijkingen. Als die er niet zijn, wordt met een cervexbrush (het blauwwitte ‘kwastje’) of met een combinatie van een cytobrush (het ‘borsteltje’) en een houten spatel celmateriaal afgenomen en op een objectglaasje aangebracht. De cervexbrush wordt rechtsom vijfmaal helemaal rondgedraaid, de cytobrush en de spatel ieder eenmaal. Na het aanbrengen op het glaasje worden de cellen zo snel mogelijk gefixeerd met fixatief.

‘Ben je niet bang dat je afwijkingen van de baarmoedermond niet herkent?’, vraagt Ingrid. Rita: ‘Ik heb eerst een ochtend meegekeken met de gynaecoloog op de polikliniek en daarna heb ik onder toezien oog van de huisarts een aantal uitstrijkjes gemaakt. Toen dat goed ging, ben ik het alleen gaan doen. In het begin was het nog wel eng. Nu veel minder, maar ik vraag wel altijd of de huisarts even meekijkt als ik iets vreemds zie. Ik vind het nog steeds vervelend als het uitstrijkje niet goed te beoordelen is. Dan krijg ik altijd het

gevoel dat ik het niet goed heb gedaan. Maar gelukkig komt dat maar weinig voor.’

Beleid

Het vervolgsbeleid wordt bepaald door de beoordeelbaarheid en de uitslag van het uitstrijkje. Als het uitstrijkje goed te beoordelen is en voldoende cilinderepitheelcellen, cellen van de overgangszone en plaveiselepitheelcellen bevat, en als die cellen bovendien niet afwijkend zijn, dan wordt een volgend uitstrijkje pas weer gemaakt in het kader van het bevolkingsonderzoek, vijf jaar later. Als het uitstrijkje niet goed te beoordelen is, als er ontstekingsverschijnselen zijn of als de cellen (geringe) afwijkingen vertonen, geeft het laboratorium een advies over de termijn waarop het uitstrijkje moet worden herhaald.

Bij het maken van het uitstrijkje wordt afgesproken op welke termijn en op welk tijdstip de vrouw naar de praktijk belt om naar de uitslag te informeren. Als zij niet op het afgesproken tijdstip belt, is het de verantwoordelijkheid van de huisarts(praktijk) om bij een verontrustende uitslag, zoals P4 of hoger (ofwel Pap IIIA of hoger), de vrouw over de uitslag te informeren en afspraken te maken over het vervolgsbeleid, bijvoorbeeld een herhaling na enkele maanden of een verwijzing naar de gynaecoloog voor kolposcopie. Kolposcopie is een onderzoek waarbij de baarmoederhals wordt geïnspecteerd en gericht stukjes weefsel voor microscopisch onderzoek kunnen worden afgenomen. Zo nodig wordt dit gevolgd door behandeling.

VOORLICHTING EN ADVIES

Doordat er eenmaal per vijf jaar een uitstrijkje gemaakt wordt, kunnen de meeste gevallen van baarmoederhalskanker tijdig worden opgespoord. Wel is het zaak dat vrouwen bij

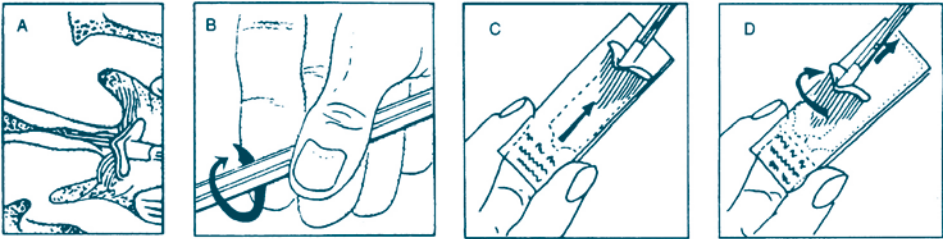
abnormale afscheiding of tussentijds bloedverlies contact opnemen met de huisarts. Een afwijkend herhalingsadvies kan heel goed het gevolg zijn (en is dat meestal ook) van onvolkomenheden bij het maken van het uitstrijkje, waardoor bijvoorbeeld endocervicale cellen ontbreken. En als er wel afwijkingen zijn, gaat het in de meeste gevallen om aandoeningen die afdoende kunnen worden behandeld. Het geven van deze informatie bij het maken van het uitstrijkje kan onnodige ongerustheid over een afwijkende uitslag voorkomen. De huisarts of praktijkassistente spreekt af dat de vrouw zelf naar de uitslag informeert.

‘Het lijkt mij ook wel erg leuk om uitstrijkjes te gaan maken. Ik ga het bespreken met de huisarts. Heb je nog handige tips?’, vraagt Ingrid. Rita: ‘Het belangrijkste is dat je rustig de tijd hebt, dat je je niet gehaast voelt of steeds wordt gestoord. Je kunt het best een aantal afspraken voor het maken van een uitstrijkje achter elkaar plannen, dan hoeft je niet steeds opnieuw alle spullen klaar te leggen en weer op te ruimen. Kies een rustig moment, bijvoorbeeld ’s middags, en vraag een van je collega’s uit een andere praktijk om de telefoon van je over te nemen. Maak goede afspraken met de huisarts over hoe je het gaat leren en wanneer je met elkaar bespreekt hoe het gaat. En vertel de patiënten dat jij van nu af aan de uitstrijkjes voor het bevolkingsonderzoek maakt. Maar als ze daartegen bezwaar hebben, kunnen ze natuurlijk ook altijd bij de huisarts terecht!’

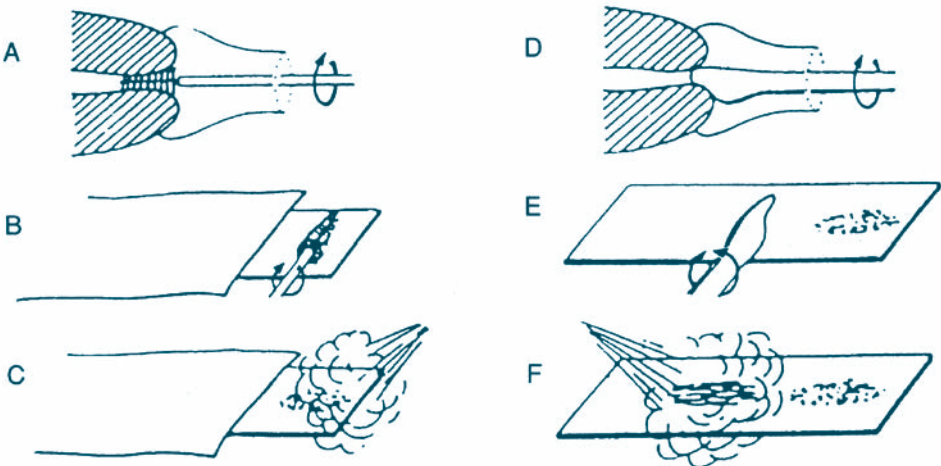
Als ze afscheid nemen, wenst Rita Ingrid succes bij het overtuigen van ‘haar’ huisarts om het maken van uitstrijkjes te delegeren. ‘En bel me gerust als je nog iets te vragen hebt.’

Uw rol bij het maken van uitstrijkjes in de huisartsenpraktijk kan uiteenlopen van het (telefonisch) maken van afspraken en het opsturen van de uitstrijkjes naar het laboratorium tot het volledig zelfstandig afhandelen van alle uitstrijkjes in het kader van het bevolkingsonderzoek. Het is aan de huisarts(en) om te bepalen op welke wijze het maken van uitstrijkjes in de praktijk wordt georganiseerd en het is aan de huisarts(en) en u samen om met elkaar afspraken te maken over de uitvoering van dat beleid.

Er bestaat een NHG-Patiëntenbrief over het uitstrijkje van de baarmoederhals.



Figuur 1 Cervexbrush-methode.



Figuur 2 Combinatie cytobrush en houten spatel.

Begrippen	
cervix	baarmoederhals
cilinderepitheel, plaveiselepitheel	het epitheel is de bovenste laag van de huid en de slijmvliezen en bedekt het uitwendige van het lichaam en van de lichaamsholten; epitheel is opgebouwd uit verschillende cellen, bijvoorbeeld cilindercellen en plaveiselcellen
KOPAC-B	beoordelingssysteem van uitstrijkjes van de cervix
Papanicolaou	Griekse patholoog-anatoom, die het uitstrijkje en de kleurmethode heeft bedacht (de zogeheten 'Pap-smear')

Constitutioneel eczeem

Mevrouw Dijkema belt. Zij wil een afspraak maken voor Jantien, haar dochtertje van ruim 1 jaar. Jantien heeft constitutioneel eczeem. Mevrouw Dijkema is geïrriteerd. 'Ik krijg steeds maar een zalve, maar ik wil nu wel eens uitgezocht hebben waardoor het komt en wat nou het juiste medicijn is', zegt ze. U maakt voor haar en Jantien een afspraak bij de huisarts.

Inleiding

In de NHG-Standaard Constitutioneel eczeem worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met deze aandoening. Constitutioneel eczeem wordt ook wel atopisch eczeem of atopische dermatitis genoemd.

Het eczeem komt op alle leeftijden voor, maar vooral bij kinderen. Bij jonge kinderen wordt de aandoening ook wel 'dauwworm' genoemd.

In een normpraktijk zijn ongeveer 35 patiënten met constitutioneel eczeem bij de huisarts bekend.

Klachten en achtergronden

Constitutioneel eczeem is een jeukende huid-aandoening met roodheid, bobbeltjes, blaasjes, korstjes en schilfers of vergroving van de huid (lichenificatie). Constitutioneel eczeem komt vaak in de familie van de patiënt voor. Het is een van de aandoeningen die passen in het zogeheten atopisch syndroom: het samen-

gaan van astma, allergische rhinitis en/of conjunctivitis en constitutioneel eczeem bij één persoon of in één familie.

In periodes van ziekte of (mentale) stress kan het eczeem opvlammen. Tevens kunnen de seizoenen van invloed zijn – bij sommigen verergert het eczeem in de winter, bij anderen juist in de zomer.

Van alle kinderen met constitutioneel eczeem krijgt ongeveer 30 procent op latere leeftijd astma (zie het hoofdstuk Astma bij kinderen) en 15 procent allergische rhinitis (zie het hoofdstuk Allergische en niet-allergische rhinitis). Het is niet duidelijk of borstvoeding de kans op eczeem verkleint.

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met constitutioneel eczeem nogal eens allergisch reageren op voedsel- of inhalatieallergenen. Deze allergenen kunnen huidklachten veroorzaken en het constitutioneel eczeem verergeren. Bij voedselallergie gaat het vaak om een allergie voor koemelk, kippenei, vis, noten, pinda of soja. Inhalatieallergie betreft meestal huisstofmijt, pollen of huidschilfers van dieren. Bij kinderen van 2 jaar of ouder en bij volwassenen heeft verder onderzoek naar allergenen geen zin, omdat vermijding van allergenen nauwelijks invloed heeft op het beloop van het constitutioneel eczeem.

Voor het stellen van de diagnose is een jeukende huid de belangrijkste aanwijzing. Verder moet er sprake zijn van minstens drie van de volgende criteria.

- Klachten (nu of in het verleden) van huidafwijkingen in de huidplooien, bijvoorbeeld in de elleboogplooien, de knieholten,

- aan de voorzijde van de enkels of in de nek, en bij kleine kinderen ook op de wangen.
- Astma of hooikoorts of, bij kinderen onder de 4 jaar, astma of hooikoorts bij een eerstegraads familielid.
 - Klachten van een droge huid in het afgelopen jaar.
 - Bij kinderen ouder dan 4 jaar: de aandoening is begonnen op een leeftijd onder de 2 jaar.

Aanvullend onderzoek naar voedselallergie is alleen nodig bij kinderen onder de 2 jaar met acute allergische reacties op voedsel, maag-darmklachten of klachten van de luchtwegen als reactie op voedsel (zie het hoofdstuk Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen).

Beleid

De huisarts behandelt de meeste patiënten met constitutioneel eczeem zelf. Voorlichting en begeleiding nemen een belangrijke plaats in.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts vertelt dat constitutioneel eczeem waarschijnlijk een erfelijke aandoening is, die vooral bij jonge kinderen voorkomt; meer dan de helft van de patiënten heeft op jongvolwassen leeftijd geen klachten meer. Hij legt de relatie met astma en allergische rhinitis uit. De patiënt (of diens ouders) wordt verteld dat vermindering van huisstof, huisdieren of bepaalde soorten voedsel weinig invloed heeft op het constitutioneel eczeem. Om een droge huid of prikkeling van de huid te voorkomen raadt de huisarts het volgende aan:

- wollen kleding vermijden;
- niet te lang en te warm baden;
- zo min mogelijk zeep of badschuim gebruiken;
- de huid voorzichtig drogen en daarna insmeren met een vette crème zonder kleur- of geurstoffen.

Baby's hoeven niet elke dag in bad en het is zinvol om bij het baden badolie (met soja- of arachisolie) te gebruiken.

De patiënt mag niet krabben! Dat is een moeilijk op te volgen advies, maar krabben kan de aandoening verergeren. Krabben wordt tegengegaan door de nagels kort te houden en kinderen eventueel handschoentjes of wantjes te laten dragen.

De huisarts legt uit dat de huid van kinderen met eczeem niet vies of besmettelijk is en dat er dus geen reden is om huidcontact, bijvoorbeeld tijdens het knuffelen, te vermijden.

Huidcontact is immers heel belangrijk voor de ontwikkeling van het kind.

Bij oudere kinderen en volwassenen besteedt de huisarts aandacht aan de gevoelens die met eczeem gepaard kunnen gaan, zoals schaamte en verminderd zelfvertrouwen, en de gevolgen voor het sociaal functioneren.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De aanleg voor constitutioneel eczeem kan niet worden weggenomen; het eczeem is dan ook niet te genezen. Het doel van de behandeling is het tegengaan van jeuk en krabben waardoor het eczeem verergert. Een droge huid is gevoeliger voor allerlei prikkels, waardoor gemakkelijk jeuk ontstaat. Het is dus van groot belang de huid regelmatig in te smeren met een indifferente vette zalf. Een alternatief is olie aan het badwater toevoegen. Op plaatsen waar de huid minder droog is, bijvoorbeeld op de wangen, kan een crème worden gebruikt (zie tabel 1).

Als de behandeling met alleen een vette zalf onvoldoende resultaat geeft, wordt gebruikgemaakt van een zalf of crème met corticosteroiden. Corticosteroiden zijn er in verschillende sterkten. Ze onderdrukken de ontstekingsreactie en bestrijden de jeuk. Bijwerkingen treden maar zelden op wanneer de maximale dosering niet wordt overschreden. Nieuw zijn de middelen tacrolimus en pimecrolimus. Van deze middelen is de veiligheid op de langere termijn echter nog onduidelijk. Als de nachtrust ernstig verstoord wordt door

heftige jeuk, kan de huisarts antihistaminica voorschrijven.

Het eczeem kan geïnfecteerd raken met (meestal) stafylokokken. Zo'n infectie kan het eczeem verergeren, maar is op zichzelf onschuldig. Door het eczeem goed te behandelen gaat de infectie vanzelf over en is behandeling met antibiotica niet nodig. Is dat wél het geval, dan schrijft de huisarts fusidinezuurcrème voor gedurende een week, eventueel gevolgd door orale antibiotica als de crème niet voldoende helpt.

Patiënten die onvoldoende reageren op de behandeling, worden naar de dermatoloog of gespecialiseerde kinderarts verwezen.

U speelt vooral een rol bij de voorlichting van (ouders van) patiënten met constitutioneel eczeem. U verzorgt de herhalingsrecepten voor de (corticosteroiden)crèmes en -zalven of geeft advies over de indifferente crèmes en zalven die bij de drogist of apotheek worden gehaald.

Over constitutioneel eczeem zijn twee NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Tabel 1 Indifferente middelen

<i>conditie van de huid</i>	<i>toedieningsvorm</i>	<i>effect</i>	<i>preparaat</i>
niet droog, niet nat	crème	neutraal	cetomacrogol crème of lanettecrème I of II
droog	vette crème of zalf	hydraterend	vaselinecetomacrogolcrème, vaselinelanettecrème of koelzalf (unguentum leniens)
zeer droog	vette zalf	sterk hydraterend	cetomacrogol zalf of lanettezalf

Begrippen

allergenen	stoffen die een overgevoeligheidsreactie oproepen bij mensen met een allergische aanleg
atopisch	door een vorm van allergie of overgevoeligheid bepaald
constitutioneel	door de gesteldheid van de mens bepaald
corticosteroiden	bijnierschors hormonen met een ontstekingsremmende werking
dauwworm	constitutioneel eczeem bij zuigelingen
dermatitis	ontsteking van de huid
hydraterend	vochtinbrengend
indifferent	zonder werking, neutraal
inhalatie	(via de) ademhaling

COPD

Mevrouw De Jong, 52 jaar, heeft drie weken geleden een verontrustende diagnose van de huisarts gekregen. Ze heeft COPD, vertelde hij, en dat komt met grote waarschijnlijkheid omdat ze al zo'n dertig jaar stevig gerookt heeft. Hij heeft haar naar jou verwezen voor controle van de longfunctie en voor begeleiding bij het stoppen met roken. Mevrouw De Jong zit nog vol vragen. 'Kun jij me nog eens uitleggen wat COPD nou precies is? Ik geloof niet dat ik alles heb gehoord wat de dokter zei.'

Inleiding

In de NHG-Standaard COPD worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van *chronic obstructive pulmonary disease* (COPD). Een normpraktijk telt tussen de 40 en 50 patiënten met COPD. COPD komt bijna uitsluitend voor bij (ex-)rokers ouder dan 40 jaar. De diagnose COPD wordt relatief vaker gesteld bij mensen met een lagere opleiding vanwege het grotere aantal rokers in die bevolkingsgroep. Vroeger werd de diagnose vaker bij mannen gesteld, maar de laatste jaren lijden steeds meer vrouwen aan COPD. Reden hiervoor is dat meer vrouwen zijn gaan roken! Bij naar schatting 10 tot 15 procent van de rokers wordt de diagnose COPD gesteld. Daarnaast zijn er nog mensen bij wie de diagnose niet wordt gesteld, maar die waarschijnlijk wel lijden aan COPD (naar schatting 1 op de 3 rokers tussen 40 en 65 jaar).

Klachten en achtergronden

Patiënten met COPD hebben een bronchusobstructie als gevolg van een ontstekingsproces in de (kleine) luchtwegen, het longweefsel en de bloedvaten in de long. De bronchusobstructie is niet volledig reversibel, dat wil zeggen reageert onvoldoende op luchtwegverwijdende medicatie.

Veel patiënten met COPD hebben klachten van benauwdheid en/of hoesten met slijm opgeven, luchtweginfecties of verminderd inspanningsvermogen. Zij liggen door hun klachten 's nachts vaak wakker.

Kortademigheid kan ontstaan doordat patiënten soms niet genoeg tijd hebben om uit te ademen vanwege de vernauwing in de kleine luchtwegen. Daardoor blijft er meer lucht in de longen achter en gaan patiënten ademen met de borstkast meer in de inademingsstand. Dit veroorzaakt een gevoel van kortademigheid.

Bij patiënten met COPD kan de luchtstroom steeds verder afnemen; soms kan dit invaliderend of zelfs levensbedreigend zijn. Op de lange termijn kunnen allerlei afwijkingen ontstaan als gevolg van COPD, bijvoorbeeld gewichtsverlies en hartfalen (door verandering in de structuur en functie van de rechter hartkamer).

Naast hun dagelijkse klachten hebben patiënten met ernstiger COPD regelmatig last van acute verergering van de klachten. Deze periodes van verslechtering worden 'exacerbaties' genoemd. Bacteriële of virale infecties en luchtvervuiling zijn de meest voorkomende

oorzaken van exacerbaties. De belangrijkste klacht bij een exacerbatie is dat men minder lucht krijgt, vaak vergezeld van een piepende ademhaling, beklemd gevoel op de borst, meer hoesten en toegenomen slijmproductie. Exacerbaties kunnen ook gepaard gaan met algehele klachten zoals: zich niet lekker voelen, slapeloosheid, vermoeidheid, depressie en verwarring.

De meeste patiënten met COPD hebben jarenlang gerookt, maar COPD kan ook andere oorzaken hebben. Andere risicofactoren zijn:

- chronische blootstelling aan kleine deeltjes zoals fijnstof;
- een laag geboortegewicht en/of vroeggeboorte;
- een aangeboren tekort van een bepaald enzym (alfa-1-antitrypsine).

GOLD-CRITERIA

Om de stadia van COPD in te delen naar ernst worden de zogeheten GOLD-criteria gebruikt. GOLD is de afkorting van *Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease*. Deze criteria worden wereldwijd gebruikt. Volgens de GOLD-criteria kunnen bij COPD vier stadia worden onderscheiden:

- Stadium I heeft betrekking op mensen die lichte klachten van COPD hebben. In dit stadium kan men last hebben van chronische hoest en slijmproductie. Het ademvolume dat snel en hard in één seconde wordt uitgeblazen (FEV_1 [1 subscript]) (voor uitleg zie verderop in dit hoofdstuk) is 80 tot 100 procent, dus gelijk aan of iets minder dan bij mensen zonder COPD.
- Stadium II wordt ook wel matig ernstig COPD genoemd. In dit stadium veroorzaakt de beperking van de luchtstroom bijvoorbeeld kortademigheid bij inspanning. De FEV_1 is 50 tot 80 procent van de vooraf gespeelde (normale) waarde.
- Stadium III wordt ook wel ernstig COPD genoemd. In dit stadium is de FEV_1 30 tot 50 procent van het te verwachten volume bij mensen zonder COPD.

- Stadium IV is zeer ernstig COPD. In dit stadium is de beperking van de luchtstroom ernstig (de FEV_1 is 30 procent of minder), de klachten zijn ernstig en verslechtingen kunnen levensbedreigend zijn.

Anamnese en onderzoek

Als een patiënt ouder dan 40 jaar op het spreekuur komt met klachten van benauwdheid of hoesten, vraagt de huisarts of de patiënt rookt of heeft gerookt en of hij klachten heeft die passen bij COPD. Hij vraagt naar de ernst van de klachten, bijvoorbeeld of de patiënt er zodanig last van heeft dat hij zijn werk moet verzuimen of slecht slaapt. Hij gaat na of er risicofactoren zijn voor COPD (roken en arbeidsomstandigheden).

De huisarts onderzoekt de patiënt en let op de mate van benauwdheid, hoe vaak de patiënt ademt en of hij daarbij bijvoorbeeld de hulpademhalingsspieren gebruikt. Hij luistert naar hart en longen. Hij gaat ook na of er sprake is van ongewenst gewichtsverlies.

Als de huisarts COPD vermoedt, wordt als aanvullend onderzoek spirometrie verricht (in de eigen praktijk of bijvoorbeeld in een laboratorium). Bij spirometrie worden de FEV_1 , de FVC en de flowvolume-curve bepaald.

FEV_1 is de afkorting van 'Forced Expiratory Volume in one second'. Dit is de hoeveelheid lucht die bij een uitademing in de eerste seconde zo snel en zo hard mogelijk kan worden uitgeblazen; het is een maat voor de doorankelijkheid van de luchtwegen.

FVC is de afkorting van Forced Vital Capacity. Dit is alle lucht die je kunt uitblazen als je dat zo snel en lang mogelijk doet.

Een *flowvolume-curve* is een grafische weergave van de luchtstroomsterkte bij uit- of inademing, afgezet tegen het uit- of ingeademde luchtvolume. Aan de hand van de curve kan de betrouwbaarheid van de spirometrie worden gemeten, maar kan ook worden nagegaan of de luchtwegen vernauwd zijn.

Belangrijk bij het onderzoek is de FEV_1/FVC -

ratio. Men spreekt van vernauwde luchtwegen als de FEV₁ te laag is ten opzichte van de FVC. Als tijdens de spirometrie blijkt dat de FEV₁/FVC-ratio kleiner is dan 0,7, wordt de test nog eens herhaald nadat de patiënt een luchtverwijder heeft geïnhaleerd. Klachten van COPD kunnen lijken op die van astma, maar een kenmerk van COPD is dat de FEV₁/FVC-ratio niet of nauwelijks verbetert na toediening van bronchusverwijders. Bij astma is dat wel het geval (zie hoofdstuk Astma bij volwassenen). De spirometrie kan na drie tot zes weken worden herhaald, bijvoorbeeld als de huisarts twijfelt aan de diagnose.

De diagnose COPD wordt gesteld bij patiënten ouder dan 40 jaar met klachten van benauwdheid en/of hoesten, al dan niet met slijm opgeven, die meer dan twintig jaar hebben gerookt en een te lage FEV₁/FVC-ratio (kleiner dan 0,7) hebben, ook na inhalatie van luchtwegverwijderende middelen.

Beleid

De behandeldoelen bij patiënten met COPD zijn:

- vermindering van de klachten;
- verbetering van het inspanningsvermogen;
- voorkómen van verdere achteruitgang van de longfunctie;
- voorkómen van exacerbaties;
- uitstellen of voorkómen van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid;
- verbetering van de kwaliteit van leven.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts vertelt dat COPD een chronische ontsteking van de luchtwegen is waardoor bij mensen met COPD de longfunctie sneller achteruitgaat dan bij gezonde mensen. Hij legt uit dat de belangrijkste oorzaak roken is. Rokers raadt hij aan om te stoppen, omdat bewezen is dat de versnelde achteruitgang van de longfunctie daardoor wordt voorkomen. Hij vertelt dat infecties met virussen en bacteriën tijdelijk een verergering van de klachten

kunnen geven, vooral bij mensen met ernstig COPD.

De huisarts plaatst de patiënt op de lijst voor een griepvaccinatie en vertelt dat patiënten met COPD een grotere kans hebben op complicaties bij influenza.

NIET-MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Stoppen met roken is de belangrijkste stap in de behandeling van COPD. De NHG-Standaard Stoppen met roken (zie hoofdstuk Stoppen met roken) geeft richtlijnen voor een stoppen-met-rokenbeleid in de huisartsenpraktijk.

Voldoende bewegen, bijvoorbeeld dagelijks een half uur matig intensief wandelen, fietsen, zwemmen of fitness, is ook voor patiënten met COPD belangrijk. Als de patiënt bang is dat zijn benauwdheid daardoor zal verergeren, kan de huisarts hem verwijzen naar een oefen- of fysiotherapeut die gespecialiseerd is in inspanningstraining of ademhalingsoefeningen bij COPD-patiënten. De huisarts ondersteunt de patiënt ook bij psychosociale problemen. Bij ernstiger problematiek, bijvoorbeeld bij een angststoornis of depressie, kan de patiënt worden verwezen naar de psycholoog of psychiater.

Ook kan de huisarts patiënten naar de longarts verwijzen voor een revalidatieprogramma, bijvoorbeeld patiënten met matig ernstig tot ernstig COPD (GOLD II, III en IV). Patiënten met ernstig COPD (GOLD III-IV) zijn meestal al bij de longarts bekend.

Patiënten met een verminderde voedingstoestand die waarschijnlijk door COPD wordt veroorzaakt, worden ook naar de longarts verwezen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Bij de behandeling van COPD wordt gebruikgemaakt van inhalatiemiddelen. Inhalatiemiddelen kunnen op verschillende manieren worden toegediend: als dosis-aerosol, poederinhalator of via een vernevelaar. Voor een optimale werking van deze medicijnen is een goede inhalatietechniek en de juiste inhalator

uiterst belangrijk. Als de patiënt geen goede inhalatietechniek heeft, is toediening via een inhalatiekamer aan te raden.

Klachten en exacerbaties worden behandeld met kort- of langwerkende luchtwegverwijders (anticholinergica en bèta-2-mimetica). Het effect van luchtwegverwijders is bij patiënten met COPD via spirometrie niet goed te bepalen, omdat het voor COPD juist zo typisch is dat de obstructieve longfunctiestoornis onomkeerbaar is. Dat wil echter niet zeggen dat luchtwegverwijders geen effect hebben. Door het gebruik van luchtwegverwijders zal de vernauwing van de kleinere luchtwegen verminderen. Het effect van de inhalatiemiddelen wordt beoordeeld aan de hand van (vermindering van) klachten van de patiënt.

Bij het voorschrijven van luchtwegverwijders volgt de huisarts een stappenplan. Hij begint met het voorschrijven van een kortwerkende luchtwegverwijder, bijvoorbeeld ipratropium, salbutamol of terbutaline. Als blijkt dat een luchtwegverwijder niet voldoende werkt, wordt een combinatie van luchtwegverwijders voorgeschreven.

Als de patiënt met matig tot ernstig COPD (GOLD II-IV) klachten van benauwdheid en exacerbaties blijft houden, schrijft de huisarts (of longarts) een onderhoudsbehandeling voor met langwerkende luchtwegverwijders, bijvoorbeeld tiotropium, formoterol of salmeterol.

Bij patiënten die vaak exacerbaties hebben, kunnen inhalatiecorticosteroiden (ICS) zinvol zijn, bijvoorbeeld beclometason, budesonide of fluticason. Dit zijn ontstekingsremmers. Bij patiënten met een lichte COPD is er geen indicatie voor behandeling met inhalatiecorticosteroiden.

In het geval van een exacerbatie wordt de dosis van de luchtwegverwijders verhoogd. Soms

wordt een prednisolonkuur gegeven van zeven tot veertien dagen.

Van een ernstige exacerbatie is sprake bij de volgende kenmerken:

- toename van benauwdheid in rust, moeite met uitspreken van een hele zin, niet plat kunnen liggen;
- meer dan dertig keer per minuut ademhalen;
- hartslag van meer dan 120 slagen per minuut;
- gebruik van hulpademhalingspijpen.

De huisarts dient dan medicatie (salbutamol en/of ipratropium) toe per inhalatiekamer. Als de medicatie na een half uur effect heeft, wordt aanvullend een kuur prednisolon gegeven. De huisarts vraagt de patiënt de volgende dag op het spreekuur te komen voor verder onderzoek en eventueel bijstelling van het beleid.

Als er binnen het half uur geen verbetering optreedt of als de patiënt uitgeput raakt door de verminderde hoeveelheid zuurstof die hij binnenkrijgt, zorgt de huisarts voor een spoedopname in het ziekenhuis.

CONTROLE

In het begin van de behandeling controleert de huisarts de patiënt regelmatig om het effect van de behandeling vast te stellen. Als er een stabiele situatie is ontstaan kan de patiënt minder vaak op controle komen, bijvoorbeeld eenmaal per zes of twaalf maanden. De huisarts kan deze taak nu aan de praktijkondersteuner overdragen.

De (half)jaarlijkse controle van de praktijkondersteuner bestaat uit:

- evaluatie van de klachten, de ervaren beperkingen, het inspanningsvermogen, de doorgemaakte exacerbaties (aantal, ernst, duur) en het effect van de ingestelde behandeling;¹

1 De huisarts of de praktijkondersteuner kan de ernst van de klachten en de beperkingen van het inspanningsvermogen door de benauwdheid vastleggen met behulp van een korte vragenlijst. (Voorbeelden hiervan vindt u in de NHG/PraktijkWijzer Astma-COPD.)

- bespreking van problemen bij stoppen met roken en zo nodig extra begeleiding aanbieden;
- aandacht voor voldoende beweging, gezonde voeding en stabilisatie van het lichaamsgewicht;
- aandacht voor therapietrouw en inhalatietechniek;
- aandacht voor bijwerkingen van de medicatie;
- bepaling van het gewicht;
- aandacht voor psychosociale factoren, zoals angst voor dyspnoe, gevoelens van schaamte, seksuele problemen en sociaal isolement; bespreking van mogelijkheid van steun door en contact met patiëntenverenigingen
- eenmaal per jaar spirometrie (na bronchusverwijding); bij een patiënt met licht COPD die gestopt is met roken, kan dit teruggebracht worden tot eenmaal per drie jaar.

De huisarts zal in het algemeen de patiënt eenmaal per jaar controleren. Naast bovenstaande punten zal de huisarts:

- de longen beluisteren;
- aandacht schenken aan andere ziektes die invloed kunnen hebben op de COPD, zoals hartfalen;
- extra aandacht schenken aan bijwerkingen van de medicatie, vooral bij langdurig of frequent gebruik van orale corticosteroiden.

VERWIJZING

De huisarts verwijst de patiënt naar de longarts:

- bij problemen rond de diagnose;
- bij COPD op jonge leeftijd;
- bij snelle verergering van de benauwdheid;
- wanneer de behandelingsdoelen niet of onvoldoende worden bereikt. Dat is bijvoorbeeld het geval als de patiënt, ondanks goed medicatie, ernstige klachten blijft houden. In het algemeen gaat het hier om patiënten met Gold-stadium III of IV;
- bij patiënten die in aanmerking komen voor zuurstofbehandeling of longrevalidatie

Bij de triage bent u als assistente alert op exacerbaties bij een patiënt met COPD. Het kan tot de taak van de praktijkondersteuner of de assistente behoren om patiënten met COPD regelmatig te controleren en daarbij spirometrie te verrichten. Ook geeft u instructies over het gebruik van inhalatiemiddelen.

Het NHG heeft vijf patiëntenbrieven uitgegeven over COPD, namelijk Adviezen bij COPD, COPD algemeen, Leven met COPD, Longfunctie/onderzoek bij COPD, Stoppen met roken bij COPD.

Begrippen

bronchus	luchtwegvertakking, meervoud: bronchi. Bronchi zijn luchtwegen die in grootte tussen de luchtpijp (<i>trachea</i>) en bronchioli in zitten. Er zijn in het menselijk lichaam twee hoofdbronchi die zich splitsen in kleinere bronchiën
exacerbatie	tijdelijke verergering van een ziekte
reversibel	omkeerbaar, te verhelpen
spirometrie	longfunctieonderzoek

Cerebrovasculair accident (CVA)

Mevrouw Toers belt in paniek op. ‘Mijn man zakt plotseling door zijn benen en kan niet meer praten. Ik krijg hem niet meer overeind. Volgens mij heeft hij een beroerte. Stuur alsjeblieft meteen de dokter!’

Inleiding

De NHG-Standaard CVA geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met acute neurologische uitval door een cerebrovasculair accident (CVA). Acute neurologische uitval wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een herseninfarct. Er is dan sprake van een plaatselijke storing van de bloedvoorziening in de hersenen. Ook kunnen de verschijnselen worden veroorzaakt door een hersenbloeding. Het onderscheid tussen een herseninfarct of een hersenbloeding is van belang voor het beleid en kan alleen worden gemaakt met behulp van een CT-scan.

We spreken van een CVA als de verschijnselen op het moment dat de huisarts de patiënt ziet, nog aanwezig zijn. Zijn de verschijnselen verdwenen, dan gaat het om een TIA (zie het hoofdstuk TIA).

In een normpraktijk ziet een huisarts per jaar 4 tot 7 nieuwe CVA-patiënten. Bij ouderen (boven de 65 jaar) komt CVA veel vaker voor. De huisarts ziet gemiddeld 14 nieuwe gevallen van CVA per duizend ouderen.

Klachten en achtergronden

Een CVA is een zeer ernstig ziektebeeld. Van de patiënten met een CVA overlijdt 15 procent binnen een week en 25 procent binnen een maand. Vijf jaar na een CVA is ongeveer de helft van de patiënten overleden.

De meeste ziekenhuizen hebben een zogenoemde stroke-unit, een afdeling waar men gespecialiseerd is in de behandeling van patiënten met een CVA. Het beleid is gericht op het voorkomen van complicaties en het zo snel mogelijk starten van revalidatie.

Recent onderzoek toonde twee zaken aan: het gebruik van acetylsalicylzuur is goed voor patiënten met een herseninfarct en de meeste patiënten met een herseninfarct hebben baat bij trombolysen. Dat laatste heeft alleen zin als er binnen drie uur na de uitvalsverschijnselen mee kan worden begonnen! Het is dus van belang dat een patiënt met een CVA snel kan worden vervoerd naar een stroke-unit om te beoordelen of trombolysen zin heeft.

Het grootste gedeelte van de CVA-patiënten krijgt last van een spastische parese (verlamming) in een of meer ledematen. Soms herstelt zich dat in de loop van enkele maanden, soms moet de patiënt ermee leren leven. Ongeveer een derde van de CVA-patiënten heeft last van spraakstoornissen: afasie of dysartrie. Bij de meeste CVA-patiënten die last hebben van afasie, begint binnen twee weken het herstel. De stoornis kan echter ook blijven bestaan. Ook slikstoornissen komen voor, evenals het verlies van controle over de blaas of de anale sluitspier.

Veel CVA-patiënten hebben last van stoornissen van de aandacht, het geheugen of de waarneming of kunnen zich niet meer goed oriënteren in tijd en plaats. Een specifieke waarnemingsstoornis die bij meer dan de helft van de CVA-patiënten voorkomt is halfzijdig neglect: de patiënt is zich niet meer bewust van de ene helft van zijn lichaam. Het gaat dan om de lichaamshelft tegenover de kant waar in de hersenen het CVA plaatsvond (dus bij een linkszijdig CVA is er een rechtszijdig neglect). Mensen en dingen die zich aan de 'vergeten' kant bevinden, worden eenvoudigweg niet opgemerkt.

Sommige CVA-patiënten hebben last van apraxie, waardoor ze handelingen die ze vroeger hebben geleerd, bijvoorbeeld het aantrekken van sokken en schoenen, niet meer kunnen uitvoeren.

Ongeveer de helft van de CVA-patiënten verandert na de aanval in emotioneel opzicht of gaat zich anders gedragen. De patiënt is bijvoorbeeld gauw geprikkeld, opvliegend, impulsief, angstig, labiel of vraagt veel aandacht. Er kunnen complicaties optreden als gevolg van de uitval die door het CVA wordt veroorzaakt. Pijn in de schouder of hand of het dik worden van de hand komt vaak voor en is het gevolg van een verkeerde zit- of lighouding. Slikstoornissen kunnen ertoe leiden dat de patiënt niet meer goed kan eten of drinken en daarvan kunnen verslikpneumonieën het gevolg zijn.

Het moge duidelijk zijn dat een CVA verregaande gevolgen kan hebben voor de patiënt zelf, maar ook voor zijn omgeving. Stoornissen en veranderingen in gedrag en emoties kunnen leiden tot verstoring van de verhouding met de partner, kinderen, vrienden en kennissen.

Beleid

Als een patiënt met acute neurologische uitvalsverschijnselen zich meldt (of iemand uit diens omgeving), is bijna altijd een spoedvisite

noodzakelijk, zeker bij bewustzijnsdalingen en als de verschijnselen verergeren.

Ook de tijdslimiet waarbinnen trombolysen kan starten (drie uur) is een reden tot spoed! Als de huisarts of de praktijkassistente inschat dat het afleggen van een visite tot te veel vertraging leidt, kan de FAST-test (zie kader) worden afgenomen. Met deze test kunnen de patiënt zelf, familieleden of omstanders snel beoordelen of er sprake is van een CVA. Als de patiënt een van de eerste drie tests niet goed kan uitvoeren, heeft hij waarschijnlijk een CVA. Als de patiënt nog op tijd in het ziekenhuis kan zijn om trombolysen te laten uitvoeren, kan de patiënt zonder voorafgaande visite door de huisarts met spoed worden ingestuurd. Meestal hebben huisartsen met ambulancepersoneel afspraken gemaakt over hoe te handelen bij een CVA.

Niet voor alle CVA-patiënten is trombolysen geschikt. Trombolysen kan tot complicaties leiden, zoals bloedingen. Daarom kan de behandeling niet worden toegepast bij patiënten die bijvoorbeeld niet goed bij bewustzijn zijn, anticoagulantia gebruiken of een bloeddruk hebben van meer dan 185/110. Ook patiënten die in de voorafgaande drie maanden een CVA of ongeval aan het hoofd hebben gehad, in de afgelopen 14 dagen een grote operatie hebben ondergaan of in de afgelopen 21 dagen een bloeding hebben gehad in het maag-darmkanaal, de urinewegen of de geslachtsorganen, komen niet voor trombolysen in aanmerking. Bijna alle CVA-patiënten moeten worden opgenomen op een stroke-unit, of ze nu in aanmerking komen voor trombolysen of niet. In dat laatste geval kan de opname met iets minder spoed worden geregeld. Alleen als er sprake is van slechts geringe uitval, is ziekenhuisopname niet strikt noodzakelijk. Wel moet de patiënt worden verwezen naar een neuroloog, bij voorkeur op een TIA-service. De neuroloog kan bijvoorbeeld beoordelen of de uitval wordt veroorzaakt door een bloeding of een tumor, en of carotischirurgie tot de mogelijkheden behoort (zie ook het hoofdstuk TIA).

Patiënten bij wie de verschijnselen op het

moment van het contact met de huisarts zijn verdwenen, hebben waarschijnlijk een TIA gehad (zie ook hoofdstuk TIA). Als de huisarts tot deze conclusie komt, drukt hij de patiënt op het hart bij een eventuele volgende uitval direct te bellen, omdat de patiënt dan mogelijk in aanmerking komt voor trombolyse.

Bij CVA-patiënten is een spoedige start van de revalidatie zeer belangrijk. Als binnen enkele dagen na het CVA wordt begonnen met de revalidatie, geeft dat betere resultaten dan wanneer langer wordt gewacht. Op de stroke-unit wordt meestal al met de revalidatie begonnen. Meteen na het ontslag uit het ziekenhuis regelt de huisarts de revalidatie thuis. Bij patiënten die niet naar het ziekenhuis gaan (omdat ze bijvoorbeeld al erg oud zijn of niet willen), zijn verzorgingsaspecten en het voorkómen van complicaties belangrijk. Thuiszorg wordt ingeschakeld als de patiënt en diens naasten hulp bij de verzorging nodig hebben. Bij patiënten die daar nog baat bij kunnen hebben, regelt de huisarts de revalidatie. Belangrijk is dat eventueel aanwezige risicofactoren worden behandeld. Roken, hypertensie, te hoog cholesterol en diabetes mellitus zijn risicofactoren voor hart- en vaatziekten en moeten zo goed mogelijk worden behandeld. Bij patiënten die naar het ziekenhuis zijn verwezen, is de specialist waarschijnlijk al met de behandeling van risicofactoren begonnen.

VOORLICHTING EN ADVIES

In de acute fase van een CVA geeft de huisarts informatie over de aard en de oorzaak van het CVA, over de behandeling en het vaak wisselende beloop gedurende de eerste dagen. De huisarts vertelt dat er na de eerste week meer duidelijkheid zal zijn over de prognose.

Als de patiënt uit het ziekenhuis komt, begeleidt de huisarts de patiënt en diens naasten. Eventuele ervaringen in het ziekenhuis, angsten, onzekerheden en verwachtingen kunnen worden uitgewisseld.

De huisarts biedt ook begeleiding bij de revalidatie. Informatie over de prognose, het omgaan met de gevolgen en de zorgmogelijkhe-

den blijven belangrijk. De patiënt en anderen moeten leren omgaan met de eventuele beperkingen. Kennis over de gevolgen van het CVA is daarvoor een goede basis.

Wanneer na verloop van tijd geen verbeteringen meer te verwachten zijn, is de chronische fase ontstaan. In deze fase geeft de huisarts vooral praktische informatie die kan bijdragen aan een zinvolle en bevredigende dagbesteding. De patiëntenvereniging kan daartoe een steentje bijdragen. Belangrijk is het onderhouden van het sociale netwerk. Ook moet er aandacht voor de partner zijn. Zo nodig kan voor de patiënt dagopvang of een vakantieopname worden geregeld.

U hebt een belangrijke rol bij het signaleren van een mogelijk CVA. Eventueel na de FAST-test te hebben afgenomen, regelt u een spoedvisite door de huisarts. Ook kan de huisarts u vragen direct vervoer per ambulance naar een stroke-unit te regelen.

Als de acute fase voorbij is, kunt u een luisterend oor zijn voor de patiënt en diens naasten. Het verstrekken van voorlichting, bijvoorbeeld over de patiëntenvereniging, kan tot uw taak behoren.

In de meeste praktijken worden praktijkassistenten en/of -ondersteuners ingeschakeld bij de behandeling van eventuele risicofactoren. Hypertensiecontroles, glucosemetingen, cholesterolcontroles en begeleiding bij stoppen met roken kunnen dan tot de taken behoren.

Zie hiervoor de NHG-PraktijkWijzers Preventie en Diabetes mellitus type 2.

Er zijn twee NHG-Patiëntenbrieven uitgegeven over CVA.

FAST-test (Face Arm Speech Time)

- 1 Gezicht: Vraag de patiënt zijn tanden te laten zien. Let op of de mond scheef staat en of een van de mondhoeken naar beneden hangt.
- 2 Arm: Vraag de patiënt om beide armen tegelijkertijd horizontaal naar voren te strekken en de binnenzijde van de handen naar boven te draaien. Let op of een van de armen wegzakt of rondzwakt.
- 3 Spraak: Vraag of er veranderingen zijn in het spreken (onduidelijk spreken of niet meer uit de woorden kunnen komen).
- 4 Tijd: Vraag de patiënt hoe laat de klachten zijn begonnen of probeer er op een andere manier achter te komen.

Begrippen	
acetylsalicyl-zuur	trombocytenaggregatieremmer: medicijn dat het klonteren van bloedplaatjes tegengaat
afasie	taalfunctiestoornis ten gevolge van een hersenbeschadiging bij iemand die voordien over een normale taalvaardigheid beschikte
anticoagulantia	medicijnen die de stolling van het bloed remmen door inwerking op stollingsfactoren in de lever
apraxie	onvermogen tot het uitvoeren van handelingen
carotischirurgie	operatie aan de arteria carotis (halsslagader)
CT-scan	computertomografie: procedure waarmee met behulp van röntgenstralen beelden van dwarsdoorsnedes van de patiënt kunnen worden gemaakt; de beelden worden daarna verwerkt door de computer en het eindbeeld verschijnt op het computerscherm
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in hersenvaten met als gevolg uitval van hersenfuncties
dysartrie	spraakstoornis die betrekking heeft op de articulatie van de gesproken taal; de patiënt heeft moeite met het vormen van woorden; de stoornis wordt veroorzaakt door een afwijking in het centrale zenuwstelsel
revalidatie	weer gezond, krachtig worden of maken
spastische parese	verlamming gepaard gaande met spasme
TIA-service	gespecialiseerde ziekenhuisafdeling voor de behandeling van patiënten met transient ischaemic attacks
trombolysen	het 'oplossen' van een bloedprop door middel van medicamenten die per infuus worden toegediend

Decubitus

U wordt gebeld door mevrouw Van Dijk. Zij verzorgt haar bedlegerige moeder. Haar moeder is kort geleden uit het ziekenhuis ontslagen nadat gebleken is dat ze een carcinoom heeft in een vergevorderd stadium. U vraagt hoe het gaat met moeder en dochter. Mevrouw Van Dijk zegt dat het zwaar is, maar dat ze gelukkig ondersteund wordt door haar gezin. Ze belt voor iets anders: tijdens het wassen vanmorgen bleek haar moeder rode plekken te hebben op stuit en hielen. Kan dat wijzen op ‘doorliggen’? Zou de dokter vandaag langs kunnen komen?

Inleiding

Dat druk en schuifkrachten op de huid inwerken, is bij gezonde mensen over het algemeen geen probleem. Maar bij mensen die geheel of gedeeltelijk bedlegerig zijn of in een rolstoel zitten, kunnen deze krachten degeneratieve veranderingen van de huid en het onderliggend weefsel veroorzaken. Er kunnen lelijke wonden ontstaan die slecht genezen. Dit wordt decubitus genoemd.

Klachten en achtergronden

Decubitus ontstaat meestal op plaatsen waar druk en schuifkrachten zich bij zitten of liggen het sterkst doen gelden: stuit, heupen, hielen en enkels. Door de druk of het schuiven worden de kleine bloedvaten van de huid en de daaronder gelegen weefsels samengedrukt.

Als de druk te lang duurt of als de conditie van de huid slecht is, kan decubitus ontstaan. Bij decubitus spelen zowel externe factoren (druk en schuifkrachten) als patiëntgebonden factoren een rol. Patiëntgebonden factoren zijn bijvoorbeeld een droge huid, incontinentie voor ontlasting en een slechte voedings-toestand.

Decubitus wordt ingedeeld in graden van ernst.

- Stadium I: roodheid van de huid die onder druk niet verdwijnt.
- Stadium II: oppervlakkige beschadiging van de huid (blaren, schaafwonden); in sommige gevallen zit onder deze oppervlakkige verschijnselen necrose.
- Stadium III: oppervlakkig ulcus, met een diepte tot in het onderhuids bindweefsel, maar niet tot aan het bot, de pezen of het gewrichtskapsel.
- Stadium IV: diep ulcus tot aan het bot, de pezen of het gewrichtskapsel.

Bij een ulcus let de huisarts ook op de kleur: zwart of geel kan wijzen op necrose, een rode wond is meestal schoon (geen necrose, geen schadelijke bacteriën).

Beleid

Preventieve maatregelen zijn erg belangrijk om te voorkomen dat decubitus ontstaat of verergert. Daarbij wordt vooral gekeken naar de externe oorzaken van decubitus zoals druk en schuifkrachten die zo veel mogelijk beperkt moeten worden. Verder probeert men de pa-

tiëntgebonden factoren zo veel mogelijk te controleren.

Als de huid rood is (stadium I), hoeft geen behandeling te worden toegepast, maar moeten natuurlijk wel de preventieve maatregelen worden doorgevoerd. Blaren en schaafwonden (stadium II) worden afgedekt met hydrofiele gazen. In stadium III en IV is de behandeling afhankelijk van de kleur en de diepte van de ulcera. Zwarte of gele necrose wordt verwijderd met behulp van een scalpel of schaar. Bij overvloedige afscheiding kunnen alginaatkompressen worden gebruikt. Als de wondinfectie gepaard gaat met koorts, is een antibioticum aangewezen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij de preventie van decubitus gaat het vooral om adviezen en maatregelen gericht op de lig- en zithouding van de patiënt, en op de ondergrond.

- Ten aanzien van de houding van de patiënt wordt aangeraden om schuiven en langdurige druk op één plaats zo veel mogelijk te vermijden door een goede lig- of zithouding van de patiënt en door hem regelmatig van positie te laten veranderen. Bij het verplaatsen van de patiënt kunnen druk en schuifkrachten worden voorkomen door gebruik te maken van een papegaai of rolmat.
- Ten aanzien van de ondergrond wordt het gebruik van een antidecubitusmatras en

-kussen. Daarnaast moeten oneffenheden in bed worden voorkomen. Wrijving van de intacte huid kan worden tegengegaan door zelfklevende wondfolie aan te brengen.

Bij de preventie gericht op patiëntgebonden factoren gaat het om het behandelen van een droge huid en het vaker verschonen bij incontinentie voor ontlasting en/of urine. Er wordt gestreefd naar een goede voedingstoestand.

U heeft bij decubitus een signalerende rol. U kunt van de patiënt zelf of van diens verzorger signalen krijgen dat er decubitus ontstaat.

Decubitus wordt meestal verzorgd door de huisarts en de wijkverpleegkundige in goed samenspel. Wanneer de wijkverpleging met de verzorging/behandeling is belast, is het meestal uw taak de aanvraag van verbandmiddelen en hulpmiddelen te verwerken.

Over decubitus (preventie en de behandeling daarvan) heeft het NHG een patiëntenbrief uitgegeven. Tevens is er een Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen beschikbaar.

Begrippen

alginaatkompres	verbandmiddel met zeewier dat onder meer de hoeveelheid wondvocht onder controle houdt; werkt ook bloedstelpend en geurbepkend
decubitus	'doorliggen'
degeneratie	verval, aftakeling
necrose	dood weefsel
scalpel	chirurgisch mes
ulcus (mv. ulcera)	zweer, een door verval van weefsel ontstaan oppervlaktedefect dat over het algemeen slecht geneest

Delier bij ouderen

Mevrouw De Jong belt op naar de huisartsenpraktijk: 'Gelukkig dat ik jou meteen aan de lijn krijg! Kan de dokter alsjeblieft gauw komen, er is iets mis met mijn man! Het lijkt wel alsof hij niet meer goed kan denken, hij is al uren in de weer en hij zegt allemaal rare dingen! Ik snap er niets van. Ik vond hem vanochtend al wat vreemd, maar ik dacht dat hij moe was omdat hij niet goed geslapen had, maar het is alleen maar erger geworden.' U weet dat meneer De Jong 79 jaar is.

Inleiding

De NHG-Standaard Delier bij ouderen geeft richtlijnen voor onderzoek en behandeling bij ouderen met een delier. Huisartsenpraktijken krijgen in toenemende mate te maken met delier bij ouderen, onder meer door de vergrijzing van de bevolking.

Een delier kan op alle leeftijden ontstaan. Bij jongere volwassenen wijst delier vaak op ernstige neurologische afwijkingen. Bij ouderen zijn de onderliggende oorzaken niet altijd ernstig.

Er zijn verschillende soorten delier, waarvan de laatste het vaakst voorkomt bij ouderen.

- de onrustige, hyperactieve vorm;
- de apathische vorm;
- de gemengde vorm.

Klachten en achtergronden

Een delier is een neuropsychiatrisch toestandbeeld dat wordt gekenmerkt door:

- een bewustzijnsstoornis, zich uitend in verminderd besef van de omgeving, verminderd vermogen om de aandacht ergens op te richten, vast te houden of te wisselen;
- geheugenstoornis;
- het feit dat de aandoening in korte tijd ontstaat: in uren of dagen;
- het feit dat de symptomen niet gedurende heel het etmaal steeds even sterk aanwezig zijn, maar bijvoorbeeld 's avonds en 's nachts erger zijn dan overdag.

Als de onderliggende aandoening afdoende wordt behandeld, kan de oudere patiënt met een delier herstellen, maar de prognose wat betreft cerebrale vermogens en levensverwachting is niet altijd gunstig. Uit anamnese of lichamelijk onderzoek blijkt vaak dat een of meer lichamelijke verstoringen het delier veroorzaken, bijvoorbeeld:

- een infectie (vooral urineweginfectie of pneumonie);
- een medicatiewijziging of opeenstapeling van effecten bij gebruik van veel medicijnen;
- een acuut trauma, bijvoorbeeld een fractuur, medische ingreep of algehele verdooving;
- urineretentie;
- ernstige obstipatie;
- reeds aanwezige aandoeningen, bijvoorbeeld op neurologisch of cardiovasculair gebied;

- stoppen met alcoholgebruik, roken of benzodiazepinegebruik;
- visus- en gehoorbeperking;
- slaaptkort;
- ondervoeding of te weinig drinken.

Zeker wanneer er sprake is van een opeenstapeling van deze factoren, kunnen ouderen soms onvoldoende herstellen van (betrekkelijk onschuldige) lichamelijke stoornissen. De kleinste bijkomende prikkel kan dan al aanleiding zijn tot een delier. De huisarts gaat dus altijd op zoek naar een lichamelijke oorzaak.

Verschuiven van een delier kunnen lijken op die van dementie of depressie. De huisarts neemt de anamnese af en verricht lichamenlijk onderzoek om de juiste diagnose te stellen. Onderliggende lichamenlijke factoren worden opgespoord. Bloed- en urineonderzoek zijn vaak noodzakelijk. Bij delier is het afnemen van een betrouwbare anamnese bij de patiënt zelf vaak niet mogelijk. Naasten en/of verzorgers van de patiënt kunnen dan helpen. Bij zeer onrustige patiënten kan het ook moeilijk zijn lichamenlijk onderzoek te verrichten.

Beleid

Wanneer uit onderzoek blijkt dat er een onderliggende lichamenlijke aandoening is, wordt begonnen met de behandeling hiervan. De medicatie wordt kritisch beoordeeld, omdat medicijngebruik medeoorzaak kan zijn van het delier. Vooral medicijnen die bij de ziekte van Parkinson worden gebruikt, zijn in dit opzicht berucht! Zo mogelijk wordt de medicatie, eventueel na overleg met de specialist, tot een minimum beperkt.

Wanneer de onrust van de patiënt gevaar voor de patiënt of diens omgeving oplevert of het daardoor niet lukt hem of haar goed te onderzoeken, kan de huisarts haloperidol, eventueel aangevuld met een benzodiazepine, voorschrijven.

Zeker in de eerste dagen moet een patiënt met een delier vaak worden gecontroleerd. Het kan noodzakelijk zijn te overleggen met een specialist, bijvoorbeeld een geriater, internist of ouderenpsychiater. Soms kan een patiënt thuis niet goed meer worden verzorgd en moet hij of zij naar het ziekenhuis.

De kans bestaat dat een delier zich herhaalt. De zorg blijft gericht op het beperken van de risicofactoren. Na afloop van het delier bespreekt de huisarts met de patiënt wat er gebeurd is en wat de oorzaak hiervan was, welke herinneringen de patiënt aan deze periode heeft en de emoties die dit oproept.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts licht familie en verzorgers voor over het ziektebeeld en het feit dat als het onderliggende ziektebeeld is behandeld, de symptomen in het algemeen verdwijnen. Ook geeft de huisarts tips over verzorging van en communicatie met de patiënt.

Belangrijk zijn:

- de patiënt herkenningpunten bieden, bijvoorbeeld een klok, kalender, foto's;
- regelmatig persoon, plaats, dag en tijdstip benoemen;
- rustig en in korte zinnen tegen de patiënt spreken;
- de patiënt zo min mogelijk alleen laten;
- bezoek beperken;
- bril en gehoorapparaat laten gebruiken;
- zorgen voor continue verlichting ('s nachts gedempt licht);
- begrip tonen voor de angst en de hallucinaties, maar duidelijk maken dat uw waarneming anders is;
- in aanwezigheid van de patiënt niet fluis-teren met derden;
- zorgen voor voldoende inname van vocht en voedsel;
- bij onrust van de patiënt liefst niet de vrijheid beperken, dus bijvoorbeeld niet vastbinden aan bed.

Uw rol bij een delier is niet zo groot. Wanneer u een telefoontje krijgt over een patiënt met een mogelijk delier, verbindt u dit meteen door naar de huisarts of u regelt een (spoed)visite. De huisarts zal u na de visite misschien vragen urine te onderzoeken en bloedonderzoek te regelen. Eventueel regelt u wijkverpleging. U houdt er rekening mee dat als de patiënt thuisblijft, de huisarts de komende dagen vaker een visite moet maken. Familie en verzorgers zijn vaak behoorlijk geschrokken. U kunt een luisterend oor zijn. De praktijkondersteuner kan gevraagd worden familie en verzorgers extra ondersteuning te bieden. Zie hiervoor de NHG-Praktijkhandleiding GGZ.

Over delier bij ouderen is een NHG-Patiëntenbrief uitgebracht.

Begrippen	
acut	in korte tijd ontstaan
anamnese	voorgeschiedenis van een ziekte, klachtenpatroon, klachtenbeloop
apathisch	geestelijke toestand variërend van ongeïnteresseerdheid tot volkomen afwezigheid van gevoel
benzodiazepine	tranquillizer/kalmerend middel, bijvoorbeeld oxazepam of diazepam
cardiaal	het hart betreffend
cerebraal	de hersenen betreffend, verstandelijk
dementie	geestelijke afbraak, met verlies van persoonlijkheid
depressie	gedrukte stemming, somberheid
geriater	specialist die zich bezighoudt met de behandeling van ouderen
haloperidol	medicijn tegen psychose
hyperactief	overactief, onrustig
neuropsychiatrie	geneeskundig specialisme betreffende de neurologische en psychiatrische aandoeningen
obstipatie	verstopping
pneumonie	longontsteking
trauma	letsel, verwonding
retentie	het achterblijven van stoffen die in normale omstandigheden door het lichaam worden uitgescheiden; bij urineretentie kan de patiënt om verschillende redenen niet plassen waardoor de urine in de blaas blijft die daardoor steeds voller wordt
visus	gezichtsvermogen

Dementie

Als hij zijn bloeddruk komt laten controleren, vertelt meneer Van Someren u dat zijn vrouw de laatste tijd zo vergeetachtig is. Zij is zelfs de verjaardag van haar kleindochter vergeten, terwijl ze zo dol op het meisje is. Ze is ook veel stiller geworden en ze doet veel minder in huis dan vroeger. Hij maakt zich zorgen over haar achteruitgang en over de toekomst.

Inleiding

In de NHG-Standaard Dementie worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en begeleiding van patiënten met dementie en hun naasten. Ook wordt in de standaard aandacht besteed aan adviezen met betrekking tot de rijvaardigheid. Tevens worden adviezen gegeven over het omgaan met een wilsverklaring waarin staat dat behandeling achterwege moet blijven en de patiënt de voorkeur geeft aan euthanasie.

Dementie is een aandoening die zich bijna uitsluitend voordoet op oudere leeftijd. Patiënten die aan dementie lijden, hebben last van een verminderde functie van het geheugen en een verminderd vermogen om ingewikkelde handelingen goed uit te voeren.

In een normpraktijk komt dementie voor bij ongeveer 3 van de 1.000 patiënten boven de 65 jaar en bij ongeveer 20 van de 1.000 patiënten boven de 75 jaar. Deze getallen hebben betrekking op thuiswonende patiënten. Bewoners van verzorgingshuizen zijn beduidend vaker dement.

Klachten en achtergronden

Dementie wordt in meer dan de helft van de gevallen veroorzaakt door de ziekte van Alzheimer. Andere mogelijke oorzaken zijn: vaatziekten, de ziekte van Parkinson, inname van veel alcohol of medicijnen, of een vertraagd werkende schildklier. In de meeste gevallen is dementie niet behandelbaar en ligt de nadruk op begeleiding van de patiënt en diens verzorgers.

Patiënten die lijden aan dementie hebben meestal een combinatie van de volgende klachten en/of symptomen.

- Problemen met de geheugenfuncties; de patiënt kan nieuwe informatie niet meer opslaan (inprenting) en zich informatie en gebeurtenissen van vroeger niet meer herinneren (reproductie).
- Problemen die betrekking hebben op aangeleerde vaardigheden:
 - de patiënt kan taal minder goed begrijpen en zich ook moeilijker door middel van taal uitdrukken (afasie);
 - de patiënt is minder goed in staat om ingewikkelde handelingen uit te voeren (apraxie);
 - de patiënt kan personen en voorwerpen niet meer herkennen, ondanks een goede functie van de zintuigen (agnosie);
 - de patiënt is langzamer van begrip geworden en kan complexe taken niet meer uitvoeren, zoals plannen maken of iets organiseren.

Bij dementie raakt het kortetermijngeheugen het eerst gestoord. De huisarts test dit door te

vragen naar oriëntatie in tijd en plaats (Welke dag is het vandaag? en Wat is uw adres?). Ook wordt het vermogen van de patiënt om eenvoudige woorden te onthouden onderzocht. Het langetermijngeheugen, dat in een latere fase van de ziekte ook gestoord raakt, wordt beoordeeld door te vragen naar het verleden (bijvoorbeeld naar het beroep of het aantal kinderen). Sommige patiënten trachten tijdens het onderzoek de schijn op te houden dat er niets aan de hand is (façade), bijvoorbeeld door vragen te ontwijken of antwoorden te verzinnen. Informatie van de partner/verzorger kan dan een waardevolle aanvulling vormen.

Bij het onderzoek naar signalen van dementie kan de huisarts gebruikmaken van de Observatielijst voor vroege symptomen van dementie (OLD, zie figuur 1). Om geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen te testen kan de huisarts de mini-mental state examination (MMSE, zie figuur 2) gebruiken.

Beleid

Als er een vermoeden is van dementie, zal de huisarts proberen meer helderheid te krijgen over de mogelijke oorzaak van de geheugenproblemen. Hierbij kan worden gedacht aan bijkomende aandoeningen, gebruik van alcohol en geneesmiddelen, signalen van depressie en recente emotionele gebeurtenissen. Het lichamelijk en laboratoriumonderzoek zijn gericht op het opsporen van mogelijke oorzaken.

Ook zal de huisarts een inschatting maken van de mate van hulpbehoefte van de patiënt en eventueel van de mogelijkheden van degene die de patiënt verzorgt (centrale verzorger) en anderen die daarbij behulpzaam zijn (mantelzorg). Storend gedrag van de patiënt, zoals weglopen, nachtelijke onrust of agressie, maar ook incontinentie en verwaarlozing van zichzelf, kan voor een forse belasting zorgen. Een huisbezoek kan zinvolle extra informatie opleveren.

De hulp aan de patiënt en diens eventuele verzorger(s) wordt afgestemd op de zorgbe-

hoefte van de patiënt en de mogelijkheden van de verzorger(s). Vormen van eventuele ondersteuning zijn: dagopvang in een verzorgingshuis, maaltijdvoorziening, gespecialiseerde gezinsverzorging, dagbehandeling in een verpleeghuis en, als de patiënt verpleegbehoefte is, opname in een verpleeghuis.

Er bestaan nog geen geneesmiddelen die leiden tot genezing of minder snelle achteruitgang bij de ziekte van Alzheimer. Wel kan de huisarts medicatie voorschrijven bij nachtelijke onrust en bijvoorbeeld hallucinaties. Bij dementie ten gevolge van vaatlijden is het zinvol te proberen verdere achteruitgang te voorkomen. Dit kan door de risicofactoren voor hart- en vaatziekten zo goed mogelijk te behandelen en aspirine voor te schrijven (net als bij een TIA).

Soms wordt de huisarts gevraagd advies te geven over de rijvaardigheid van de patiënt. Bij beginnende dementie kan de huisarts specialistisch onderzoek of een rijtest adviseren. Als de diagnose 'dementie' is gesteld, is de patiënt niet meer in staat om aan het verkeer deel te nemen.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts bespreekt de diagnose met de patiënt en diens naasten. Hij legt uit dat dementie een aandoening is die geleidelijk erger wordt en bereidt de naasten voor op te verwachten problemen als gevolg van toenemend functieverlies en op gedragsstoornissen. De volgende adviezen kunnen worden gegeven:

- laat de patiënt in zijn waarde, wees vooral gericht op de beleving van de patiënt;
- houd de ziekte niet voor de omgeving verborgen, omdat dit tot onnodig isolement kan leiden;
- regel tijdig de financiële en immateriële belangen van de patiënt, bij voorkeur als de patiënt nog in staat is om beslissingen te nemen;
- neem eventueel deel aan gespreksgroepen voor verzorgers van patiënten met dementie; de huisarts stelt de familie en verzor-

gers van de plaatselijke situatie op de hoogte; eventueel kan ter ondersteuning een instelling voor ggz (bijvoorbeeld maatschappelijk werk) worden ingeschakeld.

Meer praktisch gerichte adviezen zijn: oogcontact maken, korte zinnen gebruiken, samen activiteiten ondernemen waardoor iemand zich nuttig kan voelen en verbonden met de ander, herinneringen ophalen aan de hand van fotoboeken en dergelijke.

U kunt een rol hebben bij het signaleren van beperkingen in het functioneren van de patiënt, en van een eventuele verstoring in de verhouding tussen belasting (draaglast) en draagkracht van de naasten en verzorgers van de dementerende patiënt.

Ook kunt u verzorgers die vragen hebben over begeleiding van de patiënt of over henzelf, van informatie voorzien. U kunt hen bijvoorbeeld verwijzen naar de ggz waar men gespreksgroepen voor mantelzorg heeft opgezet.

De praktijkondersteuner kan bijvoorbeeld worden ingeschakeld om bij de patiënt de OLD of MMSE af te nemen. Zie hiervoor de NHG-Praktijkhandleiding GGZ.

Er zijn drie NHG-Patiëntenbrieven over dementie. Verder is er een Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen beschikbaar.

Begrippen	
cognitie	verstandelijke vermogens (vermogen om te kennen of te weten); ook het opnemen of verwerken van kennis: waarnemen, denken, taal, bewustzijn, geheugen, aandacht, concentratie en praktische vaardigheden
euthanasie	letterlijk: sterven zonder lijden; wordt gebruikt voor het verlichten of verhaasten van de dood bij ondraaglijk lijden
ggz	geestelijke gezondheidszorg
OLD	observatielijst voor vroege symptomen van dementie
MMSE	mini-mental state examination: test om geheugenstoornissen en andere cognitieve stoornissen te meten
wilsverklaring	schriftelijke verklaring over het uitvoeren of juist achterwege laten van medische handeling(en)

Observatielijst voor vroege symptomen van dementie (OLD)				
Op deze observatielijst worden de genoemde symptomen door de onderzoeker als volgt gescoord: A = ja; B = twijfelachtig; C = nee; D = was niet na te gaan. Per kenmerk moet één antwoord (A, B, C of D) worden gekozen.				
Hoofdaspect	Symptomen	Observatie	Hints	
<i>Cognitie</i>				
– Vergeetachtigheid	1 Vergeet steeds welke dag het is	A B C D	Wanneer kwam u voor het laatst? Waarom bent u de laatste keer gekomen? Sleutelvraag: Hoe gaat het met u (of uw partner, kinderen enz.)?	
		2 Vergeet regelmatig gebeurtenissen die kort geleden gebeurd zijn		A B C D
– Herhaling	3 Kan recent gehoorde verhalen of mededelingen niet meer navertellen	A B C D		
	4 Valt vaak in herhalingen zonder het zelf door te hebben	A B C D		
– Taal	5 Vertelt tijdens een gesprek regelmatig hetzelfde verhaal	A B C D		
	6 Kan regelmatig niet op bepaalde woorden komen	A B C D		Observatie tijdens gesprek
	7 Verliest snel de draad van een verhaal	A B C D		
– Begrip	8 Aan het antwoord is te merken dat de vraag niet begrepen is	A B C D		Observatie tijdens gesprek
	9 Heeft meer moeite om een gesprek te begrijpen	A B C D		
<i>ADL</i>				
– Oriëntatie	10 Haalt tijden door elkaar	A B C D		
– Gedrag	11 Verzint uitvluchten	A B C D		
– Façadevorming	12 Toename afhankelijk gedrag in vergelijking met vroeger	A B C D	Denk aan 'opzij kijken'	
– Afhankelijkheid				
<i>Interpretatie:</i> Een score van vier of meer keer 'ja' (score A) is een aanwijzing voor beginnende dementie en is een reden voor verder onderzoek naar geheugenstoornissen, overige cognitieve stoornissen en het dagelijks functioneren. Bij een score van drie of minder keer 'ja' heeft het zin de OLD binnen zes maanden te herhalen. Als er geen enkele positieve score is, is er geen reden aan dementie te denken.				

Figuur 1 Observatielijst voor vroege symptomen van dementie (OLD).

Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination (MMSE)	
<i>Inleiding:</i> Ik ga u nu enkele vragen stellen en laat u enkele problemen oplossen. Wilt u alstublieft uw best doen zo goed mogelijke antwoorden te geven?	
1 a Welk jaar is het? b Welk seizoen is het? c Welke maand van het jaar is het? d Wat is de datum vandaag? e Welke dag van de week is het?	Score (0-5)
2 a In welke provincie zijn we nu? b In welke plaats zijn we nu? c In welke instelling / waar zijn we nu? d Wat is de naam van de straat (of van de afdeling)? e Op welke verdieping zijn we nu/welk huisnummer?	Score (0-5)
3 Ik noem drie voorwerpen. Wilt u die herhalen nadat ik ze alle drie gezegd heb? Onthoud ze, want ik vraag u ze over enkele minuten opnieuw te noemen. <i>(Noem appel, sleutel, tafel; neem 1 seconde per woord. Maximaal vijfmaal herhalen.)</i>	Score (0-3)
4 Wilt u van 100 7 aftrekken en van wat overblijft weer 7 aftrekken en zo doorgaan tot ik stop zeg? <i>(Laat vijf aftrekkingen maken en geef maximaal 1 minuut de tijd. Score per goed antwoord.)</i> Of: Wilt u het woord 'worst' achterstevoren spellen? <i>(Score per goede letter.)</i>	Score (0-5)
5 Wilt u nogmaals de drie voorwerpen noemen die zojuist al genoemd zijn? <i>(Score één punt per goed antwoord.)</i>	Score (0-3)
6 Wat is dit? Wat is dat? <i>(Wijs een pen en een horloge aan. Eén punt per goed antwoord.)</i>	Score (0-2)
7 Wilt u de volgende zin herhalen: 'Nu eens dit en dan weer dat'. <i>(Eén punt als de complete zin goed is.)</i>	Score (0-1)
8 Wilt u deze woorden lezen en dan doen wat er staat? <i>(Papier met daarop in grote letters: 'Sluit uw ogen'.)</i>	Score (0-1)
9 Wilt u dit papiertje pakken met uw rechterhand, het dubbelvouwen en het op uw schoot leggen? <i>(Eén punt voor iedere goede handeling.)</i>	Score (0-3)
10 Wilt u voor mij een volledige zin opschrijven op dit stuk papier? <i>(Eén punt wanneer de zin een onderwerp, gezegde en betekenis heeft.)</i>	Score (0-1)
11 Wilt u deze figuur natekenen? <i>(Twee vijfhoeken, die elkaar overlappen, zodat een vierhoek tussen de vijfhoeken overblijft. Score 1 punt.)</i>	Score (0-1)
Totale testscore (0-30)	
<i>Interpretatie:</i> De score wordt beïnvloed door factoren zoals leeftijd en opleidingsniveau. Gemiddeld genomen correspondeert een MMSE-score van 18 punten of lager met ernstige cognitieve stoornissen. Een MMSE-score van 28 punten of hoger correspondeert met goed cognitief functioneren. Is er onvoldoende duidelijkheid over de aan- of afwezigheid van cognitieve stoornissen, dan verdient het aanbeveling de MMSE-score te volgen in de tijd. Het is niet de bedoeling aan de hand van de MMSE een absolute uitspraak te doen over het al of niet aanwezig zijn van de ziekte dementie. Het dagelijks functioneren moet immers ook in ogenschouw worden genomen.	

Figuur 2 Gestandaardiseerde Mini-Mental State Examination (MMSE).

Depressieve stoornis (depressie)

Mevrouw Dessing, 35 jaar, maakt de laatste tijd vaak afspraken bij de huisarts. Ze is somber, klagerig en moe. Ze is ook snel ongerust over haar kinderen, een dochtertje van 6 en een zoontje van 9 jaar oud. Ze ziet overal de negatieve kant van. Ook is ze snel bang, denkt altijd meteen het ergste. Als u haar aan de lijn heeft, vraagt ze soms om slaatabletten. Die heeft ze een paar jaar terug ook eens gehad toen haar moeder overleed. Nadat u de telefoon heeft neergelegd, zegt u tegen uw collega: ‘Mevrouw Dessing heeft niet veel plezier in haar leven!’

Inleiding

Depressieve patiënten lopen er niet mee te koop dat ze een depressie hebben. Vaak herkennen ze een depressie ook niet bij zichzelf. Per normpraktijk zijn er 120 tot 250 depressieve mensen; ongeveer 25 van hen zijn bij de huisarts bekend. Door de aard van de ziekte komt de patiënt vaak geen hulp zoeken voor de depressie. Wel zijn er veel klachten. In het algemeen bezoeken depressieve patiënten geregeld het spreekuur van de huisarts met meer of minder vage klachten, zonder dat direct duidelijk is dat er sprake is van een depressie. Klachten zijn dan: aanhoudende moeheid, chronische pijn, slapeloosheid, nervositeit, angst- en paniekaanvallen. Al deze verschijnselen kunnen een signaal zijn van een depressie. Maar het allerbelangrijkste is toch dat de patiënt klaagt over een sombere stemming en een sombere indruk maakt. Dat kan te

herkennen zijn aan de lichaamstaal: traag bewegen, weinig oogcontact en een eentonige stem.

Klachten en achtergronden

Een sombere stemming is een normale reactie op teleurstelling of verlies. De stemmingsdaling is dan van voorbijgaande aard. Bij een depressie is sprake van een aanhoudende, continue depressieve stemming.

Verscheidene factoren kunnen aanleiding zijn tot een depressieve stoornis, bijvoorbeeld:

- ernstige lichamelijke ziekten en sommige medicijnen, zoals corticosteroiden;
- ingrijpende levensgebeurtenissen, zoals scheiding of de dood van een naaste;
- maatschappelijke problemen of gebrek aan sociale steun.

Depressieve stoornissen komen vaker voor bij vrouwen. Dat heeft mogelijk te maken met biologische factoren. Ook kunnen sociale situaties en rolpatronen die kenmerkend zijn voor vrouwen, een rol spelen. Soms krijgen vrouwen na een bevalling een postpartumdepressie. Wanneer daarbij ook sprake is van een psychose, bestaat het risico dat de moeder zelfmoord pleegt of lichamelijk geweld gebruikt tegen de baby.

Bij een depressie komen twee belangrijke klachten voor: een sombere stemming en verlies van interesse of plezier. Minstens één van die twee klachten moet nagenoeg dagelijks gedurende minstens veertien dagen aanwezig zijn voordat van een depressie sprake is.

De volgende vragen kunnen worden gesteld om vast te stellen of de symptomen aanwezig zijn.

- Bent u de laatste tijd somber of zit u in de put?
- Vinden anderen u de laatste tijd zwaar op de hand?
- Kunt u niet meer genieten van de gewone dingen in het leven?

Als een van die vragen bevestigend wordt beantwoord, kan verder worden nagegaan of er inderdaad sprake is van een depressie. Andere symptomen die de ernst van de depressie bepalen, zijn: besluiteloosheid, concentratieproblemen, schuldgevoelens, zich waardeloos voelen, druk en prikkelbaar zijn of juist stil zijn en nergens toe komen, moeheid, energieverlies, slaapproblemen (te veel of te weinig slapen), verandering van eetlust en gewicht, en veel denken over doodgaan of zelfmoord. Deze symptomen zijn niet altijd allemaal aanwezig. De aanwezigheid van deze symptomen bepaalt de ernst van de depressie. Een depressie gaat vaak vergezeld van angst- of paniekaanvallen.

Vaak presenteert een patiënt met een depressieve stoornis andere klachten, zoals:

- aanhoudende moeheid of klachten zonder lichamelijke oorzaak;
- chronische pijn;
- nervositeit, slapeloosheid of verzoek om slaap- en kalmerende middelen.

Ook bij patiënten die vaak op het spreekuur komen met iedere keer een andere klacht, moet aan de mogelijkheid van een depressie worden gedacht.

Patiënten noemen zichzelf vaak overspannen. Met het woord overspannen kan echter van alles worden bedoeld. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk dat er te weinig symptomen aanwezig zijn om de diagnose depressie te stellen. Dit wordt door huisartsen dan vaak 'surmenage' genoemd.

In andere situaties komen klachten voor die lijken op die van een depressie, maar het fei-

telijk niet zijn, zoals bij hyperventilatie, stress, fobieën en angsten.

Beleid

Er zijn twee soorten therapieën bij depressie. De ene bestaat uit het voorschrijven van geneesmiddelen, de zogeheten antidepressiva. De andere bestaat uit begeleiding (begeleiding in ruime zin, waaronder sommige vormen van psychotherapie). De beslissing om antidepressiva voor te schrijven is afhankelijk van de mate waarin de patiënt onder de depressie lijdt, de duur van de depressie en de voorkeur van de patiënt.

De geneesmiddelen die bij depressie worden voorgeschreven, worden ingedeeld in een aantal groepen. De huisarts kan een middel voorschrijven uit de groep 'klassieke antidepressiva', ook wel de tricyclische middelen genoemd (bijvoorbeeld amitriptyline), of een middel uit de groep SSRI's (bijvoorbeeld paroxetine of fluoxetine).

Antidepressiva zijn een ander soort middelen dan kalmeringsmiddelen. Kalmeringsmiddelen kunnen bij een depressie averechts werken. Soms worden ze in het begin van een depressie wel tijdelijk gebruikt, maar dan vaak samen met een antidepressivum.

Het duurt enige tijd voordat antidepressieve geneesmiddelen effect hebben, namelijk twee tot vier weken. Ook hebben de middelen in het begin vaak bijwerkingen, die binnen enkele dagen tot weken verdwijnen. Bijwerkingen zijn: een droge mond, slaperigheid, duizeligheid, hartkloppingen, moeilijk kunnen plas-sen, maag-darmklachten en misselijkheid. Meestal vallen de bijwerkingen mee, maar het gebeurt toch regelmatig dat een therapie vanwege de bijwerkingen wordt gestopt.

Antidepressiva zijn effectief en geven goede resultaten. De geneesmiddelen moeten langdurig worden gebruikt. Het advies is om ze tot zes maanden na verbetering van de klachten te blijven innemen; een gebruik van negen maanden of langer is normaal.

Na vier tot zes weken komt de patiënt ter

controle om het effect van de medicatie en de eventuele bijwerkingen te beoordelen.

De huisarts biedt ter begeleiding ondersteunende contacten aan. Het doel hiervan is dat de patiënt meer zicht krijgt op zijn huidige toestand en dat hem mogelijkheden voor herstel worden geboden.

In de volgende gevallen kan de patiënt worden verwezen voor psychotherapie (gedragstherapie):

- als de patiënt zelf aangeeft naar een psychotherapeut te willen;
- bij onvoldoende effect van begeleiding en behandeling door de huisarts.

In geval van onacceptabele bijwerkingen van antidepressiva, ernstige psychosociale stoornissen en persoonlijkheidsstoornissen die het herstel belemmeren wordt de patiënt verwezen naar een psychiater.

De begeleiding van een depressieve patiënt is gericht op herstel, waarbij meestal slechts stapje voor stapje vooruitgang kan worden geboekt. Depressieve patiënten zijn vaak geneigd zich terug te trekken. Om dat tegen te gaan worden regelmatige vervolcontacten afgesproken. Het beloop van de ziekte wordt dan besproken en er wordt geprobeerd samen met de patiënt kortetermijndoelen – kleine haalbare stapjes in de goede richting – vast te stellen, die in een volgend consult worden besproken en verder uitgebreid. De patiënt wordt op een positieve wijze gecompimenteerd, in de hoop op die manier een verdere uitbreiding van de activiteiten te bewerkstelligen. Langdurige psychotherapie of zoeken naar één specifieke oorzaak wordt tegenwoordig afgeraden. Het zoeken naar oorzaken in de vroege jeugd, wat patiënten vaak verwachten, is tegenwoordig niet meer aan de orde. Gedragstherapie is wel een effectieve

therapie, maar kan meestal niet in de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd. Van belang kan zijn de depressieve patiënt te wijzen op het bestaan van zelfhulpgroepen en cursussen over het omgaan met depressieve klachten.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat een depressieve stoornis een vaak voorkomende aandoening is. Een depressieve stoornis kan worden beschouwd als een ziekte.

Depressieve patiënten voelen zich vaak schuldig dat ze depressief zijn. Die schuldgevoelens blokkeren weer het zoeken van hulp. Uitleg dat depressie een echte ziekte is, waaraan wat valt te doen, kan de patiënt motiveren hulp te zoeken en de vicieuze cirkel – van in de put zitten en nergens toe komen – te doorbreken. De depressieve patiënt wordt geadviseerd niet te veel eisen aan zichzelf te stellen om teleurstellingen te voorkomen. Vaak krijgt de patiënt het goedbedoelde advies op vakantie te gaan om zich te ontspannen. Maar juist de hoge eisen die een vakantie stelt, zoals het ontdekken van nieuwe bestemmingen en het verblijf in een vreemde omgeving, zullen de teleurstellingen vaak alleen maar vergroten. Van belang is dat men zich op het heden richt en kortetermijndoelen vaststelt en uitvoert. Op die manier heeft de depressie vaak een gunstig beloop, ook al kost het soms enige tijd.

U kunt een rol spelen bij het signaleren van klachten van patiënten die kunnen wijzen op een depressie. Daarnaast kunt u patiënten motiveren om hulp te zoeken.

Over depressie zijn twee NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Begrippen	
corticosteroïden	ontstekingsremmende medicijnen, op basis van bijnierschors hormoon
fobie	hevige angst voor een bepaalde situatie, bijvoorbeeld angst voor een kleine ruimte (claustrofobie) of angst om besmet te raken (smetvrees)
gedragstherapie	methode van directieve psychotherapie
hyperventilatie	versnelde en soms verdiepte ademhaling als gevolg van angst of spanning; hierdoor stijgt de concentratie zuurstof en daalt de concentratie koolzuur in het bloed; dit veroorzaakt een aantal onaangename verschijnselen: benauwd gevoel, kortademigheid, pijn op de borst, tintelingen, duizeligheid en angst om dood te gaan
klassieke antidepressiva	medicamenten tegen depressies die al jaren bekend zijn en voorgeschreven worden
postpartumdepressie	depressieve stoornis na de bevalling
psychose	ernstige geestesziekte waarbij de controle over zichzelf, het gedrag en het handelen gestoord is en geen reëel contact met de omringende werkelijkheid mogelijk is
psychotherapie	behandeling van psychische afwijkingen volgens bepaalde technieken en door speciaal opgeleide therapeuten
SSRI's	selectieve serotonine heropnameremmers (ook wel de tweede generatie antidepressiva genoemd)
stress	fysieke of psychische reacties op omstandigheden die een belasting vormen voor de mens
surmenage	overspannenheid, overwerkt-zijn
tricyclische middelen	eerste generatie antidepressiva, de 'klassieke' antidepressiva, bijvoorbeeld amitriptyline

Dermatomycosen

Josien Bakker, 24 jaar, belt naar de huisartsenpraktijk. ‘Ik heb op tv gezien dat er iets bestaat tegen schimmelnagels, een kuurtje met pillen of zoiets,’ zegt ze, ‘kan ik dat ook krijgen? Ik lak nu mijn teennagels regelmatig maar eigenlijk wil ik er gewoon vanaf, ik vind schimmelnagels zó lelijk.’

U zegt dat een behandeling met pillen – als het echt schimmelnagels zijn – nadelen heeft. ‘Daar wil ik meer informatie over,’ zegt Josien. ‘Kan ik eens langskomen op het spreekuur?’

Inleiding

De NHG-Standaard Dermatomycosen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij schimmelinfecties van huid, haren en nagels.

De huisarts ziet veel patiënten met een schimmelinfectie. Een normpraktijk telt ongeveer 75 patiënten met een dermatomycose per jaar. Bij kinderen tussen 5 en 14 jaar wordt de diagnose het minst vaak gesteld.

In bijna de helft van de gevallen gaat het om een schimmelinfectie aan de voeten. Ongeveer 3% van de patiënten met een dermatomycose heeft één of meer schimmelnagels.

De huisarts kan bijna alle dermatomycosen zelf behandelen.

Klachten en achtergronden

Dermatomycosen worden veroorzaakt door schimmels of gisten. Iedereen heeft schim-

mels en gisten op de huid. Alleen als de schimmels of gisten zichtbare huidafwijkingen veroorzaken, spreken we van dermatomycosen.

Over het algemeen vormt de huid een barrière tegen de ingroei van schimmels en gisten, onder andere door de afschilfering van huidcellen en de productie van vetzuren. Soms werkt deze barrière niet goed, bijvoorbeeld als de huid is beschadigd door langdurig contact met water of door afsluitend schoeisel.

Schimmels of gisten krijgen dan de kans in de hoornlaag van de huid te groeien; zo kan een oppervlakkige dermatomycose ontstaan. Van de gisten die een dermatomycose kunnen veroorzaken is *Candida* de bekendste.

De aandoening kan ook worden overgebracht door lichamelijk contact met huis- of klasgenoten met een dermatomycose of (huis)dieren met een dermatomycose. Ook kunnen er schimmels en gisten voorkomen op de vloeren van ruimtes waar veel (ontklede) mensen komen. Doucheruimtes en zwembaden zijn dan ook beruchte besmettingsbronnen. Het zogeheten ‘zwemmerseczeem’ is eigenlijk een schimmelinfectie.

Afhankelijk van de verwekker en de afweerreactie van het lichaam zijn dermatomycosen aan de volgende kenmerken te herkennen:

- schilferende, grijswitte of rode plekken – al dan niet met korstjes, loszittende of afgebroken haren – vooral op de behaarde (hoofd)huid;
- hevig jeukende, rode en schilferende plekken, al dan niet met afwijkende pigmentatie;

- felrode, nattende, scherpbegrenste plekken met satellietvorming ('eilandjes voor de kust'), met name in het luiergebied;
- rode schilferende plekken met kloofjes, blaasjes en pustels tussen de vingers en de tenen.

Soms is er sprake van roodheid en schilfering aan grote delen van de voetzolen en de voetranden ('mocassinpatroon').

Schimmelnagels kunnen verdikt zijn en witgeel tot bruin verkleurd.

Pityriasis versicolor wordt veroorzaakt door een gist, *Malassezia furfur*. Deze gistinfectie blokkeert de werking van de pigmentcellen. Typisch voor *pityriasis versicolor* zijn dan ook de één tot enkele centimeters grote vlekken met afwijkende pigmentatie (meestal lichte plekken op een donkere en donkere plekken op een lichte huid). Aan de rand van de vlekken is een heel fijne schilfering te zien.

Schimmelnagels ontstaan doordat schimmels of gisten via de nagelranden in de nagels groeien. Zij dringen binnen in het tamelijk zachte keratine, dat onder het veel hardere keratine van de nagelplaat ligt. Op den duur kunnen de nagels dikker worden en zelfs loslaten. Een schimmelnagel geneest bijna nooit spontaan. Als een schimmelinfectie zich heeft uitgebreid tot onder de hoornlaag van de huid, is er sprake van een *diepe mycose*. Meestal is de schimmel dan in de follikels gegroeid. Diepe mycosen komen vooral voor op het behaarde hoofd, in de baardstreek of op de onderarmen en de handruggen. Zij worden vaak veroorzaakt door dieren met een schimmelinfectie.

Patiënten met een verminderde afweer door bijvoorbeeld een hiv-infectie of het gebruik van cytostatica of corticosteroiden hebben een hoger risico op dermatomycosen. Ook bij ouderen en patiënten met diabetes mellitus lijken dermatomycosen vaker voor te komen. Waarschijnlijk hebben patiënten met chronische veneuze insufficiëntie en perifeer arterieel vaatlijden vaker dermatomycosen op de benen.

Mykide

Een dermatomycose kan een zogeheten 'ide-reactie' opwekken: in dit geval een *mykide*. Dat is een overgevoeligheidsreactie op een dermatomycose elders in het lichaam. Deze overgevoeligheidsreactie uit zich meestal in pukkeltjes en blaasjes aan de zijkanten van de vingers en in de handpalmen. Als de dermatomycose geneest, verdwijnt ook de *mykide* zonder verdere behandeling.

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Bij het vermoeden van een dermatomycose onderzoekt de huisarts de aangedane plekken). Hij vraagt of de patiënt jeuk of pijn heeft, hoeveel last hij heeft van de klachten, of er ook huidafwijkingen elders op het lichaam zijn en of hij contact heeft gehad met een huisdier dat een huidafwijking heeft. Ook vraagt hij of de patiënt de klachten eerder heeft gehad, hoe het beloop was en of hij heeft geprobeerd de afwijking zelf te behandelen met een vrij verkrijgbaar antischimmelmiddel.

Meestal stelt de huisarts de diagnose door de aangedane huiddelen goed te bekijken. Als hij niet zeker is van de diagnose, kan hij of de praktijkassistente een KOH-preparaat maken (zie kader: Uitvoering van het KOH-onderzoek).

Het onderzoek van een KOH-preparaat heeft een positieve uitslag als er schimmeldraden of schimmelsporen worden aangetroffen. Een negatieve uitslag wil niet zeggen dat de patiënt geen dermatomycose heeft. Indien de huisarts overweegt medicijnen voor te schrijven, wordt het onderzoek herhaald of er wordt een kweek gemaakt.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Aan patiënten met *Candida* aan voeten, handen of lichaamsplooiën vertelt de huisarts dat deze infectie meestal een onschuldige karakter heeft. Hij adviseert om warmte, vocht en wrijving te voorkomen en om, afhankelijk van de plaats van de infectie, katoenen ondergoed of sokken te dragen. Hij raadt de patiënt aan om

in gemeenschappelijke doucheruimtes ruimzittende kleding en badslippers te dragen.

MEDICAMENTEUS BELEID

Een dermatomycose aan voeten en handen (bijvoorbeeld tussen de vingers) of elders wordt over het algemeen behandeld met een antischimmelcrème zoals miconazol. De crème moet tot ongeveer 2 cm buiten het aangedane huidgedeelte worden aangebracht. Vroeger schreef de huisarts combinatiepreparaten van antischimmelstoffen en corticosteroiden voor; gedacht werd dat de ontstekingsverschijnselen (jeuk en zwelling) dan eerder zouden afnemen. Tegenwoordig gebeurt dit niet meer. Corticosteroiden kunnen veel bijwerkingen hebben, terwijl hun meerwaarde niet bewezen is.

Het kan geen kwaad om de behandeling te herhalen. Als de behandeling ook op den duur niet lijkt te helpen, kan worden overgestapt op een andere crème.

Pytiasis versicolor wordt behandeld met seleniumsulfideshampoo 2,5%. De patiënt brengt de shampoo eenmalig met een washandje over het gehele lichaam aan behalve rond de ogen (of hij vraagt iemand anders dit te doen). Hij doet dit voor het slapengaan en spoelt de shampoo 's ochtends weer af.

Als er maar een paar aangedane plekken zijn, wordt de shampoo alleen dáár aangebracht en na tien minuten weer afgespoeld; dit moet zeven dagen worden volgehouden.

Schimmelnagels hoeven niet te worden behandeld. Eventueel kan de patiënt de (verdikte) nagels bijvijlen of bewerken met een puimsteentje. Schimmelnagels zijn niet mooi om te zien; nagellak kan dat verhelpen. Antischimmelcrèmes zijn niet werkzaam bij schimmelnagels.

Orale antischimmelmiddelen (pillen) werken wel, maar kunnen bijwerkingen hebben zoals leverschade (in zeldzame gevallen). Deze

middelen mogen daarom niet worden voorgeschreven aan patiënten die al een leveraandoening hebben.

Ook kunnen orale antischimmelmiddelen de werking van andere medicijnen verstoren, bijvoorbeeld van tricyclische antidepressiva, digoxine of bloedverdünnende middelen. Statines mogen niet worden gebruikt in combinatie met het orale antischimmelmiddel itraconazol. Vrouwen die zwanger zijn of borstvoeding geven, mogen deze middelen evenmin gebruiken.

Als na zorgvuldige afweging door huisarts en patiënt toch voor deze middelen wordt gekozen, schrijft de huisarts terbinafine of itraconazol voor gedurende drie maanden. Daarna wordt het resultaat afgewacht. Als de schimmelnagels na een jaar niet voldoende zijn opgeknapt, kan een nieuwe kuur worden overwogen met hetzelfde middel.

Een patiënt met *diepe dermatomycose* wordt behandeld met orale antischimmelmiddelen gedurende één maand. Bij onvoldoende herstel wordt de behandeling langer voortgezet.

Als een besmet huisdier de oorzaak was, adviseert de huisarts het dier door een dierenarts te laten behandelen.

Ook bij *voetschimmel met moccasinpatroon* schrijft de huisarts orale antischimmelmiddelen (terbinafine) voor gedurende twee weken. Bij deze vorm van voetschimmel is de hoornlaag van de huid vaak zo verdikt dat een antischimmelcrème niet voldoende werkt.

VERWIJZEN

Verwijzen naar de specialist is zelden noodzakelijk, want de huisarts kan dermatomycosen bijna altijd zelf behandelen. Alleen bij twijfel over de aandoening of als de aandoening niet opknapt ondanks goede therapietrouw en een eventueel verlengde behandeling, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de dermatoloog.

Uw voornaamste taak bij patiënten met dermatomycosen is het geven van voorlichting over de aandoening en het geven van adviezen, bijvoorbeeld over de preventie van dermatomycosen aan handen en voeten. Ook kan het uw taak zijn het KOH-preparaat te maken en te onderzoeken op schimmeldraden of -sporen
Het NHG heeft zes patiëntenbrieven uitgegeven over dermatomycosen.

Uitvoering van het KOH-onderzoek

- Maak de aangetaste huid of nagel schoon met alcohol of aceton.
- Verzamel huidmateriaal op de grens van ziek en gezond weefsel. Neem bij blaasjes het blaardakje. Trek haren uit die in het midden van de aangedane plek groeien. Neem bij nagels een nagelmonster (over de gehele dikte) en neem materiaal weg onder de nagelplaat op de grens van gezond en aangetast weefsel.
- Knip het verzamelde materiaal zo nodig in kleine stukjes.
- Meng het materiaal op een objectglaasje met een druppeltje kaliumhydroxide (KOH) 30% en dek het af met een afdekglasje; een druppeltje vulpeninkt kan het contrast verhogen.
- Het oplossen wordt bespoedigd door het mengsel voorzichtig te verwarmen boven een vlammetje. De vloeistof mag niet koken!
- Bewaar het objectglaasje in een afgesloten petrischaaltje samen met een vochtig verbandgaasje of vochtige watten.
- Bekijk de huidschilfers na vijftien tot dertig minuten, de haren of het nagelmateriaal na één tot twee uur onder een microscoop (vergroting 100 x en 400 x). Als u schimmeldraden of -sporen aantreft is de uitslag van het onderzoek positief. Een negatieve uitslag wil niet zeggen dat er geen sprake is van een dermatomycose.

Begrippen

corticosteroiden	bijnierschors hormonen met ontstekingsremmende werking
cytostatica	medicijnen die de celdeling remmen
digoxine	medicijn tegen chronisch hartfalen en hartritmestoornissen
follikel	haarzakje
keratine	taai, onoplosbaar eiwit in de buitenlaag van de huid bij mensen en vele dieren; maakt de huid taai en waterafstotend
statine	cholesterolverlagend medicijn
tricyclische antidepressiva	'klassieke' antidepressiva zoals amitriptyline

Diabetes mellitus type 2

U heeft bij mevrouw Ten Wolde het bloedsuikergehalte bepaald. Dat is nog steeds wat aan de hoge kant (13 mmol/l). Zelf maakt ze zich er niet zo druk over, want ze heeft helemaal geen klachten. Het zal dus wel meevallen met die suiker, zegt ze.

De huisarts had u gevraagd een afspraak voor haar te maken als de glucosewaarde nog steeds te hoog zou zijn. Dat zegt u tegen haar. Mevrouw wil weten wat de reden is voor de afspraak. Hier haakt u op in door algemene voorlichting te geven over de mogelijke complicaties van diabetes en het belang van een goed controlebeleid.

Inleiding

In de NHG-Standaard Diabetes mellitus type 2 worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassenen met deze ziekte in de huisartsenpraktijk. Opsporing en behandeling van patiënten met diabetes mellitus type 2 zijn erop gericht de complicaties die bij diabetes kunnen optreden, te voorkomen.

In Nederland werd in 2003 bij ongeveer 600.000 mensen diabetes mellitus vastgesteld. In een normpraktijk wordt de diagnose diabetes mellitus type 1 of 2 gesteld bij ongeveer 10 nieuwe patiënten per jaar. Dit aantal is een gemiddelde en stijgt met de leeftijd. Bij mensen van Marokkaanse, Turkse en Surinaamse afkomst komt de ziekte ongeveer twee- tot

viermaal zo vaak voor en bij Hindoestanen nog vaker.

Klachten en achtergronden

Diabetes mellitus type 2 is een ziekte waarbij de glucosespiegel in het bloed is verhoogd. Deze verhoogde glucosespiegel wordt veroorzaakt doordat de alvleesklier te weinig insuline aanmaakt. Bovendien zijn bij deze aandoening de organen (spieren, lever enzovoort) minder gevoelig voor insuline.

Bij diabetes mellitus kunnen allerlei complicaties ontstaan, bijvoorbeeld hart- en vaatziekten, netvlies-, nier- en zenuwbeschadiging en doorbloedingsstoornissen van de voeten door beschadiging van de kleinere bloedvaten. Behandeling van de diabetes verlaagt het risico op complicaties.

Het is belangrijk dat de zorg voor diabetespatiënten goed is georganiseerd. Huisarts, praktijkondersteuner en -assistente, eventueel diëtist, diabetesverpleegkundige, podotherapeut of internist werken samen bij de zorg voor patiënten met diabetes. In samenwerking met de patiënt geven zij vorm aan een goede begeleiding.

OPSPORING

Het bloedglucosegehalte wordt bepaald bij mensen met klachten die passen bij diabetes mellitus type 2: dorst, afvallen, veel drinken, jeuk, gevoelsstoornissen en zenuwpijnen.

Omdat niet alle mensen met diabetes klachten hebben, is het raadzaam te proberen ook die patiënten op te sporen. Daarom dient eens in de drie jaar het bloedglucosegehalte te worden

bepaald bij personen boven de 45 jaar met een verhoogd risico op diabetes. Dit zijn onder anderen personen met:

- diabetes mellitus type 2 in de familie (ouders, broers of zussen);
- hoge bloeddruk;
- hart- en vaatziekten;
- vetstofwisselingsstoornissen;
- zwangerschapsdiabetes;
- fors overgewicht.

Ook bij mensen van Turkse, Marokkaanse of Surinaamse afkomst boven de 45 jaar wordt eens in de drie jaar de bloedglucosewaarde bepaald. Bij Hindoestanen gebeurt dat vanaf 35 jaar.

DIAGNOSE STELLEN

De bloedglucosewaarde kan het best ‘nuchter’ worden bepaald, dat wil zeggen dat de patiënt minstens acht uur geen calorieën heeft binnengekregen. De diagnose diabetes mellitus mag worden gesteld als op twee verschillende dagen glucosewaarden boven de 6,0 mmol/l in capillair volbloed en boven de 6,9 mmol/l in veneus plasma worden gemeten. Ook als een (niet-nuchtere) glucosewaarde van 11,0 mmol/l of hoger wordt aangetroffen en de patiënt klachten heeft passend bij diabetes mellitus, mag de diagnose worden gesteld.

RISICO-INVENTARISATIE

Als de diagnose vaststaat, worden de gezondheidsrisico's in kaart gebracht. Onder meer wordt het cardiovasculaire risicoprofiel opgesteld (zie het hoofdstuk Cardiovasculair risicomangement). Om nierafwijkingen op te sporen wordt de creatinineklaring berekend en het albuminegehalte in de urine bepaald. Om te beoordelen of er sprake is van netvliesafwijkingen wordt fundusonderzoek verricht (bij voorkeur fundusfotografie). De huisarts inspecteert de voeten en let daarbij op gevoel, doorbloeding, wondjes en drukplekken. Voor onderzoek naar het gevoel in de voeten worden monofilamenten van Semmes-Weinstein gebruikt (zie kader monofilament van Semmes-Weinstein).

CONTROLES

Vervolgens is een strikt controlebeleid om de drie maanden heel belangrijk. Tijdens de controles is er aandacht voor eventuele klachten, de bloedglucosewaarden, het risicoprofiel voor hart- en vaatziekten en eventuele complicaties. Eenmaal per jaar is de controle uitgebreider. Dan wordt er gevraagd naar aanwijzingen voor hart- en vaatziekten, naar visusproblemen en naar pijn of tintelingen in de voeten. De voeten worden onderzocht en de bloeddruk wordt gemeten. Ook vindt jaarlijks uitgebreid bloed- en fundusonderzoek plaats. De patiënt kan met een glucometer voor thuisgebruik ook zelf het bloedglucosegehalte bepalen. Tijdens de controles in de huisartsenpraktijk wordt voorlichting gegeven over het meten thuis en over de bloedglucosemeter.

STREEFWAARDEN

De glucosewaarde wordt geregeld gecontroleerd, omdat een goede instelling de kans op complicaties verkleint. Nuchtere bloedsuikervwaarden tussen 4 en 7 mmol/l in capillair volbloed en tussen 4,5 en 8 mmol/l in veneus plasma gelden als ‘goed’. Twee uur na de maaltijd moet de bloedsuikerwaarde onder de 9 mmol/l zijn (zowel in capillair volbloed als in veneus plasma).

Eén keer per jaar wordt het HbA_{1c} bepaald. Het HbA_{1c} geeft een indicatie van de glucosewaarden in de voorafgaande zes weken en wordt uitgedrukt in percentages. ‘Goed’ is een uitkomst lager dan 7 procent.

Beleid

Centraal bij de begeleiding van patiënten met diabetes staat de educatie, die is erop gericht dat de patiënt mede de verantwoordelijkheid op zich neemt voor de behandeling van zijn diabetes.

VOORLICHTING EN EDUCATIE

Educatie is meer dan alleen het geven van voorlichting. Om de gewenste streefwaarden te bereiken en complicaties te voorkomen is

behalve kennis ook gedragsverandering nodig. Het is de bedoeling dat de patiënt zich zelf verantwoordelijk gaat voelen voor de behandeling van zijn ziekte en het voorkomen van complicaties. De educatie moet aansluiten op de behoeften, mogelijkheden en gewoonten van de patiënt (zie kader Doelstellingen diabeteseducatie).

Tijdens het voorlichtend consult geeft de huisarts uitleg over de ziekte en de mogelijke complicaties ervan. Hij legt uit dat de patiënt, als hij goed is ingesteld op een dieet en eventueel op medicatie, om de drie maanden zal worden gecontroleerd. Tijdens dit consult (en de controles die daarop volgen) wordt aandacht besteed aan:

- stoppen met roken: roken is de belangrijkste risicofactor voor hart- en vaatziekten;
- voldoende beweging, bijvoorbeeld een half uur per dag, en verbetering van de conditie;
- gezonde voeding en afvallen (bij een BMI hoger dan 25); het voedingsadvies is gebaseerd op de adviezen voor een goede voeding (zie kader in het hoofdstuk Cardiovasculair risicomanagement).

Bij patiënten met een BMI hoger dan 25 kan 5 tot 10 procent gewichtsverlies al zorgen voor lagere glucosewaarden, een betere vetstofwisseling en een lagere bloeddruk. Bij patiënten bij wie pas diabetes is ontdekt, kan 10 tot 20 procent minder eten al zorgen voor een goede bloedglucosewaarde. Meestal wordt de patiënt naar de diëtist verwezen voor voedingsadviezen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Patiënten die na drie maanden dieet houden nog geen goede glucosewaarden hebben bereikt, komen in aanmerking voor medicatie. Vier soorten medicijnen zijn mogelijk.

- Metformine remt vooral de glucoseproductie in de lever en verbetert de insulinegevoeligheid van de weefsels. Het is het middel van eerste keus, vooral omdat het geen hypoglykemie of gewichtstoename veroorzaakt.

- Sulfonylureumderivaten zoals tolbutamide of glibenclamide bevorderen de afgifte van insuline door de alvleesklier, waardoor onder meer de glucosewaarde daalt. Helaas kunnen deze medicijnen hypoglykemie als bijwerking hebben. Ook kunnen ze gewichtstoename veroorzaken.
- Thiazolidinedionen verlagen bij patiënten met overgewicht en diabetes type 2 onder meer de glucosewaarden. Ook hebben ze een gunstige invloed op de vetstofwisseling. Patiënten met hartfalen mogen het middel niet gebruiken. Bijwerkingen van dit middel zijn gewichtstoename en het vasthouden van vocht.
- Repaglinide bevordert voornamelijk de afgifte van insuline. Dit middel is vooral geschikt voor patiënten met een gestoorde nierfunctie.

Bij het voorschrijven van medicatie start de huisarts met een lage dosering. Elke twee tot vier weken wordt opnieuw de nuchtere glucosewaarde in het bloed bepaald. Als de streefwaarde nog niet is bereikt, wordt de dosering verhoogd. Zo nodig worden twee middelen gecombineerd.

Als het met een combinatie van twee middelen in maximale dosering niet lukt om aanvaardbare nuchtere glucosewaarden te bereiken, zal de huisarts overwegen over te stappen op behandeling met insuline. Insuline kan eenmaal daags of vaker worden toegediend, al dan niet samen met andere medicijnen. De verschillende insulines worden ingedeeld naar werkingstijd. Zo zijn er insulines met korte, middellange en lange werking.

Behandeling van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten

Als de bloeddruk te hoog is (systolische druk boven 140 mmol/l) moet deze behandeld worden (zie het hoofdstuk Cardiovasculair risicomanagement). Aan patiënten met diabetes mellitus type 2 wordt eerder een statine voorgeschreven dan aan patiënten die deze aanvoering niet hebben.

Patiënten met diabetes mellitus type 2 krijgen

acetylsalicylzuur voorgeschreven, als ze tevens een hart- of vaataandoening hebben.

VERWIJZING

In verschillende situaties is consultatie van of verwijzing naar andere zorgverleners wenselijk. Voor een uitgebreid voedingsadvies gaat de patiënt naar een diëtist. Wanneer bij fundusonderzoek afwijkingen worden gevonden, verwijst de huisarts de patiënt naar de oogarts. Als de praktijk geen praktijkondersteuner heeft, kan de patiënt worden verwezen naar de diabetesverpleegkundige om zelfcontroles te leren uitvoeren. Ook in geval van overzetting

op insuline wordt verwezen naar de diabetesverpleegkundige.

Als bij tweemaal daags gebruik van insuline niet voldoende verbetering van de bloedglucosewaarden optreedt, verwijst de huisarts de patiënt naar de internist. Met spoed naar de internist gaan patiënten met ernstige hyperglykemie of hypoglykemisch coma. Vrouwen met diabetes mellitus type 2 die zwanger zijn (of willen worden), gaan eveneens voor nader advies naar de internist.

De praktijkondersteuner neemt bij diabetes mellitus type 2 een groot aantal taken op zich. Zij voert de controles uit, al dan niet in samenwerking met de praktijkassistente.

Praktijkondersteuner en -assistente verdelen de taken op het gebied van de diagnostiek van diabetes mellitus type 2 (onder meer het meten van het bloedglucosegehalte, van het gewicht en de lengte ter bepaling van de BMI, en van de bloeddruk) en de driemaandelijke controles.

Beiden geven algemene voorlichting over diabetes mellitus type 2, waarbij de praktijkondersteuner de educatie geheel op zich kan nemen.

Ook spelen beiden een rol bij het uitschrijven van herhalingsrecepten.

Er bestaan zes NHG-Patiëntenbrieven over diabetes mellitus type 2. Ook is er een NHG-PraktijkWijzer Diabetes mellitus type 2.

Monofilament van Semmes-Weinstein

Onderzoek met het monofilament van Semmes-Weinstein geeft meer informatie over de kans op voetcomplicaties. Het gaat hierbij om een nylon draadje dat bij een bepaalde druk in de lengterichting gaat buigen. Er zijn verschillende maten in omloop. Het best bruikbaar voor het onderzoek van de diabetische voet is het monofilament dat buigt bij het uitoefenen van 10 gram druk (dit type wordt aangeduid met 5,07).

Het monofilament wordt loodrecht op de handrug van de patiënt gezet en aangedrukt tot het begint te buigen. Na twee seconden vasthouden wordt aan de patiënt gevraagd of hij dit voelt. Vervolgens dient de patiënt de ogen te sluiten en wordt het monofilament op de voetrug, de tenen en de voetzool (op eeltloze plekken) gezet. Er zijn daarbij geen vaste plaatsen die moeten worden aangeraakt.

Meestal worden ongeveer vijf metingen per voet verricht.

Er is sprake van neuropathie als twee van de drie aanrakingen van de voet niet worden gevoeld.

Doelstellingen diabeteseducatie

De patiënt heeft inzicht in het belang van:

- de streefwaarden van glucose en lipiden in het bloed, en de bloeddruk;
- het (zelf) formuleren van haalbare doelen op het gebied van gewicht, roken, lichaamsbeweging en medicatietrouw;
- dagelijkse inspectie van de voeten bij een matig of hoog risico op een ulcus, en het dragen van passend schoeisel en sokken zonder dikke naden;
- regelmatige oogheelkundige controle;
- herkenning van de signalen van hyper- en hypoglykemie en hoe hierop te reageren;
- hoe te handelen bij ziekte, koorts, braken en verre reizen;
- (eventuele) controle en regeling van de eigen bloedglucosewaarde.

Begrippen	
acetylsalicylzuur	medicijnen met bloedverdunnende werking
albuminegehalte	eiwitgehalte
capillair volbloed	bloed (niet gescheiden in serum en plasma) afkomstig uit haarvaatjes, zoals door een vingerprik verkregen
coma	diepe bewusteloosheid
creatinineklaring	creatinine is een afbraakproduct van creatine (een spiereiwit) en wordt door de nieren uit het bloed gefilterd; met 'klaring' wordt de hoeveelheid bloedplasma bedoeld die door de nieren volledig wordt gezuiverd van creatinine
fundusonderzoek	onderzoek van het netvlies van het oog
HbA _{1c}	een maat voor de bloedsuikerwaarden over een wat langere periode (enkele weken)
hyperglykemie	te hoog glucosegehalte in het bloed
hypoglykemie	te laag glucosegehalte in het bloed
statines	groep medicijnen die de aanmaak van cholesterol in de lever remt en het cholesterol- en vetgehalte in het bloed verlaagt
veneus plasma	deel van het bloed (verkregen door middel van venapunctie) waaruit de cellen zijn verwijderd

Diagnostiek van mammacarcinoom

Mevrouw Ter Avest, 54 jaar, belt u op. Zij is ongerust omdat zij een knobbeltje in de borst heeft gevoeld. Een jaar geleden is ze nog onderzocht bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker. De uitslag van het onderzoek was toen goed. Wel heeft haar moeder op oudere leeftijd borstkanker gekregen. Zou het toch kunnen dat er wat is...?

Inleiding

De NHG-Standaard Diagnostiek van mammacarcinoom bestaat uit vier delen.

Deze geven aanbevelingen voor:

- 1 diagnostiek en beleid bij vrouwen die de huisartsenpraktijk bezoeken met klachten over of afwijkingen van een borst;
- 2 screening bij erfelijke belasting;
- 3 advisering en begeleiding van vrouwen van 50 tot en met 75 jaar die behoren tot de doelgroep van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker;
- 4 taak van de huisarts bij de follow-up van vrouwen met borstkanker in de voorgeschiedenis.

Door diverse ontwikkelingen was het nodig de NHG-Standaard Mammacarcinoom te herzien. In de loop van de tijd is bijvoorbeeld gebleken dat het niet zinvol is om periodiek mammogrammen te maken bij jonge vrouwen met wél een familiale belasting voor mammacarcinoom maar zónder mammacarcinoom in de voorgeschiedenis. Ook is men het er inmiddels over eens dat vrouwen met

mammacarcinoom in de voorgeschiedenis niet blijvend gecontroleerd hoeven te worden door de specialist. Deze taak kan voor een deel door de huisarts worden overgenomen. In een doorsnee huisartsenpraktijk worden per jaar gemiddeld 2 nieuwe gevallen van mammacarcinoom gevonden. Het aantal vrouwen met de diagnose mammacarcinoom in de voorgeschiedenis is ruim 15.

Klachten en achtergronden

Mammacarcinoom is de meest voorkomende kwaadaardige ziekte bij Nederlandse vrouwen. De kans van een vrouw om tijdens haar leven mammacarcinoom te krijgen is ongeveer 10%.

In Nederland werd in 2003 bij 12.801 vrouwen mammacarcinoom vastgesteld. Van deze vrouwen kreeg 6% een mammacarcinoom voordat zij 40 jaar werden, 18% tussen 40 en 50 jaar, 28% tussen 50 en 60 jaar en de overige 48% na het 60^{ste} jaar.

Per jaar sterven er ongeveer 3.500 vrouwen aan mammacarcinoom. Mammacarcinoom is voor vrouwen in de leeftijdsklasse van 30 tot 59 jaar één van de belangrijkste doodsoorzaken.

Door een aantal ontwikkelingen is de levensverwachting van vrouwen met mammacarcinoom verbeterd. Zo worden tumoren sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek eerder ontdekt. Ook kunnen de mate van kwaadaardigheid ('gradering'), de grootte en de aanwezigheid van metastasen ('stagering') nauwkeuriger worden ingeschaald. Hierdoor kan beter worden bepaald welke behandeling op

moment van ontdekking noodzakelijk is. Bovendien is genezing door het frequenter gebruik van chemotherapie en de ontwikkeling van hormonale therapie vaker mogelijk.

Na vijf jaar is 20% van de vrouwen met mammacarcinoom overleden. De tienjaarsoverleving is ongeveer 70%. Bij mammacarcinoom met metastasen (meestal in de botten en de lever) is de gemiddelde overlevingsduur circa twee jaar. Maar het kan ook anders gaan: na tien jaar is ongeveer 10% nog in leven.

Mammacarcinoom gaat meestal uit van de melkgangen (het ductale type). In de minderheid van de gevallen begint de ziekte in de melkklier (het lobulaire type).

Op basis van microscopisch onderzoek wordt onderscheid gemaakt tussen een ‘carcinoom in situ’ (tumor beperkt tot de klierstructuren in de borst) en een ‘invasief mammacarcinoom’ (tumor met doorgroei in het omliggende weefsel). Ongeveer 90% van de mammacarcinomen is invasief, bij ongeveer 10% gaat het om carcinoma in situ. Een carcinoom in situ vertoont nog geen neiging tot uitzaaiing.

Voor de vrouw is het belangrijk dat ze haar eigen lichaam kent. Zij kan afwijkingen aan de borst dan eerder herkennen. Vroeger werd vrouwen geadviseerd zelf de borsten te onderzoeken. Het is gebleken dat dit niet leidt tot minder sterfte aan mammacarcinoom of verbetering van de prognose. Borstzelfonderzoek op vaste tijden wordt dus niet meer aanbevolen.

BEVOLKINGSONDERZOEK

Sinds de komst van het bevolkingsonderzoek worden meer ductale carcinoma in situ ontdekt omdat zij zichtbaar zijn als (micro-)verkalkingen op het mammogram.

Vanaf 1998 worden vrouwen van 50 tot en met 74 jaar elke twee jaar uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom. Screening van jongere of oudere vrouwen wordt nu niet geadviseerd.

De opkomst bedroeg in 2006 81,9%. Van de

1.000 vrouwen werden in 2003 ongeveer 25 vrouwen na het eerste screeningsonderzoek verwezen. Ruim de helft daarvan kreeg een biopsie; bij ongeveer 20% van de verwezen vrouwen werd de diagnose mammacarcinoom gesteld.

Naast elke twee tumoren die bij screening zijn ontdekt, wordt nog eens één tumor (‘intervalcarcinoom’) gevonden in de twee jaar tot het volgende onderzoek. Deze tumoren worden vooral ontdekt doordat vrouwen met klachten van de borsten bij de huisarts komen.

Ondanks beperkingen is het mammogram op dit moment de manier van voorkeur voor het vroegtijdig opsporen van een mammacarcinoom.

Diagnostiek en beleid

Deze paragraaf is ingedeeld volgens de onderdelen van de NHG-Standaard Mammacarcinoom (zie Inleiding).

1. Vrouwen die de huisartsenpraktijk bezoeken met klachten van de borst

Het is voor vrouwen vaak heel eng om een afwijking in de borst te ontdekken en vervolgens de stap naar de huisartsenpraktijk te zetten. Angst voor borstkanker en borstamputatie roept allerlei emoties op. Vrouwen die dit overkomt kunnen verschillend reageren. Sommigen ontkennen dat er mogelijk iets ernstigs aan de hand is. Zij stellen het bezoek aan de huisarts uit. Anderen zijn zo ongerust dat ze, ook als er niets aan de hand blijkt, toch heel vaak een afspraak maken bij de huisarts voor onderzoek.

Anamnese

De huisarts vraagt naar:

- aard van de klacht of afwijking (pijn, knobbeltje of tepeluitvloed) en plaats van de pijn of het knobbeltje;
- tijdstip van ontdekking, invloed van de menstruatiecyclus;
- emoties die de klacht bij de vrouw oproept;

- het vóórkomen van mamma- en ovariumcarcinoom bij eerste- en tweedegraads familieleden;
- voorgeschiedenis ten aanzien van borstklachten of borstkanker;
- bestraling van de borst, bijvoorbeeld vanwege de ziekte van Hodgkin.

Lichamelijk onderzoek

Bij vrouwen met een klacht over of afwijking aan de mamma onderzoekt de huisarts de borsten en de lymfeklieren in de buurt. De huisarts geeft vrouwen tijdens het onderzoek uitleg over de normale structuur van het borstweefsel en geeft aanwijzingen hoe ze kunnen voelen wat voor hen normaal is. Deze zelfcontrole van de borst kan op wisselende momenten en in wisselende situaties. Het hoeft niet per se maandelijks. De huisarts adviseert om bij veranderingen die niet na de menstruatie verdwijnen, contact op te nemen met de praktijk.

BELEID

Op grond van de bevindingen bij anamnese en lichamelijk onderzoek stelt de huisarts een vervolgleid voor. Als nader onderzoek is aangewezen, is een mammogram meestal het onderzoek van eerste keus. Op het aanvraagformulier vermeldt de huisarts de klachten, de bevindingen bij lichamelijk onderzoek en de familieanamnese.

Als de uitslag van de mammografie niet duidelijk is, kan het nodig zijn ook echografisch onderzoek te laten verrichten met eventueel een punctie op de plaats van de afwijking; dit ter beoordeling van de radioloog.

Bij vrouwen tot 30 jaar met een gelokaliseerde palpabele afwijking kan vrijwel steeds worden volstaan met echografie. Bij deze vrouwen betreft de afwijking meestal een fibroadenoom. Dit vermoeden is alleen met een echo te bevestigen.

Ook als er kortgeleden een mammogram is gemaakt waarbij geen afwijkingen zijn gevonden (bij het bevolkingsonderzoek of anderszins), wordt bij vrouwen met ‘nieuwe’

afwijkingen toch opnieuw een mammogram gemaakt.

Aanwijzingen voor maligniteit bij lichamelijk onderzoek, mammogram of echografie zijn reden om de vrouw direct te verwijzen naar een mammopoli.

Vrouwen bij wie het mammogram of de echografie geen aanwijzingen geven voor een maligniteit, krijgen uitgelegd dat het toch niet voor 100% zeker is dat zij geen carcinoom hebben. Zij moeten drie maanden later opnieuw worden gecontroleerd.

Als de vrouw een knobbeltje voelt dat de huisarts niet voelt, kan hij met haar afspreken om de borst twee weken later opnieuw te onderzoeken. Het is mogelijk dat de klachten veranderen onder invloed van de menstruatiecyclus. Als ook na twee weken de vrouw alleen zelf iets blijft voelen, wordt zij verwezen voor mammografie (of echografie bij vrouwen jonger dan 30 jaar).

Bij sommige vrouwen voelt het borstweefsel knobbelig aan. Zij hebben vaak ook pijnklachten. Deze zogeheten ‘mastopathie’ is onschuldig. Vast, dicht, knobbelig borstklierweefsel kan wel een carcinoom maskeren. De huisarts verwijst ook dan de vrouw voor een mammogram.

Bruine of bloederige tepeluitvloed berust in ongeveer 10% van de gevallen op een maligniteit en vereist nader onderzoek. Mammografie geeft dan onvoldoende houvast. De vrouw wordt daarom verwezen naar een mammopoli.

Enkel- of dubbelzijdige melkachtige of heldere tepeluitvloed is geen reden voor ongerustheid over mammacarcinoom. De vrouw hoeft niet te worden verwezen voor nader onderzoek.

2. Screening bij erfelijke belasting

De huisarts onderzoekt jaarlijks vrouwen met een familiale belasting voor mammacarcinoom. Deze vrouwen hebben een verhoogde kans op mammacarcinoom (tabel 1). Zij komen dan ook in aanmerking voor een jaar-

lijkse mammografie en (desgewenst) voor jaarlijks borstonderzoek door de huisarts. Het gaat onder anderen om vrouwen met één eerstegraads verwante bij wie voor het 35^{ste} jaar een mammacarcinoom is ontdekt, of om vrouwen met meerdere verwanten bij wie voor het 50^{ste} jaar een mammacarcinoom is ontdekt. Het is ook van belang of er ovariumcarcinoom in de familie voorkomt. Eerstegraads familieleden zijn: kinderen, ouders, broers of zusters. Tweedegraads familieleden zijn: kinderen van broers of zusters, halfbroers en halfzusters, grootouders, ooms en tantes. In sommige families die zijn belast met mammacarcinoom, kan sprake zijn van het dragerschap van een mutatie in één van de borstkankergenen, het BRCA₁- of het BRCA₂-gen (tabel 2). Vrouwen uit dergelijke families komen in aanmerking voor genetisch onderzoek. De kans dat een vrouw met deze genmutatie voor haar 70^{ste} jaar borstkanker ontwikkelt, is 50 tot 60%. Als wordt vastgesteld dat een gezonde vrouw draagster is van een mutatie in het BRCA₁- of BRCA₂-gen, wordt haar aangeraden regelmatig de mammae en ovaria te laten controleren.

3. Taak van de huisarts bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker

De landelijke coördinatie van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker is in handen van het RIVM. De regionale organisatie, uitvoering en coördinatie van borstkankerscreening wordt uitgevoerd door negen zogenaamde screeningsorganisaties. Hierin werken de GGD'en samen met de Integrale Kankercentra.

Bij de planning van het bevolkingsonderzoek is inbegrepen dat de huisarts op korte termijn informatie ontvangt over de vrouwen die zijn onderzocht. Als een maligniteit wordt vermoed, ontvangt de huisarts de uitslag een dag eerder dan de vrouw, tenzij de vrouw daartegen van tevoren bezwaar heeft gemaakt. Dit geeft de huisarts de gelegenheid de vrouw persoonlijk van het vermoeden van een mogelijke maligniteit op de hoogte te brengen. Over het algemeen mag de tijd tussen het maken van de foto en de ontvangst van de uitslag niet langer zijn dan twee weken. Als het mammogram aanleiding geeft tot het vermoeden van een maligniteit heeft de huisarts de volgende verantwoordelijkheden:

Tabel 1 Matig verhoogd risico op mammacarcinoom (20-30%) bij familiair belaste vrouwen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis

	Aantal verwanten en mate van verwantschap	Gemiddelde leeftijd waarop (eerste) diagnose mammacarcinoom is gesteld	Risico
Verwanten met mammacarcinoom	1 eerstegraads én 1 tweedegraads	<50 jaar	20-30%
	2 of meer eerstegraads	onbelangrijk	20-30%
	3 of meer tweedegraads	onbelangrijk	20-30%
Verwanten met mammacarcinoom in beide borsten of in één borst op meerdere plaatsen	1 eerstegraads	<50 jaar	20-30%
Verwanten met mammacarcinoom én ovariumcarcinoom	1 eerste- of tweedegraads met ovariumcarcinoom én 1 eerste- of tweedegraads met mammacarcinoom	onbelangrijk	20-30%

Tabel 2 Indicaties voor genetisch onderzoek bij familiair belaste vrouwen zonder borstkanker in de voorgeschiedenis met mogelijk sterk verhoogd risico (>30%) op borstkanker

	Aantal verwanten en mate van verwantschap	Gemiddelde leeftijd waarop (eerste) diagnose mammacarcinoom is gesteld	Indicatie
Verwanten met mammacarcinoom	1 eerstegraads	<35 jaar	genetisch onderzoek
	2 of meer eerstegraads	<50 jaar	genetisch onderzoek
	3 of meer tweedegraads	<50 jaar	genetisch onderzoek
Verwanten met ovariumcarcinoom, tubacarcinoom of (bij mannen) prostaat- of borstkanker	eerste- of tweedegraads	<60 jaar	overleg met Afdeling Klinische genetica/ Polikliniek Erfelijke tumoren

- Hij neemt zelf met de vrouw contact op, als zij geen contact opneemt.
- Hij zorgt voor verwijzing naar een mammapoli.
- Hij licht de vrouw voor over de te volgen procedure.
- Hij meldt de verwijzing aan de screeningsorganisatie.

Deelname aan het bevolkingsonderzoek is vrijwillig, maar de huisarts kan het belang van het bevolkingsonderzoek benadrukken bij de vrouwen die voor het onderzoek in aanmerking komen. De huisarts geeft ook duidelijk aan dat het nodig blijft om met klachten of afwijkingen naar het spreekuur te komen. Een mammogram met een goede uitslag bij het bevolkingsonderzoek sluit de aanwezigheid van een carcinoom niet uit.

De huisarts regelt dat vrouwen die vanwege een lichamelijke handicap niet in de mobiele units van het bevolkingsonderzoek kunnen worden gescreend, naar de röntgenafdeling van een ziekenhuis gaan voor het maken van een mammogram. De ziekenhuizen hebben daarover afspraken gemaakt met de lokale screeningsorganisaties.

Als bij vrouwen met een siliconenprothese na het eerste bezoek aan de screeningsunit blijkt dat een goed mammogram technisch niet

mogelijk is, wordt ook deze groep verwezen naar de röntgenafdeling van een ziekenhuis.

4. Follow-up na behandeling

Vrouwen die borstkanker hebben gehad, hebben een drie- tot viermaal verhoogd risico om opnieuw een mammacarcinoom te krijgen. Dit betekent dat binnen twintig jaar na het einde van de behandeling 15 tot 20% van de vrouwen die borstkanker hebben overleefd, voor de tweede keer borstkanker krijgt. Als dit vroegtijdig gebeurt, stijgen de overlevingskansen.

Als er meer dan vijf jaar is verlopen na de behandeling van een mammacarcinoom, is controle door de specialist niet langer noodzakelijk bij patiënten die (inmiddels) ouder zijn dan 60 jaar. Patiënten die vijf jaar geleden een mastectomie hebben ondergaan en inmiddels ouder zijn dan 60 jaar, worden door de behandelend arts voor controle terugverwezen naar het bevolkingsonderzoek. Patiënten die een borstsparende operatie hebben ondergaan en inmiddels ouder zijn dan 60 jaar, worden vijf jaar na de primaire behandeling terugverwezen naar de huisarts. De huisarts heeft dan de regie over de follow-up. Deze bestaat uit jaarlijks borstsonderzoek en om de twee jaar een mammogram. Omdat het beoordelen van de

bestraalde borst problemen kan opleveren, kan het mammogram het beste worden gemaakt in het ziekenhuis waar de patiënte tot dan toe werd gecontroleerd.

De huisarts wijst vrouwen die behandeld zijn voor een mammacarcinoom erop, dat kennis van het eigen lichaam een belangrijke functie heeft bij het herkennen van nieuwe afwijkingen. Tijdens de routinecontroles wordt minder dan de helft van de nieuwe mammacarcinomen en lokale recidieven ontdekt. Zelfonderzoek loont dus zeker de moeite.

MEDICAMENTEUS BELEID

Medicatie wordt bijna altijd voor het eerst door de specialist voorgeschreven. De huisarts verzorgt de herhalingsreceptuur. De keuze van de medicatie hangt onder meer af van de aanwezigheid van oestrogeen- en progesteroneceptoren op het tumorweefsel.

De rol van de praktijkassistente bij de diagnostiek van mammacarcinoom is beperkt. Vrouwen die een afwijking hebben gevonden aan hun mamma zijn meestal ongerust en zullen zo spoedig mogelijk een afspraak willen maken. De assistente moet daarbij beseffen dat een recent gemaakt mammogram of een recente echografie zonder afwijkingen onvoldoende zekerheid biedt om een mammacarcinoom te kunne uitsluiten. Bij vrouwen met een erfelijke belasting kan de assistente het beleid van de huisarts versterken en wijzen op het belang van controles. Dat geldt ook voor de vrouwen die onder verantwoordelijkheid van de huisarts vallen na eerdere behandeling voor mammacarcinoom. De assistente heeft ook een taak bij de verlenging van de medicijnen die bij mammacarcinoom worden voorgeschreven. Zij kan bij de aanvraag van het herhalingsrecept informeren of de patiënte nog wordt gecontroleerd. Als dat niet het geval is, kan zij de huisarts daarop wijzen.

Als vrouwen na het bevolkingsonderzoek voor mammacarcinoom voor verdere diagnostiek in aanmerking komen, kan de assistente vast afspraken maken voor mammografie, echografie of de mammapoli.

Praktijkassistente en -ondersteuner hebben ook contact met vrouwen tijdens hun eigen spreekuren. Als het ter sprake komt, kunnen ze wijzen op het belang van het bevolkingsonderzoek naar mammacarcinoom en patiënten motiveren daaraan mee te doen.

Als een vrouw daaraan behoefte heeft, kan de assistente haar wijzen op het bestaan van:

- KWF Kankerbestrijding; website: www.kwfkankerbestrijding.nl Telefonisch contact: **KWF Kanker Infolijn** voor patiënten en hun naasten met vragen over kanker 0800 - 022 66 22 (gratis); ma - vrij: 9.00-12.30 en 13.30-17.00 uur.
- BorstkankerVereniging Nederland (Vereniging van (ex)borstkankerpatiënten en erfelijk belasten); website: www.borstkanker.nl Telefonisch contact > Lotgenotencontact, met één van de vrijwilligers 030 - 291 72 20: elke maandag, woensdag en vrijdag tussen 10.00 en 13.00 uur, dinsdag en donderdag tussen 19.00-21.30.
- Informatie van de overheid; websites: www.bevolkingsonderzoekborstkanker.nl en www.kiesbeter.nl > medische informatie > keuzehulpen > borstkanker; deze site biedt veel informatie en uitleg, vooral van belang bij het begin van de behandeling.

Begrippen	
biopsie	handeling waarbij voor onderzoek een stukje weefsel uit het lichaam wordt verwijderd (bijvoorbeeld met behulp van een holle naald) ten behoeve van de diagnostiek
ductaal	uitgaande van de melkgangen
fibroadenoom	(in principe goedaardige) tumor van bindweefsel- en kliercellen
lobulair	uitgaande van een melkklier
mammogram	afbeelding van de borstklier door middel van röntgenstraling (van mamma: borst, en grafein: schrijven)
ovariumcarcinoom	eierstokkanker
metastase	uitzaaiing van een tumor
mutatie	veranderingen in het erfelijk materiaal (DNA of RNA) van een organisme
punctie	hier: cytologische punctie (van cellen); handeling waarbij met een naald cellen worden opgezogen voor onderzoek in het laboratorium
screening	onderzoek van een in principe gezonde groep mensen ter opsporing van een ziekte of aandoening die mogelijk in een vroeg stadium beter te behandelen is
ziekte van Hodgkin	kwaadaardige aandoening van de lymfeklieren. Een Hodgkinlymfoom is een vorm van kanker die zich via de lymfeknopen verspreidt

Diepe veneuze trombose

Mevrouw Van Dijk, 31 jaar, belt naar de praktijk. 'Ik heb zo'n last van mijn rechterbeen en ik vraag me af of de dokter daar even naar moet kijken.' 'Last van uw been? Kunt u daar iets meer over vertellen?' vraagt u. 'Gisteren is het begonnen,' zegt mevrouw Van Dijk. 'Mijn onderbeen is rood en dik. Ik heb nog nooit zoiets gehad. En ik was net zo blij dat ik een beetje bijgekomen was van die lange reis.' Ze blijkt een paar dagen geleden thuisgekomen te zijn van een busreis naar Oostenrijk. 'Even een weekje skiën,' legt ze uit.

Inleiding

De NHG-Standaard Diepe veneuze trombose geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van diepe veneuze trombose in het been. Ook besteedt de NHG-Standaard aandacht aan de preventie van het posttrombotisch syndroom en recidief van diepe veneuze trombose of longembolie.

Een huisarts in een normpraktijk ziet per jaar ongeveer tien patiënten met klachten die doen denken aan diepe veneuze trombose; ongeveer een kwart daarvan heeft er daadwerkelijk een. Diepe veneuze trombose komt bij vrouwen vaker voor dan bij mannen. Oudere mensen krijgen het eerder dan jongere mensen.

Klachten en achtergronden

Diepe veneuze trombose wordt veroorzaakt doordat een trombus een of meer van de dieper gelegen aderen in het been afsluit. In de meeste gevallen ontstaat trombose in de benen (de kuit) of in het bekken, maar trombose kan ook elders in het lichaam voorkomen. Bij het ontstaan van diepe veneuze trombose kunnen drie factoren een rol spelen (de zogeheten *trias van Virchow*): een tragere bloedsomloop door oorzaken van buitenaf (zie hiervoor de risicofactoren), een verandering in de bloedsamenstelling en/of een beschadiging van de vaatwand waardoor een grote hoeveelheid trombine wordt gevormd.

Sommige patiënten hebben een verhoogde kans op diepe veneuze trombose.

Risicofactoren zijn bijvoorbeeld:

- een eerder doorgemaakte diepe veneuze trombose of longembolie (zie Longembolie);
- een onlangs doorgemaakte tromboflebitis;
- een ongeluk aan het been;
- een operatie die kortgeleden heeft plaatsgevonden;
- zwangerschap en kraamperiode;
- een lange periode van zitten of liggen zoals bij een ziekenhuisopname, een ingegipst been of een lange reis;
- het gebruik van oestrogenen zoals de pil;
- een kwaadaardige aandoening;
- spataderen;
- obesitas;
- erfelijke stollingsafwijkingen;

- chronische aandoeningen zoals een gestoorde nierfunctie, ziekte van Crohn of hartfalen.

Een patiënt die diepe veneuze trombose heeft gehad, kan daarna klachten krijgen die passen bij het zogeheten posttrombotisch syndroom. Kenmerken hiervan zijn zwelling, jeuk, pijn, huidveranderingen en verwijde aderen. Ook kunnen eczeem en (zwerende) wonden ontstaan.

Longembolie

De beruchtste complicatie van trombose is een longembolie, die soms fataal kan aflopen. Een longembolie ontstaat op de volgende manier. Het stolsel (of een stukje ervan) kan soms loslaten. Zo'n losgelaten stolsel heet een 'embolus'. Vervolgens kan dit (stukje) stolsel met het bloed worden meegevoerd naar andere delen van het lichaam. Als het via het hart in een bloedvat in de longen terecht komt, kan dit bloedvat daardoor worden afgesloten. In dat geval heeft de patiënt een longembolie. Bij een longembolie is een deel van de long uitgeschakeld. Dit veroorzaakt klachten als kortademigheid en pijn bij de ademhaling, vooral bij diepe inademing. Ook hoesten kan een verschijnsel van longembolie zijn, soms met bloed. Bij diepe veneuze trombose in de kuitaderen is het risico van een longembolie laag. De kans op een longembolie is groter als de diepe veneuze trombose in de knieholte of het bovenbeen zit.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

De huisarts vermoedt een diepe veneuze trombose wanneer de patiënt last heeft van een pijnlijk gezwollen (onder)been dat al dan niet rood is. De klachten zijn acuut ontstaan of in enkele dagen in ernst toegenomen, zonder dat een trauma de klachten kan verklaren. Soms zijn er maar weinig klachten en zijn de symptomen gering.

Bij de anamnese en het lichamenlijk onderzoek overweegt de huisarts of deze klachten passen bij diepe veneuze trombose of bij een andere aandoening. Hij informeert daarom naar:

- de aard van de klachten: heeft de patiënt pijn, een zwaar gevoel in het been of is het been gezwollen? Deze klachten kunnen ook bij andere aandoeningen passen, bijvoorbeeld zweepslag, lymfoedeem, artritis;
- de aanwezigheid van koorts (kan wijzen op erysipelas);
- de plaats van de klachten: bovenbeen, knieholte of onderbeen;
- aanleiding, ontstaan, duur en beloop van de klachten;
- de aanwezigheid van risicofactoren voor diepe veneuze trombose;
- het bestaan van klachten die kunnen wijzen op een longembolie.

Hij onderzoekt het been en let daarbij onder meer op drukpijn, zwelling en roodheid. Soms is het moeilijk om met zekerheid de diagnose te stellen. Dan helpt het om op grond van anamnese en onderzoek de patiënt in te delen in een hoog- of laagrisicogroep. Daarvoor gebruikt de huisarts de 'beslisregel' in combinatie met een D-dimeertest (zie kader D-dimeertest en beslisregel).

Bij klachten die kunnen wijzen op een longembolie (bijvoorbeeld snelle ademhaling, pijn bij de ademhaling, snelle hartslag, koorts, ophoesten van bloed) meet hij ook de bloeddruk en de pols- en ademhalingsfrequentie. Hij luistert naar de longen en let daarbij op pleurawrijven.

Als de diagnose diepe veneuze trombose waarschijnlijk is, verwijst de huisarts de patiënt *dezelfde* dag voor een compressie-echografie. Met deze techniek wordt beoordeeld of de wanden van de aderen kunnen worden samengedrukt. Als dat kan, is er geen sprake van een stolsel.

Beleid

In veel gevallen kan de patiënt door de huisarts thuis worden behandeld. Voorlichting en advies aan de patiënt spelen een grote rol en maken deel uit van de behandeling.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft uitleg over diepe veneuze trombose en hoe het ontstaat. Als de patiënt de anticonceptiepil of andere oestrogeen bevattende pillen gebruikt, adviseert hij om deze te staken, zeker als er ook andere risicoverhogende factoren zijn, bijvoorbeeld roken, leeftijd boven 35 jaar of ernstig overgewicht. Daarnaast bespreekt de huisarts de behandeling. Hij vertelt de patiënt over de antistollingsmedicatie (zie onder Medicamenteus beleid) en legt uit dat het been eerst compressief gezwachteld moet worden. Hij legt ook uit dat de patiënt later, als de zwelling verdwenen is, een therapeutisch-elastische kous krijgt aangemeten. Die moet de patiënt één tot twee jaar dragen om het posttrombotisch syndroom te voorkomen. Ook geeft hij aanwijzingen wanneer de patiënt weer contact met de praktijk moet opnemen, namelijk bij symptomen die wijzen op een recidief van een diepe veneuze trombose, complicaties van de antistollingsbehandeling (bloeding) of klachten die wijzen op een longembolie.

Hij legt uit dat de patiënt, nadat de behandeling is gestart, gerust activiteiten mag ondernemen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Het doel van de behandeling van patiënten met diepe veneuze trombose is het voorkómen van een longembolie en een nieuwe trombose. De patiënt krijgt, vanaf de dag dat hij de huisarts consulteert gedurende ten minste vijf opeenvolgende dagen, injecties met heparine. Heparine zorgt voor onmiddellijke antistolling. De huisarts kan stoppen met het toedienen van de injecties, als de trombosedienst heeft vastgesteld dat de INR stabiel is en gedurende twee opeenvolgende dagen $>2,0$ bedraagt (zie kader INR). Tegelijkertijd moet de patiënt starten met het slikken van een cumarinderivaat (acenocoumarol of fenprocoumon). Deze medicatie moet de patiënt drie tot zes maanden gebruiken (of langer, onder meer afhankelijk van aanwezige risicofactoren). Ook in deze periode moet het bloed van de patiënt regelmatig worden gecontroleerd

door de trombosedienst, omdat antistollingsmedicatie het risico van bloedingen verhoogt.

CONTROLES

De huisarts controleert de patiënt in ieder geval na een week, maar misschien ziet hij de patiënt al eerder als hijzelf het been zwachtelt (dat moet tweemaal per week). Het zwachtelen kan hij ook delegeren aan de wijkverpleegkundige, praktijkassistente of -ondersteuner.

VERWIJZEN

In een aantal gevallen verwijst de huisarts de patiënt naar de specialist. Dat geldt voor patiënten bij wie hij een longembolie vermoedt (met spoed!), zwangeren en kraamvrouwen, en kinderen. Ook patiënten die voor de tweede keer een diepe veneuze trombose hebben, moeten naar de specialist voor een onderzoek naar eventuele onderliggende risicofactoren. Verder worden patiënten verwezen die een verhoogd risico hebben op ernstige bloedingen, nierfunctiestoornissen of ernstig overgewicht, of bij wie psychosociale omstandigheden de thuisbehandeling bemoeilijken.

Tijdens de triage kunt u het vermoeden krijgen dat de patiënt diepe veneuze trombose heeft. U zorgt er dan voor dat de patiënt binnen enkele uren op het spreekuur komt. Als de diagnose diepe veneuze trombose is gesteld, kunt u worden ingeschakeld voor het compressief zwachtelen van het been en het regelen van het aanmeten van een elastische kous. Het kan ook uw taak zijn de trombosedienst in te schakelen. Verder speelt u een rol bij de verlenging van de recepten voor acenocoumarol of fenprocoumon.

In de NHG-Telefoonwijzer is een triageprotocol gewijd aan diepe veneuze trombose (tabblad 'been dik/rood'). Het NHG heeft een patiëntenbrief uitgegeven over het trombosebeen.

D-dimeertest en beslisregel

Bij de vorming van een stolsel worden fibrineketens in het bloed afgebroken. Als gevolg daarvan komen D-dimeerfragmenten in de bloedsomloop. Dit kan door bloedonderzoek worden aangetoond (D-dimeertest).

Om de diagnose diepe veneuze trombose uit te sluiten of waarschijnlijker te maken gebruikt de huisarts naast de D-dimeertest een 'beslisregel'. In deze beslisregel worden punten toegekend aan de factoren die de kans op diepe veneuze trombose verhogen.

Beslisregel Diepe veneuze trombose

Item	Punten
Mannelijk geslacht	1
Gebruik van orale anticonceptie	1
Aanwezigheid maligniteit	1
Operatie ondergaan in de laatste maand	1
Afwezigheid van trauma dat zwelling kuit verklaart	1
Uitgezette aderen in het been	1
Verskil in maximale kuitomvang ≥ 3 cm	2

Betekenis van de scores

Bij een score van 3 of lager én een (laag)normale D-dimeerwaarde is diepe veneuze trombose onwaarschijnlijk.

Bij een score hoger dan 3 of een positieve uitslag van de D-dimeertest moet een compressie-echografie van het been worden gemaakt.

INR

INR is de afkorting van *International Normalized Ratio* en is een maat voor de stollingstijd van het bloed. Het geeft aan hoeveel langzamer het bloed van de patiënt stolt in vergelijking met het bloed van iemand zonder afwijkende bloedstolling. Bijvoorbeeld: als de INR 3,0 is, betekent dit dat het bloed van deze patiënt 3,0 keer zo langzaam stolt als het bloed van iemand zonder afwijkende bloedstolling.

Begrippen	
artritis	gewrichtsontsteking
erysipelas	infectie van een wond met streptokokken of stafylokokken (zie hoofdstuk Bacteriële huidinfecties)
lymfoedeem	ophoping van lymfevocht in (een deel van) het lichaam
pleurawrijven	scheurend, wrijvend geluid dat met de stethoscoop wordt gehoord in de longen als de longvliezen geprikkeld zijn
recidief	nieuwe aanval van een al doorstane en (schijnbaar) genezen ziekte
trombine	enzym dat fibrinogeen in fibrine omzet en daardoor een belangrijke rol speelt bij de bloedstolling
tromboflebitis	afsluiting van een oppervlakkige ader door een trombus, met ontsteking van de vaatwand en de omgeving
trombus	bloedstolsel
zweepslag	spierscheuring in de kuit

Duizeligheid

Tijdens het winkelen is mevrouw Yavuz, 51 jaar, van de roltrap gevallen. Ze heeft lelijke schaafwonden opgelopen. U vangt haar op in de behandelkamer. Tijdens de wondverzorging vertelt mevrouw Yavuz dat ze met de roltrap naar boven ging, omdat ze op de babyafdeling iets leuks voor haar kleinkind wilde kopen. Toen ze omhoog keek om te bepalen of ze er al was, kreeg ze een aanval van duizeligheid. De wereld tolde in de rondte. Gelukkig hebben een paar schooljongens haar val kunnen breken. Hoe kan zo'n duizeligheid opeens ontstaan?

Inleiding

Duizeligheid is een vaak voorkomende klacht en niet eenvoudig op te lossen. Patiënten vinden het beangstigend, terwijl de huisarts weet dat de kans op een ernstige oorzaak gering is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen draaiduizeligheid en een licht gevoel in het hoofd of het gevoel flauw te vallen.

Bij draaiduizeligheid is er sprake van een bewegingssensatie. De patiënt beschrijft het gevoel dat de wereld om hem heen beweegt of dat hij zelf beweegt. Het is bij de anamnese niet altijd gemakkelijk het onderscheid tussen de verschillende vormen van duizeligheid te maken. De goede prognose rechtvaardigt een afwachtend beleid. In enkele gevallen is verwijzing geïndiceerd: bij aanwijzingen voor een ernstige aandoening – neurologisch, cardiaal of op keel-, neus- en oorgebied – en verder soms

voor aanvullende diagnostiek. Bij ouderen en bij patiënten met een ziekte aan hart of bloedvaten moet eerder gedacht worden aan ernstige pathologie.

Klachten en achtergronden

Draaiduizeligheid duidt op een stoornis in het evenwichtsorgaan. Bij draaiduizeligheid lijkt de omgeving te draaien of is het alsof men zelf beweegt, valt of draait. Bijkomende klachten kunnen zijn: zweten, bleek zien, misselijkheid en braken. De belangrijkste ziektebeelden waarbij draaiduizeligheid voorkomt, worden hierna genoemd.

Benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD) bestaat uit aanvallen van draaiduizeligheid, uitgelokt door plotselinge veranderingen van de stand van het hoofd zoals draaien in bed, vooroverbuigen of omhoogkijken. De duizeligheid duurt enige seconden tot enkele minuten. Meestal worden de aanvallen in de loop van ongeveer een maand minder.

Neuritis vestibularis geeft gedurende enkele dagen een constant aanwezige hevige draaiduizeligheid, vaak met misselijkheid en braken. De duizeligheid is dikwijls zo heftig dat de patiënt met gesloten ogen in bed ligt. Het ziektebeeld neemt meestal af in de loop van enkele dagen. Daarna kunnen langere tijd lichte klachten blijven bestaan. Er is geen behandeling waardoor de aandoening sneller overgaat. Indien nodig, kan medicatie tegen misselijkheid en braken worden gebruikt. De ziekte van Ménière bestaat uit spontane aanvallen van draaiduizeligheid met eenzijdig gehoorverlies en oorsuizen (tinnitus). De

ziekte komt in aanvallen en is zeer hinderlijk. Tijdens de aanval is er eenzijdig gehoorverlies. Het verloop is wisselend: sommige patiënten hebben sporadisch een aanval, andere eenmaal tot enkele keren per maand. De frequentie van de aanvallen neemt in de loop van de jaren af. Later ontstaat blijvend gehoorverlies. Medicatie kan de frequentie van de aanvallen niet verminderen of het gehoorverlies beperken, maar door medicijngebruik kunnen wel de misselijkheid en het braken afnemen. Ook een CVA of TIA kan draaiduizeligheid veroorzaken. Er zijn dan ook andere neurologische symptomen, zoals dubbelzien of spraakstoornissen.

De belangrijkste ziektebeelden die klachten veroorzaken zoals een licht gevoel in het hoofd of het gevoel flauw te vallen, zijn de volgende.

Van de psychische aandoeningen is het vooral de paniekaanval met hyperventilatie, die duizeligheid veroorzaakt.

Orthostatische klachten treden op na het opstaan uit liggende of zittende houding. Vijf tot tien seconden na het opstaan ontstaat een licht gevoel in het hoofd. Na enkele seconden trekt de klacht weg. Medicijnen tegen hoge bloeddruk kunnen deze klacht veroorzaken. Vasovagale klachten (flauwvallen) ontstaan bij emoties of na lang staan. Het lichaam reageert met een verwijding van de bloedvaten en een langzamere hartslag. Dit veroorzaakt het gevoel flauw te vallen. Door te gaan zitten of liggen kan echt flauwvallen worden voorkomen.

Cardiovasculaire aandoeningen, zoals ritmestoornissen van het hart en klepafwijkingen, kunnen in zeldzame gevallen duizeligheid geven.

Bij een deel van de patiënten is het niet mogelijk een verklaring voor de duizeligheid te vinden. Vooral op oudere leeftijd kan duizeligheid ontstaan door een onvast gevoel in de benen. Bij zitten of liggen is de duizeligheid weg. Deze vorm van duizeligheid noemen we bewegingsonzekerheid. Vaak spelen verschil-

lende factoren een rol, zoals slecht zien, zwakte van de beenspieren, voetproblemen of bijwerkingen van medicijnen.

Een patiënt met duizeligheid die gepaard gaat met neurologische uitval of pijn op de borst, moet met spoed door de huisarts gezien worden. Hetzelfde geldt voor de patiënt die steeds 'wegzakt'.

Patiënten die last hebben van hevige duizeligheid, die een blijvende neiging hebben flauw te vallen of bij wie de duizeligheid gecombineerd is met oorpijn of een loopoor, moeten binnen enkele uren door de huisarts beoordeeld worden.

Ernstige bezorgdheid bij de patiënt is een reden om – zonder tijdsdruk – met de huisarts te overleggen.

Beleid

Gebruik van medicatie, specifiek gericht op de duizeligheid, wordt niet aanbevolen. Soms worden medicijnen tegen draaiduizeligheid gebruikt zoals cinnarizine, bètahistine (bij Ménière), piracetam of flunarizine. Of deze middelen echt helpen, is niet aangetoond. Het kan zijn dat de klachten hierdoor juist langer aanhouden.

Bij misselijkheid en overgeven helpen middelen als metoclopramide en domperidon. Deze middelen zijn er ook in de vorm van zetpillen. Wanneer duizelingen ontstaan door ernstige spanningen of angst, worden soms benzodiazepines gegeven. Omdat deze kalmerende middelen verslavend werken, worden ze hooguit voor een korte periode voorgeschreven. Bovendien kunnen kalmerende middelen soms juist duizeligheid veroorzaken.

VOORLICHTING EN ADVIES

Gelukkig is de oorzaak van duizeligheid zelden ernstig en gaat het meestal vanzelf over. Het algemene advies bij draaiduizeligheid is: proberen gewoon door te gaan met wat je aan het doen bent.

Bij BPPD kan men oefeningen doen waardoor de duizeligheid sneller lijkt te verdwijnen.

Omdat deze oefeningen de duizeligheid oproepen, zijn ze in het begin moeilijk vol te houden. Hierbij gaat de patiënt met gesloten ogen midden op de rand van het bed zitten. Daarna gaat hij op de zij liggen. Hij komt overeind als de duizeligheid voorbij is en gaat dan op de andere zij liggen. Dit wordt herhaald totdat de duizeligheid verdwijnt. Hij doet deze oefening vijf keer per dag. Een patiënt met BPPD moet opnieuw contact opnemen als de klachten na twee weken nog niet zijn verminderd of na een maand nog niet over zijn. Bij neuritis vestibularis en de ziekte van Ménière is bedrust vanwege de ernstige duizeligheid vaak het enige advies. Zodra de duizeligheid wat minder wordt, kan men proberen de dagelijkse bezigheden weer op te pakken. Bij neuritis vestibularis neemt de patiënt weer contact op als de draaiduizeligheid na twee tot vier dagen nog niet duidelijk is verminderd. Bij de ziekte van Ménière belt de patiënt als een aanval anders verloopt dan gewoonlijk. Een gezonde levensstijl kan vaak al helpen de klachten te verminderen. Gezond eten, matig gebruik van alcohol en niet roken zijn adviezen die voor iedereen gelden. De patiënt moet zorgen voor voldoende rust, lichaamsbeweging en ontspanning. Een goed advies is bijvoorbeeld regelmatig een halfuurtje te wandelen of te fietsen. Verdere adviezen kunnen per persoon verschillen, afhankelijk van de oorzaak van de klachten. Als bepaalde medicijnen de duizeligheid kunnen veroorzaken, kan worden overwogen hiermee gedurende twee tot vier weken te stoppen.

Een licht gevoel in het hoofd na het opstaan komt door orthostatische klachten. Rustig overeind komen is belangrijk, eventueel moet men zich vasthouden om vallen te voorkomen. Het gevoel flauw te vallen is doorgaans een vasovagale klacht. Door te gaan zitten of liggen kan echt flauwvallen worden voorkomen.

U kunt in overleg met de huisarts (een deel van) de voorlichting over duizeligheid op u nemen.

U kunt patiënten wijzen op het nut van het bijhouden van een dagboek. Het is goed om eerst uit te zoeken waar de duizeligheid vandaan komt. Op deze manier kan de klacht gericht worden aangepakt. Voorbeelden van vragen die in zo'n dagboek beantwoord kunnen worden, zijn: 'Wanneer word ik duizelig? Waar ben ik op dat moment mee bezig? Wat merk ik verder aan mijn lichaam? Hoe lang duurt de duizeligheid? Wat helpt om de duizeligheid te verminderen? Ben ik bang dat de duizeligheid terugkomt?' Zo is een verband tussen duizeligheid en medicijnen, alcohol, roken, drukte, spanningen, vermoeidheid of lang staan, gemakkelijk te ontdekken. Bij angst en spanning valt er meestal nog meer uit te zoeken.

Het NHG heeft vier NHG-Patiëntenbrieven over duizeligheid samengesteld.

Begrippen	
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van hersenfuncties
neuritis vestibularis	ontsteking van de evenwichtsenuw
orthostatisch	(bijvoeglijk naamwoord bij orthostase) bloeddrukdaling die ontstaat bij het rechtop gaan zitten of staan
TIA	transient ischaemic attack: korte, voorbijgaande aanvallen van neurologische uitvalsverschijnselen (zie ook CVA)
vasovagaal	de vagusenuw prikkelend (veroorzaakt bloedvatverwijding)

Enkeldistorsie

Mevrouw Charib, een 23-jarige dierenverzorgster, belt geschrokken op. Zij is door haar enkel gegaan. Moet ze nu naar de EHBO om een röntgenfoto te laten maken? Of kan de dokter komen? Ondanks de pijn blijkt mevrouw Charib toch op de enkel te kunnen staan. U stelt haar voor om eerst in de praktijk te onderzoeken of er aanwijzingen voor een botbreuk zijn. Na onderzoek van de enkel door de huisarts blijkt er sprake te zijn van een 'distorsie'; een foto van de enkel is dus niet nodig. Nadat u op verzoek van de huisarts een steunende elastische zwachtel hebt aangelegd, verlaat mevrouw Charib opgelucht de praktijk.

Inleiding

Een laterale distorsie van de enkel ontstaat bij het naar binnen zwikken van de voet (het inversie- of supinatie trauma). Bij een lateraal trauma komt het kapselbandapparaat aan de buitenzijde van het enkelgewricht onder spanning te staan. Bij een uitgerekte enkelband wordt gesproken van een 'distorsie'. Een scheur in de enkelband heet 'ruptuur'. Soms treedt er ook een breuk (fractuur) op in een van de aangrenzende botstukken. Een acuut trauma van de enkel is het meest voorkomende letsel van het bewegingsapparaat. Jaarlijks bezoeken zo'n 300.000 patiënten met een acuut enkeltrauma de huisarts of de Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis. Ruim de helft van de ongevallen vindt plaats

op het sportveld. De kans op een fractuur loopt uiteen van 5 procent in de huisartsenpraktijk tot 20 procent op de Spoedeisende Hulp van een ziekenhuis. Het betreft meestal een fractuur van de buitenenkel (malleolus lateralis) of het kopje van het buitenste middenvoetsbeentje (os metatarsale V). Allereerst zal de huisarts zeker willen weten dat er geen ernstige botbreuk is. Wanneer dit is uitgesloten, kan een distorsie of ruptuur prima in de huisartsenpraktijk worden behandeld.

Klachten en achtergronden

Bij het onderzoek van het enkeltrauma gaat de huisarts na of er reden is om een röntgenfoto van de enkel te maken. Als er geen reden is om aan een botbreuk te denken, moet er onderscheid worden gemaakt tussen een distorsie en een ruptuur. Dat is niet altijd eenvoudig; vooral bij patiënten met veel pijn of een flink gezwollen enkel kan dit onderscheid (nog) niet duidelijk gemaakt worden. De patiënt moet dan vier tot zeven dagen later opnieuw worden onderzocht. Voor de tussentijd krijgt de patiënt het advies bewegingen die de pijn duidelijk verergeren te vermijden, desgewenst met behulp van elleboogkrukken. Na vier tot zeven dagen zijn de zwelling en de pijn dermate afgenomen dat onderzoek wel uitvoerbaar is. Belangrijke vragen en aspecten van het onderzoek zijn de volgende.

ANAMNESE

- Wanneer en hoe bent u door de enkel gewikt?
- Kunt u nog staan en lopen met de pijnlijke enkel?
- Hoe erg is de pijn? Waar zit de pijn?
- Hebt u al eens eerder last van deze enkel gehad?

LICHAMELIJK ONDERZOEK

- Inspectie (wat is er te zien?):
 - Zijn er standafwijkingen?
 - Waar zit de zwelling? Hoe groot is de zwelling?
 - Is er een blauwe plek (hematoom)?
 - Is de enkel te belasten (wanneer enkele stappen worden gezet)?
- Palpatie (wat is er te voelen?):
 - Is er sprake van drukpijnlijkheid van de aangrenzende botstukken?
 - Is er sprake van drukpijnlijkheid van de voorste laterale enkelband?
- Voorste 'schuifladetest' (verschuiving van de voet ten opzichte van het onderbeen).

Een röntgenfoto is meestal niet nodig. Alleen bij een vermoeden van een fractuur vraagt de huisarts een röntgenfoto aan. Dit is het geval bij:

- standafwijkingen van de voet ten opzichte van het onderbeen;
- onvermogen om de enkel te belasten;
- drukpijnlijkheid van de aangrenzende botstukken (de achterzijde van binnen- en buitenenkel, het kopje van het buitenste middenvoetsbeentje (os metatarsale V) en het voetwortelbeentje (os naviculare)).

Als er geen aanwijzingen voor een fractuur zijn, dan is er sprake van een distorsie. Is het onderzoek niet goed uit te voeren door de pijn en zwelling, dan volgt er na vier tot zeven dagen een vervolgconsult. Is bij dit vervolgconsult de voorste laterale enkelband erg drukpijnlijk én is er hematoomverkleuring of een positieve voorste schuifladetest, dan is er sprake van een ruptuur. In alle andere gevallen luidt de diagnose distorsie.

Beleid

Een fractuur wordt behandeld door een (orthopedisch) chirurg.

Bij een distorsie (een uitgerekte enkelband) is geen specifieke behandeling nodig. Het hervatten van de normale activiteiten is binnen enkele dagen tot weken mogelijk. Op verzoek van de patiënt kan voor enkele dagen een steunende elastische zwachtel worden aangelegd. Op geleide van de pijn kan men de enkel gaan belasten. De patiënt moet terugkomen als na één tot twee weken geen verbetering is opgetreden. In dat geval herhaalt de huisarts het lichamenlijk onderzoek.

Bij een ruptuur (een scheur in de enkelband) duurt het herstel enkele weken tot maanden. De prognose is goed. Werken en sporten kan zeker in het begin klachten geven. De enkel gaat na belasting weer pijn doen, wordt dikker of voelt nog onvast aan. Een tapebandage kan het herstel ondersteunen. Desgewenst kunnen pijnklachten bestreden worden met paracetamol.

Het nut van het aanleggen van een drukverband, het koelen met een ijszak, het hoogleggen van het been en oefen therapie is onvoldoende onderzocht. Daarom is het moeilijk hierover adviezen te geven. Het gebruik van fysiotherapie (ultrageluid, diadynamische stroom of laser) is niet effectief gebleken en moet worden ontraden.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij een distorsie vertelt men de patiënt dat de enkelband is uitgerekt en dat een tapebandage niet nodig is. Desgewenst kan voor enkele dagen een steunende elastische zwachtel worden aangelegd. Adviseer de patiënt de enkel te belasten op geleide van de pijn en daarbij de voet recht naar voren te plaatsen en goed af te wikkelen.

Bij een ruptuur wordt uitgelegd dat de enkelband zodanig is uitgerekt dat deze gedeeltelijk is gescheurd. Het herstel zal in de regel enkele weken tot maanden vergen. De prognose ten aanzien van het hervatten van normale activiteiten is goed. Hoewel de enkel nog lang (bij-

voorbeeld na inspanning) klachten kan geven (pijn, onzeker gevoel), hoeft hij niet te worden ontzien.

Bij een ruptuur is een tapebandage zinvol om het herstel te bevorderen. Hierdoor wordt voorkomen dat de enkel opnieuw kan doorzwikken. De duur van de behandeling is zes weken. De bandage wordt iedere twee weken verwisseld. Bij het aanleggen van de bandage maakt de voet een hoek van negentig graden ten opzichte van het onderbeen. Adviseer de bandage droog te houden ter voorkoming van verweking of infectie van de huid. Tijdens het douchen kan de tape droog gehouden worden met behulp van huishoudplastic. Bij veel pijn kunnen elleboogkrukken de eerste dagen zinvol zijn. Beweeg tijdens zitten of liggen regelmatig de enkel door de voet op en neer te buigen. Zodra de pijn het toelaat, mag de patiënt weer gaan lopen. Geef het advies dit dagelijks te oefenen en daarbij de voet recht naar voren te zetten en zo normaal mogelijk af te wikkelen. Laat beginnen met kleine pasjes. Als dit goed gaat, kunnen grotere passen worden gemaakt. Vaak kan men na zes weken voorzichtig met sporten beginnen. Bij sommige sporten, zoals voetbal, basketbal en veldhockey, bestaat een hoog risico op enkel-

bandletsel. Adviseer in dat geval het gebruik van een enkelbrace.

Als pijnstillers is paracetamol (viermaal daags, maximaal 4000 mg per dag) het middel van eerste keus.

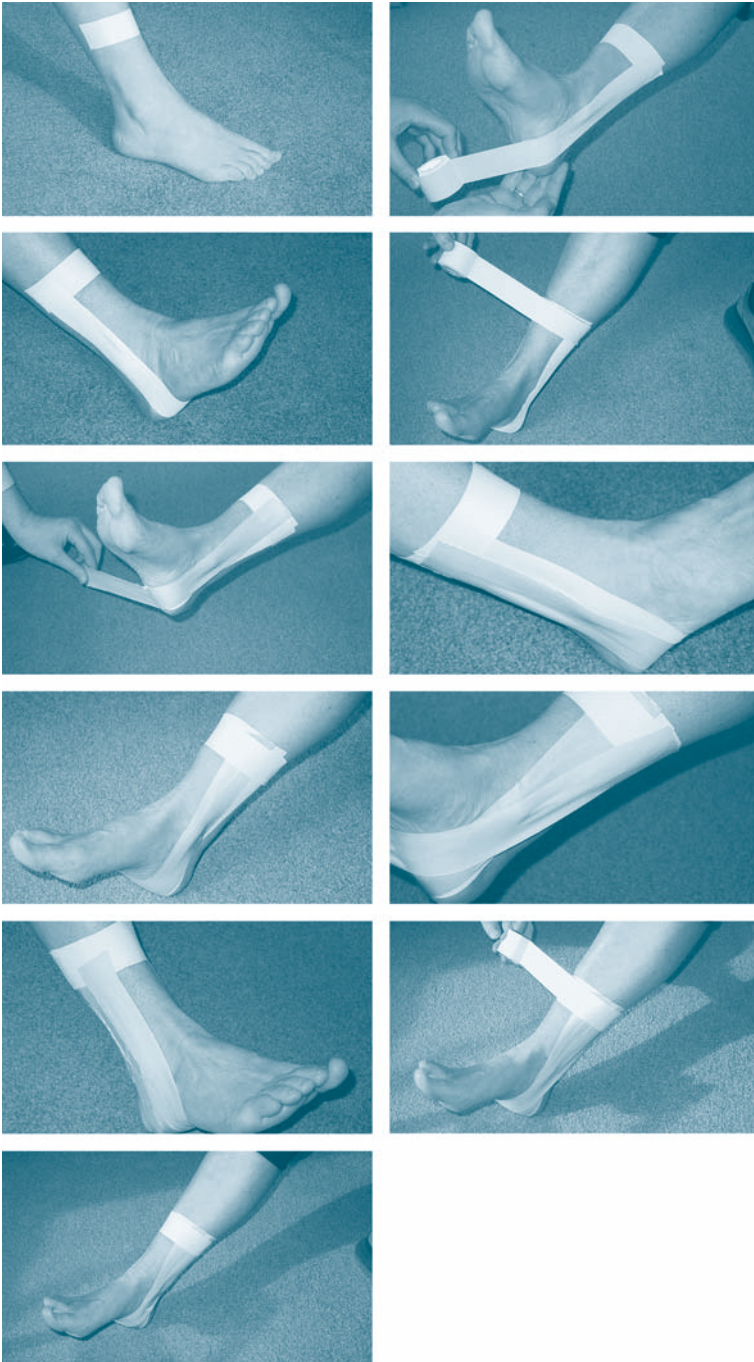
Soms verloopt het herstel niet voorspoedig; de enkel blijft instabiel of het zwikken herhaalt zich steeds. Dan kan een fysiotherapeut begeleiding geven bij het trainen van coördinatie en spierkracht. Vaak treedt er dan alsnog herstel op. Helpt ook dit niet, dan volgt een verwijzing naar de orthopedisch chirurg voor een eventuele operatieve reconstructie van het kapselbandapparaat.

U kunt in overleg met de huisarts en na adequate scholing een rol spelen bij de behandeling van enkeldistorsies in de vorm van het zwachtelen of bandageren en het geven van voorlichting en advies over het beloop.

Over een verstuikte enkel zijn een NHG-Patiëntenfolder en twee NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Begrippen

distorsie	uitgerekte enkelband
inversie of supinatie	naar binnen draaien van de voet; beweging van de voet die men moet maken om de onderkant van de voet te zien
laterale malleolus	buitenenkel
mediale malleolus	binnen enkel
ruptuur	gescheurde enkelband



Figuur 1 Tapetechniek.

Enuresis nocturna

Mevrouw De Groot vertelt u over haar zoon Job. Job is 7 jaar en plast regelmatig 's nachts in zijn bed. Het beddengoed moet dus vaak gewassen worden, maar dat vindt mevrouw De Groot niet eens zo erg. Erger vindt ze het voor Job zelf, want die durft bijvoorbeeld niet bij zijn vriendje te logeren. Ook vraagt ze zich af of er lichamelijk iets mis is met Job. Zou hij bijvoorbeeld een afwijking aan zijn nieren kunnen hebben?

U zegt dat bedplassen bij kinderen vaker voorkomt en dat er bijna nooit sprake is van lichamelijke afwijkingen. Ze kan het beste een afspraak voor Job bij de huisarts maken. De huisarts kan dan met Job en zijn moeder een methode uitkiezen waarmee Job van het bedplassen kan worden afgeholpen.

Inleiding

De NHG-Standaard Enuresis nocturna geeft richtlijnen voor de beoordeling en behandeling van bedplassen bij kinderen vanaf de leeftijd van 5 jaar. Enuresis is het legen van de blaas volgens een normaal patroon, maar op een ongewenst moment en op een ongewenste plaats. 'Nocturna' betekent 'nachtelijk'. Enuresis is niet hetzelfde als incontinentie (zie hoofdstuk Incontinentie voor urine). Er is sprake van enuresis nocturna, als een kind van 5 jaar in de afgelopen drie maanden ten minste tweemaal per week 's nachts in bed heeft geplast, of als een kind van 7 jaar en ouder (of een volwassene) ten minste eenmaal

per maand in bed plast zonder medische oorzaak of andere symptomen.

Tegen het zesde jaar kunnen de meeste kinderen het bed 's nachts droog houden, maar bij ongeveer 8 procent van de meisjes en 12 procent van de jongens lukt dat nog niet. Op de leeftijd van 13 tot 16 jaar is 1 tot 2 procent van de kinderen 's nachts nog nat. Een huisarts in een normpraktijk ziet ongeveer 1 tot 2 nieuwe enuresispatiënten per jaar.

Klachten en achtergronden

In de loop van het tweede levensjaar is het autonome en willekeurige zenuwstelsel voldoende ontwikkeld zodat het kind zindelijk kan worden. Het kind voelt dan of de blaas vol is en weet of het moet plassen. Voor zindelijkheid is echter ook beheersing van de bekkenbodemspieren noodzakelijk. Ongeveer vanaf het vierde jaar zijn alle voorwaarden voor zindelijkheid aanwezig. Kinderen met een vertraagde ontwikkeling en vooral kinderen met een geestelijke handicap hebben meer moeite om zindelijkheid te ontwikkelen. Zindelijk worden is ten dele een leerproces. Bij sommige kinderen voltrekt dat leerproces zich eerder dan bij anderen. De meeste kinderen met enuresis nocturna hebben nog niet geleerd om zich 's nachts bewust te worden van de aandrang om te plassen. Bij ongeveer een derde van de kinderen hebben ook de ouders in het verleden enuresis nocturna gehad. De meeste kinderen met enuresis nocturna zijn normale kinderen uit normale gezinnen. Bij een minderheid spelen echter problemen in het gezin zoals scheiding, overlijden en

ruzies een rol. Ook problemen op school kunnen meespelen. Het kind kan behalve van enuresis ook last hebben van obstipatie, maar of de enuresis door de obstipatie wordt veroorzaakt, is niet duidelijk.

Bij kinderen van Turkse of Marokkaanse afkomst komt enuresis ongeveer tweemaal vaker voor dan bij Nederlandse kinderen. Bij kinderen die in het land van herkomst blijven, is dat niet zo. Hier is tot op heden geen goede verklaring voor gevonden. Bij een klacht over bedplassen gaat de huisarts na wat de hulpvraag is. Zijn het de ouders die niet meer tegen de nachtelijke onrust, het verschonen, de was en de geur kunnen? Of schaamt het kind zich voor het bedplassen, en durft het bijvoorbeeld niet meer uit logeren? Bij allochtone kinderen is het van belang hoe hun ouders denken over zindelijk worden.

Bij de anamnese besteedt de huisarts aandacht aan de volgende zaken:

Bij kinderen

Plaspatroon

- Hoe vaak is het kind nat? Is het alleen 's nachts nat of ook overdag? Verliest het kind steeds kleine beetjes urine of is het in één keer nat?
- Hoe vaak plast het kind? (Normaal is drietot achtmaal per dag.)
- Hoe is de urinestraal (moet het kind persen, is de straal onderbroken of slap, druppelt de urine na)?
- Heeft het kind een urineweginfectie door-gemaakt (pijn bij het plassen, bloed in de urine)?
- Is er sprake van obstipatie of in de broek poepen?

Functioneren en ontwikkeling

- Hoe functioneert het kind en hoe ontwikkelt het zich?
- Zijn er veranderingen op school en in het gezin?
- Is het kind wel eens een periode droog geweest?

Aanvullend kan de huisarts gegevens van de jeugdarts opvragen.

Rol van de ouders

- Op welke leeftijd waren de ouders droog? Komt bedplassen meer voor in de familie?
- Hoe verliep de zindelijkheidsstraining?
- Aan welke mogelijke oorzaken denken de ouders? Wat hebben zij tot nu toe zelf of op advies van andere hulpverleners geprobeerd?

Bij (jong)volwassenen

- Wat is in het verleden geprobeerd om het bedplassen te verhelpen?
- Hoe is de motivatie om (opnieuw) te starten met een vorm van behandeling?

De huisarts onderzoekt het kind om onderliggende ziektebeelden uit te sluiten. In zeldzame gevallen vormen urologische aandoeningen, bijvoorbeeld afwijkingen aan de urethra of niet-urologische aandoeningen zoals diabetes mellitus de oorzaak. Als er aanwijzingen zijn voor onderliggende ziektebeelden kan de huisarts de ouders vragen te kijken hoe het kind plast. Als het kind moet persen bij het plassen of druppelsgewijs plast kan er sprake zijn van afwijkingen aan de urethra. Ook een onderbroken urinestraal wijst daarop. Als de klachten daartoe aanleiding geven (bijvoorbeeld bij pijn bij het plassen of bloed in de urine) onderzoekt de assistente de urine op tekenen van een urineweginfectie. Pas als onderliggende ziektebeelden zijn uitgesloten, is er sprake van enuresis.

Beleid

Behandeling van enuresis nocturna begint niet vóór het vijfde levensjaar. Het is belangrijk dat zowel het kind als de ouders gemotiveerd zijn voor behandeling. Een deel van de kinderen zal ook zonder behandeling op den duur zindelijk worden.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts begint de behandeling met voorlichting aan ouders en kind en vertelt dat veel kinderen van 5 jaar en ouder nog in bed plas-

sen. Bedplassen gebeurt niet met opzet (zie ook kader Gesprek).

De huisarts vertelt dat de oorzaak van bedplassen is dat het kind nog niet geleerd heeft zich 's nachts bewust te worden van de aan drang om te plassen. Het gesprek met kind en ouders is belangrijk (zie kader) en vormt de basis voor de te volgen methode. Als ouders en kind gemotiveerd zijn, reikt de huisarts methoden aan waarmee het kind kan leren zindelijk te worden. Ouders en kind kunnen kiezen voor de methode die hun het meeste aanspreekt.

Methoden zijn:

- Uit bed halen ('opnemen'). Dit is een veel toegepaste methode bij kinderen tot 6 jaar. Het bezwaar tegen deze methode is dat een kind niet leert om wakker te worden van een volle blaas, maar dat het wakker wordt omdat het uit bed wordt gehaald! De meeste kinderen die droog slapen als de ouders hen 's nachts een keer opnemen, zijn echter op den duur ook zindelijk zonder dat zij worden opgenomen.
- Kalendermethode. Bij deze methode worden droge en natte nachten met stickers of tekeningen op een kalender aangegeven. Het kind wordt zich zo bewust van het aantal droge en natte nachten. Het belonen van de droge nachten vormt een extra stimulant voor het kind om het bed droog te houden. Deze methode is geschikt voor jonge kinderen (tot 8 jaar).
- Motivatiemethode. Deze methode kan worden toegepast bij wat oudere kinderen (van 8 tot ongeveer 12 jaar). De ouder probeert het kind te interesseren en te stimuleren door het een cadeautje te geven als het droog is.
- Blaastraining. Door te leren de plas overdag langer op te houden, kan het kind ook 's nachts langer droog blijven. Deze methode is vooral geschikt voor kinderen met enuresis nocturna die overdag meer dan acht keer moeten plassen; verder voor oudere kinderen (van 8 tot 13 jaar) en (jong)volwassenen. Deze methode kost

veel tijd, en is daarom niet de eerste methode die wordt aangeraden.

- Plaswekkermethode. Een plaswekker leert het kind wakker te worden van het gevoel van een volle blaas, waaruit het kind enkele druppels urine verliest. Deze methode kan al bij kinderen vanaf 5 jaar worden toegepast en is ook geschikt voor (jong)volwassenen.
- Wektraining. Bij deze methode wordt gebruik gemaakt van de plaswekker in combinatie met een wekschema en eventueel een beloning. De methode is geschikt voor kinderen ouder dan 8 jaar, en voor (jong)volwassenen.
- Droogbedtraining. Deze methode bestaat uit een combinatie van een plaswekker en een specifieke training. De training is geschikt voor kinderen ouder dan 8 jaar (en voor volwassenen) bij wie andere methoden geen effect hadden. Huisartsen verwijzen hiervoor naar instelling voor JGZ of GGZ, of naar een ziekenhuis.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Zindelijkheid is een leerproces en gaat niet gepaard met lichamelijke afwijkingen, dus behandeling met medicijnen is zelden nodig. Ouders verwachten dat medicijnen het probleem snel kunnen oplossen, maar dat is in het algemeen niet zo. Alleen als niet-medicamenteuze behandeling heeft gefaald, kan de huisarts overwegen medicijnen voor te schrijven. Imipramine en desmopressine kunnen enig effect hebben bij enuresis. Door het gebruik van deze medicijnen neemt het aantal natte nachten af, maar de kinderen blijven niet geheel droog. Kinderen kunnen maximaal drie maanden met deze medicijnen worden behandeld. De voorkeur gaat uit naar desmopressine. Dit medicijn kan in een neusspray worden toegediend. Als het kind gaat logeren of op vakantie gaat, kan desmopressine kort worden gebruikt.

CONTROLES

Ouders en kind houden de gekozen methode enkele maanden vol en komen eens per

maand bij de huisarts om te bespreken hoe het gaat. Als het kind zindelijk is geworden, bespreekt de huisarts de kans op terugval en wat er dan moet gebeuren. Als de behandeling niet aanslaat, bespreekt de huisarts de mogelijke oorzaken en overlegt hij met de ouders en het kind over een andere methode.

VERWIJZEN

Verwijzen is alleen noodzakelijk als de huisarts ouders en kind niet zelf kan begeleiden, bijvoorbeeld bij de droogbedtraining. Als er aanwijzingen zijn voor een onderliggend ziektebeeld, verwijst de huisarts het kind naar de kinderarts of (kinder)uroloog.

U kunt ouders en kind voorlichting geven over bedplassen. U vertelt dat een lichamelijke afwijking meestal niet de oorzaak is van bedplassen en dat veel jongere kinderen nog in bed plassen. Voor kinderen van 5 jaar en ouder maakt u een afspraak bij de huisarts. Als er klachten zijn die kunnen wijzen op een urineweginfectie, zoals pijn bij het plassen of bloed in de urine, vraagt u voorafgaand een flesje urine in te leveren zodat u dat vast kunt onderzoeken. De praktijkondersteuner of -assistente kunnen ouders en kind begeleiden wanneer deze gekozen hebben voor een methode om bedplassen te behandelen.

Over bedplassen zijn vijf NHG-Patiëntenbrieven verschenen. In de NHG-Praktijkwijzer GGZ staat een hoofdstuk Enuresis nocturna, met daarin handvaten voor de praktijkondersteuner om kinderen met bedplassen te begeleiden.

Gesprek

Een gesprek tussen huisarts en ouders over het bedplassen van hun kind vormt

de basis voor behandeling. Het volgende komt daarbij aan de orde:

- Duidelijk vertellen: ouders denken al snel dat het kind wel weet dat het bed droog moet blijven. Vaak blijkt dat niet duidelijk te zijn voor het kind.
- Positieve aandacht: bedplassen is vervelend, maar het kind doet het niet expres. Droog worden is een prestatie. Prijs het kind als het droog is. Straf het kind niet als het in bed heeft geplast, maar voorkom ook dat het kind zich beloond voelt als het wel in bed heeft geplast. Zeg dus dat het jammer is dat het nog niet gelukt is. Geef het kind individuele positieve aandacht, los van het bedplassen. Lees bijvoorbeeld iedere avond een verhaaltje voor.
- Verantwoordelijkheid bij het kind leggen: niet de ouders moeten droog worden, maar het kind. Het is belangrijk dat het kind de adviezen zo veel mogelijk zelf uitvoert en verantwoordelijkheid draagt voor de gevolgen van het bedplassen.
- Consequent zijn: wanneer men eenmaal met een bepaalde aanpak of behandeling is gestart, moet men die consequent volhouden. Wel is het goed met de ouders een afspraak te maken over de duur van een bepaalde aanpak.
- 's Avonds drinken mag: het heeft geen zin om bedplassende kinderen te verbieden om 's avonds nog wat te drinken. Dat heeft geen effect op het droog blijven en roept spanningen op.
- Geen luiers: een kind van 6 jaar of ouder kan 's nachts beter geen luier meer dragen. Het kind met luier zal bedplassen als iets vanzelfsprekends ervaren en komt er moeilijker van af. Het kind moet zich bewust worden van het plassen.

Begrippen	
obstipatie	verstopping (in de darmen)
urethra	plasbuis

Epicondylitis

Meneer Van der Weijden komt naar de praktijk vanwege pijn in zijn arm. Hij kan de stuurknop van zijn nieuwe vorkheftruck steeds minder goed bedienen, zoveel last heeft hij. Hij is met zijn werk gestopt toen hij tijdens de koffiepauze zijn kopje niet meer goed kon oppakken. Zou het een tenniselleboog kunnen zijn? Kan de dokter daar iets aan doen?

Inleiding

Epicondylitis komt bij mannen en vrouwen even vaak voor, dikwijls op een leeftijd tussen de 40 en 50 jaar. Meestal is de dominante arm (dus bij rechtshandigen de rechterarm) aangedaan. Meer dan de helft van de patiënten met epicondylitis gaat niet naar de huisarts. De ernst van de klachten wisselt sterk van patiënt tot patiënt, evenals de duur van de klachten. De gemiddelde duur wordt geschat op driekwart jaar. De huisarts met een normpraktijk ziet jaarlijks circa 10 tot 15 patiënten met een epicondylitis.

Klachten en achtergronden

Bij een epicondylitis is er sprake van pijn rond de elleboog ten gevolge van overbelasting van de polsstrekkers of polsbuigers. De pijn is gelokaliseerd op de plaats waar deze spieren aanhechten aan de elleboog; respectievelijk aan de buitenzijde van het onderste deel van het opperarmbeen (humerus) en aan de binnenzijde. In meer dan 90 procent van de ge-

vallen gaat het om de buitenzijde van de elleboog, de zogenaamde 'tennisarm'. De pijn rond de elleboog treedt op of verergert door bewegingen van de pols, het aanspannen van de polsstrekkers of polsbuigers en door op de buitenzijde of binnenzijde van de elleboog te drukken.

Beleid

Het beleid van de huisarts is gericht op het wachten op spontaan herstel. Zo nodig worden pijnstillers (eerste keus: paracetamol; tweede keus: een NSAID) voorgeschreven. Indien de patiënt in het dagelijks functioneren langdurig veel hinder blijft ondervinden, kan de huisarts een plaatselijke injectie met corticosteroiden (een hormoonpreparaat) geven, eventueel gecombineerd met een verdovingsmiddel. De patiënt kan gedurende een tot drie dagen na de injectie méér pijn hebben.

VOORLICHTING EN ADVIES

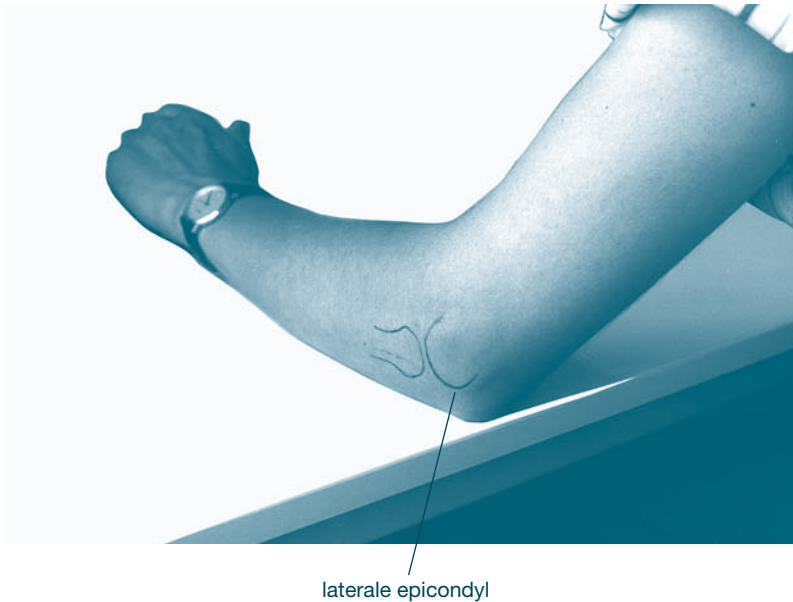
De huisarts legt uit dat het gaat om overbelasting van de polsstrekkers of polsbuigers en dat het niet te voorspellen is of de klachten kort of lang blijven bestaan.

Van geen enkele behandelingsmethode (tape, bandages, oefeningen, fysiotherapie) is aangetoond dat die de duur van de klachten kan bekorten. De huisarts adviseert daarom natuurlijke genezing af te wachten. Belemmeringen die de patiënt ondervindt bij werk, sport en hobby's worden besproken en samen met de patiënt zoekt de huisarts naar oplossingen. Absolute rust van de arm is niet

noodzakelijk. Bewegen met pijn benadeelt de genezing niet.

De huisarts onderzoekt of sprake is van een epicondylitis. De praktijkassistente kan uitleg en voorlichting geven.

Het NHG heeft een Patiëntenbrief uitgegeven over een tennisarm.



Figuur 1 Buitenzijde van de elleboog.

Begrippen	
epicondylitis	pijn aan de binnen- of buitenzijde van de elleboog als gevolg van overbelasting van de aanhechting aan de elleboog van de pees van de strek- of buigspieren van de onderarm
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmend effect, voorbeelden hiervan zijn ibuprofen, diclofenac en naproxen

Erectiele disfunctie

U controleert regelmatig de heer De Vries, 53 jaar. Hij komt een paar keer per jaar voor controle van zijn diabetes mellitus type 2. De laatste keer zei hij met een rood hoofd: 'Ik heb een vraagje. Kan het zijn dat ik door de suikerziekte problemen heb met de eh...relatie?' Niet begrijpend kijkt u hem aan. 'Welke problemen bedoelt u?' 'Nou, in bed, als u begrijpt wat ik bedoel. En daar zijn pillen voor, heb ik begrepen.'

Inleiding

De NHG-Standaard Erectiele disfunctie geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij mannen met klachten over de erectie. In een normpraktijk ziet de huisarts ongeveer 4 mannen met erectiele disfunctie per jaar, blijkt uit registratiecijfers. Dit aantal is enigszins vertekend. Onderzoek toont aan dat erectiele disfunctie veel vaker voorkomt. Oorzaak van de vertekening kan zijn dat veel huisartsen erectiele disfunctie niet juist registreren. Ook durven mannen met klachten over de erectie vaak niet naar de huisarts te gaan. De NHG-Standaard gaat niet over ejaculatiestoornissen.

Klachten en achtergronden

Van 'erectiele disfunctie' wordt gesproken als mannen óf helemaal niet óf soms niet in staat zijn tot een erectie bij seksuele activiteit. 'Nooit een erectie kunnen krijgen' of 'af en toe geen erectie kunnen krijgen' werd vroeger

impotentie genoemd. Deze term wordt in de NHG-Standaard niet meer gebruikt. Erectiele disfunctie kan ertoe leiden dat een man minder zelfvertrouwen heeft. Ook kan het een negatieve invloed hebben op de relatie met de partner en zelfs op de algehele kwaliteit van leven.

Er is de laatste jaren meer aandacht voor deze klacht, ook omdat er nu medicijnen zijn die mannen kunnen helpen een erectie te krijgen. Verwacht wordt dat erectiele disfunctie steeds vaker voorkomt. Het is een gevolg van de vergrijzing, maar ook van het feit dat steeds meer mensen chronische aandoeningen krijgen of er een ongezonde leefstijl op nahouden (zie Oorzaken).

OORZAKEN

Erectiele disfunctie kan verschillende oorzaken hebben die zowel op lichamelijk als op psychisch gebied kunnen liggen. De kans op erectiele disfunctie stijgt met de leeftijd. Bij oudere mannen hebben de klachten vaker een lichamelijke oorzaak, bij jongere mannen spelen vaker psychische factoren mee.

De belangrijkste oorzaken van erectiele disfunctie zijn:

- psychische factoren (stress, depressie of relatieproblemen);
- seksuologische factoren;
- lichamelijke factoren;
- leefstijlfactoren (zoals roken, obesitas of weinig lichaamsbeweging).

Er kunnen verschillende lichamelijk oorzaken zijn. Bij chronische aandoeningen zoals dia-

betes mellitus of hart- en vaatziekten kan erectiele disfunctie als complicatie optreden. Ook neurologische aandoeningen, gebrek aan testosteron en afwijkingen aan de penis kunnen leiden tot erectiele disfunctie. Sommige medicijnen hebben als bijwerking 'problemen met de erectie', bijvoorbeeld antidepressiva, antihypertensiva, antischimmelmiddelen, cholesterolverlagers en NSAID's.

Over het algemeen vinden mensen het niet gemakkelijk om over seksualiteit te praten. Mannen met klachten over de erectie stellen een gesprek met de huisarts vaak lang uit. De huisarts kan hen hierin tegemoetkomen als hij het bestaan van deze klachten vermoedt (zie Oorzaken). De NHG-Standaard adviseert dan ook om het onderwerp bij deze patiënten aan de orde te stellen, ongeacht of de patiënt er zelf over begint of niet. Een goede aanleiding is bijvoorbeeld het voor de eerste keer voorschrijven van medicijnen met de bijwerking erectiele disfunctie. Ook controles na een hartinfarct of CVA zijn een goede gelegenheid. Praktijkondersteuners of -assistenten kunnen het onderwerp eveneens ter sprake brengen, bijvoorbeeld bij de jaarlijkse controles van hypertensie en diabetes mellitus. Ook voor de huisarts of de andere praktijkmedewerkers kan het moeilijk zijn om over seksualiteit te praten. Het is belangrijk om het taalgebruik en de golfengte zodanig op elkaar af te stemmen dat zowel de patiënt als de huisarts of de praktijkondersteuner/-assistente zich er prettig bij voelt. Het is eveneens van belang dat de huisarts of de praktijkondersteuner/-assistente zich openstelt voor de patiënt, ook als zijn (seksuele) normen en waarden afwijken van de eigen opvattingen.

ANAMNESE EN ONDERZOEK

Tijdens de anamnese brengt de huisarts in kaart welke klachten de patiënt precies heeft. Hij probeert onderscheid te maken tussen psychische en lichamelijke oorzaken. Dit is van belang voor het behandelingsplan. Ook

gaat hij na welke hulp de man op dit moment van de huisarts verwacht.

Hij vraagt naar de voorgeschiedenis en kijkt of de klachten kunnen zijn veroorzaakt door andere (chronische) aandoeningen, leefstijlfactoren of het gebruik van bepaalde medicijnen. Als de man wél een erectie heeft bij masturbatie of wel eens nachtelijke of ochtenderec- ties heeft, is een psychische oorzaak waarschijnlijk.

De huisarts vraagt na hoe de man en zijn partner(s) de klachten ervaren. Hoe geven zij vorm aan hun seksuele relatie? Wat gaat er wél goed?

De huisarts doet lichamenlijk onderzoek als uit de anamnese blijkt dat er sprake is van een pijnlijke erectie. Dit om een eventuele aandoening aan de geslachtsorganen op te sporen zoals de ziekte van Peyronie. Bij deze zeldzame ziekte treedt een verdikking van het bindweefsel op waardoor de penis bij de erectie een (pijnlijke) kromme en scheve stand kan aannemen.

Soms doet de huisarts lichamenlijk onderzoek om de patiënt gerust te stellen.

Als de huisarts twijfelt of er een lichamenlijke of een psychische oorzaak is, geeft hij de man 'huiswerk' mee. Hij vraagt hem te proberen een erectie te krijgen bij het bekijken van erotische films of tijdschriften of tijdens masturbatie. Lukt het dan wél, dan is er waarschijnlijk sprake van een psychische oorzaak.

Om een overzicht te krijgen van de omstandigheden waarin het hem wel of niet lukt een erectie te krijgen, kan de patiënt een erectie-dagboek bijhouden.

Beleid

Waaruit de behandeling ook bestaat, de huisarts geeft altijd voorlichting en advies. Voor veel mannen is voorlichting en advies voldoende en is verdere behandeling niet nodig.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft veel informatie. Eén consult is meestal niet genoeg.

Hij geeft voorlichting over de mogelijke lichamelijke en psychische oorzaken.

Hij vertelt dat (werk)stress en vermoeidheid een rol kunnen spelen. Hij wijst ook op de rol van faalangst. Hij bespreekt de 'vicieuze cirkel van faalangst': de gedachte dat het toch wel niet zal lukken om een erectie te krijgen veroorzaakt angst, en juist door de angst verslapt de penis op een ongewenst moment. Als dit een paar keer is voorgekomen, krijgt de patiënt minder zin in seks. De huisarts adviseert hem dan om zich te concentreren op de prikkels en ervaringen van het moment, en niet op wat er allemaal mis kan gaan. Het kan zinvol zijn om een tijdje te stoppen met seksuele handelingen die maar niet lukken en om op een ander manier met intimiteit en seksualiteit om te gaan, gericht op de dingen die wél lukken. Eigenlijk betekent dit: even stoppen met de coïtus of pogingen daartoe.

De huisarts besteedt in het gesprek ook aandacht aan de manier waarop de partners gewend zijn vorm te geven aan hun seksuele relatie. Hij laat het van de resultaten van dit gesprek afhangen welke adviezen hij geeft. Als zij het orgasme het belangrijkste vinden, adviseert hij om de aandacht meer te verleggen naar de beleving van intimiteit en naar andere seksuele prikkels. Hij kan ook adviseren meer variatie aan te brengen in het voorspel, het tijdstip van het vrijen en de houdingen. Hulpmiddelen (zoals de vibrator of een glijmiddel) kunnen hierbij helpen, maar ook erotische literatuur of films.

De huisarts gaat in op eventuele vooroordelen. De man en zijn partner kunnen ideeën hebben over 'normale' seks die niet reëel zijn, bijvoorbeeld: 'seks moet spontaan zijn', 'een echte man heeft altijd zin' of 'masturberen doe je niet als je een vaste relatie hebt'. Alleen al het bespreken van deze opvattingen kan een grote opluchting betekenen.

Als het aan de orde is, adviseert de huisarts de patiënt te stoppen met roken. Dit voorkomt dat de klachten verergeren. Meer lichamelijke beweging heeft een gunstig effect. Het is de enige verandering in leefstijl die erectiele dis-

functie kan verminderen. Er is geen bewijs dat afvallen bij overgewicht de klachten doet afnemen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Sildenafil en vardenafil zijn kortwerkende middelen, tadalafil is een langwerkend middel. Deze middelen zijn alleen effectief bij voldoende seksueel verlangen en na seksuele prikkeling.

Als het geen probleem is om het tijdstip van vrijen van te voren vast te stellen, zijn sildenafil of vardenafil geschikte middelen. Zij werken na ongeveer dertig minuten gedurende vier tot zes uur.

Als meer vrijheid wenselijk is, kan de huisarts tadalafil voorschrijven. Dit middel werkt eveneens na een half uur maar heeft een werking van 36 uur. De man kan dus gedurende 36 uur steeds bij seksuele prikkeling een erectie krijgen.

De kortwerkende middelen moeten op een lege maag worden ingenomen, of drie uur na de maaltijd: vet voedsel verhindert de volledige opname van medicijnen door de maag. Eventuele bijwerkingen zoals hoofdpijn, blozen, maagklachten, verstopte neus of duizeligheid verdwijnen meestal na enkele pillen. De pillen mogen niet worden gebruikt bij hartfalen of (ernstige) angina pectoris – waarbij de patiënt klachten ondervindt bij de normale dagelijkse activiteiten –, een bloeddruk lager dan 90/50 mmHg, of bij een CVA of myocardinfarct korter dan zes maanden geleden. Ook mannen die nitraten gebruiken, bijvoorbeeld een 'tablette of spray onder de tong' mogen de pillen niet nemen.

Patiënten met stabiele angina pectoris die zonder pijn op de borst kunnen wandelen of tuinieren, kunnen rustig sildenafil, vardenafil of tadalafil nemen. Als zij bij het vrijen toch pijn op de borst krijgen, moeten ze géén 'tablette onder de tong' nemen. Het tabletje versterkt het bloeddrukverlagend effect van de pil tegen erectiele disfunctie. Als de patiënt onverhoopt toch beide middelen samen heeft gebruikt, moet hij naar het ziekenhuis. Hij blijft daar onder controle tot 24 uur na inname

van sildenafil of vardenafil en tot 48 uur na inname van tadalafil. Daarna is het bloed-drukverlagend effect verdwenen.

Een vervelende bijwerking van bovengenoemde middelen is een langdurige, pijnlijke erectie. Gelukkig komt dit zelden voor. Als de erectie minder dan vier uur duurt, adviseert de huisarts de patiënt om de penis te koelen met een zakje ijs (gedurende maximaal twintig minuten) of lichaamsbeweging te nemen (wandelen stimuleert de bloedsomloop). Als de erectie langer dan vier uur duurt, verwijst de huisarts de man naar de uroloog. Deze zal, als de erectie na zes uur nog onverminderd aanhoudt, bloed afnemen uit de corpora cavernosa via een dikke naald. Als verwijzing naar de uroloog problemen oplevert, kan de huisarts dit ook zelf doen.

In de vervolgsconsulten wordt aandacht besteed aan de werking van de medicijnen. De eerste controle vindt plaats als de man vier tot zes pillen heeft gebruikt. Eventueel wordt de dosis bij onvoldoende effect verhoogd of bij voldoende werkzaamheid verlaagd.

In plaats van pillen kunnen ook injecties, met dezelfde werkzame stoffen, worden toegediend in de penis. Ook kan in de urethra een stift worden geplaatst. Deze handelingen worden door de uroloog uitgevoerd.

VERWIJZING

De huisarts verwijst de man en eventueel zijn partner naar de seksuoloog, als de erectiele disfunctie verband houdt met relatieproblematiek, ejaculatiestoornissen of een stoornis in het seksueel verlangen, of voor begeleiding in het algemeen. In de NHG-Standaard wordt aangeraden naar een seksuoloog van de Nederlandse Vereniging voor Seksuologie te verwijzen (zie www.nvvs.info/)

De huisarts kan de patiënt ook naar de uroloog verwijzen, bijvoorbeeld als de ziekte van Peyronie langer dan een jaar bestaat of bij onvoldoende reactie op de medicatie.

Het zal niet vaak voorkomen dat een man al bij het maken van de afspraak problemen met de erectie noemt. Waarschijnlijk zal hij daar pas in de spreekkamer van de huisarts over praten. Als u controles uitvoert bij patiënten met diabetes mellitus of in het kader van cardiovasculair risicomanagement, kunt u het onderwerp zelf ter sprake brengen. Ook kan het uw taak zijn om herhalingsrecepten voor erectiebevorderende medicijnen af te handelen en voorlichting te geven over deze medicijnen. Het NHG heeft patiëntenbrieven uitgegeven over erectiele disfunctie: Erectieproblemen algemeen, Adviezen bij erectieproblemen, Erectiedagboek en Streeloefeningen.

Begrippen

antidepressiva	medicijnen tegen depressie
antihypertensiva	bloeddrukverlagende medicijnen
coïtus	seksuele gemeenschap
corpora cavernosa	twee zwellichamen aan de bovenkant (dorsale zijde) van de penis
ejaculatiestoornis	stoornis bij zaadlozing
NSAID's	non-steroid anti-inflammatory drugs: pijnstillende middelen met een ontstekingsremmende werking, bijvoorbeeld ibuprofen

Fluor vaginalis

U hebt Els de Winter aan de telefoon. Zij is 25 jaar. De laatste jaren komt zij regelmatig in verband met klachten over vaginale afscheiding. Meestal ging het om een candida-infectie. Met een zetpil voor inwendig gebruik gingen de klachten over. Het laatste jaar is dit veranderd. 'Ik heb nu al voor de vierde keer last van afscheiding en jeuk. Wat kan ik eraan doen?'

Inleiding

Onder fluor vaginalis wordt een (niet-bloederige) vaginale afscheiding verstaan, die volgens de patiënte afwijkt van wat voor haar gebruikelijk is wat betreft hoeveelheid, kleur of geur, en die al dan niet gepaard gaat met jeuk of irritatie in of rond de vagina. De NHG-Standaard beperkt zich tot vrouwen in de vruchtbare levensfase (15-55 jaar).

Fluor vaginalis is het meest voorkomende gynaecologische probleem in de huisartsenpraktijk. Jaarlijks wordt de klacht door 40 tot 50 per duizend vrouwelijke patiënten gepresenteerd. In ongeveer de helft van de gevallen betreft het vrouwen in de leeftijdscategorie van 20 tot 30 jaar.

De diagnostiek kan met eenvoudige middelen geheel door de huisarts in eigen beheer worden verricht. Het fluoronderzoek kan aan de praktijkassistente worden gedelegeerd.

Klachten en achtergronden

Fluor vaginalis of 'witte vloed' hoeft geen ziekte te zijn. Elke vrouw produceert normaal gesproken afscheiding in de vagina, die bedoeld is om het vaginaslijmvlies vochtig en soepel te houden en de geslachtsgemeenschap soepel te laten verlopen. Deze normale fluor is niet altijd hetzelfde. Hoeveelheid en samenstelling van de fluor worden sterk beïnvloed door leeftijd, menstruatiecyclus, hormoongebruik en zwangerschap. Emoties en seksuele opwinding kunnen ook van invloed zijn. Bij 'witte vloed' moet men erop bedacht zijn dat een vrouw die erover klaagt soms in feite iets anders wil overbrengen, zoals angst voor een geslachtsziekte of kanker, of negatieve ervaringen met seksualiteit.

Meestal berust fluor op een ontsteking van de vagina. De volgende oorzaken zijn daarbij van belang.

- *Candida (albicans)*, een gist die zonder klachten aanwezig kan zijn, maar ook een ontsteking van de vagina kan veroorzaken. De fluor is wit korrelig. Meestal klaagt de patiënte over jeuk. De gist kan onder de microscoop worden aangetoond in een preparaat met 10% KOH-oplossing.
- Bacteriële vaginose. Hierbij is de vagina zelf niet ontstoken. Het normale evenwicht van bacteriën in de fluor met voornamelijk melkzuurbacteriën (lactobacillen) is verstoord. Waarom is onduidelijk, maar bij bacteriële vaginose krijgen andere bacteriën de overhand.

- *Trichomonas vaginalis*, een eencellig diertje, veroorzaakt een ontsteking waarbij de fluor geelgroen en schuimend is. Het diertje kan onder de microscoop worden aangetoond in een preparaat met fysiologisch zout. Ook kan het door middel van een kweek worden aangetoond. Het kweekmateriaal moet binnen korte tijd na afname in het laboratorium zijn! Een trichomonas-infectie is een onschuldige seksueel overdraagbare aandoening (soa). Vrouwen en mannen kunnen de trichomonasbesmetting jaren bij zich dragen zonder klachten.
- *Chlamydia trachomatis* is een bacterie die eveneens door geslachtsverkeer wordt overgebracht en een ontsteking van de baarmoederhals of van de urethra kan veroorzaken. De ontsteking kan zich uitbreiden naar de baarmoeder en eileiders. Als de eileiders ontstoken zijn geweest, kan dit leiden tot een verhoogde kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap of onvruchtbaarheid. De klachten (afscheiding, bloedverlies) zijn niet specifiek en kunnen bij meer aandoeningen voorkomen. Vaak zijn er geen verschijnselen aanwezig. Daarom is de diagnose op grond van de anamnese veel moeilijker te stellen dan bij de andere genoemde ontstekingen. Men kan chlamydia aantonen door materiaal uit de cervix en de urethra af te nemen en op te sturen naar het laboratorium.
- Gonorrhoe is een geslachtsziekte die wordt veroorzaakt door de bacterie *Neisseria gonorrhoea*. Net als bij chlamydia kan de ziekte zich uitbreiden. De infectie veroorzaakt echter vaker klachten dan een chlamydia-infectie. De fluor is groen of geel, etterig. Ook gonorrhoe kan men aantonen door materiaal uit de cervix af te nemen en op te sturen naar het laboratorium.

ONDERZOEK

Klachten die betrekking hebben op de geslachtsorganen worden bijna nooit spontaan gemeld bij het maken van een afspraak, tenzij de assistente expliciet naar de reden voor de afspraak vraagt.

De huisarts vraagt bij de anamnese naar jeuk of irritatie, kleur en geur van de afscheiding en de duur van de klachten. Tevens gaat de huisarts na of er een kans bestaat op een soa, door te vragen naar onbeschermd seksueel contact met wisselende partners (of een partner met wisselende contacten) of klachten van de partner (afscheiding uit de penis, pijn bij het plassen).

Bij het lichamenlijk onderzoek let de huisarts op eventuele roodheid van de vulva en bij het speculumonderzoek wordt de kleur van de vaginawand beoordeeld. Ook de kleur en consistentie van de fluor wordt bekeken en er wordt op gelet of de baarmoedermond door het onderzoek is gaan bloeden. Ten behoeve van het microscopisch onderzoek wordt fluor op het onderste blad van het speculum 'geschept' en met het speculum verwijderd. Het fluoronderzoek kan daarna aan de praktijk-assistente worden gedelegeerd (zie kader).

In de meeste gevallen kan de huisarts een diagnose stellen op grond van de anamnese, het lichamenlijk onderzoek en de bevindingen bij het fluoronderzoek. In een klein aantal gevallen moet een kweekuitslag worden afge wacht. Alleen bij een risico op een soa wordt aanvullend onderzoek gedaan naar *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* en *Neisseria gonorrhoea*. Afnamemateriaal en transportmedia voor kweken moeten beschikbaar zijn. De methoden van bewaren en van het transport moeten voldoen aan de eisen van het laboratorium.

Afhankelijk van de diagnose kan medicamenteuze behandeling plaatsvinden met behulp van vaginale tabletten of crèmes, of met orale medicatie. Soms is het noodzakelijk de partner ook te behandelen.

Beleid

Het beleid is afhankelijk van de gestelde diagnose. Het doel van de behandeling is het opheffen van de klachten. In het geval van een soa is het doel het voorkomen van complicaties en van verspreiding.

VOORLICHTING EN

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Bij *Candida albicans* legt de huisarts uit dat er in normale omstandigheden schimmels in de vagina voorkomen, evenals bacteriën. De patiënte wordt verteld dat het evenwicht tussen schimmels en bacteriën soms verstoord raakt en dat er dan een schimmelinfectie kan ontstaan. Een schimmelinfectie gaat in de meeste gevallen vanzelf over en kan geen kwaad. Als de klachten hinderlijk zijn, schrijft de huisarts een recept uit voor vaginale tabletten (clotrimazol of miconazol). Bij uitwendige jeuk kunnen clotrimazol- en miconazolcrème worden uitgeschreven. *Candida albicans* kan ook oraal worden behandeld met fluconazol of itraconazol, maar bij een orale behandeling komen meer bijwerkingen voor.

Vrouwen kunnen meerdere malen per jaar last hebben van vaginale schimmelinfecties. Geadviseerd wordt om niet met zeep, maar alleen met water uitwendig te reinigen. Eventueel kan de huisarts de vrouw clotrimazol of miconazol voorschrijven die ze dan eenmalig op de vijfde dag van de menstruatie moet gebruiken (gedurende drie tot zes maanden). Ook kan de huisarts een of meerdere behandelingen op voorraad geven. Dan kan de vrouw bij hinderlijke klachten zelf besluiten om te starten met de behandeling.

Ook bij bacteriële vaginose legt de huisarts uit dat het natuurlijk evenwicht in de vagina verstoord is en dat er geen sprake is van besmetting of infectie, maar van een toename van een bacteriesoort die normaal in de vagina thuisheert. Toegenomen afscheiding met een onaangename geur kan het gevolg zijn. Alleen als de klachten hinderlijk zijn, kan de huisarts een recept uitschrijven voor metronidazol (eenmalige toediening van vier tabletten). Vrouwen die borstvoeding geven, nemen de eenmalige dosis na de laatste voeding.

Voor de behandeling van trichomonas- of chlamydia-infectie en gonorrhoe wordt verwezen naar de NHG-Standaard Het soa-consult.

Bij sommige vrouwen die last hebben van meer vaginale afscheiding dan anders, is geen oorzaak aan te wijzen voor de klachten. De huisarts stelt de vrouw gerust en wijst op de natuurlijke variaties in de hoeveelheid en samenstelling van de vaginale afscheiding. Eventueel kan de huisarts, bijvoorbeeld bij hevige jeuk, een crème adviseren om in het algemeen de huid soepel te houden en de jeuk te verzachten. Ook kan op proef worden behandeld met een antischimmelmedicijn. De huisarts raadt het gebruik van spoelingen, deodorant en zaaddodende middelen af, omdat ze irritatie kunnen veroorzaken. Zijn er na vier weken nog steeds klachten, dan wordt opnieuw onderzoek verricht in de eigen praktijk. Als dit niets oplevert wordt met behulp van kweek of PCR in ieder geval onderzocht of er sprake is van chlamydia, gonorrhoe of trichomonas.

Aan patiëntes die ongerust zijn over hun vaginale afscheiding, stelt u vragen om onderscheid te maken tussen normale en abnormale afscheiding. Bij normale vaginale afscheiding geeft u voorlichting en advies. Bij een vrouw die eerder een candida-infectie heeft gehad en die de klachten herkent, kunt u overleggen met de huisarts over de behandeling. U geeft voorlichting om dergelijke infecties in de toekomst te voorkomen.

De huisarts kan het fluoronderzoek aan u overdragen. Wanneer kweekmateriaal naar het laboratorium verzonden moet worden, draagt u zorg voor een juiste verzending.

Over vaginale afscheiding bestaan een NHG-Patiëntenfolder en zes NHG-Patiëntenbrieven.

Fluoronderzoek

Benodigdheden

- fysiologisch-zoutoplossing
- KOH 10%-oplossing
- pH-stripjes (traject 4,0-7,0)

Uitvoering

De fluor die zich in het speculum bevindt, wordt gebruikt voor het onderzoek.

pH-test

Met behulp van een pH-stripje wordt de zuurgraad gemeten. Een pH tussen 4,0 en 4,5 is normaal. Een pH >4,5 is kenmerkend voor bacteriële vaginose en *Trichomonas vaginalis*.

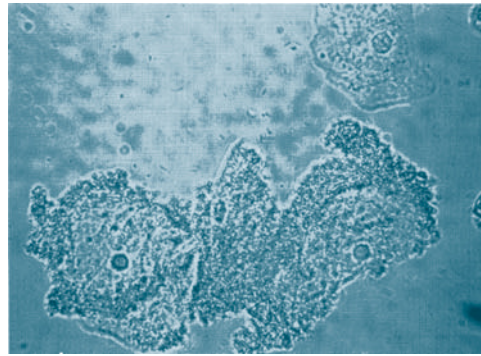
Aminetest

Met een stokje of een spatel wordt een beetje fluor aan de KOH toegevoegd, waarna wordt geroken. Als een geur van rotte vis wordt waargenomen is de test positief. Dit is kenmerkend voor bacteriële vaginose.

Microscopisch onderzoek van het preparaat

Op een objectglaasje worden een druppel fysiologisch zout en een druppel KOH 10% aangebracht. Aan de druppel fysiologisch zout wordt een beetje fluor toegevoegd, waarna de druppel met een dekglasje wordt afgedekt en wordt bekeken onder de microscoop bij een vergroting van 100× en 400×. De volgende bevindingen zijn mogelijk:

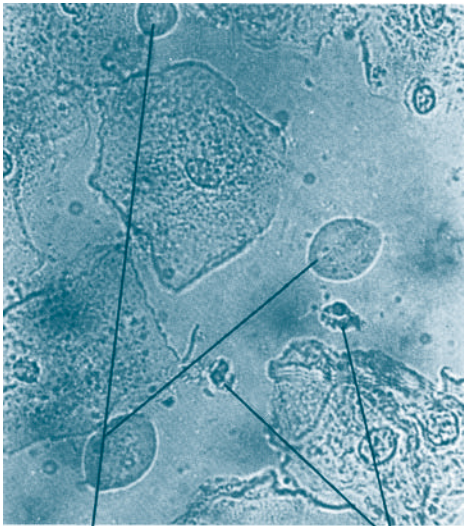
- clue-cellen ('hagelslagcellen'): epitheelcellen vol met bacteriën (figuur



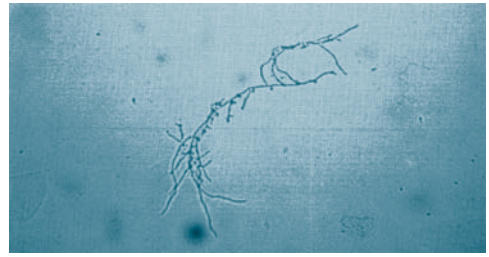
Figuur 1 Clue-cellen.

- 1). De aanwezigheid van clue-cellen is kenmerkend voor bacteriële vaginose;
- leukocytose: het aantal leukocyten is groter dan het aantal epitheelcellen; dit is een aspecifieke bevinding die zowel kan passen bij een candida-infectie als bij een soa;
 - trichomonaden: schokkerig bewegende protozoa (met flagellaten) (figuur 2); aanwezigheid hiervan bewijst een trichomonas-infectie, maar afwezigheid sluit de diagnose niet uit.

Aan de druppel KOH wordt eveneens wat fluor toegevoegd. Na de aminetest wordt de druppel met een dekglasje afgedekt en eveneens onder de microscoop bekeken bij een vergroting van 100× en 400×. Als er schimmeldraden met een takstructuur ((pseudo)hyfen bij *Candida albicans*) (figuur 3) worden gezien, is er sprake van een candida-infectie. Een negatieve bevinding sluit candida echter niet uit.

*Trichomonas vaginalis*

leukocyten

Figuur 2 Trichomonaden.**Figuur 3** (Pseudo)hyfen bij *Candida albicans*.

Begrippen	
cervix	baarmoedermond
flagellaat	zweepstaart
fluor	afscheiding
hyfe	schimmeldraad
KOH-oplossing	oplossing van kaliumhydroxide, waarin een gist onder de microscoop zichtbaar wordt
PCR-onderzoek	polymerase chain reaction; hierdoor kan het DNA van een virus worden aangetoond
protozoa	eencellige organismen
pseudohyfe	een op een schimmeldraad lijkend vormsel
soa	seksueel overdraagbare aandoening

Hartfalen

De praktijkondersteuner is op bezoek geweest bij mevrouw Van Maanen om de bloeddruk te meten. Mevrouw Van Maanen is 75 jaar. Ze vertelt de praktijkondersteuner dat ze steeds minder kan en dat ze het huis bijna niet meer uit komt. Gelukkig doet haar dochter de boodschappen voor haar. ‘Tja, ik kan merken dat ik ouder word’, zegt mevrouw Van Maanen, ‘maar het laatste halfjaar gaat het wel erg hard: ik ben steeds zo moe.’ De praktijkondersteuner meldt dit in het overleg met de huisarts. De huisarts besluit mevrouw Van Maanen eens te onderzoeken op hartfalen.

Inleiding

Hartfalen berust op een stoornis in de pompfunctie van het hart. Door een afname van de kracht waarmee de hartspier samentrekt, bijvoorbeeld na het doormaken van een hartinfarct, is een patiënt met hartfalen sneller vermoeid of kortademig bij een normale of geringe inspanning, of zelfs in rust. Ook een bemoeilijkte vulling van de linkerhartkamer, bijvoorbeeld doordat de hartspier verdikt of minder elastisch is, kan de oorzaak zijn van hartfalen. Hartfalen heeft bij de meeste patiënten een chronisch karakter; meestal treedt een geleidelijke verergering op. In een normpraktijk wordt ongeveer achtmaal per jaar de diagnose hartfalen gesteld. Het aantal patiënten met hartfalen op een willekeurig moment bedraagt ongeveer 23. Hartfalen is een ernstige aandoening. Van de

patiënten met klachten in rust is binnen één jaar 65 procent overleden. Bij patiënten met minder ernstige klachten is de sterfte binnen één jaar 20 procent en binnen vijf jaar 50 procent.

Klachten en achtergronden

Oorzaken van hartfalen kunnen zijn:

- aandoeningen die tot functieverlies van het hart leiden, bijvoorbeeld coronaire hartziekten en hoge bloeddruk;
- aandoeningen aan hartkleppen;
- hartritme stoornissen.

Ook kunnen aandoeningen die buiten het hart liggen hartfalen bevorderen, bijvoorbeeld COPD, infecties, bloedarmoede en schildklier-aandoeningen. Diabetes en overgewicht vergroten de kans op hartfalen.

Hartfalen komt vaker voor bij oudere patiënten. De laatste jaren neemt het aantal patiënten met hartfalen toe door de vergrijzing van de bevolking en door de verbeterde overlevingskansen van patiënten met hartziekten zoals een hartinfarct, klepgebreken en ritme stoornissen, en patiënten met hoge bloeddruk.

Centraal staat een afname van het inspanningsvermogen door kortademigheid of moeheid. Vooral 's nachts of bij platliggen kan de kortademigheid toenemen. Ook kan er sprake zijn van oedeem (vochtophopping) bij de enkels.

Bij lichamenlijk onderzoek wordt het gewicht gemeten, de bloeddruk opgenomen en de pols

gevoeld. De huisarts kijkt of de aderen in de hals gestuwd zijn. Bij het beluisteren van het hart let de huisarts op de frequentie en de regelmaat van de hartslag en de aanwezigheid van een geruis. Bij het onderzoek van de longen wordt geluisterd naar crepitaties, geluiden die wijzen op vochtophoping. Tot slot gaat de huisarts na of er enkeloedeem bestaat en of de lever vergroot is als gevolg van stuw-
wing.

Als er twijfel bestaat over de diagnose, kunnen aanvullende onderzoeken worden aangevraagd die kunnen bijdragen aan een verklaring van het afgenomen inspanningsvermogen, zoals de bepaling van het Hb, een röntgenfoto van de longen en het hart en een ecg. Op grond van de bevindingen kan de diagnose hartfalen dan met meer zekerheid worden gesteld of juist worden uitgesloten.

Vooraf het onderscheid met kortademigheid ten gevolge van COPD kan zeer moeilijk zijn. Deze aandoeningen kunnen bovendien tegelijk bestaan.

Ernstige kortademigheid als gevolg van een plotselinge verergering van chronisch hartfalen of ten gevolge van een hartinfarct kan in een tijdsbestek van enkele uren ontstaan. Men spreekt dan van acuut hartfalen of astma cardiale.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Goede uitleg over de aandoening en het belang van behandeling is nodig. De huisarts legt uit dat hartfalen een aandoening is waarbij het hart minder effectief pompt en dat dit op zijn beurt weer effect heeft op de doorbloeding en functie van andere organen.

De huisarts gaat na wat de meest waarschijnlijke oorzaak van het hartfalen is. Indien van toepassing bespreekt de huisarts het belang van gewichtsvermindering en adviseert hij niet meer dan twee eenheden alcohol per dag te nemen. Ook wordt vocht- en zoutbeperking geadviseerd: bij geringe klachten niet meer dan 2,5 liter vocht per dag en niet meer dan 3 gram zout. De patiënt kan dat laatste advies

opvolgen door geen zout aan het eten toe te voegen en door kant-en-klare producten met een hoog zoutgehalte te vermijden. Een patiënt met ernstiger klachten kan beter niet meer dan 1,5 tot 2 liter drinken op een dag, en niet meer dan 2 gram zout gebruiken. Zo nodig kan de patiënt naar een diëtist worden verwezen.

Voldoende lichaamsbeweging heeft een gunstig effect op de symptomen, alleen niet voor patiënten met klachten in rust of bij geringe inspanning.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Behalve de al genoemde maatregelen is een meestal levenslange behandeling met medicijnen noodzakelijk. De basis van de medicamenteuze behandeling wordt gevormd door diuretica en ACE-remmers. De huisarts adviseert daarbij het gebruik van NSAID's, want die kunnen de werking van diuretica en ACE-remmers ongunstig beïnvloeden. Eventueel kan de huisarts daarnaast bètablokkers, spironolacton, digoxine of nitraten voorschrijven.

Een patiënt met acuut hartfalen kan binnen enkele uren last krijgen van ernstige benauwdheid. Vaak treden deze klachten op in het begin van de nacht. De huisarts moet dan een spoedvisite maken en geeft alvast het advies de patiënt rechtop te laten zitten met de benen uit bed. De huisarts dient in de meeste gevallen een snelwerkend nitraat onder de tong (bijvoorbeeld isosorbidedinitraattabletten van 5 mg) toe. Bovendien spuit hij furosemide in een ader, al dan niet na eerst een waaknaald aangebracht te hebben. In de ambulance op weg naar het ziekenhuis krijgt de patiënt zuurstof.

Alle patiënten met hartfalen moeten frequent door de huisarts worden gecontroleerd. Tijdens de controles besteedt de huisarts aandacht aan het inspanningsvermogen en het gewicht. (Als de patiënt in korte tijd veel aankomt, wijst dat op vocht vasthouden door hartfalen.) Hij vraagt naar eventuele bijwerkingen van de medicijnen.

Bij verdere afname van het inspanningsver-

mogen, bij toenemende kortademigheid of bij toename van het gewicht met twee kilo of meer in een paar dagen moet de patiënt contact met de huisarts opnemen. Als er medicijnen zijn voorgeschreven, is trouwe inname een voorwaarde. Bij extra vocht- en zoutverlies ten gevolge van diarree, braken of bij transpireren door warm weer wordt het gebruik van de ontwateringstabletten in overleg met de huisarts tijdelijk aangepast om uitdroging te voorkomen.

De huisarts verwijst naar de cardioloog als:

- hij twijfelt aan de diagnose;
- de medicatie onvoldoende resultaat heeft;
- de patiënt nog relatief jong is;
- het hartfalen een corrigeerbare oorzaak heeft, bijvoorbeeld klepstornissen of ritmestornissen;

- de patiënt behalve hartfalen ook angina pectoris heeft;
- sprake is van acuut hartfalen.

Als de diagnose is gesteld, kunt u een rol vervullen bij de voorlichting over leefregels. Voor patiënten met hartfalen maakt u vaak herhalingsrecepten in orde. Voor een patiënt met acuut hartfalen (astma cardiale) regelt u een spoedvisite door de huisarts.

Over hartfalen zijn drie NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Begrippen	
ACE-remmers	angiotensine-converting-enzyme-remmers; een groep medicijnen die vooral wordt gebruikt bij de behandeling van hoge bloeddruk en hartfalen (bijvoorbeeld enalapril)
angina pectoris	beklemming op de borst
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease: vermindering van de longfunctie door obstructie en verminderde elasticiteit van de luchtwegen
coronaire hartziekten	hartziekten veroorzaakt door afwijkingen in de kransslagaderen (bijvoorbeeld hartinfarct en angina pectoris)
crepitaties	knerpende longgeluiden
diuretica	medicijnen met vochtafdrijvende werking, bijvoorbeeld furosemide
ecg	elektrocardiogram: hartfilmpje
nitraten	medicijnen met vaatverwijdende werking, bijvoorbeeld isosorbidedinitraat
spironolacton	een specifiek vochtafdrijvend middel

Hoofdpijn

De moeder van Jeanne Michels (14 jaar), vraagt om een recept voor haar dochter. Jeanne heeft vanaf haar 12e jaar eens in de maand last van hoofdpijn als ze ongesteld moet worden. De hoofdpijn wordt voorafgegaan door lichtflitsen in de ogen. Na een aantal uren verdwijnt de hoofdpijn. Ze weet dat het migraine is, want haar vader heeft het ook. Als ze hoofdpijn heeft, neemt ze een paracetamol, maar het is lastig dat ze zo af en toe school moet verzuimen. Is er misschien iets anders dat beter helpt en waardoor ze gewoon naar school kan?

Inleiding

De NHG-Standaard Hoofdpijn bevat richtlijnen voor diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en volwassenen met hoofdpijn. In de standaard worden de volgende soorten hoofdpijn behandeld: spanningshoofdpijn, migraine, clusterhoofdpijn en medicatieafhankelijke hoofdpijn.

Hoofdpijn komt vaak voor, zowel bij volwassenen als bij kinderen, maar meer dan 90 procent van de mensen die hoofdpijn hebben, gaat niet naar de dokter. Spanningshoofdpijn en migraine komen het meeste voor. De huisarts ziet in de praktijk tussen de 20 en 25 mensen per jaar met spanningshoofdpijn. Migraine komt ongeveer driemaal vaker bij vrouwen voor dan bij mannen. In de praktijk ziet de huisarts ongeveer tussen de 15 en 20 mensen met migraine. Over hoofdpijn door (overmatig) gebruik van pijnstillers, migrain-

nemiddelen of coffeïne is nog weinig bekend. Patiënten die deze vorm van hoofdpijn hebben, hebben chronisch hoofdpijn, meestal dagelijks. Clusterhoofdpijn is een zeldzame vorm van hoofdpijn. Minder dan 0,5 procent van de totale bevolking heeft daar last van.

Klachten en achtergronden

Als een patiënt met hoofdpijn de huisarts bezoekt, kijkt deze in eerste instantie of er alarmsymptomen zijn (zie tabel 1). Bij alarmsymptomen wordt de patiënt met (enige) spoed verwezen naar de specialist. Daarna stelt de huisarts op grond van de kenmerken van de hoofdpijn de diagnose. Het kan zinvol zijn om de patiënt een hoofdpijn-dagboek te laten bijhouden. Op die manier kunnen huisarts en patiënt meer zicht krijgen op de frequentie en duur van de aanvallen, de ernst, eventuele uitlokkende factoren en de invloed van medicatie of coffeïne.

SPANNINGSHOOFDPIJN

Bij spanningshoofdpijn heeft de patiënt het gevoel dat de hoofdpijn als een drukkende, knellende band rondom de schedel ligt. De hoofdpijn kan duren van enkele minuten tot vele dagen. De patiënt is meestal niet misselijk. Wel kan hij of zij minder eetlust hebben of overgevoelig zijn voor licht of geluid. De hoofdpijn zit aan beide kanten en verergert niet door lichamelijke inspanning.

MIGRAINE

Bij migraine veroorzaakt zenuwprickeling verwijding van de bloedvaten, met hoofdpijn

en verdere prikkeling van het centrale zenuwstelsel als gevolg.

Een migrainepatiënt heeft last van herhaalde aanvallen van matige tot heftige, bonzende hoofdpijn. De pijn zit vaak aan één kant. De patiënt is er misselijk bij, moet braken en is overgevoelig voor geluid en licht. De klachten verergeren door lichamelijke inspanning. De hoofdpijnaanval kan 4 tot 72 uur duren.

Sommige patiënten voelen een aanval al een dag van tevoren aankomen. Ze kunnen dan last krijgen van geïrriteerdheid, gapen, vermoeidheid en veranderd eet- en drinkgedrag; dit zijn de zogeheten ‘prodromen’.

Bij 15 tot 25 procent van de migrainepatiënten gaat een aura aan de aanval vooraf. Bij een aura kunnen de volgende verschijnselen voorkomen: lichtvlekken voor de ogen, tintelingen of een doof gevoel in de lippen, het gezicht of een hand, spierzwakte aan één kant of stoornissen in de spraak. Vaak komt een combinatie van deze verschijnselen voor. Een aura duurt maximaal 60 minuten. Binnen een uur na het aura komt de hoofdpijnfase.

Sommige migrainepatiënten kunnen duidelijke oorzaken voor de migraineaanvallen aanwijzen (uitlokkende factoren of ‘triggers’). Triggers kunnen bepaalde voedingsmiddelen zijn, maar ook bijvoorbeeld stressvolle omstandigheden (zie kader).

Bij kinderen met migraine duren de hoofdpijnaanvallen korter dan bij volwassenen: tussen de 30 minuten en 48 uur. De kloppende hoofdpijn kan bij hen zowel aan beide kanten als aan één kant optreden en neemt in ernst toe door gewone dagelijkse bezigheden.

Daarnaast zijn de kinderen vaak misselijk en moeten ze braken, bovendien zijn ze overgevoelig voor licht en/of geluid.

MEDICATIEAFHANKELIJKE HOOFDPIJN

Chronische hoofdpijnklachten kunnen het gevolg zijn van overmatig gebruik van pijnstillers zoals paracetamol en NSAID's, en specifieke migrainemiddelen. Ook het gebruik van meer dan vijf coffeïnehoudende producten per dag (koffie, thee, ice-tea, red bull, cola en

chocola) kan hoofdpijn veroorzaken. Vaak komen deze patiënten in een vicieuze cirkel: voor de hoofdpijn slikken ze pijnstillers en door het veelvuldig gebruik van pijnstillers kunnen ze hoofdpijn krijgen. De diagnose kan definitief worden gesteld als de hoofdpijn verdwijnt na het stoppen met de pijnstillers of het verminderen van het coffeïnegebruik.

CLUSTERHOOFDPIJN

Bij clusterhoofdpijn is sprake van dagelijkse aanvallen met hevige bonzende of stekende hoofdpijn aan één kant rond het oog of aan de slaap. Bij deze soort hoofdpijn is de patiënt bijna nooit misselijk.

De aanvallen treden op in clusters van enkele weken tot maanden. Daarna kan de patiënt maanden tot jaren volkomen vrij zijn van hoofdpijnaanvallen. Naast de hoofdpijn kunnen er nog andere verschijnselen zijn, zoals een rood of tranend oog, verstopte neus, loopneus, zwetend gezicht of voorhoofd, pupilvernaauwing, hangend ooglid of oedeem van het ooglid. Deze verschijnselen treden op aan dezelfde kant als de hoofdpijn. Meestal kan de patiënt tijdens een aanval niet stilzitten of -liggen: er is bewegingsdrang. De aanvallen beginnen vaak 's nachts. Er is nog weinig bekend over het beloop van clusterhoofdpijn. Net als bij migraine spelen zowel het zenuw- als het vaatstelsel een rol. De pijn concentreert zich in het gebied van de eerste tak van de nervus trigeminus. Deze zenuw lijkt een rol te spelen bij het ontstaan van clusterhoofdpijn.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij hoofdpijn is uitleg over de aandoening heel belangrijk. Uitleg over hoe de hoofdpijn ontstaat, het beloop en de relatie met eventuele familiale aanleg (bijvoorbeeld bij migraine) betekent voor de patiënt vaak al een geruststelling.

De huisarts legt bij spanningshoofdpijn uit dat er sprake is van verhoogde gevoeligheid van de spieren van de schedel en de peesanechtingen. Uit het hoofdpijndagboek kan

duidelijk worden in welke stressvolle omstandigheden de patiënt hoofdpijn krijgt. De huisarts bespreekt met de patiënt de veranderingen in leefstijl die de hoofdpijn kunnen verminderen.

Bij migraine legt de huisarts uit dat deze hoofdpijn ontstaat door verwijding en vernauwing van de bloedvaten; mogelijk komt dit door een bepaalde (familiaire) aanleg. Het doel van de behandeling is het hanteerbaar maken van de migraine. Flink zijn en doorgaan met waar men mee bezig was, beïnvloeden de klachten negatief. Ook bij migraine kan het hoofdpijndagboek inzicht geven in de omstandigheden waarin de aanvallen optreden. Misschien zijn er duidelijke triggers aan te wijzen die de patiënt in het vervolg kan vermijden. Ontspanningstechnieken en biofeedbacktraining kunnen het aantal migraineaanvallen verminderen. Ook cognitieve gedragstherapie kan een gunstig effect hebben. Als de hoofdpijn ontstaat door het gebruik van medicijnen legt de huisarts uit dat de oorzaak van de hoofdpijn waarschijnlijk het gebruik van pijnstillers, specifieke migrainemiddelen of coffeïne is; stoppen met deze middelen is dan de enige zinvolle optie. De huisarts kan hierbij de patiënt begeleiden.

In geval van clusterhoofdpijn heeft het zin om tijdens een clusterperiode provocerende factoren te vermijden, zoals alcohol, nitraten, lange vliegreizen of verblijf op grote hoogte.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als het zinvol is om medicatie voor te schrijven, geeft de huisarts uitleg over medicijnen die de hoofdpijnaanvallen verlichten en medicijnen die aanvallen kunnen voorkomen. De huisarts legt ook uit dat medicatie bij verschillende patiënten verschillend kan werken en dat het soms even zoeken is naar de optimale behandeling.

Spanningshoofdpijn

Bij aanvallen van spanningshoofdpijn kan kortdurend gebruik van pijnstillers effectief zijn. Paracetamol is dan de eerste keus. Mocht dat niet voldoende resultaat geven, dan is een

NSAID de tweede stap. Er is nog weinig bekend over een mogelijke preventieve behandeling van spanningshoofdpijn.

Migraine

De huisarts kan medicijnen voorschrijven die de aanvallen verlichten. Uitgangspunt is het stapsgewijs vaststellen van welke medicijnen effectief zijn. De eerste stap is medicatie waarvan de werking bewezen is, die weinig bijwerkingen geeft en relatief goedkoop is. Gestart wordt met metoclopramide (10 mg oraal of 20 mg rectaal) of domperidon (10 mg oraal of 60 mg rectaal) met tegelijkertijd een pijnstillers, bij voorkeur 1.000 mg paracetamol of 1200 mg carbasalaatcalcium (of een combinatiepreparaat). Bij onvoldoende effect kan behalve metoclopramide of domperidon een NSAID worden voorgeschreven. In laatste instantie wordt een triptaan voorgeschreven. Er zijn verschillende soorten triptanen, elk met een eigen werkings- en bijwerkingenpatroon. Triptanen gaan soms niet goed samen met andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt, bijvoorbeeld antidepressiva.

Als de patiënt last heeft van twee of meer aanvallen per maand, kan de huisarts een preventieve behandeling overwegen. Daarvoor is een bètablokker geschikt, als de patiënt tenminste geen last heeft van lage bloeddruk of een trage polsslagen.

Wanneer bij vrouwen de migraine te maken lijkt te hebben met de menstruatie, zijn er verschillende mogelijkheden als preventieve behandeling, bijvoorbeeld bètablokkers of een NSAID vanaf drie dagen voor de menstruatie tot aan het eind daarvan. Ook is behandeling met hormonen mogelijk. Vrouwen die de anticonceptiepil slikken en tijdens de stopweek last hebben van migraineaanvallen, kunnen de stopweek overslaan. (Over hoe lang vrouwen de pil door mogen slikken, is nog onvoldoende bekend. Op het ogenblik wordt aangeraden de pil niet langer dan drie maanden achtereen zonder stopweek te slikken.)

Wanneer een kind maar zo af en toe last heeft van migraine zonder ernstige klachten, kan

worden volstaan met geruststelling, rust en paracetamol. Wanneer het toch beter is de migraine te behandelen met triptanen, verwijst de huisarts naar een neuroloog of een op dit terrein deskundige kinderarts.

Medicatieafhankelijke hoofdpijn

Wanneer zeker is dat de hoofdpijn wordt veroorzaakt door medicatie, schrijft de huisarts in ieder geval géén andere pijnstiller voor. De patiënt wordt geadviseerd om in één keer te stoppen met de gebruikte middelen. Gedurende de eerste drie weken na het stoppen kan de hoofdpijn verergeren. Er is dan sprake van een onttrekkingsverschijnsel. Tijdens deze fase is de patiënt niet in staat om te werken of het huishouden te doen. In deze weken moet de patiënt worden begeleid, bijvoorbeeld door frequent telefonisch contact. Ook moet de patiënt worden verteld dat hij na de onttrekkingsperiode weer last kan krijgen van de eventuele oorspronkelijke hoofdpijn, bijvoorbeeld migraine.

Clusterhoofdpijn

De behandeling van een aanval van clusterhoofdpijn bestaat uit zuurstof (100% O₂, 7 tot 10 liter per kapje gedurende vijftien minuten) of een triptaan. De huisarts overlegt meestal met de neuroloog over de behandeling. Ook is preventieve behandeling met verapamil mogelijk. Hiervoor overlegt de huisarts met (of verwijst naar) een neuroloog.

CONTROLEBELEID

Bij chronische hoofdpijn is het van belang om ter ondersteuning vervolcontacten aan te bieden. Ook in vervolconsulten blijft het belangrijk advies te geven.

In volgende consulten wordt het effect van de adviezen en van eventuele medicatie beoordeeld. Bij een vermoeden van migraine is het belangrijk de patiënt nogmaals te zien na twee tot drie aanvallen, in ieder geval om het effect van de aanvalsbehandeling te beoordelen. Als de patiënt preventieve medicatie krijgt, vindt controle plaats na twee weken om bijwerkin-

gen te beoordelen en na drie maanden om de effectiviteit te bespreken.

Als de huisarts medicijnen heeft voorgeschreven in verband met spanningshoofdpijn, wordt na twee tot drie aanvallen het effect van de medicatie besproken.

Vraagt de patiënt regelmatig herhalingsrecepten aan voor pijnstillers of migrainemiddelen, dan moet de huisarts nagaan of er geen sprake is van hoofdpijn die juist in stand gehouden wordt door het gebruik van dergelijke medicijnen.

Verwijzing naar een in hoofdpijn gespecialiseerde neuroloog is slechts in uitzonderingsgevallen noodzakelijk, bijvoorbeeld bij:

- twijfel aan de diagnose;
- een plotselinge verandering van de migraine, zoals ineens meer aanvallen;
- een eerste migraineaanval boven de leeftijd van 40 jaar;
- het niet in een keer kunnen stoppen met medicatie die juist de hoofdpijn veroorzaakt;
- het niet effectief kunnen instellen op een preventieve behandeling bij migraine;
- een vermoeden van clusterhoofdpijn en het instellen op een preventieve behandeling.

Kinderen met migraine worden doorgaans verwezen naar een kinderneuroloog of kinderarts als behandeling met paracetamol niet effectief blijkt of als de huisarts instelling op triptanen wenselijk vindt. Ook de instelling op preventieve medicatie laat de huisarts liever aan de specialist over.

U hebt een belangrijke rol bij hoofdpijn. Tijdens de triage stelt u vast of er sprake is van alarmsymptomen. Is dat het geval, dan is vaak spoed geboden!

Patiënten met chronische hoofdpijn zijn vaak ten einde raad. Vaak gebruiken ze uit zichzelf pijnstillers die misschien niet effectief zijn. Een afspraak bij de huisarts, bijvoorbeeld om te beoordelen of de

medicatie in een adequate dosering wordt genomen en of een andere medicatie meer effect zou hebben, is dan aangewezen. Het kan uw taak zijn om patiënten te motiveren en te begeleiden bij het invullen van een hoofdpijndagboek.

Ook kunt u een signalerende rol vervullen bij patiënten die heel vaak middelen tegen hoofdpijn of migraine aanvragen. Misschien verergert het gebruik van deze middelen juist de hoofdpijn.

Over hoofdpijn zijn zes NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

(Mogelijke) triggers voor migraine

stress
menstruatie
coffeïne
visuele prikkels
weersveranderingen
nitraten
vasten
slaapstoornissen
wijn
natriumglutamaat
aspartaam
roken
geuren
chocola
tyramine

Tabel 1 Alarmsymptomen

<i>Alarmsymptoom</i>	<i>Zou kunnen wijzen op</i>
nieuwe hoofdpijn boven 50 jaar	hersentumor, arteriitis temporalis
eerste migraineaanval boven 40 jaar	hersentumor
hoofdpijn beneden de leeftijd van 6 jaar	hersentumor, hydrocefalus
ouderen met pijn temporaal	arteriitis temporalis
zwangerschap en onbekende hoofdpijn	pre-eclampsie
toename van hoofdpijn na een ongeval	subduraal hematoom
heftige hoofdpijn met zeer hoge bloeddruk	maligne hypertensie
acuut ontstane, zeer heftige pijn	meningitis, CVA, subarachnoïdale bloeding
hoofdpijn met koorts en gedaald bewustzijn	meningitis
nekstijfheid/neurologische afwijkingen	meningitis, hersentumor
hoofdpijn met tekenen van drukverhoging	hersentumor
neurologische afwijkingen	hersentumor
ochtendbraken; braken zonder hoofdpijn	hersentumor
persoonlijkheidsveranderingen/achteruitgang schoolprestatie	hersentumor
migraineaura steeds aan dezelfde kant	hersentumor

Begrippen	
antidepressiva	medicijnen die helpen bij een depressie
arteriitis temporalis	ontsteking van een slagader bij de slaap aan één kant van het hoofd
aspartaam	een kunstmatige zoetstof
bètablokkers	medicijnen met bloeddrukverlagende en hartslagvertragende werking
biofeedback	een psychologische oefentechniek waardoor een zekere mate van beheersing wordt bereikt van autonome lichaamsfuncties zoals de hartfrequentie en de bloeddruk
cognitieve gedragstherapie	deze vorm van therapie is erop gericht de patiënt een ander denkpatroon en daardoor een ander gedrag aan te leren
hydrocefalus	waterhoofd
maligne hypertensie	ernstige vorm van hoge bloeddruk, waarbij door zeer snel ontstane hoge onderdruk (hoger dan 130) de hersenen, de ogen, de nieren en het hart kunnen worden aangetast
meningitis	hersenvliesontsteking
nervus trigeminus	hersenzenuw waaruit drie takken ontspringen
neurale prikkeling	zenuwprikkeling
nitraten	middelen met een vaatverijdende werking
natriumglutamaat	smaakversterker (ve-tsin), meestal in Chinese gerechten en kant-en-klaarmaaltijden
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmend effect, voorbeelden zijn ibuprofen, diclofenac en naproxen
oestrogeen	vrouwelijk hormoon
pre-eclampsie	het beginstadium van zwangerschapsvergiftiging
subduraal hematoom	bloeduitstorting onder het harde hersenvlies (een van de drie hersenvliezen)
temporaal	aan de slaap
trigger	uitlokkende factor: omstandigheden, voedingsmiddelen of hormonen die niet de oorzaak zijn van hoofdpijn, maar wel een hoofdpijnaanval kunnen uitlokken
tyramine	afbraakproduct van het aminozuur tyrosine, voorkomend in chocola, koffie, varkensvlees
verapamil	een geneesmiddel behorend tot de calciumantagonisten (calciumantagonisten worden voorgeschreven tegen hoge bloeddruk; verapamil wordt op grond van de specifieke werking ook ter voorkoming van clusterhoofdpijn gebruikt)
vicieuze cirkel	aaneenschakeling van factoren die schadelijk op elkaar inwerken met als gevolg dat de totale situatie steeds slechter wordt

Hormonale anticonceptie

Monica Vergissen, 21 jaar, belt naar de praktijk. Zij is gisterenavond vergeten de pil in te nemen. Het zou de eerste pil van de nieuwe strip zijn; kan zij hem nu nog innemen? De praktijkassistente vraagt voor de zekerheid of zij gisteren heeft gevrijd. Monica bevestigt dit geschrokken en vraagt of ze nu de morning-afterpil moet nemen.

Inleiding

We spreken van hormonale anticonceptie bij voorbehoedmiddelen in de vorm van hormonen: pil, minipil, prikpil, morning-afterpil, vaginale anticonceptiering, anticonceptiepleister, het hormoonspiraaltje¹ en het implantaatstaafje. Tot de voorbehoedmiddelen zonder hormonen behoren het spiraaltje, het condoom, het pessarium en sterilisatie; deze anticonceptiemethoden worden niet in dit hoofdstuk behandeld.

De praktijkassistente kan een belangrijke rol spelen bij de voorlichting, het beantwoorden van vragen en het signaleren van vragen en problemen tijdens het gebruik en bij het afgeven van een (herhalings)recept. Zij krijgt vaak vragen, telefonisch of aan de balie, over het normale gebruik van de pil, maar ook over vergeten pillen en de morning-afterpil. Dit zijn kwesties waarover de een gemakkelijker praat dan de ander. Daarom bespreken patiënten zulke zaken soms liever door de telefoon dan dat ze ervoor aan de balie komen.

Patiënten schamen zich soms omdat zij vinden dat ze beter hadden moeten weten. Het is dan zaak hen op hun gemak te stellen en op de juiste wijze door te vragen naar de benodigde informatie.

De patiënt en/of haar partner is soms niet alleen ongerust over het ontstaan van een ongewenste zwangerschap, maar ook over het oplopen van een geslachtsziekte.

Achtergronden

COMBINATIEMETHODEN

De meeste anticonceptiepillen bevatten een combinatie van de twee vrouwelijke hormonen, namelijk oestrogeen en progesteron. Ze zitten in een strip van meestal 21 pillen. Er zijn de zogeheten sub-50-pillen, ook wel pillen van de tweede generatie genoemd (onder andere Microgynon 30[®], Modicon[®]) en de zwaardere, die wat meer oestrogeen bevatten. De sub-50-pillen worden verreweg het meest gebruikt, omdat ze de minste bijwerkingen hebben. Pillen van de tweede generatie hebben de voorkeur. Derdegeneratiepillen verschillen van die van de tweede generatie doordat ze andere progestagenen bevatten. Bij derdegeneratiepillen is het risico op veneuze trombo-embolieën groter dan bij tweedegeneratiepillen en daarom schrijft de huisarts liever een tweedegeneratiepil voor.

Verder is er nog een onderscheid tussen eenfasepreparaten, waarbij alle pillen van de strip van dezelfde samenstelling zijn, en driefasepreparaten, waarbij iedere strip drie soorten

1 Het hormoonhoudend spiraaltje (Mirena) wordt in het hoofdstuk Spiraaltje behandeld.

pillen bevat. De pillen verschillen in hoeveelheid oestrogeen en progesteron. Een nadeel van de driefasepreparaten (onder andere Trigynon[®] en Trinordiol[®]) is dat er een grotere kans op innamefouten is dan bij eenfasepreparaten.

De huisarts geeft de eerste keer een recept voor drie maanden mee. Als er geen klachten of bijwerkingen optreden, kan de patiënte doorgaan met de pil (die, met uitzondering van Diane-35[®], tegenwoordig zonder recept bij de apotheek gehaald kan worden).

De anticonceptieve werking van de pil is driedelig en bestaat uit onderdrukking van de eisprong, het verminderen van de doorgankelijkheid van de baarmoedermond voor zaadcellen en het ongeschikt maken van het baarmoederslijmvlies voor de innesteling van een bevruchte eicel.

De vaginale anticonceptivering en de anticonceptiepleister bevatten beide, net als de combinatiepil, oestrogenen en progestagenen. De anticonceptivering blijft drie weken in de vagina en wordt daarna verwijderd voor een ringvrije week. De betrouwbaarheid van beide methoden lijkt vrij groot, maar is tot nu toe alleen in onderzoekssituaties getest. In de praktijk moet nog blijken hoe groot de betrouwbaarheid en de veiligheid precies zijn en wat de bijwerkingen zijn.

ANTICONCEPTIEMETHODEN MET ALLEEN PROGESTAGENEN

De prikpil, het implantatiestaafje, de minipil en het hormoonspiraaltje bevatten alleen progestagenen.

De prikpil moet elke twaalf weken intramusculair worden toegediend. Het is een voorbehoedmiddel dat wordt gebruikt door vrouwen die om uiteenlopende redenen niet in staat zijn om elke dag de pil te slikken. De prikpil is heel betrouwbaar, maar heeft het nadeel dat vooral in de eerste maanden onregelmatig bloedverlies optreedt. Bij langduriger gebruik nemen de bloedingen af en blijft de menstruatie meestal geheel uit. Na het staken van de prikpil kan het soms een aantal maanden du-

ren voor de normale cyclus weer op gang komt.

De minipil en het implantatiestaafje onderdrukken de eisprong en verminderen de doorgankelijkheid van de baarmoedermond, terwijl de prikpil bovendien het baarmoederslijmvlies ongeschikt maakt voor de innesteling van een bevruchte eicel. De kans op zwangerschap bij het gebruik van de prikpil of het implantatiestaafje is vergelijkbaar met die bij het (juiste) gebruik van de combinatiepil. De minipil is iets minder betrouwbaar.

Het hormoonspiraaltje veroorzaakt atrofie van het baarmoederslijmvlies waardoor innesteling van de bevruchte eicel wordt voorkomen. Verder leidt het vermoedelijk tot de vorming van taai cervixslijm waardoor dit slecht toegankelijk wordt voor spermatozoa. De kans op zwangerschap is 0,1 tot 0,2 procent.

Beleid

Meestal komt de vrouw zelf met een verzoek om anticonceptie; soms begint de huisarts of de praktijkassistente erover na bijvoorbeeld een bevalling of ongewenste zwangerschap. Vaak vraagt de vrouw om de pil. Voordat de pil wordt voorgeschreven, wordt nagegaan of andere methoden van anticonceptie zijn overwogen of dat daar wellicht nog vragen over bestaan.

Voor het voorschrijven van anticonceptie bij 12- tot 16-jarigen is in principe toestemming van de ouders nodig.

Het is van belang na te gaan of de vrouw op de hoogte is van het feit dat de pil niet beschermt tegen seksueel overdraagbare aandoeningen (soa). Als ook bescherming tegen soa nodig is, wordt, als aanvulling op de pil, condoomgebruik geadviseerd.

VOORLICHTING EN ADVIES

De pil

Als een vrouw die met de pil begint op de eerste dag van de menstruatie de eerste pil inneemt, is deze direct betrouwbaar. Als zij later in de menstruatiecyclus start, is gedurende de eerste zeven dagen aanvullende

anticonceptie nodig. De pil dient elke dag te worden ingenomen, met telkens aan het eind van de strip een 'stopweek'. Om vergeten te voorkomen is het raadzaam de pil steeds op hetzelfde moment van de dag in te nemen, bijvoorbeeld bij het opstaan of voor het slapen gaan; het wordt dan een routine. Als de pil per ongeluk toch wordt vergeten, kan deze binnen twaalf uur alsnog worden ingenomen. Als het langer dan twaalf uur geleden is dat de vrouw de pil had moeten innemen, moet gehandeld worden volgens het schema Pil vergeten?. Bij braken binnen vier uur na inname of bij hevige diarree bestaat de kans dat de pil onvolgende in het lichaam wordt opgenomen. Dan gelden dezelfde adviezen die worden gegeven bij het vergeten van de pil.

In situaties waarbij de vrouw een menstruatie wil uitstellen, bijvoorbeeld tijdens een vakantie, is het mogelijk om de pil door te slikken. Bij de driefasepil kunnen hiervoor alleen de laatste zeven of tien (afhankelijk van de soort) pillen van een (nieuwe) strip worden gebruikt. In principe is er geen bezwaar om de pil twee tot drie maanden achtereen, zonder stopweek, te slikken. De kans op doorbraakbloedingen neemt echter toe naarmate de pil langer ononderbroken wordt ingenomen.

Bijwerkingen en contra-indicaties van de pil

Bijwerkingen treden meestal slechts op in de eerste paar maanden van het pilgebruik. Tussentijds bloedverlies of 'spotting' is de meest voorkomende bijwerking. Dit wijst niet op een verminderde betrouwbaarheid van de pil, als die tenminste niet is vergeten. De overige bijwerkingen zijn het uitblijven van een maandelijks bloeding, gewichtstoename door vocht vasthouden, toegenomen eetlust, misselijkheid, depressieve stemming, pijnlijke borsten en hoofdpijn. De kans op trombose is heel licht verhoogd, met name bij mensen bij wie trombose in de familie voorkomt. De kans op borstkanker is zo minimaal verhoogd, dat die als bijwerking niet hoeft te worden genoemd.

Vrouwen die de pil gebruiken en roken, hebben een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Dit geldt vooral voor vrouwen boven de 35 jaar. Wanneer de vrouw rookt, wordt haar geadviseerd met roken te stoppen voordat zij de pil gaat slikken.

Het gebruik van de pil wordt ontraden aan patiënten met hart- en vaatziekten (zoals hartinfarct, CVA, trombose, embolie), borst- en baarmoederkanker en leverfunctiestoornissen. Vrouwen met hypertensie, een verhoogd cholesterolgehalte of suikerziekte kunnen gewoon de pil slikken. Het routinematig meten van de bloeddruk bij vrouwen die de pil gaan gebruiken, is niet nodig.

Bij vrouwen die antibiotica of medicijnen tegen epilepsie gebruiken, moet men erop bedacht zijn dat de pil minder betrouwbaar is. Vrouwen die anti-epileptica gebruiken, krijgen meestal de (zwaardere) '50'-pil voorgeschreven. Bij het gebruik van antibiotica kan aanvullend condoomgebruik worden overwogen, hoewel het risico op zwangerschap heel klein lijkt.

Pilgebruik na een bevalling

Het moment van hervatten van pilgebruik na de bevalling hangt af van de wijze van voeding (borst- of flesvoeding). Als er flesvoeding wordt gegeven, wordt geadviseerd om twee weken na de bevalling weer met de pil te starten. Als de vrouw volledige borstvoeding geeft en geen vaginaal bloedverlies heeft, hoeft pas vanaf de eerste bijvoeding met anticonceptie te worden begonnen; dat is meestal drie tot vier maanden na de bevalling. De kans op zwangerschap is gering tot dat moment. Als de vrouw geen enkel risico wil nemen, kan zij zes weken na de bevalling met de pil beginnen. De hormonen van de pil bereiken het kind weliswaar via de moedermelk, maar hebben voor het kind geen aantoonbare nadelige gevolgen. Wel kan de borstvoeding door het gebruik van de pil minder worden.

U vindt het moeilijk om Monica nu direct advies te geven over wat ze het beste kan doen en spreekt met haar af dat u haar terugbelt zodra u met de huisarts heeft overlegd.

Vergeeten van de pil

Als de patiënte één keer een pil is vergeten, moet ze die pil alsnog innemen. De volgende pil neemt ze in op het normale tijdstip en ze maakt de strip af. Zolang ze de vergeten pil inneemt binnen twaalf uur na het tijdstip waarop ze de volgende pil had moet slikken, is ze tegen zwangerschap beschermd. Aanvullende maatregelen zoals de morning-afterpil of een condoom zijn niet nodig.

Ook als ze twee pillen is vergeten hoeft dit niet erg te zijn als ze het op tijd merkt: zolang ze beide pillen alsnog inneemt binnen twaalf uur na het tijdstip waarop ze de tweede pil had moeten slikken, is ze tegen zwangerschap beschermd.

Wacht ze langer dan die twaalf uur, dan is de werking niet betrouwbaar. Wat ze dan moet doen, hangt af van de week waarin ze de pillen is vergeten. Als ze twee of meer pillen is vergeten in de eerste week van de pilstrip, moet ze de laatstvergeten pil alsnog innemen. Ze maakt de strip af en gebruikt gedurende zeven dagen als aanvullende bescherming een condoom. Als ze in de afgelopen 72 uur onbeschermd seks heeft gehad, moet ze de morning-afterpil nemen om zwangerschap te voorkomen. De volgende pil neemt ze weer op het gewone tijdstip. Is er al meer tijd dan 72 uur verstreken, kan ze een spiraaltje laten plaatsen om een zwangerschap alsnog te voorkomen.

Als de patiënte twee of drie pillen is vergeten in de tweede week van de pilstrip, neemt ze ook de laatst vergeten pil in. Een aanvullend voorbehoedmiddel is niet nodig. Zijn er vier of meer pillen vergeten in de tweede week van de pilstrip, neemt ze de laatst vergeten pil in. De

eerste zeven dagen moet een condoom worden gebruikt.

Bij vergeten van twee of drie pillen in de derde week van de pilstrip zijn er twee mogelijkheden.

Ze neemt de laatst vergeten pil alsnog in, maakt de strip af en gaat direct door met de nieuwe strip zonder stopweek. Een andere mogelijkheid is een vervroegde stopweek in te lassen. De dag waarop ze de eerste pil vergeten is, telt dan als eerste dag van de stopweek. Op dag 8 begint ze met de nieuwe pilstrip. Bij beide mogelijkheden is een aanvullend voorbehoedmiddel niet nodig. (Zie figuur 1 Schema Pil vergeten?)

Morning-aftermethoden

Morning-aftermethoden zijn: het slikken van levonorgestrel, de '2×2-methode' en plaatsing van het morning-afterspiraaltje. Van de eerste twee methoden heeft de toepassing van levonorgestrel de voorkeur. Bij gebruik van levonorgestrel kan de vrouw twee tabletten in één keer slikken (liefst binnen 12 uur na de coïtus, maar op zijn laatst na 72 uur). De gemiddelde zwangerschapskans is ongeveer 2 procent. De 2×2-methode houdt in dat er tweemaal twee tabletten van een 'zware' pil als Microgynon 50[®] geslikt worden, met een tussenpoos van 12 uur, op zijn laatst binnen 72 uur na de onbeschermd coïtus. Deze methode is even betrouwbaar, maar kent meer bijwerkingen, zoals misselijkheid en braken. Bij het morning-afterspiraaltje wordt binnen een week na de onbeschermd coïtus een koperhoudend spiraaltje geplaatst. Zwangerschap wordt dan in alle gevallen voorkomen. Bij het verzoek van een patiënte om de morning-afterpil heeft de huisarts of praktijkassistente ook oog voor de situatie waarin de onbeschermd coïtus heeft plaatsgevonden. Met het oog op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) kan het belangrijk zijn om na te gaan of de coïtus gewenst was en of het een contact met een bekende partner betrof. Ongewenst seksueel contact wordt vaak niet spontaan gemeld.

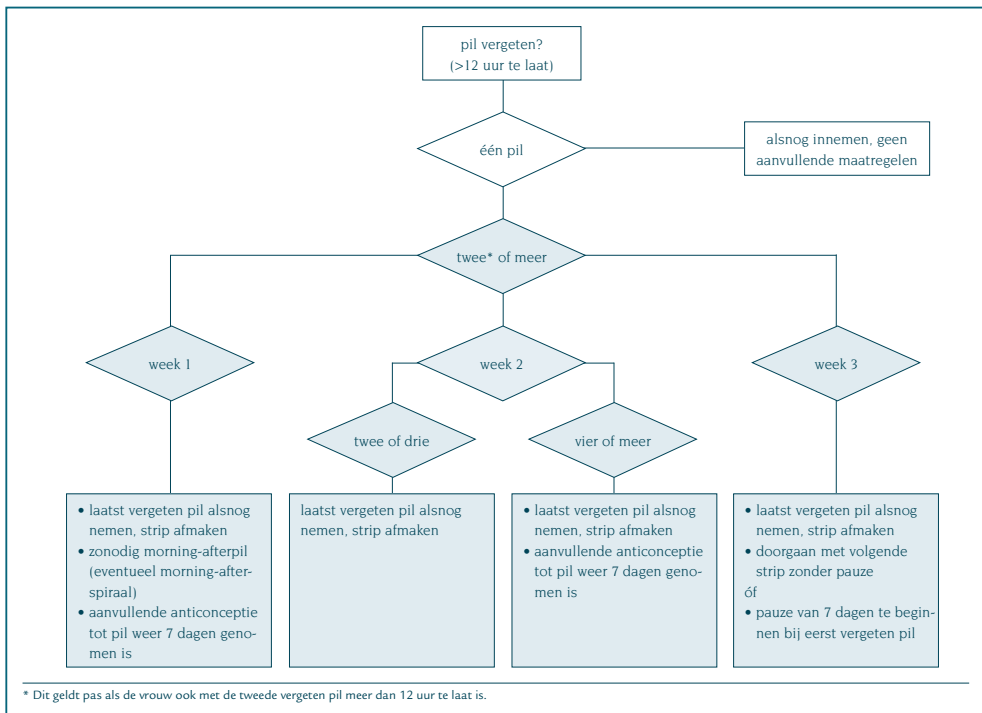
Bij het kiezen van de meeste geschikte morning-aftermethode, wordt onderscheid gemaakt tussen situaties met en zonder pilgebruik. Wanneer een vrouw de pil vergeten is in de eerste week én een onbeschermd coïtus heeft gehad in de periode van 48 uur voor tot 48 uur na het moment waarop de pil had moeten worden ingenomen, wordt een morning-aftermethode geadviseerd. Naarmate er meer pillen vergeten zijn, wordt de kans op een eisprong en dus op zwangerschap groter. Wanneer langer dan 72 uur geleden een onbeschermd coïtus heeft plaatsgevonden, kan de huisarts de vrouw het morning-afterspiraaltje voorstellen.

Wanneer de vrouw geen pil gebruikt, hangt de keuze van de morning-aftermethode af van het moment in de cyclus waarop de onbeschermd coïtus heeft plaatsgevonden. Bij een regelmatige cyclus kan de dag van de ovulatie worden geschat. In de periode rondom de ovulatie, dat wil zeggen zes dagen ervoor tot vier dagen erna, is de kans op zwangerschap het grootst. Als er in die tijd een onbeschermd coïtus heeft plaatsgevonden, kunnen alle methoden worden overwogen. De keuze wordt bepaald in overleg met de vrouw, nadat de voor- en nadelen zijn besproken. Wanneer er buiten deze periode een coïtus heeft plaatsgevonden, hebben de pillen de

voorkeur. De kleine kans op zwangerschap weegt dan niet op tegen de belasting van het inbrengen van een spiraaltje. Een vrouw met een onregelmatige cyclus kan de periode van de ovulatie niet betrouwbaar vaststellen; ook dan wordt weer in overleg met de vrouw een besluit genomen na afweging van de voor- en nadelen.

U kunt rond (hormonale) anticonceptie een belangrijke rol vervullen, als vraagbaak voor patiënten of als schakel tussen de patiënte en de huisarts. Zo krijgt u te maken met vragen over het wel of niet gebruiken van de pil als anticonceptiemiddel, het condoom als aanvullende bescherming tegen seksueel overdraagbare aandoeningen, wat te doen bij het vergeten van de pil en de voor- en nadelen van andere anticonceptiemethoden. In overleg met de huisarts kan worden afgesproken welke vragen u zelfstandig kunt afhandelen.

Over hormonale anticonceptie bestaan een NHG-Patiëntenfolder en verschillende NHG-Patiëntenbrieven.



Figuur 1 Schema Pil vergeten?

Begrippen	
anti-epileptica	medicijnen tegen epilepsie
atrofie	slinken van weefsel of organen
cervixslijm	slijm in de baarmoederhals
CVA	cerebraal vasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van de hersenfuncties
embolie	een met het bloed meegeslept stolsel dat zich ergens verderop in de bloedbaan heeft vastgezet
hormonaal	met hormonen
hypertensie	hoge bloeddruk
intramusculair	in een spier
onbeschermde coïtus	geslachtsgemeenschap zonder voorbehoedmiddel; term om een coïtus zonder condoomgebruik aan te duiden
ovulatie	eisprong
spermatozoa	zaadcellen
sub-50-pil	een anticonceptiepil waarin minder dan 50 microgram oestrogeen zit; tegenwoordig de meest voorgeschreven pil
trombose	vorming van een bloedstolsel

Incontinentie voor urine

Mevrouw Van Ingen, 62 jaar, heeft ouderdomsdiabetes. U kent haar goed van de diabetescontroles. Ze vertelt u enigszins beschaamd dat ze vroeger altijd goed haar plas kon ophouden maar nu soms niet meer. Ze gebruikt daarom maandverband. Ze heeft dit nog nooit aan de dokter verteld, want: 'Je vertelt zoiets niet zo graag en er is immers toch niets aan te doen.' Op dit laatste haakt u in. U vertelt dat er andere, betere materialen zijn voor de opvang van urine dan maandverband. En u raadt haar aan om een afspraak met de huisarts te maken.

Inleiding

In de NHG-Standaard Incontinentie voor urine worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van volwassenen met klachten van incontinentie. In de standaard wordt uitgegaan van de volgende definitie: incontinentie is iedere vorm van onwillekeurig verlies van urine. Urine-incontinentie komt voor bij een kwart tot ruim de helft van alle volwassen vrouwen en bij minder dan 10 procent van alle volwassen mannen. De klachten nemen toe met het stijgen van de leeftijd. Ongeveer de helft van alle patiënten met urine-incontinentie bezoekt hiervoor de huisarts.

Klachten en achtergronden

In de standaard worden verschillende vormen van urine-incontinentie onderscheiden. Bij stressincontinentie is sprake van onwille-

keurig verlies van urine op alle momenten dat de druk in de buik toeneemt, zoals bij lachen, hoesten of springen ('stress'). Het urineverlies houdt op als het moment van de drukverhoging voorbij is, zodat kleine beetje urine worden verloren. Oorzaak is het tekortschieten van het afsluitingsmechanisme van de blaas. Bij vrouwen is bekkenbodempwakte door zwangerschap of bevalling de belangrijkste oorzaak. Bij mannen komt deze vorm voornamelijk voor na prostaatoperaties. Bij urge-incontinentie treedt urineverlies op tijdens of in aansluiting op het voelen van aandrang ('urge'). Patiënten met urge-incontinentie kunnen de urine vaak niet ophouden tot het toilet bereikt is. Soms zijn aandoeningen van de blaas de oorzaak, maar ook prostaathypertrofie, aandoeningen van het centrale zenuwstelsel en gebruik van coffeïnehoudende dranken of alcohol kunnen een rol spelen.

Gemengde incontinentie is een combinatie van stress- en urge-incontinentie.

Bij reflexincontinentie trekt de blaas zich samen zonder dat aandrang om te plassen wordt gevoeld. Deze vorm van incontinentie ontstaat door beschadigingen van het ruggenmerg of de hersenen.

Bij overloopincontinentie wordt de druk in de blaas door het vollopen van de blaas te hoog in vergelijking met de druk in de urethra. Deze vorm van incontinentie kan worden veroorzaakt door een te slappe blaas, bijvoorbeeld als gevolg van diabetische neuropathie, of door een belemmering van de afvoer van urine, bijvoorbeeld bij een vergrote prostaat of gezwellen aan de eierstok(ken).

ONDERZOEK

Tijdens het consult stelt de huisarts vast om welk type incontinentie het gaat. Ook maakt hij een inschatting van de omvang van het urineverlies en vraagt hij naar de gevolgen voor werk, hobby's en seksualiteit. Hij gaat na of er sprake is van een onderliggende aandoening. Hij informeert naar factoren die kunnen bijdragen aan het ontstaan van onwillekeurig urineverlies, zoals het gebruik van medicatie. Medicijnen die incontinentie kunnen veroorzaken of verergeren, zijn antipsychotica, antidepressiva en diuretica. Daarnaast adviseert de huisarts het gebruik van alcohol te beperken.

Bij het lichamenlijk onderzoek wordt de buik onderzocht. Bij vrouwen wordt een gynaecologisch onderzoek uitgevoerd, waarbij onder andere wordt gelet op de kracht van de bekkenbodemspieren. Bij mannen wordt een rectaal toucher verricht; hierbij wordt tevens de prostaat beoordeeld.

De urine wordt door de praktijkassistente onderzocht op de aanwezigheid van erythrocyten en op tekenen van een urineweginfectie (zie hoofdstuk Urineweginfecties).

Vooraf bij onduidelijkheid over het patroon of de ernst van de incontinentie vraagt de huisarts de patiënt een dagboek bij te houden waarin de klachten worden geregistreerd.

Beleid

De meeste patiënten met stress-, urge- en gemengde incontinentie kunnen door de huisarts worden behandeld. Voorlichting en advies spelen daarbij een grote rol.

VOORLICHTING EN ADVIES

De meeste mensen ervaren bij onwillekeurig urineverlies gevoelens van schaamte. De huisarts gaat daarop in tijdens het consult. De huisarts benadrukt dat oefentherapie de basis van de behandeling is, waarbij de kans op vermindering van de klachten groter is naarmate men intensiever oefent.

De patiënt krijgt informatie over inleg- en luiermateriaal of bedmatjes. Als de patiënt op-

vangmateriaal gebruikt, dient aandacht te worden besteed aan de bescherming van de omliggende huid. Deze plaatsen kunnen beter niet te vaak (met zeep) worden gewassen; het is goed ze in te smeren met een zalf.

Bij stressincontinentie legt de huisarts uit dat de afsluiting van de blaas niet optimaal functioneert. De bekkenbodemspieren spelen bij de afsluiting van de blaas een belangrijke rol. Door oefeningen kunnen deze spieren worden versterkt. Volgens een bepaald schema kunnen de bekkenbodemspieren worden getraind. Hoe de spieren op de juiste manier worden aangespannen, leert de patiënt tijdens een consult. De kans op genezing wordt groter naarmate men meer oefent. Vrouwen bij wie de incontinentie alleen of vooral optreedt bij het sporten, kunnen een (grote) tampon gebruiken.

Bij urge-incontinentie legt de huisarts uit dat de klachten worden veroorzaakt door een toegenomen prikkelbaarheid van de blaas, hetgeen in stand wordt gehouden door vaak te plassen. De klachten zijn te verhelpen door de blaas te trainen, waarbij de kans op succes groter wordt naarmate men meer oefent. Bij blaastraining is het de bedoeling dat het plassen steeds iets langer worden uitgesteld, om zo weer een 'normaal' plaspatroon te bewerkstelligen. De huisarts adviseert om gedurende een proefperiode van bijvoorbeeld twee weken de coffeïneconsumptie te verminderen. Bij sommige patiënten met urge-incontinentie heeft dit een positief effect.

Bij gemengde incontinentie wordt begonnen met de behandeling van het type incontinentie waarvan de patiënt de meeste hinder ondervindt. Na zes weken volgt dan de behandeling van het andere type incontinentie.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als er aan de hand van het urineonderzoek een urineweginfectie is geconstateerd, wordt die eerst behandeld (zie het hoofdstuk Urineweginfecties). Afgewacht wordt of behandeling van de infectie invloed heeft op de klachten van incontinentie.

Bij vrouwen met stressincontinentie en een

verzakking van de baarmoeder kan een pessarium de klachten verminderen.

Bij onvoldoende resultaat van de blaastraining bij patiënten met urge-incontinentie kan de huisarts overwegen een anticholinergicum voor te schrijven. Een anticholinergicum onderdrukt zowel willekeurige als onwillekeurige samentrekkingen van de (blaas)spieren, maar het effect is over het algemeen matig en het middel kan vervelende bijwerkingen hebben, zoals een droge mond en (bij ouderen) een verminderd cognitief vermogen.

VERWIJZEN

Patiënten met stressincontinentie bij wie de reeds genoemde maatregelen te weinig resultaat hebben, worden verwezen voor nader onderzoek en aanvullende, eventueel operatieve, behandeling (zie kader). Verwijzing naar een samenwerkingsverband tussen een gynaecoloog en een uroloog heeft de voorkeur. In plaatsen waar zo'n samenwerkingsverband

niet bestaat, wordt verwezen naar een specialist die veel ervaring heeft op dit terrein.

De resultaten van een operatie bij patiënten met urge-incontinentie zijn in het algemeen teleurstellend. Als oefentherapie en medicamenteuze behandeling onvoldoende resultaat opleveren, verwijst de huisarts de patiënt voor nader onderzoek naar onderliggende oorzaken.

Ook worden verwezen:

- patiënten bij wie onduidelijkheid over het type incontinentie bestaat;
- incontinentie mannen jonger dan 65 jaar die geen prostaatoperatie hebben ondergaan;
- vrouwen met een verzakking tot in of buiten de ingang van de vagina en vrouwen die kiezen voor een operatie;
- patiënten met reflexincontinentie of pas ontstane overloopincontinentie;
- patiënten bij wie de huisarts tumoren in de onderbuik vermoedt.

Op verschillende fronten speelt u een rol bij het onderzoek, de behandeling en de voorlichting bij urine-incontinentie. Tot uw taken behoren onder meer:

- uitvoeren van het urineonderzoek;
- signaleren en bespreekbaar maken van incontinentie;
- uitleg geven over bekkenbodemoefeningen en blaastraining;
- zorgen voor foldermateriaal;
- zichtbaar neerleggen van algemene folders in de wachtruimte;
- op eigen initiatief meegeven van instructiefolders;
- zorgen voor proefpakketten met incontinentiemateriaal;
- geven van voorlichting en instructie over incontinentiemateriaal.

Voor de patiënt is het van belang dat goed incontinentiemateriaal wordt voorgeschreven. Informatie en adviezen kunnen worden gegeven door de praktijkassistente, praktijkondersteuner, apothekersassistente of wijkverpleegkundige. Het is belangrijk afspraken te maken over de taakverdeling.

Over urine-incontinentie zijn drie NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Operatieve behandeling

Het doel van de operatie bij stressincontinentie is de verbetering van het afsluitmechanisme van de blaas. De meest toegepaste operatietechnieken zijn de volgende.

Colposuspensie, een 'ophangoperatie'. Hierbij wordt via een snee in de onderbuik de urinebuis net onder de blaas met hechtingen vastgezet aan de binnenzijde van het schaambeentje. Ook andere soorten 'ophangoperaties' zijn mogelijk.

TVT (tension-free vaginal tape): door een kleine opening in de vaginavorwand wordt een bandje om de plasbuis geplaatst en aan de buikwandspieren bevestigd, waardoor de blaas wordt ondersteund. Een variant hierop is de TOT (trans-obturator-tape) waarbij via een andere weg eenzelfde soort bandje wordt geplaatst. Deze ingrepen kunnen in dagbehandeling worden uitgevoerd.

Begrippen

cognitief	betrekking hebbend op het kennen (bijvoorbeeld onthouden, denken, begrijpen)
pessarium	ring in de vagina om een verzakking te corrigeren
rectaal toucher	inwendig onderzoek met de wijsvinger via de endeldarm; hierbij kan onder meer een indruk worden verkregen van de toestand van het slijmvlies van de endeldarm en van de grootte en het oppervlak van de prostaat

Influenza en influenzavaccinatie

Het is januari. Mevrouw Grooters-van Dijk, 63 jaar, belt naar de praktijk omdat zij zich al een aantal dagen niet lekker voelt. Zij heeft last van hoesten, koorts en spierpijn en is erg moe. Eigenlijk denkt zij aan griep, maar omdat zij dit jaar voor het eerst de griepvaccinatie heeft gehad lijkt dat haar toch onwaarschijnlijk. Zij vraagt of ze even langs kan komen, want ze is ongerust.

Influenza en influenza-achtige ziektebeelden (IAZ)

INLEIDING

De NHG-Standaard Influenza en influenzavaccinatie geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij influenza en influenza-achtige ziektebeelden (IAZ). Ook geeft de standaard aan welke patiënten tegen influenza moeten worden gevaccineerd. De regels daarvoor zijn met ingang van 2008 veranderd.

De laatste tijd is er veel aandacht voor het feit dat influenzavirussen zich onder trek- en waternogels kunnen verspreiden (de zogeheten vogelgriep). Gevreesd wordt dat vogelgriep een wereldwijde influenza-epidemie (pandemie) zal veroorzaken. Hierover is een aparte NHG-Standaard verschenen: Influenzapandemie.

Het aantal ziektegevallen van influenza varieert van jaar tot jaar. Meestal gaat het bij de vermelde aantallen om het aantal patiënten met IAZ dat zich meldt bij de huisarts. Ongeveer 70% van de patiënten met IAZ hebben werkelijk influenza.

Bij een 'zware epidemie' melden zich per 10.000 personen 20 patiënten per week met IAZ. Dat komt neer op meer dan 5 patiënten per normpraktijk per week. Geschat wordt dat in de gehele Nederlandse bevolking jaarlijks 250 tot 2.000 mensen overlijden door influenza of IAZ. Dat is veel minder dan 1 per normpraktijk.

ACHTERGRONDEN EN KLACHTEN

Influenza is een acute (lage)luchtweginfectie veroorzaakt door het influenzavirus.

Als patiënten zeggen dat zij 'griepig' zijn, gaat het vaak niet om echte influenza. Bij een influenza-achtige ziektebeeld (IAZ) is er sprake van een acute infectie met algemene en luchtwegsymptomen (zie kader) veroorzaakt door andere virussen dan het influenzavirus. De term influenza-achtig ziektebeeld wordt alleen gebruikt tijdens een influenza-epidemie.

Er zijn verschillende typen van het influenzavirus: A, B en C. De typen A en B veroorzaken de bekende influenza-epidemieën. De influenza-A-virussen kunnen ook weer in soorten worden onderverdeeld. Aan de oppervlakte van influenza-A-virussen bevinden zich eiwitten: hemagglutinine (H1-16) en neuraminidase (N1-9). Er zijn verschillende combinaties van deze oppervlakte-eiwitten mogelijk. Daardoor ontstaan verschillende influenzavirussen zoals H1N1, H2N2 of H3N2. Een geheel nieuw virus is H5N1 (het 'vogelgriepvirus') dat zou kunnen leiden tot een pandemie.

Na besmetting vermenigvuldigt het virus zich in de cellen van de (lage) luchtwegen. Na één

tot drie dagen treedt koorts op, vaak met koude rillingen, algemeen ziekzijn, hoofdpijn, spierpijn, keelpijn en hoesten. Deze verschijnselen verdwijnen meestal na enkele dagen. Gezonde volwassenen verspreiden het virus gedurende ongeveer vijf dagen, gerekend vanaf één dag voor het optreden van de eerste symptomen. Kinderen verspreiden het virus ongeveer twee dagen langer.

Symptomen typisch voor influenza en IAZ

- een acuut begin, én:
- één of meer van de volgende algemene symptomen: koorts (rectaal ≥ 38 graden Celsius), algemeen ziekzijn, hoofdpijn, spierpijn, én:
- één of meer van de volgende luchtwegsymptomen: hoest, keelpijn, kortademigheid, neusverkoudheid

De belangrijkste complicaties van een infectie met het influenzavirus zijn bronchitis, longontsteking en middenoorontsteking door het virus of door bacteriën die nu hun kans krijgen.

Mensen behorend tot één van de risicogroepen worden ernstiger ziek of lopen kans te overlijden door influenza. Zij komen in aanmerking voor vaccinatie (zie: Indicaties voor vaccinatie).

DIAGNOSTIEK

Als een patiënt belt met klachten die aan influenza doen denken, schat de praktijkassistente in of lichamelijk onderzoek noodzakelijk is. Het is belangrijk te weten of er sprake is van een epidemie (voor informatie hierover: zie www.nivel.nl/griep en www.influenza-centrum.nl).

De huisarts of praktijkassistente vraagt bij een vermoeden van IAZ naar:

- de duur van de klachten en of deze acuut zijn begonnen;
- hoest, neusklachten, keelpijn;

- koorts en koude rillingen;
- de duur en het beloop van de koorts;
- algehele ziekzijn of zich niet lekker voelen;
- spierpijn in de ledematen, hoofdpijn;
- contact met een patiënt met IAZ.

De patiënt moet op korte termijn door de huisarts worden onderzocht bij:

- kortademigheid (eventueel te horen tijdens het gesprek);
- het opgeven van sputum;
- het oplopen van de temperatuur nadat de patiënt een tijdje koortsvrij is geweest;
- een verhoogd risico op complicaties (bij risicogroepen, zie: Indicaties voor vaccinatie).

De huisarts hoeft alleen lichamelijk onderzoek te doen bij het vermoeden van complicaties. Extra aandacht vragen de bewoners van een verzorgings- of verpleeghuis. Bij oudere mensen zijn de complicaties vaak ernstiger. Ook is het risico op besmetting verhoogd op plaatsen waar veel mensen bij elkaar zijn. Deze patiënten moeten daarom altijd door de huisarts worden onderzocht. Er moeten ook maatregelen worden getroffen om verdere besmetting te voorkomen.

BELEID

Voorlichting en advies

Influenza geneest bij gezonde personen meestal vanzelf, zonder behandeling. Paracetamol kan ervoor zorgen dat de patiënt zich wat beter voelt. Influenza duurt drie tot vijf dagen, maar het kan twee tot drie weken duren voordat de patiënt volledig is hersteld. Soms duurt de herstelperiode langer door complicaties of ontregeling van bijkomende ziekten zoals COPD en diabetes mellitus. Adviseer de patiënt ruim te drinken. Bedrust is niet strikt noodzakelijk maar inspanning moet worden vermeden. Laat de patiënt opnieuw contact opnemen bij:

- benauwdheid;
- het opgeven van veel sputum;
- koorts langer dan vijf dagen zonder verbetering;

- opnieuw temperatuurstijging na een koortsvrij interval van één of enkele dagen;
- (bij oudere patiënten) verwardheid, sufheid of apathie.

Medicamenteuze behandeling

Medicijnen zijn bij influenza meestal niet nodig. Bij pijn of malaise kan de patiënt paracetamol of aspirine nemen. Voor kinderen onder 18 jaar is aspirine (in het algemeen: salicylaten) niet geschikt. Bij hoesten zijn noscapine, codeïne of neusdruppels te overwegen.

Antivirale middelen zijn voor (verder) gezonde patiënten niet zinvol. In het algemeen hebben deze middelen alleen effect bij patiënten met influenza als ermee gestart wordt op de eerste dag na het begin van de ziekte.

Bij risicopatiënten kunnen virusremmers worden overwogen als zij niet tegen influenza zijn gevaccineerd of het vaccin onvoldoende werkzaam is.

Antivirale middelen kunnen worden ingezet ter voorkoming van influenza bij:

- een influenza-uitbraak in een verpleeg- of verzorgingshuis;
- patiënten in een omgeving waar influenza is geconstateerd, die een verhoogd risico hebben op complicaties bij influenza;
- een (dreigende) influenzapandemie (zie de NHG-Standaard Influenzapandemie).

Bij influenza kunnen twee antivirale middelen worden ingezet: oseltamivir en zanamivir.

Influenzavaccinatie

INLEIDING

Jaarlijks wordt vastgesteld welke influenzavirussen naar verwachting in de komende periode zullen circuleren. Influenzavaccinatie verlaagt de kans om ziek te worden met 30 tot 70%. Bij patiënten die al ziek zijn, verlaagt vaccinatie de kans op complicaties of overlijden door influenza met 70 tot 80%.

De vorming van antistoffen begint in de eerste week na de vaccinatie. De maximale vorming van antistoffen wordt bereikt na ongeveer 4

weken en blijft bij gezonde ouderen gedurende ongeveer 24 weken op peil.

Volgens de criteria van het Nationaal Programma Grieppreventie (NPG) kwam in 2006 zeker 24% van de Nederlandse bevolking in aanmerking voor vaccinatie. In de huisartsenpraktijk kan – bij een goede organisatie van de jaarlijkse ‘griepvaccinatiecampagne’ – een vaccinatiegraad worden bereikt van bijna 80% van de patiënten met een indicatie. De organisatie van de griepcampagne loopt via de Stichting Nationaal Programma Grieppreventie (SNPG).

INDICATIES VOOR VACCINATIE

De huisarts biedt de volgende risicogroepen vaccinatie aan:

- patiënten met afwijkingen van de luchtwegen zoals astma (bij gebruik van onderhoudsmedicatie), COPD, longcarcinoom of andere longziekten;
- patiënten met een chronische stoornis van de hartfunctie zoals hartfalen, een doorgeemaakt hartinfarct, ritmestoornissen of klepgebreken;
- patiënten met diabetes mellitus;
- patiënten met chronische nierinsufficiëntie (bij dialyse of niertransplantatie);
- patiënten die recent een beenmergtransplantatie hebben ondergaan;
- personen die geïnfecteerd zijn met hiv;
- kinderen en adolescenten in de leeftijd van zes maanden tot 18 jaar die langdurig salicylaten gebruiken;
- verstandelijk gehandicapten in een gezamenlijke woonvorm;
- personen van 60 jaar en ouder (met ingang van 1 januari 2008; voorheen 65 jaar en ouder);
- personen met verminderde weerstand tegen infecties zoals bij levercirrose, niet-werkzame milt of chemotherapie;
- verpleeghuisbewoners.

Voor sommige groepen werknemers in de zorg wordt vaccinatie wenselijk geacht, maar niet vergoed omdat zij buiten het Nationaal

Programma Grieppreventie vallen. Het gaat om:

- personeel in verpleeghuizen, verzorgingshuizen en ziekenhuizen;
- gezondheidszorgwerkers met veelvuldige en intensieve contacten met patiënten zoals werknemers in de huisartsenpraktijk.

Vroeger kwamen ook personen met steenpuisten (en hun gezinsleden) in aanmerking voor vaccinatie. Zij zouden een verhoogde kans hebben op longontsteking door stafylokokken als complicatie van de influenza. Dit risico bleek echter gering te zijn. Bovendien bleek de griepvaccinatie longontsteking niet te voorkomen.

De huisarts kan personen zonder indicatie op eigen verzoek vaccineren. Sommige bedrijven bieden hun medewerkers een influenzavaccinatie aan om het ziekteverzuim te verlagen. Medisch gezien hoeft daarvoor dan geen indicatie te zijn.

Kinderen jonger dan 6 jaar (vanaf de leeftijd van zes maanden) die nooit influenza hebben gehad en voor het eerst worden gevaccineerd, krijgen minimaal vier weken na de eerste vaccinatie een tweede dosis.

BIJWERKINGEN EN CONTRA-INDICATIES

De enige bewezen bijwerking van influenzavaccinatie is een lokale reactie (op de plaats van de injectie) van pijn, roodheid en zwelling. Patiënten die een acute infectieziekte doormaken, koorts hebben of overgevoelig zijn voor kippenei-eiwit mogen geen griepvaccinatie krijgen.

SELECTIE

In het HIS kan op basis van ICPC-codes een lijst worden aangemaakt en geprint van alle patiënten die in aanmerking komen voor influenzavaccinatie. In veel HIS'en wordt aan bepaalde codes automatisch de code voor influenzavaccinatie gekoppeld bij ieder huisarts-

patiëntcontact. Ook de praktijkassistente en -ondersteuner kunnen in het HIS aangeven welke patiënten een griepvaccinatie moeten krijgen.

CONTROLLEREN EN REGISTREREN

Jaarlijks controleert de huisarts of praktijkassistente/-ondersteuner de lijst van patiënten die in aanmerking komen voor influenzavaccinatie. Zij bekijken vooral of alle patiënten met astma de vaccinatie nog nodig hebben. De huisarts beoordeelt of de patiënten die eerder vaccinatie weigerden, alsnog gemotiveerd moeten worden om zich te laten vaccineren.

VOORLICHTING

De huisarts of de praktijkassistente legt patiënten met een indicatie voor influenzavaccinatie uit waarom vaccinatie wenselijk is en geeft voorlichting over het te verwachten effect. Uitgelegd wordt ook dat de vaccinatie jaarlijks dient te worden herhaald en geen bescherming biedt tegen alle griepachtige ziektebeelden.

OPROEPEN

De patiënten worden schriftelijk opgeroepen voor de vaccinatie. Tegelijk met de oproep ontvangen zij voorlichtingsmateriaal. De opkomst blijkt het grootst te zijn als de huisarts de patiënten persoonlijk (schriftelijk) oproept.

UITVOERING

Influenzavaccinaties worden jaarlijks gegeven tussen half oktober en half november. Over het algemeen verzorgt de praktijkassistente of -ondersteuner de vaccinaties. Het toedienen van vaccinaties is een voorbehouden handeling binnen de Wet BIG. In het kader van deze wet mag de praktijkassistente zelfstandig vaccinaties toedienen bij patiënten thuis die al eerder zonder problemen zijn gevaccineerd, op voorwaarde dat de huisarts oproepbaar is bij onverwachte reacties.

Uw rol bestaat uit het geven van voorlichting aan personen met mogelijk influenza of IAZ en de personen in hun directe omgeving.

Samen met uw werkgever zorgt u voor het jaarlijks selecteren van de risicogroepen die in aanmerking komen voor influenzavaccinatie. Na het registreren, controleren en oproepen van patiënten zorgt u ook voor de uitvoering van de influenzavaccinatie, eventueel bij mensen thuis.

Het NHG heeft patiëntenbrieven uitgegeven over influenza en influenzavaccinatie.

Begrippen

pandemie	wereldwijde influenza-epidemie door een (vogel)griepvirus waartegen in de bevolking onvoldoende weerstand bestaat
virusremmers	medicijnen die de groei van een virus remmen (van beperkte waarde bij de behandeling maar soms van belang om influenza te voorkomen)

Jicht

Meneer Schipper, 45 jaar, heeft hevige pijn in zijn rechter grote teen. Het doet zo'n pijn dat hij er niet op kan staan. Ook als hij zijn voet niet beweegt, doet het enorm veel pijn. Meneer Schipper is bij de huisarts bekend als iemand die veel alcohol gebruikt. Bij navraag zegt hij de avond ervoor wel een paar flesjes bier gedronken te hebben, toen hij naar het voetbal op de televisie keek.

Inleiding

De NHG-Standaard Jicht geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met acute of gecompliceerde jicht. Tevens gaat de standaard in beperkte mate in op het verschijnsel pseudojicht.

Acute jicht is een pijnlijke gewrichtsontsteking, meestal van het basisgewricht van de grote teen alleen, maar soms ook van andere gewrichten, bijvoorbeeld in de middenvoet, enkel, knie of pols. Acute jicht wordt veroorzaakt door natriumuraatkristallen die neerslaan in een gewricht en die vervolgens een steriele ontstekingsreactie veroorzaken. Deze kristallen kunnen worden gevormd bij een verhoogd urinezuurgehalte in het bloed. Van alle mensen met een te hoog gehalte aan urinezuur in het bloed krijgt slechts 10 procent jicht. Waarom de een met een verhoogd urinezuurgehalte wel jicht krijgt en de ander niet, is niet volledig bekend.

Jicht komt viermaal zo vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Vooral mannen van middelbare leeftijd hebben er last van en dan betreft

het meestal het basisgewricht van de teen. De huisarts van een praktijk van gemiddelde omvang ziet elk jaar ongeveer 4 patiënten met een aanval van acute jicht.

Klachten en achtergronden

Jicht ontstaat snel, binnen enkele uren. Het aangedane gewricht is warm, rood en gezwollen. Het gewricht is zowel in rust als bij bewegen zeer pijnlijk en de bewegingen zijn beperkt. In ongeveer 60 procent van de gevallen is alleen het basisgewricht van de grote teen aangetast. Bij ouderen zijn vaak meerdere gewrichten aangedaan.

Acute jicht geneest binnen één tot drie weken, maar kan bij frequente aanvallen uiteindelijk het gewricht beschadigen. Het tijdsinterval tussen twee aanvallen kan sterk variëren. Na de eerste aanval krijgt twee derde van de patiënten binnen een jaar weer een aanval. In de fase tussen de aanvallen in heeft de patiënt geen last van het gewricht.

De kristallen in het gewricht worden gevormd door urinezuur. Urinezuur is een afbraakproduct van de stofwisseling en wordt normaal gesproken volledig door de nieren en de darm uitgescheiden. Wanneer de nieren slecht functioneren of bij een overproductie van urinezuur kan het urinezuurgehalte in het bloed verhoogd zijn. Bij een verhoogd urinezuurgehalte kunnen kristallen zich ook op andere plaatsen in het lichaam ophopen, zoals in het nierbekken of onder de huid. In het nierbekken kunnen de kristallen nierstenen vormen. Onder de huid kunnen jichttofi ontstaan: krijtwitte, door de huid heen schemerende

vaste knobbeltjes. Deze tofi kunnen overal zitten, maar voorkeursplekken zijn de ledematen en de oorschelpen. Vermoedelijk is er een grotere kans op het uitlokken van acute jicht door overmatig alcoholgebruik, overconsumptie van purine(eiwit)rijk voedsel, bepaalde medicamenten zoals diuretica en salicylderivaten en een gewrichtstrauma of -operatie.

Ook andere kristallen dan die van urinezuur kunnen in gewrichten neerslaan. Een dergelijke aandoening lijkt erg op jicht en wordt daarom pseudojicht genoemd.

Er is sprake van gecompliceerde jicht bij meer dan drie aanvallen van acute jicht per jaar of bij de aanwezigheid van tofi of uraatstenen, al dan niet in combinatie met gewrichtsklachten. Dit vereist een ander beleid dan acute jicht. Aanvullend onderzoek is bijvoorbeeld bij acute jicht niet nodig, maar bij gecompliceerde jicht wordt urine-, bloed- en eventueel een gewrichtsonderzoek gedaan om de diagnose te bevestigen en de oorzaak te achterhalen. Bij het lichamelijk onderzoek beoordeelt de huisarts of er sprake is van een gewrichtsontsteking (zwellings, roodheid of warmte, pijn bij passieve bewegingen, bewegingsbeperking) en of er tofi zijn. Bij een acute gewrichtsontsteking kan de patiënt ook koorts hebben. Soms is ook de huid rondom het gewricht ontstoken, zodat het op een gewone huidinfectie lijkt. Het grote verschil is dat bij een huidinfectie het gewricht normaal beweeglijk is.

Een bacteriële artritis kan op jicht lijken: de aandoening vertoont echter een ernstiger beeld, omdat de kans op blijvende schade van het gewricht zeer groot is. Bepaling van de bezinkingssnelheid van de erythrocyten (BSE) kan bij twijfel uitsluitsel geven. Bij het vermoeden van bacteriële artritis wordt de patiënt met spoed naar de specialist verwezen. Andere gewrichtsaandoeningen, zoals artrose of reumatoïde artritis, hebben een chronisch beloop en andere voorkeursplaatsen.

Beleid

De behandeling van acute jicht en pseudojicht is hetzelfde en bestaat uit pijnstilling. De eerste keus is een NSAID in een adequate dosering. Als bijwerking van deze middelen kunnen maagklachten ontstaan. Als pijnstilling na twee tot drie dagen onvoldoende helpt, is colchicine aangewezen. Colchicine kan nare bijwerkingen van de darmen geven en moet voorzichtig gedoseerd worden. Als de pijn minder wordt, kan de dosering omlaag.

Controle is dan niet meer nodig. In het acute stadium is aspirine niet geschikt, omdat dit middel een verlenging van de aanval kan geven.

Indien colchicine na twee tot drie dagen ook niet voldoende helpt, kunnen corticosteroiden worden overwogen via een injectie in het gewricht of door middel van prednison in tabletvorm.

Bij gecompliceerde jicht wordt ook een NSAID of colchicine gegeven. Daarnaast schrijft de huisarts als onderhoudsbehandeling een serumurinezuurverlagend middel voor. In eerste instantie wordt altijd allopurinol voorgeschreven en bij onvoldoende effect benzbromaron. Hiermee worden aanvallen van acute jicht voorkomen en daardoor uiteindelijk mogelijke gewrichtsbeschadiging. De vorming van tofi en nierstenen wordt geremd en de reeds bestaande tofi verdwijnen in de loop van zes tot twaalf maanden. Met deze medicatie kan men pas vier weken na een aanval starten, omdat de medicijnen zelf ook een aanval van jicht kunnen uitlokken.

Tijdens de instelfase op allopurinol wordt onderzoek gedaan naar de nierfunctie door middel van urine- en bloedonderzoek. De dosering wordt verhoogd tot de streefwaarde is bereikt. Bij een behandeling met allopurinol moet jaarlijks de nierfunctie worden gecontroleerd met behulp van urineonderzoek.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt de patiënt uit dat een jichtaanval wordt veroorzaakt door urinezuurkristallen die neerslaan in het gewricht en dat de

aanval één tot drie weken kan duren; daarna treedt volledig herstel op. Behandeling van een aanval met medicijnen geeft binnen één tot twee dagen vermindering van de pijn. De huisarts ontraadt het gebruik van aspirine, omdat dit middel in een lage dosering (minder dan 2 g per dag) de duur van een aanval verlengt. Overmatig alcoholgebruik is nooit goed, maar in dit geval kan het ook de kans op een jichtaanval vergroten. De huisarts kan aanraden purinerijke maaltijden te vermijden (purine zit onder meer in nieren, vis, wild, gevogelte en vleesextract), maar het is niet bewezen of dat effect heeft. Bij gecompliceerde jicht wordt over het algemeen aangeraden meer te drinken (twee tot drie liter per dag).

Diuretica, die mensen met hoge bloeddruk vaak slikken, kunnen een jichtaanval uitlokken. Wanneer de patiënt dergelijke medicijnen gebruikt, schrijft de huisarts meestal een ander middel voor. Vanaf vier weken na een jichtaanval kan de patiënt de diuretica stapsgewijs vervangen door het andere middel. Een patiënt met acute jicht moet na drie dagen weer op het spreekuur komen als de pijn ondanks de medicatie niet vermindert.

Bij gecompliceerde jicht legt de huisarts uit dat een onderhoudsbehandeling met medicijnen aanvallen van jicht, nierstenen en (verdere) schade aan gewrichten en nieren kan voorkomen; verder wordt uitgelegd dat tofi doorgaans binnen zes tot twaalf maanden verdwijnen.

Bij een vermoeden van pseudojicht legt de

huisarts uit dat er geen geneesmiddelen zijn die het neerslaan van kristallen in de gewrichten kunnen voorkomen. De patiënt krijgt uitleg over het wisselende beloop: er kunnen geringe klachten zijn gedurende slechts enkele dagen, maar ook forse gewrichtsontstekingen gedurende enkele weken. Het advies is om, zodra de pijn dat toelaat, regelmatig en voldoende intensief lichaamsbeweging te nemen.

U heeft te maken met patiënten met hevige pijn die graag op korte termijn gezien en behandeld willen worden. U beoordeelt hoe snel de patiënt gezien kan worden door de huisarts. U kunt daarbij adviseren om direct een pijnstiller te slikken. Geen aspirine, want dat kan een eventuele jichtaanval verlengen! Ook kunt u adviseren het gewricht rust te geven. Als de pijn in de dagen daarna vermindert, kunt u de patiënt advies geven over de mate waarin het gewricht belast mag worden en over leefregels, zoals het vermijden van overmatig alcoholgebruik.

Ook kunt u te maken krijgen met patiënten met hypertensie die tijdens de behandeling met diuretica een jichtaanval krijgen. U kunt de huisarts hierop attent maken.

Er is een NHG-Patiëntenbrief over jicht opgesteld.

Begrippen

arthritis	gewrichtsontsteking
natriumuraatkristallen	kristallen gevormd uit urinezuur
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmend effect, bijvoorbeeld ibuprofen, diclofenac en naproxen
purine	eiwit dat bij de stofwisseling urinezuur als afbraakproduct heeft
uraatstenen	nierstenen, gevormd door de ophoping van natriumuraatkristallen

Kinderen met koorts

Op vrijdagmiddag belt mevrouw El Kharchy voor haar dochter Zineb (bijna 2 jaar) die al drie dagen koorts heeft (de temperatuur is nu 39,1 graden Celsius). Zineb is even ziek als twee dagen geleden. Behalve de koorts zijn er geen andere opvallende symptomen. Zij heeft Zineb af en toe een paracetamol zetpil gegeven, maar de koorts zakt niet en Zineb wordt niet beter. Mevrouw El Kharchy wil graag dat de huisarts vandaag komt kijken, want ze is erg ongerust.

Inleiding

De NHG-Standaard Kinderen met koorts geeft richtlijnen voor de diagnostiek en het beleid bij kinderen met kortdurende koorts (maximaal één week) en koortsc convulsies. Koorts is een verhoging van de lichaamstemperatuur boven 38 graden Celsius, die bij voorkeur werd vastgesteld door rectale meting. Vooral bij kinderen jonger dan drie maanden is rectale meting belangrijk omdat andere vormen van meting (zoals met de oothermometer) minder betrouwbaar zijn.

Koorts bij kinderen wordt vrijwel altijd veroorzaakt door infectieziektes, meestal door virussen. De standaard geeft aanwijzingen voor het herkennen van kinderen met een verhoogd risico op een ernstig beloop bij koorts.

Als de koorts wordt veroorzaakt door specifieke infectieziektes, wordt verwezen naar de bij de bijbehorende standaarden (zoals de

NHG-Standaarden Rhinosinusitis, Hoesten en Urineweginfecties).

Achtergronden

Koorts is een normale fysiologische reactie van het lichaam op het van buitenaf binnendringen van micro-organismen. Uit deze micro-organismen (meestal virussen) komen bepaalde stoffen vrij. Het lichaam maakt vervolgens afweercellen aan. Dit gaat gepaard met koorts.

In de hersenen (in de hypothalamus) ligt een centrum dat de lichaamstemperatuur reguleert. Als het lichaam normaal warmte kan afvoeren, wordt de lichaamstemperatuur zelden hoger dan 42 graden Celsius. Alleen bij infecties in het hoofd en bij hyperthermie kan de temperatuur wél verder stijgen. Hyperthermie ontstaat als de lichaamswarmte onvoldoende kan worden afgevoerd, terwijl het regulatiemechanisme normaal werkt (bijvoorbeeld bij een kind dat dik ingepakt in een auto in de zon zit).

Afhankelijk van de resultaten van het lichamelijke onderzoek stelt de huisarts vast waardoor de koorts wordt veroorzaakt, bijvoorbeeld door bovenste- of ondersteluchtweginfectie, gastro-enteritis, urineweginfectie of als reactie op vaccinatie. Een ernstige oorzaak van koorts is meningitis. Als de huisarts geen enkele oorzaak kan vinden spreken we van koorts zonder focus.

DIAGNOSTIEK

Meestal wordt koorts bij kinderen telefonisch gemeld. Het is van belang dat u bij de triage

vraagt naar de temperatuur en hoe deze is gemeten, de duur van de koorts en de mate van ziekzijn volgens de ouders. Let op de aanwezigheid van alarmsignalen (zie kader Alarmsymptomen). Als er alarmsignalen zijn, moet het kind zo spoedig mogelijk door de huisarts worden gezien.

Een kind met koorts moet nog dezelfde dag worden gezien bij :

- een leeftijd tussen één en drie maanden;
- een verminderde weerstand of aangeboren ziektes zoals afwijkingen aan hart en longen;
- koorts langer dan drie dagen, of opnieuw na een koortsvrije periode;
- onvoldoende duidelijkheid over de ernst van de ziekte bij de telefonische triage;
- een agressieve of geïrriteerde sfeer tijdens het telefoongesprek;
- aanhoudende onrustheid van de ouders.

Als het kind meteen moet worden gezien, is het niet nodig dat de huisarts een huisbezoek aflegt; kinderen met koorts kunnen gerust worden vervoerd naar de praktijk of de huisartsenpost.

Als het kind niet meteen hoeft te worden gezien, informeert u naar de mogelijke oorzaak van de koorts. U vraagt dan naar:

- huiduitslag;
- hoofdpijn;
- problemen op KNO-gebied zoals verkoudheid, oorpijn of keelpijn;
- hoesten, pijn op de borst, moeite met ademhaling, kortademigheid;
- braken, diarree; om uitdroging te kunnen vaststellen vraagt u naar de urineproductie en of het kind tranen heeft als het huilt;
- buikpijn, pijn bij plassen of vaker plassen;
- ziektes in de omgeving of verblijf in het buitenland.

Als er geen oorzaak voor de koorts wordt gevonden, is er sprake van 'koorts zonder focus'. De huisarts houdt er dan rekening mee dat een urineweginfectie de oorzaak van de koorts kan zijn. Zeker bij kinderen jonger dan 2 jaar met koorts zonder focus, maar ook bij kinde-

ren ouder dan 2 jaar met koorts zonder focus die langer dan drie dagen duurt, is urineonderzoek aangewezen. Jonge kinderen met urineweginfecties vertonen vaak behalve koorts ook prikkelbaarheid en/of gastro-intestinale verschijnselen (ze weigeren bijvoorbeeld om te eten, moeten braken of hebben diarree).

Als er geen alarmsignalen zijn en er ook geen andere redenen zijn om het kind te zien, kunt u volstaan met een zelfzorgadvies.

LICHAMELIJK ONDERZOEK

Een kind met koorts wordt volledig lichame-lijk onderzocht, tenzij er een duidelijk focus voor de koorts is. De huisarts onderzoekt:

- de temperatuur: hij meet die zo nodig opnieuw;
- de mate van ziekzijn: de manier waarop het kind contact maakt, of het suf is; als het kind huilt, gaat hij na of het te troosten is;
- de huid: kleur (al dan niet bleek, vlekjes);
- mogelijke nekstijfheid;
- de ademhaling en eventuele tekenen van benauwdheid;
- de buik;
- het KNO-gebied (als laatste, omdat kinderen dit meestal niet prettig vinden).

AANVULLEND ONDERZOEK

De huisarts laat nog op dezelfde dag urineonderzoek verrichten bij kinderen jonger dan 2 jaar met koorts zonder focus. Bij kinderen ouder dan 2 jaar die langer dan drie dagen koorts zonder focus hebben, kan de urine de volgende dag worden onderzocht (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties).

Aanvullend bloedonderzoek is meestal niet nodig. Als een kind met koorts luchtwegklachten heeft, kan de huisarts een thoraxfoto aanvragen bij het vermoeden van een longontsteking.

Als de huisarts één of meer alarmsymptomen vindt (zie kader Alarmsymptomen), zal hij het kind verwijzen naar de kinderarts.

Alarmsymptomen bij kinderen met koorts

- ernstig zieke indruk
- verlaagd bewustzijn
- aanhoudend braken
- petechiën
- tekenen van tachy- of dyspneu
- verminderde perifere circulatie
- bleek of grauw zien
- meningeale prikkelingsverschijnselen

Beleid

Bij de meeste kinderen met koorts als gevolg van een virale infectie kan worden volstaan met voorlichting en advies.

VOORLICHTING EN ADVIES

U legt uit wanneer er sprake is van koorts en hoe koorts moet worden gemeten. U zegt dat koorts vochtverlies veroorzaakt en dat het kind dus extra moet drinken; eten is minder belangrijk.

U legt uit dat koorts niet hoeft te worden behandeld en dat het actief verlagen van de temperatuur niet nodig is. Medicijnen als paracetamol en ibuprofen verlagen de temperatuur maar een beetje en hebben geen invloed op het ziekteproces. Hoogstens vóél't het kind zich wat beter.

U vertelt dat kinderen met koorts gewoon naar buiten mogen gaan. U waarschuwt voor hyperthermie: in bed moet het kind dunne kleding aan. Als het kind het koud krijgt, moet het worden toegedekt.

U adviseert om eenmaal daags de temperatuur te meten, dat is voldoende. Het is belangrijker

om het kind te observeren en te letten op veranderingen.

U vraagt de ouders opnieuw contact op te nemen bij alarmsignalen (zie kader Alarmsymptomen).

MEDICAMENTEUS BELEID

Koorts bestrijden is geen doel op zichzelf. Pijn en ongemak bij koorts kunnen wél redenen zijn voor het voorschrijven van medicijnen, bijvoorbeeld paracetamol. Bedenk dat de mate waarin de koorts reageert op de paracetamol niets zegt over de ernst van de ziekte.

CONTROLES

Aan de ouders wordt gevraagd om opnieuw contact met de praktijk op te nemen:

- als zij alarmsignalen opmerken (zie kader Alarmsymptomen);
- als zij ongerust zijn en behoefte hebben aan herbeoordeling;
- na 24 tot 48 uur bij kinderen met koorts zonder focus die ouder zijn dan drie maanden.

VERWIJZING

Sommige kinderen met koorts moeten naar de kinderarts worden verwezen.

Het gaat om kinderen:

- jonger dan één maand;
- tussen één en drie maanden, tenzij er een duidelijk focus voor de koorts is;
- met alarmsymptomen;
- bij wie de huisarts meningitis of sepsis vermoedt;
- met tekenen van dehydratie, vooral als zij jonger zijn dan 1 jaar;
- van wie de ouders behoefte hebben aan diagnostische zekerheid.

Bijlage koortsconvulsies

Ongeveer 2 tot 5 procent van de kinderen maakt koortsconvulsies (koortsstuipen) door. Dat is in een normpraktijk één kind met koortsstuipen per jaar. Koortsstuipen kunnen optreden bij kinderen tussen zes maanden en 5 jaar. Zij leiden niet tot hersenbeschadiging, maar roepen bij de ouders hevige schrik op. Er lijkt een erfelijke aanleg te zijn voor het optreden van koortsstuipen; één of meerdere familieleden van het kind hebben vaak ook koortsstuipen gehad.

Een koortsstuip bestaat uit een insult met trekkingen gevolgd door een periode van bewustzijnsdaling gedurende maximaal 60 minuten. Na die periode moet worden gezocht naar de focus van de koorts. Vooral moet worden onderzocht of er sprake is van meningitis. Soms lukt het niet om het kind te onderzoeken omdat het te suf is; dan moet het onderzoek na enkele uren plaatsvinden.

Beleid

Bij een koortsstuip moet de huisarts zo snel mogelijk een visite maken. De assistente wijst de ouders telefonisch alvast op het belang van het vrijhouden van de ademweg: het kind moet in buik- of zijligging liggen met het hoofd omlaag. Als de ouders een rectiole diazepam in huis hebben, mogen zij deze geven (tot 3 jaar 5 mg, vanaf 3 jaar 10 mg rectaal).

Verwijzing

Koortsconvulsies zijn meestal onschuldig. De huisarts houdt rekening met ernstiger ziekten bij:

- convulsies bij een kind jonger dan zes maanden;
- een recidief in dezelfde koortperiode;
- convulsies die langer duren dan 15 minuten;
- convulsies met focale kenmerken (dus alleen van een hand of been);
- aanwijzingen voor meningeale prikkeling, al dan niet gepaard gaand met niet-weg-drukbare vlekjes of verlaagd bewustzijn.

Uw rol bestaat uit het beoordelen aan de telefoon, of kinderen met koorts al dan niet moeten worden gezien. Als er geen alarmsignalen zijn of andere redenen om het kind te zien, geeft u zelfzorgadvies en wijst u de ouders op de signalen waarbij zij weer contact met de praktijk moeten opnemen. U geeft voorlichting aan ouders van kinderen met koorts over de rol van koorts en hoe te handelen bij koortsconvulsies.

De volgende NHG-Patiëntenbrieven zijn van toepassing (categorie Kinderen met koorts): Aandachtspunten bij het zieke kind, Kinderen met koorts algemeen, en Koortsstuip.

Begrippen	
diazepam	spierverslappend medicijn onder meer gebruikt bij onrust, slaapproblemen en stuipen (Valium [®] , Stesolid [®])
dyspneu	kortademigheid
hyperthermie	hoge lichaamstemperatuur door onvoldoende warmteafvoer
hypothalamus	gebied in de hersenen waar verschillende regulatiemechanismen liggen
koortsconvulsie	koortsstuip: trekkingen bij koorts, gevolgd door een toestand van sufheid
meningitis	hersenvliesontsteking
micro-organismen	kleine levende organismen die bij de gastheer ziekteverschijnselen kunnen geven
rectaal	via de endeldarm
rectiole	flacon met geneesmiddel om rectaal (via de endeldarm) in te brengen
sepsis	ernstige ziekte waarbij bacteriën in de bloedbaan komen en zich vermenigvuldigen
tachypneu	snelle ademhaling
thoraxfoto	röntgenfoto van de longen en het hart

Lagerugpijn

Mevrouw Verbrugge is aan de telefoon en vraagt of de dokter een machtiging voor de fysiotherapeut kan geven voor haar man. 'Hij is weer door zijn rug gegaan, hij kan niet meer op of neer.' U gaat voor uzelf even de alarmsymptomen na. Meneer Verbrugge is wel ouder dan 50 jaar, maar hij heeft al vaker last van zijn rug gehad. Hij is niet bekend met een ernstige ziekte. 'Straalt de pijn uit in één van de benen? Nee?' U vertelt dat het beleid bij plotseling optredende lagerugpijn is veranderd. 'Fysiotherapie is dikwijls niet nodig, maar ik zal de dokter vragen even contact met u op te nemen.'

Inleiding

De standaard heeft als onderwerp 'aspecifieke lagerugpijn', dat wil zeggen rugpijn laag in de rug zonder duidelijke oorzaak. Van de bevolking heeft zo'n 60 tot 90 procent één keer in het leven lagerugpijn. Acute lagerugpijn wordt ook wel 'spit' genoemd. Sommige mensen krijgen dit maar één keer in hun leven, bij andere komt het probleem regelmatig terug. Een huisarts ziet over het algemeen 80 nieuwe patiënten met lagerugklachten per jaar. De meeste patiënten met lagerugpijn zijn tussen de 45 en de 64 jaar.

Zoals al gezegd, is het meestal niet duidelijk waardoor iemand rugpijn heeft. Het is mogelijk dat verschillende factoren tegelijk een rol spelen, bijvoorbeeld een slechte lichamelijke conditie, veel autorijden en spanningen. Meestal nemen pijn en hinder bij aspecifieke

lagerugpijn snel af en verdwijnen de klachten vanzelf.

Klachten en achtergronden

De pijn zit in het gebied tussen de onderste ribben en de billen. Vooral bewegen kan flink pijn doen. Van een stoel opstaan of uit bed komen is dan een hele toer. Voor de patiënt kunnen de klachten alarmerend zijn, maar slechts zelden kunnen ernstige oorzaken worden aangetoond.

Bij het onderzoek sluit de huisarts eerst uit of de rugpijn wordt veroorzaakt door meer zeldzame (specifieke) oorzaken van de rugpijn. De meest voorkomende alarmsignalen zijn de volgende.

- Uitstralende pijn in een been, waarbij de pijn in het been op de voorgrond staat en er neurologische prikkelings- of uitvalsverschijnselen zijn (zie NHG-Standaard Lumbosacraal radiculair syndroom).
- Begin van de lagerugpijn na het 50^e levensjaar, continue pijn afhankelijk van houding of bewegen, nachtelijke pijn, algemeen ziek-zijn, een kwaadaardige ziekte in de voorgeschiedenis, onverklaard gewichtsverlies, verhoogde BSE. De symptomen kunnen duiden op een wervelmeta-stase.
- Bij vrouwen boven de 60 jaar: laag lichaamsgewicht, langdurig gebruik van corticosteroiden, kleiner worden, verandering van houding. Deze symptomen kunnen duiden op een wervelfractuur ten gevolge van osteoporose.
- Bij mannen jonger dan 20 jaar: iridocyclitis,

onverklaarbare artritis of een darmontsteking in de voorgeschiedenis, vooral nachtelijke pijn en ochtendstijfheid, minder pijn bij liggen en bij bewegen en oefenen, verhoogde BSE. Deze verschijnselen kunnen duiden op een spondylitis ankylopoetica.

- Lagerugpijn die door een ongeluk of val is veroorzaakt: er kan sprake zijn van een wervelfractuur.
- Als de lagerugpijn begint voor het 20^e levensjaar en er een specifieke afwijking wordt geconstateerd in de ruggengraat ter hoogte van de vierde en vijfde lumbale wervels. Dan kan er sprake zijn van een spondylolisthesis, waarbij de desbetreffende wervels zijn verschoven.

Als er geen reden is om aan een specifieke oorzaak te denken, gaat de huisarts ervan uit dat er sprake is van aspecifieke lagerugpijn. Aspecifieke lagerugpijn die korter dan zes weken duurt, behoort volgens de NHG-Standaard tot de acute lagerugpijn. Duren de klachten langer dan zes weken, dan is het subacute lagerugpijn en als de klachten langer duren dan drie maanden of steeds weer opspelen, wordt dat chronische lagerugpijn genoemd.

Bij acute lagerugpijn is nooit aangetoond dat de klachten te maken hebben met overbelasting van tussenwervelschijven, gewrichten, zenuwen of spieren. Röntgendiagnostiek of laboratoriumonderzoek zijn dan ook niet zinvol. Lichamelijk onderzoek is niet strikt noodzakelijk en telefonische advisering zou volstaan, maar soms is het ter geruststelling van de patiënt toch nuttig om lichamelijk onderzoek te verrichten. De huisarts is er zich van bewust dat psychische spanningen bij de patiënt de rugklachten in stand kunnen houden.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Het belangrijkste doel bij aspecifieke lagerugpijn is bevorderen dat de patiënt weer in beweging komt en actief blijft, zelfs bij veel pijn

en hinder. Dat voorkomt dat de klachten chronisch worden. Beweging en zo veel mogelijk doorgaan met de dagelijkse activiteiten kan het herstel bevorderen. De patiënt kan echter bang zijn voor de pijn en ongerust over het beloop, misschien omdat wordt gedacht dat er een ernstige oorzaak is voor de pijnklachten. Deze verkeerde ideeën en opvattingen over de oorzaak kunnen het ziektegedrag van de patiënt versterken en het herstel remmen. Een belangrijk deel van het beleid van de huisarts bij aspecifieke lagerugpijn bestaat uit wegnemen van ongerustheid.

Acute lagerugpijn

Bij acute aspecifieke lagerugpijn ligt het accent van de behandeling op voorlichting en advies. De huisarts legt uit dat er geen sprake is van een ernstige afwijking, maar van onschuldige rugpijn; er is geen precieze oorzaak en geen specifieke behandeling. De huisarts vertelt dat de heftigste pijn meestal slechts enkele dagen duurt en dan afneemt. Ter ondersteuning geeft de huisarts schriftelijk voorlichtingsmateriaal mee, bijvoorbeeld de NHG-Patiëntenbrieven.

Als duidelijk is dat problemen thuis of op het werk een rol spelen bij aspecifieke lagerugpijn, besteedt de huisarts daar aandacht aan en stimuleert de patiënt te zoeken naar een oplossing.

Subacute lagerugpijn

Als de klachten langer dan zes weken duren, moet (opnieuw) worden beoordeeld of er sprake is van een specifieke oorzaak van de rugpijn. Ook nu gaat het meestal om aspecifieke pijn, waarbij het belangrijk is dat de patiënt de normale activiteiten zo veel mogelijk blijft uitvoeren, ongeacht de pijn die daarmee gepaard gaat. Ook in deze situatie moet de patiënt weten dat de pijn weliswaar vervelend is, maar geen schade kan aanrichten. Als de patiënt niet normaal kan functioneren, stelt de huisarts een behandelplan op met daarin een geleidelijke opbouw van activiteiten. Dit geldt zowel voor dagelijkse bezigheden als voor activiteiten op het werk.

De huisarts gaat opnieuw na of er belevingsfactoren zijn die de genezing belemmeren. Als er sprake is van werkverzuim, informeert de huisarts naar contacten met de bedrijfsarts of de verzekeringsgeneeskundige en neemt eventueel zelf contact op met deze arts.

Chronische lagerugpijn

Ook als de pijn chronisch is geworden, is de kans dat een specifieke oorzaak van de rugpijn wordt gevonden, zeer klein. Het beleid bij chronische lagerugpijn is gericht op het zo normaal mogelijk functioneren van de patiënt, zowel in psychische als in lichamelijke zin, en op het beperken van het ziekteverzuim. In deze situatie moet worden gezocht naar een optimaal evenwicht tussen klachten en functioneren in het dagelijks leven. Dit betekent soms aanpassingen in werk en activiteiten. Het (nog) slechter gaan functioneren van de patiënt moet worden voorkomen, evenals langdurige, niet-zinnige behandelingen en onderzoek. De patiënt moet leren omgaan met de klachten, wat vaak het accepteren van een zekere mate van pijn inhoudt.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als de patiënt daar behoefte aan heeft, kunnen pijnstillers worden voorgeschreven. Eerste keus is paracetamol 500 mg volgens een afgesproken schema (bijvoorbeeld 3 dd 2), in te nemen op vaste tijden en voor een afgesproken periode (onafhankelijk van de hevigheid van de pijn).

Eventueel wordt de patiënt bij acute lagerugpijn na twee tot drie weken verwezen naar de fysiotherapeut. Behandeling met een passief karakter, zoals massage, interferentie, parafinepakkingen en dergelijke, vergroten de afhanke-lijkheid van de patiënt en zijn dan ook ongewenst.

Bij chronische klachten kunnen emotionele problemen, depressiviteit en gevoelens van onmacht een rol spelen. Als het de patiënt niet lukt een nieuw evenwicht te vinden tussen de klachten en de dagelijkse activiteiten en als fysio- en oefentherapeutische behandeling geen effect heeft, dan is een laatste mogelijkheid de patiënt te verwijzen naar een multidisciplinair behandelteam. Van een dergelijk team maakt ook een psycholoog deel uit.

In de triagefase kan het u duidelijk worden dat het niet om alarmsymptomen gaat. Als dat zo is afgesproken in uw praktijk, kan het uw taak zijn om de patiënt voor te lichten en van advies te dienen.

Er zijn drie NHG-Patiëntenbrieven verschenen over lagerugpijn, waarvan een over hernia van de rug (zie het hoofdstuk Lumbosacraal radiculair syndroom). Ook is er een NHG-Patiëntenfolder over lagerugpijn.

Begrippen	
arthritis	gewrichtsontsteking
BSE	(bepaling van de) bezinkingssnelheid van erythrocyten (rode bloedlichaampjes)
corticosteroiden	bijnierschorshormonen
iridocyclitis	ontsteking van de iris en naastgelegen structuren in het oog
metastase	uitzaaiing van een kankergezwell elders in het lichaam
osteoporose	botontkalking
spondylitis ankylopoetica	langzaam verergerend reuma-achtig ontstekingsproces van de wervelgewrichten (ziekte van Bechterew)
spondylolisthesis	wervelverschuiving

Lumbosacraal radiculair syndroom

Meneer Joosten belt midden onder het ochtendspreekuur. Hij is ten einde raad. Hij heeft al een paar weken last van zijn rug met uitstralende pijn naar het linkerbeen. Hij is er al mee op het spreekuur geweest. De huisarts zei toen dat hij last had van een ‘uitpuilende tussenwervelschijf’. Hij adviseerde hem om bij hevige pijn te rusten maar ook om zo af en toe een stukje te lopen. De pijn in zijn linkerbeen is nu ondraaglijk. Een buurvrouw had tegen hem opgemerkt: ‘Maar bij een hernia moet je toch platliggen?’ Hij wil dat er nu eindelijk eens wat gebeurt: kan er niet een foto worden gemaakt? U spreekt af dat de huisarts hem zal bellen.

Inleiding

Bij het lumbosacraal radiculair syndroom heeft de patiënt klachten van radriculaire pijn, al dan niet vergezeld van andere prikkelingsverschijnselen (tintelingen), en uitvalsverschijnselen van de aangedane zenuwwortel. Kenmerkend voor radriculaire pijn is dat die uitstraalt naar één been, tot in het onderbeen, en scherp van karakter is. Een ander kenmerk is dat de pijn zich voordoet in het verzorgingsgebied van één van de ruggenmergzenuwwortels van de lumbosacrale wervelkolom. Bij uitvalsverschijnselen gaat het meestal om stoornissen in het gevoel (dove, koude plekken), krachtsverlies en afwijkingen in de reflexen.

In de NHG-Standaard worden richtlijnen ge-

geven voor de diagnostiek en het beleid bij deze aandoening. Voor diagnostiek en beleid bij lagerugpijn zonder prikkelings- en uitvalsverschijnselen heeft het NHG een andere standaard uitgebracht (zie het hoofdstuk Lagerugpijn). Die standaard is ook van toepassing op patiënten die zijn hersteld van het lumbosacraal radiculair syndroom, maar toch nog last hebben van lagerugpijn.

Het aantal nieuwe patiënten met het lumbosacraal radiculair syndroom bedraagt in de huisartsenpraktijk gemiddeld 9 per 1.000 patiënten per jaar. De aandoening komt ongeveer even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. De meeste nieuwe patiënten zijn al wat ouder: in de leeftijdscategorie 45 tot 64 jaar krijgen ongeveer 16 per 1.000 mensen per jaar deze klachten. Bij mensen boven de 65 jaar is dit aantal gezakt tot 11 per 1.000.

Klachten en achtergronden

Aan het lumbosacraal radiculair syndroom moet worden gedacht bij klachten van (rug)pijn die uitstralen naar één been tot in het onderbeen. De pijn gaat soms gepaard met een tintelend, branderig of doof gevoel in één been of voet, of met krachtsvermindering in één been. De oorzaak van deze klachten is meestal een discushernia. Er puilt een tussenwervelschijf uit, waardoor een van de zenuwen lopend vanuit het ruggenmerg naar het been in de knel is gekomen. Zelden worden de klachten veroorzaakt door (goed- of kwaadaardige) tumoren, een wervelfractuur of ontsteking van een zenuwwortel zoals bij herpes zoster of de ziekte van Lyme. De patiënt kan

ook last hebben van lagerugpijn, maar de pijnklachten van het been staan op de voorgrond.

Bij het lumbosacraal radiculair syndroom zijn meestal de zenuwwortels van L5 en S1 aangedaan. In dat geval straalt de pijn uit tot in het onderbeen. Bij lagerugpijn die uitstraalt naar de bilstreek, het bovenbeen of de lies kunnen de 'hogere' zenuwwortels (L1 tot en met L4) aangedaan zijn. Ernstige complicaties, bijvoorbeeld het cauda-equina syndroom, treden zelden op. Als er behalve pijn en neurologische uitvalsverschijnselen ook sprake is van incontinentie, van juist niet kunnen plassen of van rijbroekanesthesie, moet aan dit syndroom worden gedacht.

De huisarts vraagt bij het vermoeden van een lumbosacraal radiculair syndroom naar:

- plaats en ernst van de pijn en eventuele uitstraling;
- stoornissen in kracht en/of gevoel;
- duur van de klachten;
- mogelijke verergering van de pijn bij hoesten, niezen en persen;
- invloed van rust, beweging en houding op de klachten.

Tijdens het lichamelijk onderzoek komen aan de orde:

- de plaats van de pijn;
- de proef van Lasègue (zie kader).
Als de pijn de loop van een zenuw volgt en de proef van Lasègue positief is, of als de patiënt zegt last te hebben van krachtsverlies of stoornissen in het gevoel, onderzoekt de huisarts ook:
- de achillespees- en kniepeesreflex;
- het gevoel in de voetranden en de tenen van het pijnlijke been;
- de kracht van de grote teen, het op de tenen en op de hakken lopen en eventuele links/rechtsverschillen daarbij;
- de gekruiste proef van Lasègue (zie kader).

De kans dat er sprake is van een kwaadaardig proces is groter bij:

- klachten die na het vijftigste levensjaar zijn begonnen;

- continue pijn onafhankelijk van houding of beweging;
- verergering van de pijn 's nachts;
- pijn in beide benen;
- uitgebreide neurologische uitvalsverschijnselen;
- algemeen ziek-zijn;
- kwaadaardige tumor in de voorgeschiedenis;
- onverklaard gewichtsverlies en/of een verhoogde BSE.

Het kan dan bijvoorbeeld om een wervelme-tastase gaan.

Soms worden de klachten veroorzaakt door een wervelfractuur als gevolg van osteoporose.

De huisarts denkt daar vooral aan bij een vrouw ouder dan 60 jaar met een laag lichaamsgewicht, zeker als ze in de loop van de tijd wat 'gekrompen' is en in het verleden langdurig corticosteroiden heeft gebruikt.

Bij patiënten met klachten van het lumbosacraal radiculair syndroom bij wie verschillende ruggenmergzenuwwortels lijken te zijn aangedaan, die zich algemeen ziek voelen en een verhoogde BSE hebben, kan onder andere sprake zijn van infecties zoals herpes zoster en de ziekte van Lyme.

Op een röntgenfoto kan een hernia niet worden aangetoond. Aanvullend onderzoek, bijvoorbeeld myelo- of caudografie of een CT- of MRI-scan, is alleen zinvol als een operatie wordt overwogen of bij het vermoeden dat er een ernstiger oorzaak is van de klachten.

De huisarts stelt de diagnose lumbosacraal radiculair syndroom bij:

- pijn (al dan niet in aanvallen) die naar één been uitstraalt tot onder de knie, in combinatie met:
- een positieve proef van Lasègue (zie kader); of:
- krachtsverlies, gevoelsstoornissen en/of verandering van reflexen, als deze klachten erop wijzen dat één ruggenmergzenuwwortel is aangedaan.

Het lumbosacraal radiculair syndroom gaat in de meeste gevallen vanzelf over. De pijn is hevig, maar wordt meestal snel minder; toch kan het enkele weken tot maanden duren voordat alle klachten verdwenen zijn. Een deel van de patiënten blijft last houden van lage-rugpijn.

Beleid

Het beleid bestaat uit voorlichting, begeleiding, pijnbestrijding en maatregelen om het dagelijks functioneren te vergemakkelijken of te herstellen.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat bij het lumbosacraal radiculair syndroom, in het dagelijks spraakgebruik 'hernia' genoemd, een zenuwwortel in de rug wordt geprikkeld; dit leidt tot uitstralende pijn en soms ook tot gevoelsstoornissen en krachtsverlies in het gebied dat door de zenuw wordt 'verzorgd'. Deze prikkeling wordt meestal veroorzaakt door uitpuiling van een tussenwervelschijf. Het beloop is over het algemeen gunstig, hoewel het herstel lang kan duren.

Veel patiënten zullen vragen of ze nu een tijd plat moeten liggen en of ze geopereerd moeten worden. De huisarts legt uit dat de wetenschappelijke inzichten inmiddels veranderd zijn. Zo is gebleken dat een operatie alleen zinvol is als de pijn of de uitvalsverschijnselen niet of niet voldoende afnemen. Strikte bedrust is niet zinvol; als de pijn duidelijk minder is bij liggen, kan de patiënt bedrust houden, maar de hernia geneest er niet sneller door. De huisarts stimuleert de patiënt zo veel te bewegen als de klachten toelaten. Uitbreiding van het bewegingspatroon en van de belasting daarbij gebeurt 'op geleide van de pijn'. Als blijkt dat beweging de pijn belangrijk verergert, mag de patiënt bedrust houden. Maar het is raadzaam de periode van bedrust zo kort mogelijk te houden en de activiteiten zo snel mogelijk stapsgewijs uit te breiden. De huisarts maakt met de patiënt duidelijke afspraken over controles.

Aan een patiënt met het lumbosacraal radiculair syndroom wordt de instructie gegeven direct contact met de praktijk op te nemen bij:

- een doof gevoel in de schaamstreek of rond de anus;
- ongewild urineverlies of juist niet kunnen plassen;
- plotseling sterk toenemend verlies van spierkracht.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Bij het voorschrijven van middelen tegen de pijn volgt de huisarts een stappenplan. De eerste keus is paracetamol; bij onvoldoende verlichting wordt een NSAID toegevoegd. Als de patiënt ondanks afdoende pijnbestrijding slecht slaapt, kan de huisarts voor korte tijd een slaapmiddel voorschrijven.

VERWIJZING

Zo nodig wordt de patiënt na enige weken voor een activerende begeleiding verwezen naar een oefen- of fysiotherapeut.

Als de huisarts en/of de patiënt menen dat de klachten (mede) worden veroorzaakt door de arbeidssituatie of gevolgen hebben voor de arbeidssituatie, wordt de patiënt geadviseerd contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Daarna vindt zo nodig overleg plaats tussen huisarts en bedrijfsarts.

Bij ernstige of zeldzame oorzaken van het lumbosacraal radiculair syndroom, bij het cauda-equinasyndroom of bij ernstige verlamingsverschijnselen die plotseling zijn ontstaan of snel toenemen, verwijst de huisarts de patiënt naar de neuroloog of neurochirurg.

Als zeer sterke pijnstillers de pijn onvoldoende verlichten of als na zes tot acht weken de klachten onvoldoende zijn afgenomen, kan een operatie nodig zijn. Om dit te laten beoordelen verwijst de huisarts de patiënt in de regel naar een neuroloog. Afhankelijk van lokale of regionale afspraken kan de patiënt ook naar een neurochirurg of orthopedisch chirurg worden verwezen.

Over het algemeen bestaat uw taak bij patiënten met het lumbosacraal radiculair syndroom uit het beantwoorden van vragen. In het bijzonder kunnen patiënten die bedlegerig zijn, u vragen extra hulp te regelen.

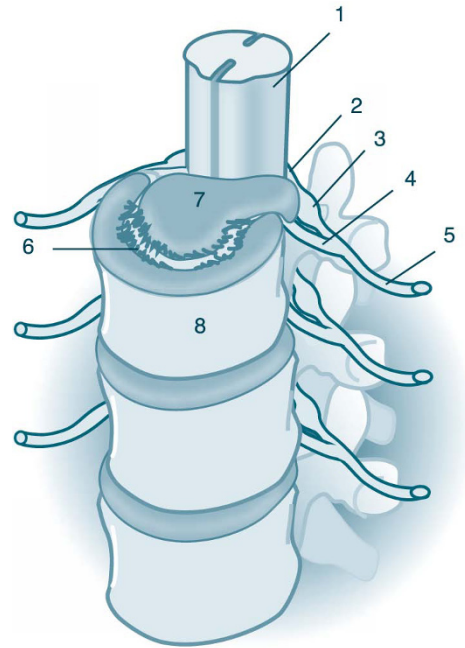
De huisarts kan u vragen aan de patiënt een NHG-Patiëntenbrief mee te geven, bijvoorbeeld 'Hernia van de rug' of 'Tips bij lagerugpijn'.

Proef van Lasègue

De patiënt ligt op de rug. De onderzoeker tilt één been van de patiënt gestrekt omhoog en vraagt of dat pijn doet. Als er sprake is van pijn, vraagt de onderzoeker waar de pijn gelokaliseerd is.

De proef van Lasègue is positief als het heffen van het been pijn doet in hetzelfde been, uitstralend vanuit de bil via de achterzijde van het bovenbeen en via de zijkant van het onderbeen tot in de zijkant van de voet. Daarbij heeft de patiënt de neiging het been in de knie te buigen.

De gekruiste proef van Lasègue is positief als bij het heffen van een gestrekt been de beschreven pijn optreedt in het andere been.



Figuur 1 De wervels met het ruggenmerg, waarbij een uitstulping van de nucleus pulposus te zien is.

- 1 Medulla spinalis (ruggenmerg)
- 2 Radix dorsalis (de achterste wortel van een ruggenmergzenuw)
- 3 Ganglion spinale (zenuwknoop)
- 4 Radix ventralis (de voorste wortel van een ruggenmergzenuw)
- 5 Nervus spinalis (ruggenmergzenuw)
- 6 + 7 Discus intervertebralis (tussenwervelschijf)
- 6 Annulus fibrosus (kraakbeen)
- 7 Nucleus pulposus (geleikern)
- 8 Corpus vertebrae (wervellichaam)

Begrippen	
caudografie	contrastonderzoek van het wervelkanaal
CT-scan	resultaat van onderzoek met computertomografie
discus	'schijf': meestal wordt een tussenwervelschijf bedoeld
herpes zoster	gordelroos
L5	de vijfde wervel van de lumbale wervelkolom (de wervelkolom bestaat uit 24 wervels: 7 cervicale of halswervels, 12 thoracale of borstwervels en 5 lumbale of lendenwervels; en dan zijn er nog 5 sacrale wervels, die het heiligbeen vormen)
lumbosacraal	het gebied van de lumbale en sacrale wervels
Lyme, ziekte van	ziekte die wordt overgebracht door de beet van een besmette teek
MRI-scan	resultaat van onderzoek via magnetic resonance imaging
myeografie	contrastonderzoek van het wervelkanaal
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmende werking
radiculaire	betreffende een radix (zenuw)wortel
rijbroekanesthesie	ongevoeligheid van de huid voor aanrakingen in het gebied dat door een rijbroek wordt bekleed: rondom de anus, het perineum en de uitwendige geslachtsdelen
wervelmetastase	gezwel, ontstaan uit deeltjes van een ander (kwaadaardig) gezwel, die door het bloed of de lymfe zijn meegevoerd en ergens zijn blijven steken (in dit geval in een wervel), waar ze hun groei (woekering) voortzetten

Maagklachten

Mevrouw Van Rijssel brengt een doosje langs voor een herhalingsrecept ranitidine. 'Het is voor mijn man, hij heeft weer veel last van zijn maag de laatste twee weken.' In het praktijkoverleg is toevallig juist afgesproken patiënten die om een herhalingsrecept cimetidine, ranitidine of omeprazol vragen, te zoeken een afspraak op het spreekuur te maken. 'Er zijn de laatste tijd ontwikkelingen in de behandeling van steeds opnieuw optredende maagklachten.'

Inleiding

Twee- tot driemaal per week ziet een huisarts een patiënt met maagklachten. De huisarts maakt voor zover mogelijk onderscheid tussen specifieke maagklachten, refluxklachten, ulcusklachten of bijzondere maagproblemen (maagbloeding, maagperforatie, maagcarcinoom). Dit onderscheid wordt vooral gemaakt op grond van de anamnese, het verhaal van de patiënt.

Met het oog op de behandeling maakt de huisarts onderscheid tussen een eerste periode van maagklachten en recidiverende maagklachten.

Klachten en achtergronden

Maagproblemen kunnen verschillende klachten geven, vaak in combinatie:

- pijn in de bovenbuik; pijn achter het borstbeen;
- zuurbranden;

- misselijkheid, braken;
- opgeblazen gevoel, veel boeren.

Klachten die kunnen wijzen op (acute) ernstige maagproblemen, zeker als de klachten voorkomen in combinatie met afvallen en/of algehele malaise, zijn:

- bloed braken (maagbloeding);
- passagestoornissen;
- teerzwarte ontlasting (maag- of darmbloeding) en braken;
- acute zeer hevige buikpijn (maag- of darmperforatie).

Bij dergelijke klachten is het noodzakelijk direct de huisarts te waarschuwen.

Aspecifieke maagklachten zijn niet-acute klachten van pijn in de bovenbuik of zuurbranden, eventueel in combinatie met misselijkheid, een opgeblazen en vol gevoel. Deze klachten kunnen betrekking hebben op het laatste deel van de slokdarm, de maag of de twaalfvingerige darm.

De slokdarm loopt door het middenrif en gaat over in de maag. Door de ligging van de maag wordt voorkomen dat maaginhoud terugloopt in de slokdarm. In de maag wordt veel zuur geproduceerd waardoor het voedsel wordt verteerd. Het maagslijmvlies beschermt de maagwand tegen dit zuur. De slokdarm verdraagt dit zuur niet. Wanneer bij een oprisping zuur in de slokdarm komt, krijgt men dan ook een brandend gevoel of pijn achter het borstbeen, vaak gepaard gaand met misselijkheid. Wanneer het afsluitmechanisme tussen de slokdarm en de maag niet goed werkt, kan dat tot refluxklachten leiden.

Ulcusklachten bestaan uit pijn in de maagstreek die 's nachts erger is en afneemt na inname van voedsel of zuurbindende middelen, zoals algeldraat en magnesiumhydroxide. Een zweer wordt onderscheiden naar de plaats van voorkomen: in de maag zelf (ulcus ventriculi) of in de twaalfvingerige darm (ulcus duodeni). Bij een zweer speelt een infectie met de bacterie *Helicobacter pylori* een belangrijke rol. Een zweer in de twaalfvingerige darm gaat in vrijwel alle gevallen gepaard met een *Helicobacter pylori*-infectie. De infectie hoeft dan ook niet te worden aangetoond. Dit is wel het geval bij een zweer in de maag zelf.

Bij het ontstaan of verergeren van maagklachten kunnen medicijnen (bijvoorbeeld acetylsalicylzuur, NSAID's, prednison) en bepaalde voedings- en genotmiddelen (alcohol, koffie, kruiden, pepermunt, cacao en koolzuurhoudende dranken) een rol spelen. Pijn in de maag kan ook ontstaan of verergeren door roken. Spanningen blijken een veel minder grote rol te spelen dan tot voor kort werd aangenomen.

Sommige patiënten lopen door het gebruik van NSAID's een groter risico op een bloeding of perforatie in het maag-darmkanaal. Het gaat dan om patiënten die:

- eerder een ulcus hebben doorgemaakt;
- ouder zijn dan 60 jaar;
- ernstig reuma, hartfalen of diabetes mellitus hebben;
- bloedverdunnende medicijnen, corticosteroiden of SSRI's slikken.

Beleid

Maagklachten die af en toe optreden kunnen meestal geen kwaad. In eerste instantie is geruststelling en advies aangewezen.

Als de klachten gedurende enkele weken elke dag aanwezig zijn of wanneer de pijn of het zuurbranden steeds erger wordt, is behandeling aangewezen. Dat is ook het geval als het eten moeilijk zakt of als de pijn vooral voor en tijdens het eten optreedt. De behandeling bestaat tijdens een eerste periode van maag-

klachten uit zuurneutraliserende medicijnen (algeldraat of magnesiumhydroxide) of zuurproductieremmende middelen, bijvoorbeeld cimetidine of ranitidine. De patiënt moet regelmatig voor controle komen. Na maximaal acht weken probeert de huisarts de medicatie geleidelijk te staken.

Als de maagklachten ondanks de behandeling met deze medicijnen langer dan twee tot drie maanden duren of vaak terugkeren, kan de huisarts een sterker werkende zuurremmer voorschrijven: de zogeheten protonpompremmers, bijvoorbeeld omeprazol of pantoprazol. Als de klachten niet verminderen met een protonpompremmer, is nader onderzoek naar *Helicobacter pylori* aangewezen. Als deze bacterie is aangetoond, schrijft de huisarts een kuur voor bestaande uit een combinatie van drie verschillende medicijnen (antibiotica en een zuurremmer), de zogeheten tripeltherapie.

Na het stoppen met zuurremmende medicijnen kan er tijdelijk sprake zijn van overmatige productie van maagzuur. Dit noemt men 'rebound'-klachten. Om 'rebound'-klachten te voorkomen, is het beter dat de patiënt de medicatie geleidelijk in twee tot drie weken staakt. Hierbij kan de dosis bijvoorbeeld eerst gehalveerd worden en na één tot twee weken om de dag worden gegeven. Eventueel kan de patiënt een zuurremmend middel gebruiken.

De patiënt moet worden verwezen voor endoscopie bij alarmsymptomen. Van alarmsymptomen is sprake wanneer de patiënt de volgende klachten heeft:

- zich ziek voelen;
- ongewild afvallen;
- plotseling hevige pijn boven in de buik of achter het borstbeen;
- bloed braken;
- zwarte ontlasting;
- maagklachten in combinatie met aanhoudend braken, passagestoornissen of anemie.

Ook kan endoscopie worden overwogen wanneer de medicijnen tegen *Helicobacter pylori* niet voldoende resultaat hebben.

Wanneer bij endoscopie een oesofagitis wordt aangetoond, kan de huisarts een protonpompremmer voorschrijven. Andere ziektebeelden die bij endoscopie kunnen worden aangetroffen, zijn bijvoorbeeld spataderen in de slokdarm, poliepen, tumoren of divertikels.

VOORLICHTING EN ADVIES

Sommige mensen met maagklachten zijn gebaat bij de volgende adviezen:

- ga na bij welke voedings- of genotmiddelen klachten ontstaan en vermijd ze;
- wanneer er vooral 's nachts klachten zijn van brandend maagzuur of maagpijn, kan het hoofdeinde van het bed tien centimeter omhoog worden gezet; het maagzuur komt dan niet zo gemakkelijk in de slokdarm;
- overgewicht leidt tot een verhoogde druk in de buik en kan zo maagklachten veroorzaken; afvallen kan dus zinvol zijn.

U staat nogal eens patiënten met maagklachten te woord. Uw taak is het te onderscheiden of u zelf voorlichting en advies kunt geven of dat u voor de patiënt een afspraak bij de huisarts moet maken. Wanneer u bemerkt dat patiënten vaak zuurremmers gebruiken, kunt u de patiënt aanraden een afspraak met de huisarts te maken. Ook heeft u een signalerende functie bij risicogroepen die NSAID's aanvragen.

Er bestaan zeven NHG-Patiëntenbrieven en een NHG-Patiëntenfolder over maagklachten.

Begrippen	
aspecifieke maagklachten	niet-acute klachten van pijn in de bovenbuik of zuurbranden, eventueel in combinatie met misselijkheid, een opgeblazen en vol gevoel
corticosteroïden	ontstekingsremmende medicijnen, gebaseerd op het bijnierschorshormoon
divertikel	uitstulping
endoscopie	inwendige bezichtiging van een hol orgaan door middel van een endoscoop; voorbeelden zijn: oesofagoscopie, gastroscopie
hartfalen	het niet goed werken van het hart, waardoor er te weinig bloed wordt rondgepompt
<i>Helicobacter pylori</i>	bacterie die in veel gevallen betrokken is bij een zweer in de twaalfvingerige darm of de maag
maagbloeding	bloeding als complicatie van een zweer in de maag of de twaalfvingerige darm
maagcarcinoom	kwaadaardige tumor in de maag met klachten van pijn, gewichtsverlies en/of voedselpassagestoornissen
maagperforatie	gat in de wand van de maag of de twaalfvingerige darm, optredend als complicatie van een zweer
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmend effect; voorbeelden hiervan zijn ibuprofen, diclofenac en naproxen
oesofagitis	ontsteking van de slokdarm
protonpompremmer	sterk werkend zuurremmend medicijn
recidiverend	steeds terugkerend
refluxklachten	klachten van een brandend gevoel en pijn achter het borstbeen als gevolg van de terugvloed van maagzuur in de slokdarm
SSRI's	selectieve serotonineheropnameremmers (tweedegeneratieantidepressiva); voorbeelden: paroxetine, fluoxetine
ulcusklachten	pijnklachten in de bovenbuik als gevolg van een zweer in de maag of de twaalfvingerige darm
zuurremmers	middelen die de productie van maagzuur remmen

Miskraam

Caroline Dirks, 24 jaar, belt ongerust naar de praktijk. Zij is acht weken zwanger. Het is haar eerste zwangerschap. Gisteravond had zij ineens een beetje bloedverlies, gelukkig zonder buikpijn. Is dit nu het begin van een miskraam? Moet er een echo gemaakt worden?

Inleiding

In de NHG-Standaard Miskraam worden richtlijnen gegeven voor onderzoek en beleid bij zwangere vrouwen met vaginaal bloedverlies in de periode tussen de eerste dag van de laatste menstruatie tot en met zestien weken daarna. Wanneer een patiënte belt of op de praktijk komt met de mededeling dat zij bloed verliest in de eerste weken van de zwangerschap, is zij vaak erg ongerust. De angst dat het misgaat is groot, want de meeste vrouwen weten dat een miskraam krijgen geen zeldzame gebeurtenis is. In de eerste zestien weken van de zwangerschap, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie, heeft 20 procent van de vrouwen bloedverlies. In de helft van deze gevallen gaat de zwangerschap normaal door, in de andere helft eindigt de zwangerschap in een miskraam. Uiteindelijk eindigt dus zeker 10 procent van alle zwangerschappen in een miskraam.

Tot de twaalfde week van de zwangerschap valt de vrouw onder de medische zorg van de huisarts, daarna neemt in veel gevallen de verloskundige of de gynaecoloog de zorg voor de zwangerschap over (tenzij de huisarts na-

tuurlijk zelf de begeleiding van zwangerschap en bevalling op zich neemt). Omdat ongeveer driekwart van de miskramen plaatsvindt tussen de achtste en de veertiende week, komt een telefoontje hierover nogal eens voor in de praktijk.

Klachten en achtergronden

Een miskraam gaat gepaard met bloedverlies en buikpijn. De buikpijn lijkt meestal op (hevige) menstruatiepijn. Verder is de patiënt vaak ongerust en, in het geval van een miskraam, teleurgesteld en verdrietig. Het bloedverlies en de pijn maken de patiënt dikwijls erg ongerust. Een miskraam geeft aanleiding tot teleurstelling en verdriet. Een gevoel van opstandigheid, boosheid of schuld over het verlies van een ongeborn kind is, zeker in het begin, niet zeldzaam en heel begrijpelijk. Er is tijd nodig om zulke gevoelens te verwerken.

Beleid

Voor het beleid is het van belang te weten hoe ver de zwangerschap gevorderd is; het onderzoek van de huisarts is er vooral op gericht om eventuele andere oorzaken van bloedverlies uit te sluiten. Hiertoe wordt controle op het spreekuur afgesproken. De huisarts gaat na of er redenen zijn om aan een buitenbaarmoederlijke zwangerschap (EUG) te denken als oorzaak van het bloedverlies. De kans op een buitenbaarmoederlijke zwangerschap is groter als een vrouw in het verleden een blinde darmontsteking of een eileiderontsteking heeft gehad. Vervolgens doet de huisarts een

inwendig onderzoek om na te gaan of er tekenen zijn die op een EUG wijzen of dat er wellicht een andere oorzaak van het bloedverlies is, zoals een poliep van de baarmoedermond.

Als aanwijzingen in de richting van een buitenbaarmoederlijke zwangerschap ontbreken, kan het spontane beloop worden afgewacht. Als het bloedverlies doorzet en tot een miskraam leidt, is dat in 80 procent van de gevallen binnen een week na het begin van het bloedverlies. Een deel van de vrouwen kan, ook na uitleg en instructies door de huisarts, niet tegen de onzekerheid over het wel of niet aflopen van de zwangerschap. Om die reden kan de huisarts de vrouw verwijzen voor echoscopie. Als de zwangerschap minstens zes weken bestaat, kan een echo laten zien of het vruchtje intact is (dat wil zeggen of het hartje klopt). Bij ongeveer de helft van de vrouwen zal dit het geval zijn. Als dat niet zo is, wordt in principe geadviseerd rustig af te wachten tot de miskraam vanzelf op gang komt. Tot curettage wordt besloten als de vrouw daar een sterke voorkeur voor heeft, als er sprake is van hevig vloeien of als het bloedverlies te lang duurt.

Na een miskraam kan de huisarts de vrouw of het paar begeleiden bij het verwerken van het verdriet. Zo'n verwerking kost tijd.

Wanneer de vrouw enkele miskramen achter elkaar krijgt, rijst de vraag of er een onderliggende oorzaak is die nader medisch onderzoek en behandeling behoeft. De huisarts bespreekt de mogelijkheid van een chromosomenonderzoek; indien dit onderzoek wordt gewenst, wordt een buis steriel heparinebloed van zowel de man als de vrouw opgestuurd naar het regionale klinisch-genetisch centrum.

Een vrouw met bloedgroep resusnegatief die een miskraam krijgt in of na de tiende zwangerschapsweek, krijgt een intramusculaire injectie met 375 IE anti-resus(D)immunoglobuline. Dit kan tot twee weken na de miskraam zinvol zijn.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bloedverlies in de eerste zestien weken (3,5 maand) hoeft niet te betekenen dat de zwangerschap gevaar loopt, als het bloedverlies beperkt blijft en snel ophoudt. Het kan ook betekenen dat de zwangerschap eindigt in een miskraam. Een troost is dan dat er een grote kans is dat het ging om een afwijkende vrucht. Er zijn geen maatregelen waarmee een miskraam kan worden voorkomen. Bedrust heeft geen zin.

In driekwart van de gevallen vindt de uitstoting van de vrucht binnen een week na het begin van het bloedverlies plaats. In de regel gaat de uitstoting gepaard met het verlies van 'stolsels', een hoeveelheid bloed als bij een hevige menstruatie en weeënachtige pijn. Een week na het begin van het bloedverlies vindt er een controle plaats bij de huisarts. Wanneer het bloedverlies te hevig wordt en niet meer met maandverband kan worden opgevangen, of wanneer de patiënte hevige pijn of koorts krijgt, is het beter om eerder contact met de huisarts op te nemen.

Teleurstelling en verdriet, maar ook gevoelens van opstandigheid, woede of schuld zijn na een miskraam, zeker in het begin, niet zeldzaam en erg begrijpelijk.

Voor de praktijkassistente is het belangrijk bij een melding van bloedverlies in de eerste weken van de zwangerschap met de huisarts te overleggen over het verdere beleid. Bovendien kunt u een rol spelen bij het luisteren naar uitingen van verdriet en teleurstelling na de miskraam.

Er bestaan twee NHG-Patiëntenbrieven over dit onderwerp: Bloedverlies in de eerste drie maanden van de zwangerschap en Miskraam: afwachten of curettage?

Begrippen	
antiresus(D)immunoglobuline	een eiwit dat binnen twee weken na een miskraam bij een resusnegatieve vrouw wordt ingespoten en ervoor zorgt dat de vrouw bij een eventuele volgende zwangerschap geen afweerstoffen gaat maken tegen een baby die resuspositief bloed heeft
curettage	het schoonmaken van de baarmoeder onder (plaatselijke) verdoving
echoscopie	onderzoek waarbij teruggekaatste geluidstrillingen zichtbaar worden op een scherm
EUG	extra-uteriene graviditeit, buitenbaarmoederlijke zwangerschap

Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten

De ouders van Janúsz zijn ongerust. Hij is nu 6 jaar. Hij is wat onhandig met lopen en valt vaak. Zijn vader heeft eens goed naar zijn manier van staan en bewegen gekeken en hij denkt dat de jongen struikelt over zijn eigen benen omdat hij X-benen heeft. Moet Janúsz nader onderzocht worden?

Inleiding

Knieproblemen uiten zich in standafwijkingen of pijnklachten. Standafwijkingen worden vooral bij jonge kinderen gezien, pijnklachten voornamelijk bij oudere kinderen en adolescenten.

De knie is vooral tijdens (hard)lopen en springen aan grote krachten onderhevig. Bij kinderen is de knie vooral tijdens de groeispurt gevoelig voor weefselbeschadiging.

Klachten en achtergronden

Standafwijkingen

Normaal gesproken verandert de stand van de knieën in de loop van de ontwikkeling, de zogenaamde fysiologische standontwikkeling:

- 0 tot 2 jaar: genua vara (O-benen);
- 2 jaar: rechte beenstand;
- 2 tot 7 jaar: genua valga (X-benen);
- 7 jaar: rechte beenstand.

Bij een rechte beenstand raken in rugligging de dijbenen en de enkels elkaar.

Er zijn ook standafwijkingen die niet tot de fysiologische standontwikkeling behoren. Zo

kunnen standafwijkingen aan beide benen tegelijk worden veroorzaakt door interne ziekten zoals chronische nierinsufficiëntie en rachitis. Standafwijkingen aan één been kunnen worden veroorzaakt door een fractuur, infectie, tumor of een chirurgische ingreep aan het been.

Vragen over standafwijkingen van de knie komen veelal van ouders die bezorgd zijn over de stand van de knieën van hun kind of omdat hun kind een vreemd looppatroon heeft of regelmatig struikelt. Soms worden kinderen verwezen door de consultatiebureauarts of schoolarts. De huisarts informeert of er in het verleden iets is gebeurd met de knie(ën) en of er sprake is (geweest) van chronische ziekten of operaties. Daarna wordt de stand van de knieën en de benen beoordeeld en worden linker- en rechterbeen met elkaar vergeleken. Is er sprake van asymmetrie? Staan de tenen naar elkaar toe (door versterkte rotatie in het heupgewricht)? Een röntgenfoto is vaak niet nodig.

Pijnklachten

Kinderen en adolescenten voelen vaak pijn aan de voorzijde van de knie. Dat noemt men 'voorste kniepijn'. Vaak is de pijn afkomstig van het strekapparaat, dat wordt gevormd door de musculus quadriceps (vierhoofdige dijspier), knieschijf, knieband en tuberositas tibiae (de plaats waar de kniepees aan de bovenkant van het scheenbeen is vastgehecht). Vooral peesaanhechtingen en het kraakbeen zijn kwetsbare structuren. Aandoeningen die afkomstig zijn van deze structuren zijn: de

ziekte van Osgood-Schlatter, het patellofemorale pijnsyndroom en de ‘jumper’s knee’.

De huisarts onderscheidt bij het onderzoek of er sprake is van een afwijking in het gewricht of daarbuiten. Bij een intra-articulaire aan-doening zit de knie soms ‘op slot’ of zit er vocht in de knie (zie ook het hoofdstuk Traumatische knieproblemen).

Bij de ziekte van Osgood-Schlatter is er vaak pijn bij de tuberositas tibiae. Bij kinderen in de groeispurt die actief sporten, is dit een veelvoorkomende klacht. De pijnklachten duren enkele maanden en gaan vrijwel altijd vanzelf over.

Het patellofemorale pijnsyndroom wijst op het niet goed functioneren van het patellofemorale gewricht. Er is pijn op of rond de knieschijf, die vaak verergert bij lang zitten met gebogen knieën, hurken, knielen, traplopen of fietsen tegen de wind in. Deze klachten worden ook chondropathie of chondromalacie van de patella genoemd.

Een ‘jumper’s knee’ is een overbelastingsblessure aan het strekapparaat van de knie. Er is drukpijn op de onderrand of bovenrand van de knieschijf, pijn bij het strekken van de knie tegen weerstand en bij het springen.

Ook kan er sprake zijn van een bursitis. Dan is er sprake van een zwelling vóór de knieschijf. Een Bakerse cyste is een cyste in de knieholte. Behalve de knieën worden ook de heupen onderzocht.

Alleen bij een vermoeden van osteomyelitis of een tumor wordt een foto aangevraagd.

Beleid

Standafwijkingen

Bij een afwijking in de fysiologische standontwikkeling wordt na een jaar nagegaan of de varus- of valgusstand nog steeds aanwezig is. Het kind wordt naar de kinderarts of orthopedisch chirurg verwezen als er sprake is van genua vara na het 2e levensjaar, genua valga na het 7e levensjaar of een afwijking aan één kant. Als de huisarts rachitis vermoedt (vooral bij kinderen met een donkere huid), wordt het kind verwezen voor bloedonderzoek

(alkalische fosfatase) en een röntgenfoto van de pols.

Pijnklachten

Het gebruik van pijnstillers wordt afgeraden omdat de pijn een signaalfunctie heeft. Als de pijn namelijk tijdens belasting verergert, is het verstandig om de belasting te verminderen. Als de klachten na vier tot zes weken niet zijn verbeterd, is een controle aangewezen. Bij ernstige, aanhoudende klachten of ernstige belemmeringen in het dagelijks functioneren kan de patiënt naar de orthooped worden verwezen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Standafwijkingen

De huisarts geeft de ouder(s) informatie over de fysiologische standontwikkeling van de knieën. Alleen als de stand van de knieën afwijkt van de normale ontwikkeling, is er sprake van een standafwijking die controle of verwijzing behoeft.

Pijnklachten

De huisarts geeft uitleg over de aard en het beloop van de klachten dat in het algemeen gunstig is. De zwelling van de tuberositas tibiae bij de ziekte van Osgood-Schlatter kan lang blijven bestaan, terwijl de klachten al zijn verdwenen.

Bij het patellofemorale pijnsyndroom adviseert de huisarts onmiddellijk spierversterkende oefeningen en instrueert de patiënt om in zittende houding het been gedurende tien seconden, tienmaal achter elkaar met pauzes van tien seconden, gestrekt boven de grond te houden.

Alle inspanning of oefeningen die pijn uitlokken, moeten gedurende een maand worden verminderd. Desgewenst geeft de huisarts advies over alternatieven om toch te blijven bewegen die minder pijn veroorzaken, bijvoorbeeld zwemmen of fietsen.

U kunt bij niet-traumatische knieklachten bij kinderen en adolescenten ingeschakeld worden om de ouders en/of de patiënt voor te lichten over wat wel/niet

gedaan mag worden in geval van pijn. Ook kunt u ze nogmaals vertellen over de fysiologische standontwikkeling.

Begrippen	
Bakerse cyste	kniekuilcyste, zakvormige uitstulping aan de binnenkant van het kniegewricht, aan de achterzijde van de knie als een zwelling zichtbaar
bursitis	ontsteking van een slijmbeurs
chondropathie/chondromalacie	kraakbeenziekte, kraakbeenverweking
fractuur	botbreuk
intra-articulair	in het gewricht
jumper's knee	degeneratieve aandoening van de kniepees bij de onderpool van de knieschijf
musculus quadriceps	spier die aan de voorzijde van het bovenbeen zit
osteomyelitis	ontsteking van het beenmerg
patella	knieschijf
rachitis	'Engelse ziekte', een bij kinderen door gebrek aan vitamine D veroorzaakte stoornis in de fosfor-kalkstofwisseling, kan verkromming van de beenderen tot gevolg hebben; in Nederland bestaat dit gevaar vooral bij kinderen met een donkere huid
tuberositas tibiae	knobbel(tje) aan het scheenbeen, vlak onder de knieschijf
valgus	krom, naar buiten gebogen (X-benen)
varus	krom, naar binnen gebogen (O-benen)
ziekte van Osgood-Schlatter	holtevorming (zonder infectie) van de tuberositas tibiae; kan voorkomen bij kinderen

Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen

Meneer Van Dijk staat voor de balie. Hij wil graag vandaag nog gezien worden. ‘Ik heb ineens een zwelling in mijn knieholte. Het doet geen pijn, hoor, maar voor de zekerheid wil ik er even naar laten kijken’, legt hij uit.

Inleiding

De NHG-Standaard *Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen* geeft richtlijnen voor onderzoek en behandeling van knieproblemen die niet het gevolg zijn van een ongeval. Er zijn nog twee andere NHG-Standaarden over knieproblemen, namelijk *Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten* en *Traumatische knieproblemen*.

Na nek- en rugklachten zijn knieproblemen in de huisartsenpraktijk de meest voorkomende klachten van het bewegingsapparaat. Een huisarts in een normpraktijk ziet ongeveer dertig patiënten met knieklachten per jaar (al dan niet na een ongeval). *Bursitis prepatellaris* en *tractus iliotibialis frictiesyndroom* komen elk bij ongeveer 15 procent van de patiënten met niet-traumatische knieklachten voor. De huisarts ziet per jaar tussen de tien en vijftien patiënten met *gonartrose* (zie *Klachten en achtergronden* voor uitleg). Oudere mensen hebben meer last van *gonartrose* dan jongeren. Vooral bij vrouwen komt deze aandoening vaak voor.

Klachten en achtergronden

In deze standaard worden de volgende aandoeningen besproken:

- bursitis prepatellaris;
- tractus iliotibialis frictiesyndroom;
- bakercyste;
- gonartrose.

Bursitis prepatellaris is een acute of chronische ontsteking van de slijmbeurs die voor de knieschijf zit. Bij deze ontsteking is er vaak een zwelling op de knieschijf te voelen. Die zwelling kan pijnlijk zijn. De kwaal is meestal het gevolg van stoten of veel knielen. Zo lopen stratenmakers en stoffeerders een verhoogd risico op bursitis patellaris, evenals mensen die sporten als judo of worstelen beoefenen. Als de zwelling na een paar weken nog aanwezig is of vaak terugkomt, is een chronische vorm ontstaan. Als de oorzaak wordt weggenomen, treedt vrijwel altijd spontaan herstel op.

Tractus iliotibialis frictiesyndroom ontstaat door overbelasting; het is bij duurlopers en toerfietzers de meest voorkomende oorzaak van pijn aan de buitenzijde van de knie. De kwaal ontstaat door steeds terugkerende wrijving van de tractus iliotibialis over de knobbel (epicondylus) aan de buitenzijde van de knie. Als de belasting en de manier van bewegen worden aangepast, zal de klacht uiteindelijk verdwijnen.

Bakercyste, ook wel ‘kniekuilcyste’ genoemd, is een zwelling in de knieholte die meestal niet pijnlijk is. De zwelling ontstaat doordat een slijmbeurs in de knieholte wordt gevuld met gewrichtsvocht. Dat vocht kan moeilijk weer terugvloeien naar het gewricht. Het gewricht kan meer vocht gaan produceren door afwijkingen als artrose, reumatoïde artritis (zie

hoofdstuk Reumatoïde artritis) of een meniscusletsel. Als de onderliggende oorzaak van de overproductie van gewrichtsvocht niet wordt weggenomen, kan de aandoening blijven bestaan.

Bij *gonartrose* gaat het om artrose van het kniegewricht. Het is een pijnlijke aandoening. De pijn treedt zowel op bij het begin van een beweging ('startpijn') als tijdens bewegen. Meestal ontstaan daardoor beperkingen in het dagelijks functioneren. Na rust heeft de patiënt meestal kortdurend een stijve knie. *Gonartrose* komt vaker voor bij vrouwen (vooral op oudere leeftijd) dan bij mannen. De belangrijkste verandering bij *gonartrose* is een vermindering van de dikte en de kwaliteit van het kraakbeen. Daardoor verdikt het onderliggende bot en vormen zich botuitsteeksels aan de randen van het gewricht. Ook ontstaat er een ontsteking van het gewrichtsweefsel. Die ontsteking kan van tijd tot tijd 'opvlammen'. Dan wordt het gewricht warm, dik en rood.

Diagnostiek

Bij anamnese en onderzoek is de huisarts erop bedacht dat knieklachten een uiting kunnen zijn van een aandoening in de heup, maar ook dat klachten in het bovenbeen of de heup kunnen wijzen op een knieaandoening.

Bij het onderzoek wordt de patiënt gevraagd om beide benen te ontbloten, zodat de huisarts deze met elkaar kan vergelijken. De huisarts onderzoekt onder meer het volgende:

- is er sprake van een houdingsafwijking?
- is (de omgeving van) de knie gezwollen?
- is het gewricht verbreed?
- is het gewricht warm, dik en rood?
- zit er vocht in de knie?
- is er drukpijn?
- zit de knie 'op slot'?
- 'kraakt' de knie bij het bewegingsonderzoek?
- is buigen en strekken pijnlijk?

Ook beoordeelt de huisarts of de vierkoppige dijbeenspier (m. quadriceps) dunner is ge-

worden. Dat kan erop duiden dat de knie niet goed functioneert.

Als de oorzaak van de klachten in het kniegewricht zelf is gelegen, is er meestal sprake van vocht in het kniegewricht of zit de knie 'op slot'.

Een röntgenfoto of MRI-onderzoek hebben meestal weinig toegevoegde waarde. Alleen als de huisarts meniscusletsel vermoedt, kan een MRI zinvol zijn.

Beleid

In veel gevallen kan de huisarts volstaan met het geven van voorlichting en advies.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij *bursitis prepatellaris* adviseert de huisarts om een paar dagen de knie niet te buigen en te strekken. Als de klachten steeds terugkeren door sport of beroep, zijn kniebeschermers aangewezen.

Aan een patiënt met het *tractus iliotibialis frictiesyndroom* adviseert de huisarts vermindering van de sportactiviteiten die leiden tot de klachten. Ook kan hij oefeningen adviseren om de spieren in de bovenbenen op te rekken. Als de klachten verminderd of verdwenen zijn, kunnen de sportactiviteiten weer geleidelijk worden opgevoerd.

Een *bakercyste* hoeft eigenlijk niet behandeld te worden. Het beleid is afhankelijk van de afwijking in het gewricht die de bakercyste veroorzaakt. Een enkele keer komt het voor dat de cyste barst. Dat kan symptomen geven die lijken op die van een trombosebeen.

De huisarts kan het merendeel van de patiënten met *gonartrose* zelf begeleiden met het geven van bewegingsadviezen en het voorschrijven van pijnstillers. Hij legt de patiënt uit dat perioden met veel klachten worden afgewisseld met perioden met weinig klachten. Aan patiënten met overgewicht legt hij uit dat gewichtsvermindering de klachten kan verminderen. Zo nodig verwijst hij de patiënt naar de diëtist. Hij adviseert ten minste een halfuur per dag matig intensief te bewegen. Hij bena-

drukt dat het positieve effect daarvan weer kan verdwijnen als de activiteiten worden gestaakt.

Voorals patiënten met gonartrose weinig actief zijn, verwijst de huisarts ze voor oefentherapie naar de fysiotherapeut. Als oefentherapie en pijnstilling onvoldoende verlichting geven, kan TENS (transcutane elektrische zenuwstimulatie) worden gebruikt.

Er zijn maatregelen die regelmatig worden toegepast, maar waarvan het nut niet is aangetoond. Van acupunctuur, bijvoorbeeld, is nooit bewezen dat het helpt. Datzelfde geldt voor ultrageluid, koelen, harde en elastische braces of speciaal schoeisel. Sommige patiënten hebben wel baat bij een stok (aan de gezonde kant!).

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als bij een *bursitis prepatellaris* sprake is van een toenemende roodheid en de patiënt bovendien koorts heeft en een gevoel van algemeen ziekzijn, kan er een bacteriële infectie zijn. De huisarts schrijft in dat geval *fluctoxacilline* voor. Als de *bursitis prepatellaris* cosmetisch storend is of de knie door de zwelling niet meer goed kan bewegen, is het mogelijk het vocht weg te zuigen. Daarna kan bijvoorbeeld *methylprednisolon* worden ingebracht. Dat is een corticosteroid; er zijn aanwijzingen dat de *bursitis* daarmee sneller geneest.

Bij het *tractus iliotibialis frictiesyndroom* kan de huisarts als pijnstilling *paracetamol* voorschrijven. Of NSAID's de klachten beter verlichten, is niet aangetoond. Soms geeft de huisarts een injectie met een pijnstillend middel en corticosteroiden op de plaats van de pijn. Dat vermindert vrij snel de pijn. Na de injectie moet de patiënt de knie enkele dagen minder belasten. Doordat de pijn en ontstekingsverschijnselen verminderd zijn door de injectie, bestaat namelijk het risico dat de patiënt de knie overbelast.

Meestal schrijft de huisarts patiënten met *gonartrose* voor twee weken *paracetamol* voor. Als tweede keus, of bij onvoldoende resultaat, kan hij *ibuprofen*, *diclofenac* of *naproxen* adviseren.

Bij artrose is niet bewezen dat NSAID's gunstige effecten hebben op de lange termijn. Daarom wordt afgesproken dat de patiënt het NSAID gedurende een afgesproken periode alleen neemt bij verergering van symptomen (op vaste tijdstippen). NSAID's kunnen maag- en darmklachten als bijwerkingen hebben. NSAID's in crème- of gelvorm hebben die bijwerkingen minder, maar ze werken slechts kortdurend.

NSAID's worden liever niet voorgeschreven aan patiënten ouder dan 70 jaar met verminderde nierfunctie, hypertensie, hartfalen of atherosclerose of aan patiënten die antistollingsmiddelen gebruiken.

Soms schrijft de huisarts een pijnstillert met een opiumachtige werking voor, bijvoorbeeld *tramadol*. Dat kan de pijn extra verlichten en bovendien kan de dosering van de NSAID dan worden verlaagd. Maar ook opiumachtige stoffen kunnen bijwerkingen geven, bijvoorbeeld misselijkheid en duizeligheid en obstipatie. Daarom wordt gestart met een lage dosering die geleidelijk kan worden verhoogd. Opiumachtige stoffen mogen niet te lang worden gebruikt in verband met het risico op afhankelijkheid en onthoudingsverschijnselen.

Bij verergering van de klachten of als met pijnstillers de pijn onvoldoende wordt verminderd, kan de huisarts een injectie met corticosteroiden in het gewricht geven. Na één tot drie maanden kan deze injectie worden herhaald. Het effect op de pijn kan één tot vier weken aanhouden en is waarschijnlijk groter wanneer het gewricht tijdelijk minder wordt belast.

CONTROLES EN VERWIJZINGEN

Regelmatige controles zijn alleen noodzakelijk bij *gonartrose*. Als bij de andere besproken vormen van niet-traumatische knieklachten de verschijnselen verergeren of steeds terugkomen, is eveneens controle noodzakelijk.

Als een *bursitis prepatellaris* niet verdwijnt of steeds terugkomt, kan de patiënt naar een (orthopedisch) chirurg worden verwezen om

de bursa te laten verwijderen. Ook patiënten met een steeds terugkerende *bakercyste* kan de huisarts naar de orthopedisch chirurg verwijzen voor onderzoek naar de oorzaak en eventuele verwijdering van de bursa. Een patiënt die voortdurend klachten houdt van het *tractus iliotibialis frictiesyndroom*, kan verwezen worden naar sportarts of -fysiotherapeut. Patiënten met *gonartrose* die ondanks behandeling ernstige klachten en belemmeringen houden, kan de huisarts naar een orthopedisch chirurg verwijzen. Als ze veel last blijven houden van vocht in de knie kan de huisarts ook een verwijzing naar een reumatoloog overwegen. De patiënt met *gonartrose* kan worden geopereerd. Zo kan het kniegewricht worden vervangen door een prothese. Het risico bij deze operatie is echter dat na ongeveer twintig jaar slijtagedeeltjes van de knieprothese een ontsteking kunnen veroorzaken, met kans op afstoting van de prothese. Een knieprothese plaatst men dan ook bij voorkeur bij patiënten ouder dan 60 jaar. Ook kan de chirurg door een operatieve ingreep de botuitsteeksels (zie *Klachten en achtergronden*) uit het gewricht ver-

wijderen. Deze operatie heeft echter alleen zin als het om vrij grote botuitsteeksels gaat. Een andere mogelijkheid is osteotomie. Daarbij wordt het onderbeen net onder de knie doorgezaagd en weer zo vastgezet dat de draaglast wordt verplaatst naar de gezonde kant van het gewricht. Het vastzetten gebeurt met metalen krammen, een plaat met schroeven of met behulp van pennen. Na de operatie gaat de patiënt op een andere manier lopen, waardoor hij minder pijn in de knie heeft. Patiënten moeten echter goed gemotiveerd zijn voor deze operatie, omdat er sprake kan zijn van een langdurig revalidatietraject.

Uw rol bij niet-traumatische knieklachten is niet zo groot. Bij de meeste patiënten zal de huisarts op het spreekuur moeten onderzoeken wat de oorzaak van de klachten is. Er zijn drie NHG-Patiëntenbrieven over niet-traumatische knieklachten, namelijk *Kniekuilcyste*, *Lopersknie* en *Ontstoken slijmbeurs in de knie*.

Begrippen	
artrose	gewrichtsslijtage
meniscus	halvemaanvormig kraakbeenstuk; in elke knie zitten twee menisci
MRI	onderzoek via magnetic resonance imaging
NSAID	non steroid anti inflammatory drug: pijnstillers met ontstekingsremmende werking (bijvoorbeeld ibuprofen)
tractus iliotibialis	dikke bindweefselplaat die vanaf de heupkam via de zijkant van het bovenbeen langs de buitenzijde van de knie loopt en zich vasthecht aan het onderbeen (tibia)

Onderzoek van de pasgeborene

Om vijf voor acht belt de huisarts u zelf op de overleglijn en vraagt u om het eerste uur van het spreekuur af te bellen of te verzetten. Zij heeft zojuist de bevalling begeleid van mevrouw Jansen en alles ziet er op het eerste gezicht goed uit. Het kind is een jongen, Matthijs. Ze moet Matthijs nog verder nakijken en de moeder nog hechten.

Inleiding

Van de huisartsen in Nederland begeleidt 16 procent nog bevallingen. Zij nemen 4 procent van alle bevallingen in Nederland voor hun rekening. Na een bevalling controleren ze de pasgeborene onmiddellijk op hartactie, ademhaling, kleur, spierspanning en reactie op prikkels (de zogeheten Apgarscore). Daarna volgt een uitgebreid algemeen lichamenlijk onderzoek. Dit routineonderzoek na de bevalling geeft een eerste indruk van de toestand van de pasgeborene, het verschaft de uitgangswaarden die bij eventueel later ontstane ziekten of problemen relevant zijn en het is een eerste oriëntatie op aangeboren afwijkingen. Als de bevalling niet door de huisarts maar door de verloskundige of gynaecoloog wordt begeleid, verricht die het lichamenlijk onderzoek.

Ook huisartsen die zelf geen bevallingen doen, kunnen besluiten rond de vierde dag na de bevalling een kraambezoek af te leggen. Als het routineonderzoek na de bevalling goed is uitgevoerd, is een volledig onderzoek bij dit kraambezoek niet nodig. Soms is een gericht

onderzoek aangewezen, bijvoorbeeld bij slecht drinken, geelzucht of kortademigheid.

Achtergronden

Bij het routineonderzoek vlak na de geboorte krijgt de huisarts een indruk van de conditie van de pasgeborene door de Apgarscore te meten. Deze score is opgebouwd uit vijf onderdelen: de hartslag, de ademhaling, de spanning in de spieren, de reactie op prikkels en de kleur van de baby. Voor elk onderdeel kan een score van nul, één of twee worden gegeven, zodat de maximumscore tien is. De Apgarscore wordt na één en na vijf minuten bepaald. Is de Apgarscore na vijf minuten zeven of hoger, dan heeft het kind de bevalling over het algemeen goed doorstaan. Een lagere Apgarscore kan duiden op zuurstoftekort tijdens de geboorte. Indien de Apgarscore voor het vertrek van de huisarts nog geen tien is, moet worden gezocht naar de reden hiervan. Als de algehele toestand van de pasgeborene niet verbetert, verwijst de huisarts naar de kinderarts.

Vervolgens bekijkt de huisarts de pasgeborene letterlijk van top tot teen. Er is een aantal afwijkingen waar de huisarts specifiek op moet letten. Ondanks een uitvoerig en correct uitgevoerd eerste routineonderzoek van de pasgeborene is het toch mogelijk dat (hart)afwijkingen zich pas in de loop van uren tot dagen manifesteren. Daarom blijft het belangrijk om alert te zijn als er zich na het eerste onderzoek van de pasgeborene symptomen aandienen. Een eerste onderzoek waarbij geen afwijkin-

gen worden gevonden, is geen volledige garantie voor een gezond kind.

ROUTINEONDERZOEK

Het routineonderzoek kort na de geboorte bestaat uit de volgende onderdelen.

- Inspectie van de kleur en de huid.
Is de baby mooi roze of is de kleur blauw of bleek – dit wijst op een zuurstoftekort. Is er sprake van icterus (geelzucht)?
- Onderzoek van het hoofd en de hals.
Hierbij wordt onder meer gelet op ogen, mond, neus en oren. Is er een lip- of gehemeltepleet? Is er sprake van een cataract (lenstroeubeling) of is het oog vergroot door verhoogde oogbaldruk? Als deze afwijkingen tijdig worden ontdekt, kan een operatie door een oogarts binnen enkele dagen tot weken na de geboorte blindheid voorkomen.
- Onderzoek van de borstkas (hart en longen).
Ademt de baby goed, is de hartfrequentie normaal, is er sprake van een hartruis die een aanwijzing kan zijn voor een aangeboren hartafwijking?
- Onderzoek van de navelstreng en de buik.
Bevat de navelstreng drie vaten (een slagader en twee aders)? Is er een navel- of liesbreuk? Zijn bij een jongetje beide zaadballetjes ingedaald? Bevindt de opening van de plasbuis (urethra) zich aan het uiteinde van de penis?
- Inspectie van rug en anus.
Zijn er aanwijzingen voor een open ruggetje?
- Inspectie van de ledematen en een beknopt neurologisch onderzoek.
Vooral onderzoek van de heupen is hier aangewezen om te kijken of er sprake is van heupdysplasie.

- Ten slotte wordt het kind gewogen. De omvang van het hoofd wordt gemeten om eventueel later een te snelle groei, zoals bij een waterhoofd, te kunnen vaststellen. De lengte van de pasgeborene wordt tegenwoordig niet meer gemeten.

KRAAMBEZOEK

Het eenmalige kraambezoek na vier dagen heeft vooral een sociale functie. De huisarts stelt zich op de hoogte van het beloop van de zwangerschap en de bevalling. Hoe was het beloop en de beleving van de zwangerschap, de bevalling en de dagen erna? Zijn er nog vragen of problemen?

Een lichamelijk onderzoek van de pasgeborene bij het kraambezoek is noodzakelijk als er bij het eerste onderzoek na de geboorte twijfels zijn gerezen of bijzonderheden zijn opgemerkt, zoals slecht drinken, kortademigheid, hevig transpireren of verergering van de icterus. Bij blijvende twijfel overlegt de huisarts met de kinderarts.

Voor het verdere beleid in de periode na de bevalling wordt verwezen naar de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode.

U heeft vooral een rol in de periode na de bevalling. Eventueel kunnen de ouders dan nog contact opnemen naar aanleiding van het onderzoek door de huisarts. U beoordeelt dan of kan worden volstaan met telefonische adviezen of dat nader onderzoek door de huisarts op het spreekuur of eventueel tijdens een (spoed)visite is aangewezen.

Er is een NHG-Patiëntenbrief over het kind in de kraamtijd samengesteld.

Begrippen

Apgarscore	een score die aangeeft hoe goed het met een kind gaat onmiddellijk na de geboorte
heupdysplasie	een niet goed ontwikkelde heupkom waar de heupkop uit kan schieten

Osteoporose

Mevrouw Klok, 48 jaar, belt naar de praktijk. Ze wil wat meer weten over osteoporose. Haar moeder heeft al jaren osteoporose en is de laatste jaren behoorlijk gekrompen. Mevrouw Klok vertelt dat de osteoporose bij haar moeder pas echt begonnen is na de overgang. Krijgt zij nu ook osteoporose? Wat kan ze doen om dit te voorkomen?

Inleiding

In de NHG-Standaard Osteoporose worden richtlijnen gegeven voor preventie, onderzoek en behandeling van osteoporose. Bij osteoporose is de dichtheid van het bot sterk vermindert. Het skelet wordt zwakker en ook bij een niet zo ernstige val kan iemand al iets breken. Vanaf de leeftijd van ongeveer 40 jaar vindt er bij iedereen geleidelijk botverlies plaats. Mannen verliezen gemiddeld een kwart van hun botmassa. Vrouwen hebben een periode met versnelde botafbraak rond de overgang; het botverlies kan soms oplopen tot de helft van wat daarvoor in hun botten aanwezig was. De vermindering van de botdichtheid gaat bij de een sneller dan bij de ander. Niet iedereen krijgt last van osteoporose. Bij ouderen vanaf 75 jaar hebben 9 van de 1.000 mannen en 42 van de 1.000 vrouwen osteoporose. Hoeveel botmassa iemand verliest, wordt bepaald door erfelijke factoren, lichaamsbeweging en voeding.

Klachten en achtergronden

Naarmate de leeftijd vordert, neemt de kans op (vervelende gevolgen van) osteoporose toe, bij vrouwen meer dan bij mannen. Bij vrouwen is de kans dat zij osteoporose ontwikkelen groter als ze jong in de overgang zijn gekomen. Bij het ontstaan van osteoporose speelt ook de erfelijke aanleg een rol: bij mensen van wie een familielid osteoporose heeft, is het risico hoger dat zij de aandoening ook krijgen. Weinig lichaamsbeweging, te weinig inname van calcium (te weinig melkproducten), nauwelijks buiten komen en roken verhogen het risico nog meer.

Ook een aantal ziekten kunnen osteoporose tot gevolg hebben, onder andere chronische reumatoïde artritis en ziekten van de schildklier of de bijnierschors. Hoge doseringen corticosteroïden, zoals prednis(ol)on, leiden tot een afname van de botmassa en kunnen osteoporose veroorzaken. Aan praktisch alle fracturen kan osteoporose ten grondslag liggen, maar vaak betreft het fracturen van pols, wervel en heup.

Het breken van een heup als gevolg van osteoporose komt vaak voor bij patiënten op hoge leeftijd en vormt een groot gezondheidsprobleem. Het eerste jaar na de breuk sterft namelijk een kwart van deze patiënten. Meestal komt dit door de complicaties die optreden naar aanleiding van de fractuur, maar waarvan de basis al voor de val aanwezig was (chronische ziekten). Het aantal heupfracturen neemt toe met het vorderen van de leeftijd, zowel door het toenemen van de osteoporose als door een grotere kans om te vallen.

Polsfracturen zijn minder ernstig. Ze genezen meestal zonder problemen. Wel is men tijdens de genezing flink 'onthand'. Dat kan bij het werk, maar ook bij praktische zaken zoals aankleden en het huishouden lastig zijn. Wervelfracturen door osteoporose komen vaak voor; door botontkalking zakken de wervels in. De oorzaak van de fractuur kan een val zijn, maar wervelfracturen komen ook, plotseling of geleidelijk, voor zonder dat de patiënt is gevallen. Eén op de drie wervelfracturen gaat gepaard met (soms hevige) pijn die in de loop van enige weken tot maanden verdwijnt. Bij beweging neemt de pijn toe. Dat betekent dat de patiënt na de pijnperiode veel moet oefenen. Bij toename van het aantal wervelinzakkingen wordt de patiënt kleiner en gaat hij krom lopen. Deze vergroeiing van de wervelkolom kan bij een aantal patiënten pijn en beperkingen in het dagelijkse functioneren tot gevolg hebben. Een wervelinzakking kan aangetoond worden op een röntgenfoto, maar het is dan niet zeker of de inzakking komt door osteoporose. Een botdichtheidsmeting geeft wel aan of er sprake is van osteoporose. Bij rugpijn kan ook aan een aantal andere oorzaken gedacht worden, zoals specifieke lagerugpijn (zie het hoofdstuk Lagerugpijn), lumbosacraal radiculair syndroom (zie het hoofdstuk Lumbosacraal radiculair syndroom) of (zeer zelden) een aneurysma van de aorta of een botmetastase in een wervel. Bij de 'normale' specifieke rugklachten zit de pijn laag in de rug en neemt toe bij bewegen. De uitstraling gaat nooit verder dan de knie. Een verschil met osteoporose is dat de klachten vaak al jong beginnen, tussen de 30 en 40 jaar. De pijn bij het lumbosacraal radiculair syndroom lijkt hierop, maar de uitstraling in de benen reikt dan tot onder de knie. De rugpijn bij een aneurysma van de aorta zit vaak hoger in de rug en is onafhankelijk van beweging. Een aneurysma kan zich erg wisselend uiten en ontstaat vaak acuut. Het uitsluiten van wervelmetastasen gaat vooral aan de hand van factoren als leeftijd en voorgeschiedenis. Bij een vermoeden hiervan is nader onderzoek noodzakelijk.

Bij patiënten die vragen hebben over osteoporose of bij wie risicofactoren voor osteoporose aanwezig kunnen zijn, informeert de huisarts naar:

- aanwijzingen voor een of meer wervelfracturen (rugpijn, opvallende lengtevermindering of verandering van houding);
- risicofactoren voor osteoporose (zie kader);
- factoren die het valrisico beïnvloeden (aantal keren dat de patiënt het afgelopen jaar gevallen is, mate van lichaamsbeweging, gebruik van bepaalde medicijnen, verminderde visus).

Als er aanwijzingen voor een of meer wervelfracturen zijn, verricht de huisarts lichamelijk onderzoek naar het bestaan van wervelfracturen, vooral als de patiënt corticosteroiden gebruikt. Met name patiënten die langer dan drie maanden minimaal 7,5 mg corticosteroiden per dag gebruiken hebben een grote kans op osteoporose. Zo nodig wordt bloedonderzoek verricht ter bepaling van bijvoorbeeld de bezinkingssnelheid (bij het vermoeden van een ontsteking of maligniteit), de hoeveelheid schildklierhormoon of het vitamine D-gehalte.

De huisarts verwijst de patiënt voor een röntgenfoto bij een vermoeden van wervelfracturen of -metastasen. Zo nodig wordt een botdichtheidsmeting aangevraagd. Een veelgebruikte methode om de botdichtheid vast te stellen is de DEXA-meting. De botdichtheid wordt zowel aan de lumbale wervelkolom als aan de heup gemeten. De botdichtheid is afgenomen als een van beide metingen verlaagd is.

Beleid

Bij osteoporose is er behalve een afname van de botdichtheid een verhoogd risico op botbreuken. Het beleid is erop gericht de risico's op botbreuken te verminderen, zowel door het tegengaan van de osteoporose als door valpreventie.

VOORLICHTING EN ADVIES

Om botbreuken te vermijden is het vooral voor patiënten met osteoporose belangrijk dat ze niet vallen. De kans op vallen neemt toe met het vorderen van de leeftijd, door een tekort aan beweging, door slecht ter been zijn en door het gebruik van versuffende medicijnen zoals slaapmiddelen. Bij patiënten die herhaaldelijk vallen, slecht lopen of mentaal achteruitgaan, is terughoudendheid bij deze medicatie geboden. Ook evenwichtsstoornissen en beperkingen van de visus dienen zo veel mogelijk verholpen te worden om de valkans te verkleinen. Patiënten kunnen natuurlijk zelf ook het een en ander doen om vallen te voorkomen. Zo zijn losliggende matjes of snoeren taboe.

De adviezen die gegeven worden, betreffen een gezond leef- en voedingspatroon: niet roken, voldoende lichaamsbeweging, voldoende buitenlucht en zonlicht (ter voorkoming van een tekort aan vitamine D). Verder is het van belang om voldoende calcium binnen te krijgen. Geadviseerd wordt om per dag vier melkconsumpties te gebruiken (glazen melk of plakken kaas van 20 gram).

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De behandeling van osteoporose bestaat uit de behandeling van de fracturen en in sommige gevallen uit de behandeling van de osteoporose zelf.

De huisarts behandelt osteoporotische wervelfracturen zelf, tenzij hij een andere ernstige ziekte vermoedt. De behandeling bestaat in eerste instantie uit pijnstilling, bijvoorbeeld met (hoge doseringen) paracetamol. Zo nodig kan dit middel vervangen worden door een NSAID. Als echt niets helpt en de pijn zeer hevig is, overweegt de huisarts morfine. Bedrust is minder gewenst maar soms onvermijdelijk. Mobilisatie moet dan gebeuren op geleide van de pijn, bij angstige patiënten eventueel ondersteund door fysiotherapie.

Soms wordt ter preventie van nieuwe fracturen medicatie voorgeschreven. Het gaat dan om patiënten met fracturen ten gevolge van osteoporose en patiënten die langer dan een half-

jaar prednis(ol)on gebruiken en een lage botmassa hebben. Het toedienen van calcium helpt alleen bij patiënten die echt te weinig melkproducten gebruiken. Gezonde personen krijgen te weinig calcium binnen als ze twee of minder zuivelconsumpties per dag nemen. Patiënten met osteoporotische fracturen en patiënten die bisfosfonaten of corticosteroiden gebruiken, moeten vier zuivelconsumpties per dag nemen om voldoende calcium binnen te krijgen.

Men geeft wel eens vitamine D aan patiënten die (te) weinig aan het zonlicht worden blootgesteld, maar het is nog onvoldoende duidelijk of dit leidt tot een vermindering van het aantal breuken.

Het gebruik van bisfosfonaten heeft toename van de botdichtheid als resultaat en verkleint daardoor de kans op botbreuken door vallen. Het nadeel is dat de middelen slokdarmbeschadiging kunnen veroorzaken. Voor- en nadelen moeten daarom goed worden afgewogen bij dit middel. Vier weken na het starten met deze medicatie moet de patiënt voor controle op het spreekuur komen. Dan besteedt de huisarts aandacht aan eventuele problemen bij de inname en bijwerkingen zoals maag-darmstoornissen.

Oestrogenen hebben een gunstig effect op de botdichtheid bij vrouwen na de overgang. Dit gunstige effect verdwijnt echter geleidelijk na het staken van de medicijnen en is verdwenen op hoge leeftijd als de kans op osteoporose juist het grootst is. Levenslang slikken van oestrogenen wordt afgeraden, omdat deze middelen de kans op borstkanker vergroten.

VERWIJZING

Patiënten met osteoporotische breuken van de heup en de pols worden opgenomen in of verwezen naar het ziekenhuis. Patiënten die op ongebruikelijk jonge leeftijd wervelfracturen krijgen als gevolg van osteoporose, worden verwezen naar de specialist. Bij deze groep is de kans groot dat de osteoporose veroorzaakt wordt door een onderliggende aandoening.

U beantwoordt vragen over osteoporose en geeft voorlichting en adviezen over leefgewoonten en voeding. Ook heeft u een signalerende functie: u bent alert op osteoporose bij patiënten die een herhalingsrecept aanvragen voor predniso(lo)n en bij patiënten die van wie u weet dat zij osteoporose hebben, let u erop of behandeling nodig is.

Over osteoporose zijn twee NHG-Patiëntenbrieven beschikbaar.

Over botaanmaak en -afbraak

Bot wordt vooral aangemaakt tijdens de groei. Op 25- tot 30-jarige leeftijd is bij de mens de zogeheten piekbotmassa bereikt. De piekbotmassa wordt bepaald door genetische factoren, maar ook door voeding en leefwijze (bijvoorbeeld lichaamsbeweging).

Na het veertigste jaar overheerst botafbraak. Per jaar gaat geleidelijk 0,3 tot 0,5 procent van het bot verloren. Mannen verliezen in hun leven in totaal 20 tot 30 procent van hun botmassa. Bij vrouwen

is het botverlies versneld rond de menopauze (3 tot 5 procent per jaar). Bij een aantal vrouwen loopt het totale verlies aan botmassa op tot 40 à 50 procent.

Risicofactoren voor osteoporose

- hogere leeftijd
- vrouwelijk geslacht
- fracturen in de voorgeschiedenis
- langdurig corticosteroïdgebruik
- fracturen bij familieleden (vooral heupfractuur bij de moeder)
- laag lichaamsgewicht (< 60 kg)
- ernstig tekort aan beweging
- tekort aan vitamine D
- lage calciumname (< 500 mg per dag)
- vroege menopauze
- gebruik van medicijnen tegen epilepsie
- gebruik van langwerkende benzodiazepinen
- ziekten van de schildklier
- visusstoornissen
- roken

Begrippen

aneurysma van de aorta	uitpuiling van de wand van de lichaamsslagader
benzodiazepinen	groep medicijnen met rustgevende werking
bisfosfonaten	groep medicijnen die geregistreerd staan om osteoporose te voorkomen, de bekendste is alendronaat
botmetastase	gezwel, ontstaan uit deeltjes van een ander (kwaadaardig) gezwel die door het bloed of de lymfe zijn meegevoerd en ergens zijn blijven steken (in dit geval in een bot), waar ze hun groei (woeking) voortzetten
calcium	kalk
fractuur	botbreuk
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmend effect, bijvoorbeeld ibuprofen, diclofenac en naproxen
reumatoïde artritis	gewrichtsontsteking bij reuma

Otitis externa

Het is een warme zomer. Marlou Fontaine, 17 jaar, belt omdat ze pijn heeft in haar rechteroor. Er komt ook gele afscheiding uit. Ze heeft geen koorts en voelt zich niet ziek, maar het is wel zo vervelend dat ze de dokter wil zien. Na het spreekuur vraagt u de huisarts naar de oorzaak van de klachten van Marlou.

Inleiding

De NHG-Standaard Otitis externa geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van klachten die passen bij een otitis externa. Otitis externa is een ontsteking van de huid van de gehoorgang. De huid gaat schilferen en zwelt op. Daardoor krijgt de patiënt jeuk of oorpijn. Ook kan er afscheiding zijn. Bij een otitis externa kan soms gehoorverlies optreden.

Een huisarts met een normpraktijk ziet ongeveer 32 patiënten per jaar met otitis externa. Otitis externa begint meestal door vermindering van de zuurgraad van het milieu in de gehoorgang. Normaal gesproken is het oorsmeer (cerumen) zuur. De zuurgraad kan verminderen door bijvoorbeeld een lang verblijf in een vochtige omgeving (zwemmen). Als iemand veel in de oren peutert, de oren vaak schoonmaakt of dopjes in de oren draagt (van een hoortoestel, mp3-speler of als gehoorbescherming), is de kans op otitis externa groter. Waarschijnlijk kan ook allergie (bijvoorbeeld voor oordruppels) otitis externa veroorzaken. Patiënten met psoriasis (zie het hoofstuk Pso-

riasis) en eczeem hebben een grotere kans op otitis externa.

Klachten en achtergronden

Bij het vermoeden van een otitis externa vraagt de huisarts naar:

- oorpijn;
- jeuk in het oor;
- vocht uit het oor;
- gehoorverlies;
- de duur van de klachten.

Ook vraagt de huisarts of de patiënt al eerder last heeft gehad van soortgelijke klachten, of de patiënt kortgeleden verkouden is geweest, of de patiënt ooit is geopereerd aan het oor, een trommelvliesperforatie heeft gehad of ooit buisjes in de oren heeft gehad.

Als de patiënt vaker last heeft van de klachten, gaat de huisarts na of er een mogelijk verband is met zwemmen of dat het oor geïrriteerd is door bijvoorbeeld oorpeuteren, een hoortoestel, gehoorbescherming of de oordopjes van een geluidsdrager.

Bij het onderzoek beoordeelt de huisarts de oorschelp en kijkt of er littekens achter het oor zitten die wijzen op een operatie. Hij inspecteert de gehoorgang en het trommelvlies met behulp van de otoscoop. De huisarts onderzoekt daartoe eerst het klachtenvrije oor, daarna het oor met klachten. Als het trommelvlies niet te beoordelen is door een verstopte gehoorgang, moet het oor eerst worden uitgespoten. (Dat mag echter niet, als bekend is dat de patiënt een trommelvliesperforatie

heeft!) Na het uitspuiten droogt de huisarts de gehoorgang met een wattendrager met waterpluim en beoordeelt hij de gehoorgang opnieuw.

De klachten kunnen ook andere oorzaken hebben dan otitis externa. De huisarts onderzoekt of er mogelijk sprake is van:

- otitis media acuta met trommelvliesperforatie;
- een steenpuist (vaak is er dan een pijnlijke zwelling aan het begin van de gehoorgang);
- gordelroos (dan zijn er meestal blaasjes in de gehoorgang);
- wondroos (dan heeft de patiënt vaak ook koorts en voelt hij zich ziek);
- een vreemd voorwerp in de gehoorgang.

De huisarts stelt de diagnose otitis externa als de patiënt last heeft van oorpijn, jeuk of afscheiding uit het oor en er sprake is van zwelling, roodheid of schilfering van de gehoorgang. Soms heeft de patiënt pijn als er aan de gehoorschelp wordt getrokken.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat een ontsteking van de gehoorgang weinig kwaad kan en met een goede behandeling meestal binnen een tot drie weken geneest. Hij legt uit dat de oorzaak niet altijd duidelijk is. De patiënt krijgt het advies om geen wattenstokjes of lucifers te gebruiken om het oor te reinigen en niet te peuteren in het oor. Als de klachten langere tijd aanhouden of steeds terugkomen, kan de patiënt het advies krijgen om na het douchen of zwemmen het water zo goed mogelijk uit de gehoorgang te laten lopen door het hoofd scheef te houden en te schudden. Bij een duidelijke relatie tussen zwemmen en otitis externa kan het gebruik van oorwatjes met vaseline of oordopjes helpen om herhaling te voorkomen.

Gaan de klachten nu nog niet over, dan gaat de huisarts na of dopjes in de oren, het gebruik van zeep of shampoo of een allergie voor een hoortoestel of haarspray een rol

spelen. Een audicien kan eventueel het hoortoestel aanpassen opdat er een betere beluchting ontstaat in de gehoorgang.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Voor de behandeling van otitis externa schrijft de huisarts druppels voor die zowel een zuur als corticosteroiden bevatten (zure oordruppels met hydrocortison 1% FNA of zure oordruppels met triamcinolonacetonide 0,1% FNA). Als de patiënt een trommelvliesperforatie heeft, schrijft de huisarts andere druppels voor. Eventueel reinigt de huisarts de gehoorgang nog een of meerdere keren. Als de klachten ondanks druppelen en reinigen na drie weken niet zijn verdwenen, wordt materiaal afgenomen voor een kweek en resistentiebepaling. Afhankelijk van de uitslag wordt de patiënt eventueel met andere druppels behandeld.

Bij zwelling van de wand van de gehoorgang kan de huisarts (of de assistente) een tampon inbrengen, bevochtigd met oordruppels die zowel een zuur als corticosteroiden bevatten. De patiënt moet de tampon met de druppels nathouden. Na 24 uur kan de tampon worden verwijderd. Zijn de klachten verminderd, dan kan de patiënt – zonder controle door de huisarts – nog zeven dagen doorgaan met het gebruik van de druppels. Zijn de klachten niet afgenomen, dan reinigt de huisarts het oor en wordt opnieuw een tampon aangebracht. Als de otitis externa gepaard gaat met koorts en algemeen ziek-zijn en pijn, zwelling of roodheid van de oorschelp of de weke delen rond het oor, dan moet de patiënt behalve de oordruppels ook antibiotica gebruiken. Oudere patiënten met diabetes (of in het algemeen een verminderde weerstand) kunnen bij dergelijke klachten beter worden doorverwezen naar de specialist.

De huisarts kan patiënten die vaker last hebben van otitis externa, uit voorzorg de druppels voorschrijven. Die kunnen ze dan op eigen initiatief zo nodig een aantal dagen gebruiken. Dat kan ook als zwemmen of ander contact met water een rol lijkt te spelen in het ontstaan van de klachten.

U kunt in opdracht van de huisarts het oor van een patiënt met otitis externa uitspuiten. Doe dat heel voorzichtig omdat de gehoorgang geïrriteerd kan zijn en er misschien sprake is van een trommelvliesperforatie. Aan patiënten met herhaaldelijk last van otitis externa geeft u in het algemeen advies hoe ze de

klachten kunnen voorkomen. Herhalingsrecepten voor oordruppels worden door u verzorgd.

Er bestaat een NHG-Patiëntenbrief over ontsteking van de uitwendige gehoorgang. Ook is er een NHG-Patiëntenfolder Oorpijn.

Begrippen

cerumen	oorsmeer
otitis media acuta	acute middenoorontsteking
trommelvliesperforatie	gaatje in het trommelvlies

Otitis media acuta bij kinderen

Meneer Beekstra staat met zijn zoon Joep van 4 jaar aan de balie. Ze hebben vannacht geen oog dichtgedaan. Joep werd regelmatig huilend wakker. Daarbij greep hij naar zijn rechteroor, dus vermoedelijk heeft hij oorpijn. Met een tabletje paracetamol heeft hij even geslapen. Maar hoeveel paracetamol mag je een kind van 4 jaar geven? Joep is snotterig en voelde vanmorgen ook warm aan. Meneer Beekstra wil met zijn zoon niet nóg zo'n nacht doormaken. Dat zoiets ook altijd 's nachts moet gebeuren! U geeft in ieder geval uitleg over de veilige dosering paracetamol.

Inleiding

De NHG-Standaard Otitis media acuta bij kinderen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van deze aandoening. Acute middenoorontsteking komt veel voor. De helft tot driekwart van de Nederlandse bevolking krijgt de aandoening ten minste eenmaal in zijn leven, meestal op vroege kinderleeftijd. Per jaar worden in een huisartsenpraktijk tussen de 40 en 50 nieuwe patiënten gezien met acute middenoorontsteking. Meer dan de helft daarvan zijn kinderen jonger dan 5 jaar. De klachten kunnen regelmatig terugkeren: van alle kinderen maakt 10 tot 20 procent gedurende het eerste levensjaar ten minste drie keer een acute middenoorontsteking door. Naarmate de leeftijd vordert, wordt de kans op de aandoening kleiner. Na de puberteit treedt

acute middenoorontsteking nog slechts zelden op.

Klachten en achtergronden

Een otitis media acuta is een infectie van het middenoor met een plotseling begin en een duur korter dan drie weken. Een acute middenoorontsteking veroorzaakt over het algemeen oorpijn, algemeen ziek-zijn en koorts en soms een loopoor. Bij onderzoek vindt de huisarts meestal een rood, bolstaand of niet-doorschijnend trommelylies.

Zuigelingen en peuters geven over het algemeen niet aan dat ze last hebben van oorpijn. Bij hen staan algemene symptomen op de voorgrond, zoals koorts, prikkelbaarheid, onrust 's nachts of klachten van maag of buik (zoals diarree, braken, gebrek aan eetlust).

Meestal wordt een acute middenoorontsteking veroorzaakt door pneumokokken, maar ook andere bacteriën en virussen kunnen de aandoening veroorzaken. Vaak krijgt de patiënt de klachten na een bovensteluchtweginfectie. De daarvoor verantwoordelijke virussen kunnen zelf een acute middenoorontsteking veroorzaken, maar kunnen ook de slijmvliezen zodanig beschadigen dat schadelijke bacteriën makkelijker het weefsel kunnen binnendringen.

De aandoening gaat in de meeste gevallen vanzelf over. Na twee tot drie dagen zijn de ergste klachten meestal voorbij. Alleen bij kinderen jonger dan 2 jaar met een middenoorontsteking aan beide kanten is de kans groter dat pijn en koorts langer aanhouden.

In ongeveer 4 tot 8 procent van de gevallen treedt een trommelvliesperforatie op, met een loopoor als gevolg. Ernstige complicaties, bijvoorbeeld mastoïditis of meningitis, treden zelden op.

Sommige kinderen lopen een grotere kans op complicaties. Risicogroepen zijn:

- kinderen onder de 6 maanden;
- kinderen met anatomische afwijkingen in het kno-gebied, zoals bij het syndroom van Down en gespleten gehemelte;
- kinderen met ooroperaties in het verleden;
- kinderen met verminderde weerstand.

Vaak is op basis van het telefoongesprek met een van de ouders of verzorgers al duidelijk dat er sprake is van acute middenoorontsteking en kunnen huisarts (of praktijkassistente volgens protocol) advies geven.

Lichamelijk onderzoek tijdens een consult is echter noodzakelijk in de volgende situaties:

- bij ernstig ziek-zijn of toenemende klachten;
- bij risicogroepen;
- in alle gevallen waarbij de huisarts behandeling met antibiotica overweegt.

Tijdens het lichamelijk onderzoek onderzoekt de huisarts beide trommelvliezen. Eventueel wordt daarvoor eerst cerumen uit het oor verwijderd met behulp van een wattenstokje, cerumenlisje of zuigapparaat. (Niet uitspuiten! Dat is bij een acute middenoorontsteking erg pijnlijk en bovendien kan er een trommelvliesperforatie aanwezig zijn.) Hij kijkt daarbij naar kleur, roodheid en doorschijnendheid van het trommelvlies, of het bolstaat of juist ingetrokken is en of er sprake is van een trommelvliesperforatie of dat er trommelvliesbuisjes zijn aangebracht.

Bij patiënten die een zieke indruk maken of die tot risicogroepen behoren, is de huisarts alert op symptomen die op complicaties wijzen, bijvoorbeeld afstaan van het oor, drukpijnlijkheid van het mastoïd, nekstijfheid of een verminderd bewustzijn.

De diagnose acute middenoorontsteking kan worden gesteld als er sprake is van oorpijn of

ziek-zijn, gecombineerd met een van de volgende verschijnselen:

- een rood, bolstaand of niet-doorschijnend trommelvlies;
- een trommelvlies dat in één oor duidelijk roder is dan in het andere oor;
- afscheiding uit het oor uit een trommelvliesperforatie of uit een trommelvliesbuisje.

Beleid

De aandoening is bijna altijd onschuldig en geneest binnen een week. Meestal zijn er slechts enkele dagen klachten en zelden complicaties. Voorlichting en advies nemen in het beleid dan ook een belangrijke plaats in.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft uitleg over de aard en de duur van de klachten. Hij vertelt dat de ergste klachten meestal na twee tot drie dagen zijn verdwenen. Controle is dan niet nodig. Bij de kleintjes (jonger dan 2 jaar) kan de oorpijn enkele weken duren. Soms ontstaat een loopoor. Een loopoor verdwijnt meestal spontaan binnen een week.

De huisarts legt uit dat antibiotica in het algemeen de duur en ernst van de klachten niet kunnen verminderen. Bij kinderen beneden de 2 jaar met een dubbelzijdige middenoorontsteking en bij kinderen bij wie al vlot na het begin van de klachten een loopoor ontstaat, kan het gebruik van antibiotica wel zinvol zijn. Een antibioticumkuur maakt de kans groter dat het kind na twee dagen geen pijn of koorts meer heeft.

Bij kinderen met een loopoor vertelt de huisarts dat zwemmen geen kwaad kan, maar dat ze beter niet met het hoofd onder water moeten gaan vanwege het risico van duizeligheid door labyrinthprikkeling. Dat geldt ook als het oor niet meer loopt maar het trommelvlies nog niet is gesloten. Bij douchen is de kans op water in het middenoor minimaal, dus dat mag het kind rustig doen.

De huisarts legt uit dat het kind tijdens en enige tijd na de middenoorontsteking slechter

hoort vanwege vochtophoping achter het trommelvlies. Klachten hiervan zullen in de loop van enkele weken tot maanden verdwijnen.

Vroeger werd het trommelvlies nogal eens doorgeprikt (paracentese) om de druk in het middenoor te ontlasten en zodoende de pijn te verminderen. De waarde hiervan wordt tegenwoordig sterk betwijfeld. Paracentese wordt slechts in zeer bijzondere situaties nog uitgevoerd.

De huisarts zegt ouders of verzorgers van het kind weer contact op te nemen als het kind zeker wordt of de klachten onvoldoende verbeteren.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De huisarts raadt pijnstilling aan. Paracetamol is daarbij de eerste keus. Bij het gebruik van paracetamoltabletten of -drank treedt eerder effect op dan bij zetpillen, maar bij zetpillen duurt het pijnstillend effect langer. Het doseerschema is te vinden in tabel 1.

Als er ook sprake is van een verstopte neus, kunnen neusdruppels (xylometazoline of fysiologisch zout) worden voorgeschreven om het slijmvlies te laten slinken en zo de neus doorgängelijker te maken. Of ze ook een gunstig effect hebben op de middenoorontsteking, is niet bekend.

Ook over de werkzaamheid van pijnstillende oordruppels, bijvoorbeeld lidocaïne, is niet voldoende bekend. Omdat oordruppels bovendien de beoordeling van het trommelvlies kunnen bemoeilijken, wordt het gebruik ervan niet aanbevolen.

Bij een acute middenoorontsteking is in de meeste gevallen een antibioticumkuur niet zinvol. Dat is wél het geval bij ernstig zieke kinderen en als het kind behoort tot een risicogroep. Dan schrijft de huisarts een antibioticumkuur voor. Verder overweegt de huisarts

in overleg met de ouders een antibioticumkuur bij:

- kinderen jonger dan 2 jaar met een dubbelzijdige acute middenoorontsteking;
- kinderen bij wie al vlot na het begin van de klachten een loopoor ontstaat;
- kinderen bij wie na drie dagen nog geen verbetering van de klachten is opgetreden.

Eerste keus is daarbij amoxicilline gedurende zeven dagen. Tweede keus is azitromycine gedurende drie dagen of cotrimoxazol gedurende vijf tot zeven dagen. De huisarts adviseert ouders of verzorgers opnieuw contact op te nemen als de klachten niet binnen 48 uur na het starten van de kuur zijn verminderd.

Controle van een patiënt met acute middenoorontsteking is meestal niet nodig, behalve na een aanhoudend loopoor. Als bij een loopoor in eerste instantie was gekozen om het spontane herstel af te wachten, schrijft de huisarts alsnog antibiotica voor als het loopoor langer dan een week duurt. Na het herstel wordt na een maand gecontroleerd of de trommelvliesperforatie zich heeft gesloten.

VERWIJZING

Als de huisarts mastoïditis of meningitis vermoedt, wordt het kind al dan niet met spoed naar de kno-arts of kinderarts verwezen. Verwijzing wordt ook overwogen bij:

- uitblijven van verbetering 48 uur na starten van een antibioticumkuur;
- aanhouden van een loopoor na een antibioticumkuur;
- trommelvliesperforatie die een maand na het ontstaan van een loopoor nog niet gesloten is;
- kinderen die regelmatig een acute middenoorontsteking hebben (drie keer of vaker per half jaar of vier keer per jaar).

De praktijkassistente vervult een belangrijke rol bij de beantwoording van vragen van ouders of verzorgers over kinderen met oorpijn. In overleg met de huisarts kan worden vastgelegd welke adviezen u geeft en wanneer onderzoek door de huisarts is aangewezen.

Er bestaat een NHG-Patiëntenfolder over oorpijn. Er zijn NHG-Patiëntenbrieven over middenoorontsteking en over loopoor.

Tabel 1 Doseringsschema pijnstilling bij middenoorontsteking

Leeftijd	Tabletdosering	Zetpildosering
3-12 maanden	4-6 dd 2,5 ml drank (24 mg/ml)	2-3 dd 1 zetpil 120 mg
1-3 jaar	4-6 dd 5 ml drank (24 mg/ml) of 1 tablet 120 mg	2-3 dd 1 zetpil 240 mg
4-6 jaar	4-6 dd 1-1,5 tablet 120 mg of 2 tablet 100 mg	3-4 dd 1 zetpil 240 mg
7-12 jaar	4-6 dd 0,5 tablet 500 mg of 1 tablet 240 mg	2-3 dd 1 zetpil 500 mg
> 12 jaar	4-6 dd 1 tablet 500 mg	2-3 dd 1 zetpil 1.000 mg

Begrippen

cerumenlisje	lusvormig instrumentje ter verwijdering van oorsmeer
labyrinthprikkeling	prikkeling van het evenwichtsorgaan in het binnenoor
mastoïd	rotsbeen
meningitis	hersenvliesontsteking
trommelvliesperforatie	gaatje in het trommelvlies

Otitis media met effusie

‘Marianne lijkt zo doof geworden’, vertelt mevrouw Wetering aan de telefoon. Marianne is 3 jaar jong. U vraagt of Marianne oorpijn heeft. Haar moeder zegt dat ze daar geen last meer van heeft, maar twee weken geleden wel.

Inleiding

In de NHG-Standaard Otitis media met effusie worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en het beleid bij kinderen (en volwassenen) met otitis media met effusie. Het betreft bijna altijd kinderen. Bij dit ziektebeeld is sprake van oor- of gehoorklachten ten gevolge van vochtophoping achter een gesloten trommelvlies zonder tekenen van acute infectie. Otitis media met effusie wordt ook slijmooor of ‘glue ear’ genoemd.

In een normpraktijk worden ongeveer 10 tot 15 patiënten per jaar gezien met otitis media met effusie. De meeste patiënten zijn kinderen tussen 0 en 6 jaar. Op 4-jarige leeftijd heeft 80 procent van de kinderen een of meer periodes met klachten doorgemaakt. Bij kinderen jonger dan 6 maanden wordt de diagnose otitis media met effusie bijna niet gesteld, maar ook bij hen komt het ziektebeeld voor.

Klachten en achtergronden

Het is niet geheel duidelijk hoe otitis media met effusie ontstaat. Waarschijnlijk is er sprake van een natuurlijke reactie van het lichaam op virale en bacteriële infecties, en van een slecht functionerende buis van Eustachius. De

meeste patiënten hebben een acute middenoorontsteking doorgemaakt. Bij kinderen kunnen ook erfelijke en omgevingsfactoren van belang zijn, bijvoorbeeld crèchebezoek of het hebben van veel broertjes of zusjes.

Risicofactoren zijn:

- familieleden die last hebben (gehad) van otitis media met effusie;
- luchtweginfecties al dan niet door crèchebezoek;
- regelmatig middenoorontstekingen, vooral in het eerste levensjaar.

Bij volwassenen is in zeldzame gevallen een nasofarynxcarcinoom de oorzaak van otitis media met effusie.

Het gehoorverlies bij otitis media met effusie is gemiddeld 25 dB, maar kan oplopen tot 50 dB. Ter vergelijking: bij 30 dB gehoorverlies wordt het moeilijker om spraak te verstaan (zie het hoofdstuk Slechthorendheid). Het gehoorverlies is bij de meeste kinderen tijdelijk, het heeft op de lange termijn geen nadelige gevolgen voor de taal- en spraakontwikkeling en leidt niet tot leerachterstand op school.

De huisarts denkt aan otitis media met effusie als het kind last heeft van gehoorverlies of als er sprake is van een afwijkende uitslag van het gehooronderzoek door consultatiebureau of schoolarts. Sommige kinderen met gehoorverlies vertonen gedragsproblemen, spraakstoornissen of leerproblemen.

Om de diagnose met zekerheid te kunnen stellen vraagt de huisarts in de anamnese of het patiëntje vaak last heeft van neusverkoud-

heid en of hij hoorbaar ademhaalt tijdens het slapen of vaak door de mond ademt zonder dat de neus verstopt is. Ook gaat de huisarts na of er sprake is van:

- eerdere middenoorontstekingen, vooral vóór de leeftijd van 1 jaar;
- eerdere klachten over slechthorendheid;
- gedragsproblemen thuis of op school of verminderde schoolprestaties;
- achterblijvende spraak- en taalontwikkeling;
- andere gezinsleden die otitis media met effusie hebben gehad.

Otitis media met effusie komt vaker voor bij kinderen met het syndroom van Down, afwijkingen aan het gehemelte (bijvoorbeeld een hazenlip) of met verminderde weerstand in het algemeen.

Tijdens het lichamenlijk onderzoek inspecteert de huisarts het trommelvlies en let daarbij op de kleur, of het ingetrokken is of bol staat, en of er vloeistof of luchtbellen achter het trommelvlies te zien zijn. Bij aanwezigheid van vloeistof achter het trommelvlies is het trommelvlies minder beweeglijk.

De diagnose is met meer zekerheid te stellen na aanvullend onderzoek naar een eventuele verminderde beweeglijkheid van het trommelvlies, bijvoorbeeld met tympanometrie (zie kader).

Beleid

De klachten hebben meestal een gunstig beloop. In het beleid nemen voorlichting en advies een belangrijke plaats in.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat er sprake is van een soort middenoorontsteking met ophoping van vloeistof achter het trommelvlies; hij vertelt dat de klachten meestal een gunstig beloop hebben en dat medisch ingrijpen in de meeste gevallen niet nodig is. Ouders zijn vaak ongerust over gehoorverlies bij kinderen door middenoorontsteking. De huisarts vertelt dat

bij de helft van de kinderen spontaan verbetering optreedt binnen drie maanden en dat na zes maanden driekwart van de patiëntjes geen klachten meer heeft. De spraak- en taalontwikkeling kan door middenoorontstekingen wat achterblijven, maar deze achterstand loopt het kind in de loop van de basisschoolperiode weer in.

Bij kinderen met gehoorklachten als gevolg van otitis media met effusie kunnen logopedische adviezen aan ouders of leerkrachten nuttig zijn. Goede adviezen zijn de volgende.

- Beperk het lawaai in de omgeving van het kind.
- Trek de aandacht van het kind als u tegen hem praat.
- Spreek rustig en niet te snel.
- Herhaal wat u tegen het kind zegt.
- Laat het kind nazeggen wat u hem voorzegt.
- Lees voor uit een boekje in plaats van naar de tv te kijken.

De huisarts vertelt dat het nut van middelen die het slijm oplossen of het slijmvlies doen slinken, niet is aangetoond, evenmin als het nut van geneesmiddelen tegen allergie. Hij legt uit dat antibiotica slechts een effect hebben op de korte termijn, maar niet op de lange termijn. Ook geeft de huisarts informatie over de mogelijkheid van het plaatsen van trommelvliesbuisjes en van adenotomie. De knoarts kan bij otitis media met effusie trommelvliesbuisjes plaatsen. Deze buisjes werken ongeveer zes tot twaalf maanden en zorgen in die periode voor verbetering van het gehoor. Adenotomie (het verwijderen van de amandelen) kan er hoogstens voor zorgen dat de patiënt minder vaak last heeft van otitis media met effusie na het uitstoten van de trommelvliesbuisjes.

CONTROLE

Voor het beleid wordt onderscheid gemaakt tussen kinderen jonger dan 6 jaar, patiënten ouder dan 6 jaar en kinderen met een afwijkende uitslag van een gehooronderzoek. Aan de ouders van kinderen jonger dan 6 jaar

adviseert de huisarts het spreekuur weer te bezoeken als de klachten toenemen of als het kind duidelijk problemen heeft met functioneren doordat het slecht hoort. De huisarts controleert dan de beweeglijkheid van het trommelvlies, bijvoorbeeld met tympanometrie. Eventueel overlegt de huisarts met de ouders over het nut van het plaatsen van trommelvliesbuisjes. Voor- en nadelen worden daarbij tegen elkaar afgewogen (zie kader). Bij patiënten van 6 jaar en ouder komt otitis media met effusie minder vaak voor. De huisarts spreekt alleen een controle af bij lange duur of toename van de klachten. Vanaf deze leeftijd is het beter mogelijk om gehooronderzoek uit te voeren. De uitslag daarvan wordt in het beleid meegenomen. In het algemeen kan het spontane beloop van de klachten worden afgewacht. Kinderen met een afwijkende uitslag bij gehooronderzoek zijn eerder onderzocht door de jeugdarts. Die adviseert gedurende enkele maanden het beloop van de klachten af te wachten en daarna naar de huisarts te gaan. Als de huisarts dan concludeert dat er al langer dan zes maanden sprake is van otitis media met effusie, overweegt hij een verwijzing naar de kno-arts met als belangrijkste vraag hoe groot het gehoorverlies is.

VERWIJZING

De volgende patiënten met otitis media met effusie worden verwezen naar een kno-arts of audiologisch centrum:

- kinderen met het syndroom van Down, afwijkingen aan het gehemelte, overige aangeboren kno-afwijkingen, kno-operaties in het verleden of in het algemeen een verminderde afweer;
- kinderen met klachten die het gevolg zijn van een voortdurende otitis media met effusie (gehoorverlies meer dan 30 dB, duidelijke spraak- en taalachterstand of forse gedragsstoornissen) en die een nadelige invloed hebben op functioneren en ontwikkeling van het kind;
- volwassenen bij wie een nasofarynxcarcinoom wordt vermoed.

Tijdens de triage kunt u vermoeden dat een kind last heeft van otitis media met effusie. U kunt een rol spelen bij de beantwoording van de vragen van ouders of verzorgers over het beloop van gehoorverlies en over trommelvliesbuisjes.

Het NHG heeft patiëntenbrieven uitgegeven over het slijmoor en over trommelvliesbuisjes. Die brieven kunnen uw uitleg en adviezen ondersteunen.

Tympanometrie

Tympanometrie is de meting van de elasticiteit van het trommelvlies. In de uitwendige gehoorgang wordt een sonde ingebracht, die zorgt voor een vastgestelde onder- en overdruk. Vervolgens wordt de elasticiteit van het trommelvlies en van de gehoorbeentjes beoordeeld. De resultaten worden weergegeven in curves, die weerspiegelen wat er in het middenoor en in de buis van Eustachius gebeurt. Er zijn drie verschillende curves:

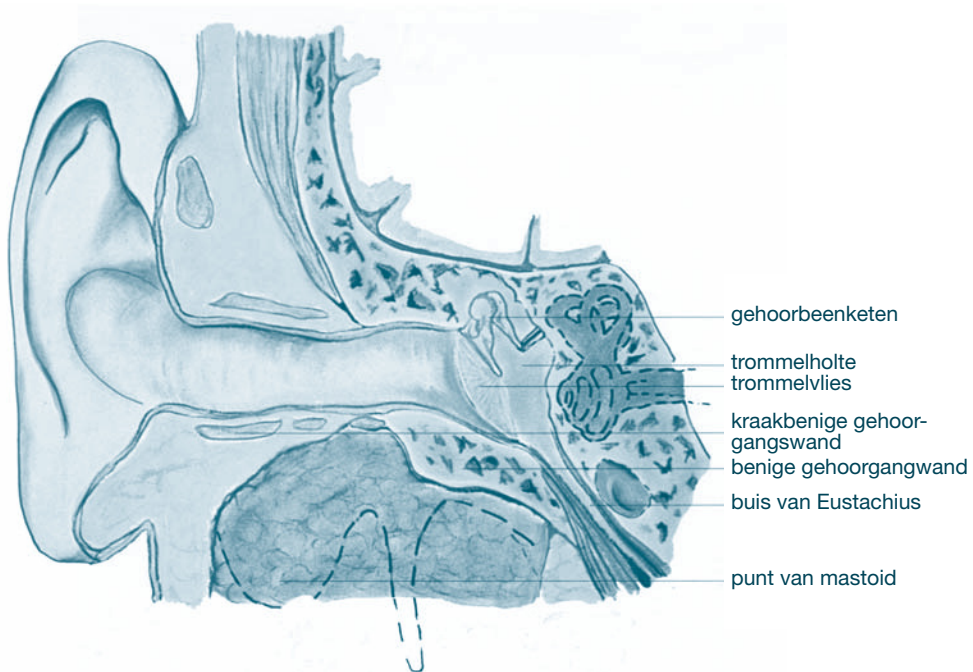
- type A: normale middenoordruk, piekcurve;
- type B: een platte curve, abnormaal, dit wijst op sterk verminderde beweeglijkheid van het trommelvlies, bijvoorbeeld door vloeistof in het middenoor;
- type C: piekcurve met negatieve middenoordruk.

Antwoorden op vragen over trommelvliesbuisjes

- Zwemmen mag, ook met het hoofd onder water, maar diep duiken lijkt niet verstandig.
- Douchen mag, maar zeepwater in het oor moet vermeden worden.
- Afscheiding uit het oor komt regelmatig voor, maar is onschadelijk.
- Er is geen bezwaar tegen het voorschrijven van antibiotica bevattende oordruppels, maar het effect is beperkt. Als het kind zich ziek voelt, kan de huisarts antibiotica voorschrijven. Als dat onvoldoende helpt, overlegt de huisarts met de kno-arts.
- Na een half jaar tot een jaar worden de buisjes vanzelf uitgestoten. Het trommelvlies sluit zich vrijwel altijd spontaan.

Begrippen

adenotomie	amandelen 'pellen': verwijderen van de amandelen
nasofarynxcarcinoom	kanker aan neus, neusbijholten of keelholte
trommelvliesbuisjes	'boordenknooppjes', een kunstmatige opening in het trommelvlies waarin een klein knoepje wordt gezet dat zorgt voor vochtafvloeiing
dB	decibel (maat voor de sterkte van geluid)
tympometrie	meting van de elasticiteit van het trommelvlies



Figuur 1 Het gehoororgaan.

Overgang

Mevrouw De Wis, 49 jaar, vraagt een herhalingsrecept voor hormonen die ze gebruikt tegen opvliegers. Ze vertelt erbij dat ze zo goed helpen, ze heeft nu nooit meer last van opvliegers. U ziet dat zij deze medicijnen nu een half jaar gebruikt. U legt haar uit dat zij volgens het beleid in de praktijk een afspraak moet maken bij de huisarts om te laten bekijken of ze de behandeling wel of niet moet voortzetten.

Inleiding

Onder ‘de overgang’ wordt verstaan: de periode van onregelmatige menstruaties en de eerste menstruatieloze jaren. De laatste menstruatie in het leven van een vrouw heet menopauze. Ook veelgebruikte begrippen zijn perimenopauze en postmenopauze. De perimenopauze is de periode vanaf het moment dat de menstruaties onregelmatiger worden tot een jaar na de menopauze. De postmenopauze is de periode die een jaar na de laatste menstruatie begint.

Er wordt op veel verschillende manieren over de overgang gedacht. De NHG-Standaard De overgang kiest voor de opvatting dat de overgang een fysiologische levensfase is met de daarbij behorende ongemakken. Het is de taak van de huisarts om te differentiëren tussen typische overgangsklachten en andere problemen of klachten in deze levensfase. Het is belangrijk om voorlichting te geven. Wanneer de vrouw erg wordt gehinderd in haar dagelijks functioneren kan medicamenteuze

behandeling worden overwogen. Meestal gaat het hier om hormonale behandeling.

Klachten en achtergronden

De leeftijd waarop de vrouw haar laatste menstruatie heeft, kan erg verschillen. Gemiddeld bereikt de helft van alle vrouwen op het 51e jaar de menopauze. Zo’n 80 procent van de vrouwen heeft in de perimenopauze klachten. Slechts 10 van elke 1.000 vrouwen zoekt hiervoor hulp bij de huisarts.

Gedurende de vruchtbare leeftijd rijpt er gemiddeld één keer per maand een follikel in de eierstok. Hierdoor komen er hormonen vrij die het baarmoederslijmvlies laten groeien.

Wanneer de eicel niet wordt bevrucht, wordt het baarmoederslijmvlies afgestoten. De vrouw menstrueert. Tegen de menopauze zijn er nagenoeg geen follikels meer. Hierdoor krijgt het baarmoederslijmvlies geen hormonale prikkels meer om te groeien, het wordt atrofisch. De menstruaties blijven weg. Door deze hormonale veranderingen kan de vrouw typische overgangsverschuiven krijgen.

Hiertoe rekent men:

- menstruatieveranderingen: onregelmatige menstruaties, meer bloedverlies, langdurig bloedverlies of juist minder bloedverlies;
- opvliegers (korte, plotselinge en hevige warmtesensaties, meestal in het gezicht, de hals en op de borst, al dan niet gevolgd door transpireren), (nachtelijke) transpiratieaanvallen;
- klachten ten gevolge van het dunner worden van het slijmvlies van de schede: vagi-

nale droogheid en dyspareunie (pijn bij het vrijen).

Als gevolg van deze typische overgangsklachten kunnen andere klachten ontstaan, zoals slaapstoornissen door het nachtelijk transpireren. Slaapstoornissen veroorzaken moeheid. Naast de hormonale veranderingen spelen rond de overgangleeftijd ook psychosociale veranderingen een rol. Vaak is dit de leeftijd waarop de kinderen het huis uit gaan en het gezinsleven verandert. Sommige vrouwen ervaren dat als een probleem. Dit kan zich eveneens uiten in klachten van slecht slapen en moeheid.

Als een vrouw wil weten of ze in de overgang is of klachten heeft die door de overgang veroorzaakt kunnen worden, vraagt de huisarts naar de typische overgangsklachten, slaapstoornissen, moeheid en naar psychosociale factoren. Tevens stelt de huisarts vast of er geen sprake is van andere aandoeningen of problemen zoals hyperthyreoïdie, alcoholmisbruik of een paniekstoornis. Bij klachten van dyspareunie vraagt de huisarts naar de gevolgen voor de (seksuele) relatie.

Lichamelijk onderzoek is voor het vaststellen van de overgang niet nodig. Ook bloedonderzoek (zoals het bepalen van het FSH-gehalte) wordt niet aanbevolen. De uitslag is onvoldoende betrouwbaar om de diagnose menopauze te kunnen stellen. In principe kan de diagnose gesteld worden op grond van het gegeven dat de vrouw een jaar niet meer menstrueert.

Wanneer de huisarts aan een hyperthyreoïdie denkt, wordt het TSH bepaald. Bij vrouwen met hevige menstruaties wordt het Hb bepaald.

Beleid

ANTICONCEPTIE

De kans dat een vrouw van boven de 50 jaar zwanger wordt, is klein maar niet geheel afwezig. Daarom dient anticonceptie gebruikt te worden tot een jaar na de laatste menstruatie.

Als een vrouw de pil gebruikt, kan zij pas weten dat ze in de overgang is als zij stopt met de pil en daarna een jaar niet menstrueert. In deze fase dient zij andere anticonceptie te gebruiken zoals het condoom. Op welke leeftijd de vrouw met de pil kan stoppen, bepaalt de huisarts in overleg met haar.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Wanneer de vrouw door zweetaanvallen en opvliegers (vasomotorische klachten) belangrijke beperkingen ervaart in haar dagelijks functioneren, kan de huisarts haar een medicamenteuze behandeling voorstellen. In de meeste gevallen betreft dit hormonale behandeling. De vrouw bepaalt haar keuze door voor- en nadelen van deze behandeling tegen elkaar af te wegen. Over het gebruik van hormonen moeten huisarts of praktijkassistente voorlichting geven.

De voordelen zijn vooral dat de vrouw minder last heeft van opvliegers. Bovendien hebben oestrogenen een gunstig effect op de botstofwisseling. Dit laatste geldt echter alleen bij langdurig gebruik. Lange tijd is gedacht dat oestrogenen beschermen tegen het ontstaan van hart- en vaatziekten. Het tegendeel blijkt echter waar: door hormoongebruik neemt het risico op een CVA en op een myocardinfarct toe.

Een belangrijk nadeel van oestrogenen is dat ze bij langdurig gebruik de kans op het ontstaan van borstkanker verhogen. Ook is er een verhoogde kans op het ontstaan van een trombosebeen en longembolie. Vrouwen die alleen oestrogenen gebruiken, hebben een verhoogde kans op endometriumcarcinoom. Daarom kunnen deze alleen worden voorgeschreven aan vrouwen zonder baarmoeder. Vrouwen die ervoor kiezen hormonen te gebruiken, krijgen het advies na een half jaar een stoppoging te doen en, als dit niet lukt, in elk geval jaarlijks een afspraak te maken om te overwegen met het gebruik te stoppen. Hierbij is het belangrijk dat de huisarts wijst op de toenemende kans op mammacarcinoom en op de vergrote kans op vaatziekten door voortgezet hormoongebruik.

De huisarts kan vrouwen die vanwege vasomotorische klachten hormonen willen gebruiken én anticonceptie nodig hebben (omdat ze nog menstrueren), de anticonceptiepil voorschrijven. Bij de overige perimenopauzale vrouwen en bij postmenopauzale vrouwen schrijft de huisarts een (ander) combinatie-medicijn van oestrogenen en progestagenen voor. Er zijn veel preparaten op de markt. Geadviseerd wordt om kalenderverpakkingen te nemen omdat deze een lage prijs hebben en gemakkelijk zijn in het gebruik. Wanneer er contra-indicaties zijn voor oestrogenen, kan bij opvliegers clonidine worden voorgeschreven.

VOORLICHTING EN ADVIES

De overgang is een normaal fysiologisch proces. Het valt niet te voorspellen in welke mate een vrouw klachten krijgt van de overgang. Omdat er hormonale veranderingen optreden, veranderen de menstruaties en krijgen vrouwen last van opvliegers en (nachtelijke) transpiratieaanvallen. In een latere fase kan een droge schede of pijn bij het vrijen ontstaan. Klachten van moeheid en slapeloosheid ont-

staan als gevolg van de nachtelijke transpiratieaanvallen. Ook kunnen veranderende levensomstandigheden van invloed zijn op hoe de vrouw zich voelt. Mede daarom is het aan te bevelen stil te staan bij nieuwe mogelijkheden die de toekomst biedt, zoals meer tijd voor werk of hobby's.

Uw belangrijkste taak is het geven van voorlichting: welke klachten horen bij de overgang en wat is er aan te doen? Ook voorlichting over de voor- en nadelen van hormoonbehandeling hoort daarbij. Verder hebt u een signalerende functie bij het aanvragen van recepten voor hormonale behandeling. In de praktijk kan de afspraak zijn gemaakt dat u bij de aanvraag van een herhalingsrecept aan de patiënte voorstelt daarvoor contact op te nemen met de huisarts.

Over de overgang zijn drie NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Begrippen	
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van hersenfuncties
dyspareunie	pijn bij seksueel contact
endometriumcarcinoom	kanker van het slijmvlies dat de baarmoeder bekleedt
follikel	zakje of blaasje in de eierstok waarin het eitje tot rijping komt
FSH	follikelstimulerend hormoon, een hormoon geproduceerd in de pijnappelklier dat stimuleert tot een eisprong
hyperthyreoïdie	te snelle werking van de schildklier
hypofyse	pijnappelklier, klein aanhangsel onder aan de hersenen dat talrijke hormonen produceert
mammacarcinoom	borstkanker
myocardinfarct	hartinfarct
perimenopauze	de periode waarin onzekerheid bestaat over het al dan niet definitief ophouden van de menstruatie
postmenopauze	de periode na de overgang
TSH	thyreoïdstimulerend hormoon, een hormoon in de hypofyse dat de schildklier stimuleert tot schildklierhormoonafgifte
urogenitale atrofie	letterlijk: verschrompeling (het droger worden) van het slijmvlies van de urineweg- en geslachtsorganen
vasomotorische klachten	klachten die optreden door verwijding of vernauwing van bloedvaten

Pelvic inflammatory disease

U heeft Ineke Dalhoeven, 22 jaar, aan de telefoon. Een paar maanden geleden raakte u met haar aan de praat omdat ze twijfelde of ze de pil nog wel zou slikken. Ze had net haar relatie verbroken. Bovendien was ze van plan in een nieuwe relatie een condoom te gebruiken. Uiteindelijk leek het verstandig de pil toch nog even te blijven slikken.

Nu belt ze op met pijn in de onderbuik. Die heeft ze sinds gisteren. Toen was het nog wel uit te houden, ze dacht dat het van de darmen kwam, maar nu wordt de pijn steeds heviger. Ze heeft ook een koortsig gevoel. Er is een beetje bloedverlies uit de vagina, ze heeft pas de pil een keer vergeten. U maakt dezelfde ochtend nog een afspraak bij de huisarts. U vraagt Ineke een potje urine mee te nemen en de temperatuur op te nemen.

Inleiding

In de NHG-Standaard Pelvic inflammatory disease worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en het beleid bij patiënten met deze aandoening. Een 'pelvic inflammatory disease' (PID) is een ontsteking in het kleine bekken door de verspreiding van een infectie vanuit de vagina en de cervix naar onder meer het slijmvlies in de baarmoeder en de eileiders.

In een normpraktijk ziet een huisarts 2 tot 3 vrouwen per jaar met een PID. Meestal betreft het vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

Klachten en achtergronden

Meestal wordt een PID veroorzaakt door een seksueel overdraagbaar micro-organisme zoals *Chlamydia trachomatis* (chlamydia-infectie) of *Neisseria gonorrhoeae* (gonorroe). Maar ook 'gewone' darm- of vaginabacteriën kunnen een PID veroorzaken.

Op de korte termijn kan een PID vervelende complicaties hebben, bijvoorbeeld ontsteking van het peritoneum van het kleine bekken en de daarin gelegen organen of een abces aan de eierstokken. De belangrijkste complicaties op de lange termijn zijn onvruchtbaarheid en een buitenbaarmoederlijke zwangerschap. Vrouwen die een PID hebben doorgemaakt, hebben een verhoogd risico van chronische klachten in de onderbuik en problemen bij het vrijen.

Bij een vrouw met pijn in de onderbuik, al dan niet met koorts of algemeen ziek-zijn, moet aan een PID worden gedacht. Als kort geleden een spiraaltje is geplaatst of als de patiënte een curettage heeft ondergaan, is de kans op een PID groter. Ook na een bevalling komt infectie van baarmoeder en eileiders vaker voor.

De huisarts vraagt naar seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's). Er is een soa-risico bij:

- onbeschermd seksueel contact met wisselende partners (of met een partner met wisselende contacten) of met een nieuwe partner;
- een partner met urethritisklachten of met een bewezen soa.

De huisarts vraagt ook naar andere klachten die buikpijn kunnen veroorzaken, zoals klachten bij het plassen en een (veranderd) ontlastingspatroon, en hij vraagt of er sprake kan zijn van zwangerschap.

Bij het lichamelijk onderzoek wordt de lichaamstemperatuur gemeten, wordt de buik onderzocht en speculumonderzoek verricht. Daarbij is de huisarts alert op eventuele etterige afscheiding uit de baarmoedermond. Ook wordt een vaginaal toucher uitgevoerd; de huisarts bekijkt daarbij of er sprake is van opdrukpijn, slingerpijn, pijnlijke eierstokken of zwellingen aan de eierstokken.

Aanvullend onderzoek kan bestaan uit:

- urineonderzoek (zie het hoofdstuk Urine-weginfecties);
- bepaling van de bezinkingssnelheid (BSE);
- afname van materiaal uit baarmoedermond en plasbuis voor onderzoek naar een chlamydia-infectie en gonorroe met de DNA-amplificatietest, en ook voor een kweek op en resistentiebepaling van gonorroe;
- een zwangerschapstest, als zwangerschap niet met zekerheid kan worden uitgesloten.

Om de diagnose PID te stellen moeten meerdere van de volgende kenmerken aanwezig zijn:

- niet-acute pijn in de onderbuik;
- opdruk- of slingerpijn bij vaginaal toucher;
- pijnlijke of gezwollen eierstokken;
- BSE hoger dan 15 of een temperatuur hoger dan 38 graden Celsius;
- geen aanwijzingen voor een andere diagnose.

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij de voorlichting over PID wordt vooral aandacht besteed aan het belangrijke aandeel van seksueel overdraagbare micro-organismen. Het seksuele contact waarbij besmetting is opgetreden, hoeft niet altijd recent te hebben plaatsgevonden. Vooral een chlamydia-infectie kan bij vrouwen soms jarenlang aanwezig zijn

zonder klachten te veroorzaken. Bij mannen zijn hierover geen gegevens bekend. Daarom moet de (vaste) mannelijke partner zich laten onderzoeken, ook als hij geen klachten heeft. Het waarschuwen van seksuele partners moet aan de orde worden gesteld. Zo nodig kan daarvoor naar de GGD worden verwezen.

De huisarts adviseert geen inspannende werkzaamheden ter verrichten totdat de klachten duidelijk verminderd zijn. De patiënt moet de eerste dagen elke dag de temperatuur opnemen totdat deze normaal is.

Bij de controle na twee weken (zie Medicamenteuze behandeling) bespreekt de huisarts de gevolgen van het doornemen van een PID voor de vruchtbaarheid en de anticonceptie. Hij legt uit dat na een PID ongeveer 13 procent van de vrouwen verminderd vruchtbaar is. Een spiraaltje als anticonceptiemiddel is minder gewenst als er sprake is van risicogedrag op seksueel gebied (en het onwaarschijnlijk is dat dat zal veranderen). Ter preventie van een nieuwe PID en van een soa wordt het belang van condoomgebruik benadrukt, ook bij vrouwen die reeds de anticonceptiepillen gebruiken.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Als het zeer waarschijnlijk is dat een PID de oorzaak van de klachten is, wordt direct met antibiotica begonnen. Er zijn aanwijzingen dat snelle behandeling complicaties op de lange termijn kan voorkomen. De medicamenteuze behandeling van PID is gericht op de meest voorkomende verwekkers. Gedurende veertien dagen worden ofloxacin en metronidazol voorgeschreven. Bij een sterk vermoeden van gonorroe wordt een eenmalige injectie met cefotaxim toegevoegd aan een kuur met doxycycline en metronidazol. Na het bekend worden van de kweekresultaten en het resistentiepatroon past de huisarts de behandeling eventueel aan.

Na twee dagen én na twee weken vindt controle plaats. Bij de eerste controle wordt het effect van de antibiotica beoordeeld. Als de klachten voor die tijd verergeren, moet de patiënt eerder contact opnemen. Ook na af-

loop van de kuur moet de vrouw op het spreekuur komen. Als de klachten niet of weinig verbeteren, herhaalt de huisarts het lichamenlijk onderzoek.

VERWIJZING

De huisarts verwijst naar de gynaecoloog bij:

- twijfel over de diagnose;
- ernstig algemeen ziek-zijn;
- onvoldoende effect van de behandeling;
- vermoeden van een abces in het kleine bekken;
- patiënten met in het algemeen een verminderde weerstand;
- zwangerschap.

Bij de triage van een patiënte met onderbuikpijn kunt u aanwijzingen vinden dat het om een patiënte met een mogelijke pelvic inflammatory disease (PID) gaat. Een patiënte met een mogelijke PID moet dezelfde dag nog door de huisarts worden onderzocht. U vraagt haar thuis de temperatuur op te nemen en versgeloosde urine mee te brengen. De huisarts kan u vragen om bloed af te nemen voor de bepaling van de BSE en de urine te onderzoeken. In de praktijk moet materiaal aanwezig zijn voor onderzoek naar een chlamydia-infectie en gonorrhoe. Na afname zorgt u ervoor dat het materiaal wordt bewaard en verzonden volgens de richtlijnen van het laboratorium.

Begrippen	
abces	ontsteking, gezwel
BSE	bezinkingssnelheid van erythrocyten (rode bloedlichaampjes)
<i>Chlamydia trachomatis</i>	micro-organisme dat een chlamydia-infectie veroorzaakt en door geslachtsverkeer wordt overgedragen
curettag	verwijdering van weefsel of weefselresten uit de baarmoeder
DNA-amplificatietest	test waarmee het DNA van een virus kan worden aangetoond
endometrium	slijmvlies in de baarmoederholte
<i>Neisseria gonorrhoea</i>	micro-organisme dat gonorrhoe veroorzaakt en door geslachtsverkeer wordt overgedragen
opdrukpijn	pijnklasten die worden veroorzaakt door het omhoogdrukken van de baarmoeder bij het inwendig onderzoek van de vagina
peritoneum	buikvlies
resistentiebepaling	onderzoek om te bepalen voor welk antibioticum een ziekteverwekker (niet gevoelig is
slingerpijn	pijnklasten die worden veroorzaakt door het heen-en-weer bewegen van de baarmoedermond bij het inwendig onderzoek van de vagina
urethritis	infectie van de urethra, de plasbuis
vaginaal toucher	inwendig onderzoek van schede, eierstokken en baarmoeder

Perifeer arterieel vaatlijden

Meneer De Bie, 68 jaar, komt zoals gewoonlijk voor zijn vrouw een recept ophalen. Voor hij naar huis terugloopt, gaat hij altijd even in de wachtkamer zitten en brengt daar het gesprek op gang. U weet dat hij daar niet alleen voor de gezelligheid gaat zitten; hij heeft last van slechte doorbloeding in zijn benen. Na het stukje lopen naar de praktijk moet hij even rusten om de pijn in zijn benen te laten zakken. Het is wel goed voor z'n benen dat hij naar de praktijk komt lopen. Kort geleden is het hem gelukt te stoppen met roken; een enorme prestatie voor iemand die ruim veertig jaar heeft gerookt!

Inleiding

Perifeer arterieel vaatlijden (PAV) is een uiting van algemeen atherosclerotisch vaatlijden en hangt dus samen met een verhoogde kans op het krijgen van angina pectoris, een hartinfarct of een CVA. De huisarts geeft patiënten met PAV het advies om dagelijks te lopen en – indien van toepassing – te stoppen met roken. Als een patiënt veel klachten ervaart, kan hij of zij voor behandeling naar de vaatspecialist worden verwezen. Het ligt in de verwachting dat met de toenemende vergrijzing van de bevolking het aantal mensen met PAV zal toenemen.

Klachten en achtergronden

Twee van de drie mensen met PAV ondervinden hiervan geen klachten. Afhankelijk van de klachten en verschijnselen worden vier stadia van PAV onderscheiden.

- Stadium 1: geen klachten.
- Stadium 2: klachten van claudicatio intermittens ('etalagebenen').
- Stadium 3: ischemische klachten aan voet of been in rust en/of trofische stoornissen.
- Stadium 4: ulcera of dreigende necrose aan de voet.

Risicofactoren voor het krijgen van PAV zijn roken, een hoge leeftijd, diabetes mellitus en hypertensie. De rol van een verhoogd cholesterolgehalte is nog onduidelijk.

PAV komt even vaak voor bij mannen als bij vrouwen. Er zijn wel aanwijzingen dat mannen sneller klachten krijgen dan vrouwen.

De huisarts vraagt de patiënt naar de aard en de plaats van de klachten, naar de maximale loopafstand (meer of minder dan 100 meter), pijn in rust, nachtelijke pijn en huidafwijkingen. Verder is van belang hoe snel de klachten zijn ontstaan en verergerd en in hoeverre de patiënt zich door de klachten beperkt voelt in het dagelijks leven. Ook gaat de huisarts risicofactoren na, inclusief het voorkomen van hart- en vaatziekten bij familieleden voor het 60e levensjaar. Sommige medicijnen, zoals bètablokkers, kunnen de klachten verergeren.

Bij het lichamenlijk onderzoek let de huisarts op huidafwijkingen aan de voeten en de onderbenen, hij gaat na of er verschil in huid-

temperatuur is tussen het linker- en rechterbeen en voelt of de arteriën op diverse plaatsen kloppen. De bloeddruk wordt gemeten en de queteletindex bepaald.

Beleid

Als de huisarts op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek geen aanwijzingen voor PAV heeft gevonden, is aanvullend onderzoek niet nodig. Als er wel aanwijzingen zijn voor PAV, kan dopplersonderzoek hierover in veel gevallen uitsluitsel geven. Dit onderzoek vindt doorgaans plaats in het vaat- of het huisartsenlaboratorium. Sommige huisartsen voeren het onderzoek zelf uit.

Als de diagnose PAV is gesteld, worden het nuchtere glucosegehalte en het cholesterolgehalte bepaald. Als hierbij afwijkingen aan het licht komen, wordt behandeling ingesteld.

Bij PAV is het doel van het beleid dat de klachten verminderen of in elk geval niet erger worden, dat de kwaliteit van leven wordt verbeterd en de kans op andere hart- en vaatziekten afneemt. De behandeling tot en met stadium 2 bestaat uit looptraining en stoppen met roken. Bij de looptraining moet de patiënt gedurende minimaal drie tot zes maanden dagelijks oefenen. Door dit te doen vergroot de patiënt de afstand die hij of zij pijnloos kan lopen. Patiënten die met roken stoppen, merken direct dat ze verder kunnen lopen. Ook de prognose verbetert daardoor aanzienlijk. Toch stopt slechts een klein gedeelte van alle patiënten met PAV met roken.

In alle stadia is de aanpak van de risicofactoren voor hart- en vaatziekten (hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus) belangrijk. De huisarts schrijft acetylsalicylzuur voor om het risico op hart- en vaatziekten te verminderen. Vaatverwijdende middelen hebben geen effect. De effecten van ginkgo biloba en chelatietherapie (alternatieve therapieën waarvoor veel reclame wordt gemaakt) zijn niet voldoende aangetoond.

Bij een snelle verslechtering, als de patiënt duidelijk door de klachten wordt geïncapaciteerd of als er sprake is van een vergevorderd stadium van PAV, verwijst de huisarts de patiënt naar de vaatchirurg, radioloog of vaatpolikliniek voor nader onderzoek en eventueel behandeling.

Indien verwijzing niet nodig is, wordt gedurende de eerste drie maanden eenmaal per maand gecontroleerd en vervolgens gedurende het eerste jaar eenmaal per drie maanden. Bij de controles wordt aandacht besteed aan het beloop van de klachten, aan de vraag of de adviezen over looptraining en stoppen met roken zijn opgevolgd en aan de eventuele behandeling van risicofactoren voor andere hart- en vaatziekten. Als na een jaar de klachten stabiel blijken te zijn, hoeft de patiënt minder vaak gecontroleerd te worden (minimaal eenmaal per jaar).

VOORLICHTING EN ADVIES

PAV is een langzaam verergerende aandoening. Door middel van looptraining en door niet te roken kan de patiënt een belangrijke bijdrage aan verbetering leveren. De verbetering kan optreden in de eerste weken tot meer dan een half jaar na het starten van de looptraining.

Regelmatige controle is bij PAV van belang. Bij alarmsymptomen zoals acute pijn, snelle verslechtering of pijn in rust dient de patiënt contact op te nemen voor hernieuwd onderzoek.

Bij alle stadia van PAV vormt vermindering van de risicofactoren de basis van het beleid (stoppen met roken, behandeling van hypertensie, diabetes mellitus en hypercholesterolemie).

Het beleid bij PAV wordt bepaald door het stadium van de aandoening, de progressie, de ervaren pijn en de sociale belemmering, de combinatie van risicofactoren en bijkomende ziekten.

U speelt een rol bij de voorlichting over stoppen met roken en de begeleiding van patiënten die inderdaad stoppen. Ook kan het uw taak zijn controles te verrichten bij de aanwezigheid van andere risicofactoren voor hart- en vaatziekten, bijvoorbeeld hypertensie, diabetes mellitus en hypercholesterolemie.

Er is een NHG-Patiëntenbrief verschenen over wandeladvies bij claudicatio intermittens.

Begrippen	
acetylsalicylzuur	medicijn dat de samenklontering van bloedcellen (stolling) remt
atherosclerotische plaques	verharding als gevolg van aderverkalking
chelatietherapie	methode waarbij door toedienen van de stof edetaat in de bloedbaan geprobeerd wordt om atherosclerotische plaques te laten slinken
claudicatio intermittens	klachtenpatroon waarbij er bij inspanning (lopen) pijn ontstaat in de beenspieren (kuit, dijbeen, bil), die na rust binnen tien minuten volledig verdwijnt en die bij inspanning opnieuw ontstaat, zonder dat er sprake is van pijn in rust
etalagebenen	zo worden klachten van claudicatio intermittens in de volksmond genoemd; de klachten nemen immers af in rust, dus bijvoorbeeld als iemand stilstaat om in een etalage te kijken
ginkgo biloba	plantenextract uit de traditionele Chinese geneeskunde
hypercholesterolemie	te hoog cholesterolgehalte in het bloed
hypertensie	hoge bloeddruk
ischemisch	gepaard gaande met tekort aan bloed
necrose	versterf, plaatselijke dood van weefsel of cellen
perifeer arterieel vaatlijden (PAV)	atherosclerose in de beenvaten met of zonder klachten
queteletindex	genoemd naar een Belgische antropoloog: maat voor de verhouding tussen gewicht en lengte (gewicht gedeeld door het kwadraat van de lengte); een getal boven de 27 kg/m ² geldt als fors overgewicht; om de berekening te vergemakkelijken zijn er handige schuiftabellen
trofische stoornis	stoornis in de voeding van weefsel
ulcus (mv. ulcera)	zweer

Prikkelbaredarmsyndroom

Mevrouw Giessen, 25 jaar, heeft last van haar buik. Ze heeft dat wel vaker, maar deze keer is het erger dan anders. Haar buik voelt opgeblazen en ze heeft last van winderigheid. Haar ontlasting was enkele dagen wat harder, maar vandaag is ze al drie keer naar het toilet geweest voor dunnere ontlasting. Ze wil graag een afspraak met de huisarts, want ze begint zich ongerust te maken over haar klachten.

Inleiding

Een prikkelbare darm veroorzaakt darmklachten zonder dat daarvoor een lichamelijke oorzaak te vinden is. Deze klachten worden ook wel een spastische darm of spastisch colon genoemd. Deze benaming is niet juist: een oorzaak voor de klachten bij een prikkelbare darm is tot nu toe niet gevonden.

Het prikkelbaredarmsyndroom komt voor bij 15 tot 20 procent van de vrouwen en 5 tot 20 procent van de mannen, meestal tussen het 15e en 65e levensjaar. Slechts een derde van deze groep zoekt hiervoor medische hulp. De klachten zijn langdurig.

Voorwaarde voor het stellen van de diagnose door de huisarts is dat andere aandoeningen voldoende uitgesloten zijn. Wanneer de huisarts een darmziekte vermoedt die door een ontsteking of maligniteit veroorzaakt wordt, kan de patiënt naar de internist worden verwezen om de diagnose zeker te stellen. De internist heeft geen andere mogelijkheden om

het prikkelbaredarmsyndroom te behandelen dan de huisarts.

Klachten en achtergronden

Er is sprake van het prikkelbaredarmsyndroom als een patiënt gedurende langere tijd continu of met tussenpozen buikpijn heeft met daarbij één of meer van de volgende klachten of bevindingen:

- opgeblazen gevoel in de buik;
- wisselend ontlastingspatroon;
- slijm zonder bloedbijmenging in de ontlasting;
- winderigheid;
- bij onderzoek van de buik een drukpijnlijke dikke darm.

Alle mogelijke verklaringen voor het ontstaan van het prikkelbaredarmsyndroom (bijvoorbeeld vezelarme voeding, voedselallergie, buikgriep, psychische oorzaken) kunnen door wetenschappelijk onderzoek niet worden aangetoond. De oorzaak is dus onbekend. Patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom blijken vaak ook andere klachten te hebben zoals: misselijkheid, moeheid en pijn bij het plassen. De patiënten met het prikkelbaredarmsyndroom die op het spreekuur komen, hebben vaker last van angst, depressie en stress dan mensen die niet op het spreekuur komen (met of zonder prikkelbaredarmsyndroom). Naarmate de patiënt meer angst heeft voor een lichamelijke aandoening, komt hij vaker op het spreekuur.

Bij patiënten met buikklachten moet eerst worden onderzocht of de klachten geen andere oorzaak hebben. In de volgende gevallen is onderzoek aangewezen:

- bij diarree die langer duurt dan twee weken, zeker in combinatie met ernstig ziekzijn of rectaal bloedverlies;
- bij oudere patiënten die voor het eerst klachten hebben;
- bij darmkanker (van het colon of het rectum) in de familie, vooral bij eerstegraads familieleden jonger dan 45 jaar;
- bij onbedoeld gewichtsverlies (3 kg in een maand);
- bij rectaal bloedverlies;
- bij temperatuurverhoging;
- na verblijf in de (sub)tropen.

Wanneer er aanwijzingen zijn voor andere oorzaken van de klachten, is aanvullend onderzoek nodig (bijvoorbeeld bloedonderzoek, sigmoidoscopie, X-colon).

Beleid

Als de patiënt beperkt hinder ondervindt van het prikkelbaredarmsyndroom en niet bijzonder ongerust is, zijn geruststelling, uitleg en een enkel advies voldoende.

Bij ernstige ongerustheid zijn meerdere consulten nodig. De huisarts zal dan proberen de klachten stapsgewijs te beïnvloeden door een gedragsmatige aanpak. De huisarts zal aandacht besteden aan de ongerustheid van de patiënt en uitleg geven over de aard en prognose van het prikkelbaredarmsyndroom. Eventueel moeten andere aandoeningen worden uitgesloten.

Voorlichting en advies voor zelfzorg zijn de basis voor de behandeling. Medicijnen zijn niet nodig.

De huisarts verzoekt de patiënt een nieuwe afspraak te maken bij:

- ernstige ongerustheid;
- hardnekkige klachten met ernstige hinder of disfunctioneren;

- langer dan twee weken bestaande diarree;
- obstipatie die niet reageert op de geadviseerde maatregelen;
- klachten die kunnen wijzen op ernstige gastro-intestinale pathologie zoals rectaal bloedverlies of onbedoeld gewichtsverlies (arbitrair meer dan 3 kg in een maand).

VOORLICHTING EN ADVIES

Een goede verklaring voor de klachten van het prikkelbaredarmsyndroom is nog niet gevonden. Er is geen verhoogd risico op het ontstaan van ernstige darmziekten. Soms lijken de klachten te ontstaan na een darminfectie of in een periode van grote spanning. De klachten zijn vaak langdurig, komen in periodes voor, en zijn doorgaans wisselend van aard. Medicijnen worden niet aangeraden omdat van geen enkel medicijn is aangetoond dat het effectief is.

De behandeling bij het prikkelbaredarmsyndroom bestaat uit het geven van de volgende zelfzorgadviezen aan de patiënt.

- Probeer na te gaan met welke omstandigheden uw klachten samenhangen. Het kan helpen een klachtendagboek bij te houden.
- Probeer spanningen te verminderen.
- Probeer de bezorgdheid over uw darmklachten te verminderen; de klachten kunnen door de zorgen aanhouden of verergeren. Let erop dat u geen activiteiten uit de weg gaat uit angst voor het optreden van de klachten.
- Eet gezond en regelmatig.
- Zorg voor voldoende lichaamsbeweging.
- Volg bij obstipatieklachten een vezelrijk dieet of gebruik medicinale vezels. Drink daarbij ruim. Eventueel kan een laxerend medicijn voorgeschreven worden.

Wanneer een patiënt zich zorgen blijft maken over de klachten, is een consult bij de huisarts aangewezen.

Het wisselende karakter van de klachten bij het prikkelbaredarmsyndroom kan aanleiding geven tot ongerustheid. Ook als patiënten weten dat zij lijden aan het prikkelbaredarmsyndroom, kunnen de buikpijn of de bijkomende klachten in frequentie of ernst zo hevig zijn dat zij toch bang zijn dat er iets anders aan de hand is. U kunt samen met de patiënt nagaan of er reden is voor ongerustheid en voor een afspraak op het spreekuur van de huisarts. U dient er wel alert op te zijn dat ook bij deze patiënten de buikpijn een ernstige, acute oorzaak kan hebben. Bij twijfel hierover en ook wanneer u de patiënt niet gerust kunt stellen, maakt u een afspraak op het spreekuur.

Het NHG heeft een patiëntenbrief over het prikkelbaredarmsyndroom ontwikkeld.

Begrippen	
colon	dikke darm
rectum	endeldarm
sigmoïdoscopie	onderzoek waarbij met een flexibele scoop in de endeldarm en het laatste deel van de dikke darm wordt gekeken
X-colon	röntgenfoto van de dikke darm

Problematisch alcoholgebruik

Willem Verhagen, 31 jaar, staat aan de balie. Hij heeft weer last van zijn maag. Ruikt hij nu weer naar alcohol? De huisarts heeft het drankgebruik wel eens ter sprake gebracht, maar dan zegt Willem dat hij niet veel drinkt. Eigenlijk alleen in het weekend en soms door de week als er een bijzondere aanleiding voor is. Hij vertelt dat hij trouwens erg goed tegen drank kan. Hij is nooit dronken en drinkt alleen maar bier en geen sterke drank. Wat moet u hiervan denken? U besluit het toch straks maar even tegen de huisarts te zeggen.

Inleiding

In de NHG-Standaard wordt de volgende definitie van problematisch alcoholgebruik gehanteerd: ‘een drinkpatroon dat leidt tot lichamelijke klachten en/of psychische of sociale problemen dan wel verhindert dat bestaande problemen adequaat worden aangepakt’. De hoeveelheid alcohol die iemand drinkt, is daarbij van ondergeschikt belang. Het gaat hier met name om de probleemdrinkers: die patiënten die meer drinken dan goed voor hen is, maar die niet als notoire alcoholisten bij de huisarts bekend staan. Een bijzondere variant van problematisch alcoholgebruik is ‘binge’-drinken: het drinken van grote hoeveelheden alcohol in een korte periode, afgewisseld met dagen zonder alcoholgebruik. Vooral onder jongeren komt binge-drinken regelmatig voor. Het gebruik van alcohol is in Nederland tus-

sen 1965 en 1980 verdubbeld. Sindsdien is de totale consumptie gestabiliseerd. Het aantal probleemdrinkers is echter toegenomen. Een huisartsenpraktijk van 2350 patiënten telt circa 200 probleemdrinkers. Bij patiënten die de huisarts vaak consulteren en die geen duidelijke hulpvraag hebben of bij wie geen duidelijke diagnose is te stellen, dient de huisarts alert te zijn op de mogelijkheid van problematisch alcoholgebruik.

Veel artsen vinden het moeilijk om in het gesprek met de patiënt een relatie te leggen tussen klachten en mogelijk overmatig alcoholgebruik. Zij zijn bang de patiënt te kwetsen, vooral als deze niet zelf het alcoholgebruik aan de orde stelt. Toch zouden huisartsen niet moeten schromen problematisch alcoholgebruik ter sprake te brengen, vooral omdat een vroegtijdige signalering ervan de kans op een succesvolle behandeling van die patiënten vergroot.

Klachten en achtergronden

Problematisch alcoholgebruik kan de volgende consequenties hebben.

- Overgewicht als gevolg van de hoeveelheid calorieën in alcohol, maar ook ondergewicht en tekorten aan vitamines als gevolg van ongezonde voeding.
- Vaker betrokken bij ongevallen.
- Maligne aandoeningen: vooral in de mond- en keelholte. Ook het risico van borstkanker is licht verhoogd.
- Aandoeningen van het maag-darmkanaal: slijmvliesbeschadiging in maag en dunne darm, leverbeschadiging (levercirrose),

ontsteking van de pancreas (met als mogelijk gevolg diabetes mellitus).

- Hart- en vaatziekten: hypertensie, CVA, ritmestoornissen en aandoeningen van de kransslagaders.
- Neurologische problemen: polyneuropathie en het syndroom van Wernicke-Korsakoff. Vooral ‘binge’-drinken kan leiden tot hersenschade, hetgeen soms pas na jaren blijkt door stoornissen van aandacht, concentratie en geheugen.

Meestal presenteert de patiënt het alcoholgebruik niet als probleem. Problematisch alcoholgebruik dient daarom onder meer te worden overwogen bij psychische of sociale problemen, bij klachten over moeheid en malaise, bij maag-darmproblematiek of frequent gebruik van en verzoek om tranquillizers en slaapmiddelen. Ook bijvoorbeeld veelvuldig spreekuurbezoek, onduidelijke klachten, ongevallen en fracturen, jicht en seksuele problemen kunnen het vermoeden van problematisch alcoholgebruik versterken.

Bij een sterk vermoeden bespreekt de huisarts het alcoholgebruik met de patiënt. Bij lichamelijke signalen verricht de huisarts lichamenlijk onderzoek. Problematisch alcoholgebruik kan leiden tot hypertensie, dus wordt ook de bloeddruk gemeten.

De huisarts kan het alcoholgebruik op directe en op indirecte wijze benaderen. Patiënten waarderen een directe benadering in het algemeen niet negatief, bijvoorbeeld: ‘Heeft u zelf wel eens overwogen dat deze klachten met alcoholgebruik kunnen samenhangen?’ Bij een indirecte benadering legt de huisarts uit dat de gepresenteerde klacht uiteenlopende oorzaken kan hebben, waarvan alcoholgebruik er één is. De vragen over het alcoholgebruik worden dan ingebed in een anamnese waarbij naar de leefstijl wordt gevraagd. Om problematisch alcoholgebruik op te sporen kan de huisarts de patiënt de Five-Shot-vragenlijst voorleggen (zie tabel 1). De huisarts gaat na welke functie het alcoholgebruik heeft en welke problematiek ermee

samenhangt. Welke positieve effecten heeft het alcoholgebruik op de patiënt (bijvoorbeeld zich prettig en minder geremd voelen)? Welke gevoelens en ideeën heeft de patiënt omtrent het alcoholgebruik? Drinkt hij bewust of uit gewoonte? Hoe is het drinkgedrag en onder welke omstandigheden drinkt de patiënt, alleen of in gezelschap? Kan hij na enkele glazen stoppen? Wanneer drinkt de patiënt? Is er alcoholproblematiek in de naaste familie? Heeft de patiënt al wel eens geprobeerd te stoppen?

Beleid

De huisarts streeft ernaar dat de patiënt zich bewust wordt van de nadelen van het alcoholgebruik en alternatieven vindt voor de vermeende voordelen. Een bruikbare methode is de vermeende voordelen van het drinken met de patiënt verkennen en benadrukken. Als reactie gaat de patiënt vaak uit zichzelf de nadelen noemen, met als gevolg dat die zwaarder gaan wegen. Dit stimuleert een keuze voor vermindering van het alcoholgebruik. De eigen verantwoordelijkheid van de patiënt is het uitgangspunt. Gedragsverandering wordt niet bevorderd door de patiënt onder druk te zetten.

De patiënt die zijn alcoholgebruik wil verminderen of stoppen, doorloopt dezelfde stadia als iemand die van een andere verslaving af wil komen zoals roken. De aanpak van de huisarts sluit aan bij het stadium waarin de patiënt zich bevindt (zie kader Stadia van gedragsverandering).

De patiënt kiest in overleg met de huisarts ervoor om te gaan minderen of om direct geheel te stoppen. In het algemeen is de kans op terugval bij bewust minder drinken niet groter dan bij totaal stoppen. Minder drinken is makkelijker in het sociale leven in te passen dan volledig stoppen.

Het kan de patiënt helpen om een alcoholdagboek bij te houden waarin de hoeveelheden, tijdstippen en omstandigheden van het alcoholgebruik worden vermeld. Het is van belang dat de huisarts de patiënt regelmatig

op het spreekuur terugziet en de gemaakte afspraken bespreekt.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts vertelt dat overmatig alcoholgebruik diverse psychosociale klachten kan veroorzaken.

De hoeveelheid alcohol in een voor een bepaalde drank bestemd glas, de zogenaamde standaardconsumptie, is steeds evenveel (een glas bier bevat evenveel alcohol als een glas wijn of een borrelglasje jenever). In het algemeen houdt men vast aan een maximaal gebruik van 14 eenheden voor vrouwen en 21 eenheden voor mannen. Als veilige grenswaarde voor ouderen wordt vaak één eenheid per dag gehanteerd.

De lever speelt een centrale rol bij de afbraak van alcohol. De mening dat alcohol sneller wordt afgebroken door het drinken van sterke koffie is onjuist.

Veelvoorkomende onthoudingsverschijnselen zijn: slaapproblemen, prikkelbaarheid, angst, hoofdpijn, maag-darmproblemen, verhoogde bloeddruk en tremoren.

Als de begeleiding mislukt of als er sprake is van een ernstige vorm van verslaving, wordt de patiënt verwezen naar een instelling voor verslavingszorg (CAD), het algemeen maatschappelijk werk (AMW) of naar de zelfhulporganisatie Anonieme Alcoholisten (AA).

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

De medicamenteuze behandeling kan bestaan uit de bestrijding van onthoudingsverschijnselen, aanvulling van het vitaminedeficiëntie en terugvalpreventie.

Lichte onthoudingsverschijnselen, bijvoorbeeld slaapproblemen en prikkelbaarheid, hoeven niet medicamenteus behandeld te worden. Bij ernstige onthoudingsverschijnselen (overactiviteit, angst, verhoogde prikkelbaarheid of tremoren) schrijft de huisarts chloordiazepoxide voor. Bij ouderen of personen met door alcoholgebruik veroorzaakte leverbeschade wordt oxazepam aanbevolen. De patiënt gebruikt chloordiazepoxide of oxazepam gedurende een week. Bij ernstige ont-

wenningsverschijnselen controleert de huisarts dagelijks en verwijst hij zo nodig naar het CAD. Ontgiftiging in het ziekenhuis wordt aanbevolen als de ontwenningverschijnselen niet voldoende onderdrukt kunnen worden.

Een patiënt die overmatig alcohol gebruikt en daarbij niet gezond eet, wordt vitamine B₁ voorgeschreven. Als de patiënt weer een gezond voedingspatroon heeft, kan de dosis in de loop van een maand worden afgebouwd. Bij ernstige tekorten wordt ten minste 100 mg per dag geadviseerd. Bij polyneuropathie, geheugenproblemen of maag- en darmklachten met een resorptiestoornis kan die dosis de eerste dagen per injectie (thiamine 100 mg) toegediend worden.

Ter voorkoming van een terugval zijn in Nederland enkele geneesmiddelen beschikbaar, maar gezien hun geringe werkzaamheid wordt het gebruik niet aanbevolen (tenzij in overleg met een instelling van verslavingszorg).

Als praktijkondersteuner of -assistente kunt u worden ingeschakeld bij de begeleiding van patiënten die overmatig alcohol gebruiken. Kennis van de stadia van gedragsverandering (zie kader Stadia van gedragsverandering) is daarbij onontbeerlijk.

Los daarvan kunt u een rol spelen bij het signaleren van problematisch alcoholgebruik, bijvoorbeeld bij patiënten die al vroeg op de dag naar alcohol ruiken of bij jongeren die u in de wachtkamer hoort vertellen over hun drankgebruik als ze uitgaan. Ook kan de partner van iemand met een alcoholprobleem u in vertrouwen nemen. Het is waardevol om deze observaties met de huisarts te bespreken.

Er zijn vijf NHG-Patiëntenbrieven over problematisch alcoholgebruik.

Stadia van gedragsverandering

1 Voorbewustwording

De patiënt is zich niet bewust van het eventueel problematisch karakter van zijn alcoholgebruik. Hij is dan ook niet gemotiveerd om het alcoholgebruik te veranderen. In dit stadium wordt informatie gegeven over de risico's van het huidige alcoholgebruik en uitleg over de relatie tussen het gebruik en de problemen. Ook mogelijke risico's worden vermeld, bijvoorbeeld van gezondheidsschade of verlies van het rijbewijs. Als de patiënt nog steeds niet gemotiveerd is voor verandering, kan het onderwerp een andere keer (weer) worden aangekaart.

2 Bewustwording

De patiënt kent de voor- en nadelen van zijn alcoholgebruik, maar twijfelt er nog over of verandering van zijn gedrag echt nodig is. Nu kunnen de redenen worden besproken om het gedrag al dan niet te veranderen. De verantwoordelijkheid blijft bij de patiënt.

3 Voorbereiding

De patiënt heeft het besluit tot gedragsverandering genomen. Nu kan gesproken worden over de mentale voorbereiding, planning en uitvoering van het voornemen. Hierbij worden ook plannen gemaakt over manieren om de behoefte aan alcohol te weerstaan en terugval te voorkomen.

De patiënt kiest in overleg voor:

- Minderen, per direct of geleidelijk. Hierbij worden duidelijke afspraken gemaakt over de volgende punten: wanneer kan nog wel gedronken worden, hoeveel en op welke tijdstippen.
- Stoppen, onmiddellijk en gedurende een bepaalde periode. Daarna kan het gebruik van alcohol op een lager niveau worden hervat.

Bij de keuze tussen minderen en stoppen wordt rekening gehouden met de haalbaarheid voor de patiënt.

4 Actie

De patiënt verandert zijn alcoholgebruik. Het bijhouden van een alcoholdagboek kan de gedragsverandering ondersteunen. De patiënt houdt hierin bij hoeveel hij drinkt, op welke tijdstippen en onder welke omstandigheden. Een dagboek geeft het drinkpatroon weer, laat zien of gestelde doelen gehaald worden en benadrukt de zelfwerkzaamheid en eigen verantwoordelijkheid.

5 Volhouden

Vervolgconsulten (eventueel telefonisch) onderhouden het contact met de patiënt. Bespreek en noteer de gemaakte afspraken. Bespreek en oefen eventueel mogelijke oplossingen in risicosituaties (terugvalpreventie). Stel zo nodig de doelen bij.

6 Terugval

Als de patiënt zijn oude alcoholgebruik hervat, worden de terugval en de oorzaken daarvan besproken (zonder een veroordelende houding). De doelstellingen worden opnieuw geformuleerd. Vervolgens kan de cirkel opnieuw worden doorlopen (vanaf stadium 1 of 2).

Tabel 1 Five-Shot-vragenlijst	
1 Hoe vaak drinkt u alcoholische dranken?	
0	nooit
0,5	1 keer per maand of minder
1	2-4 keer per maand
1,5	2-3 keer per week
2	4 of meer keer per week
2 Hoeveel alcoholische dranken gebruikt u op een typische dag waarop u alcohol drinkt?	
0	1 of 2
0,5	3 of 4
1	5 of 6
1,5	7 tot 9
2	10 of meer
3 Heeft u zich ooit geërgerd aan mensen die opmerkingen maakten over uw drinkgewoonten?	
0	neen
1	ja
4 Heeft u zich ooit schuldig gevoeld over uw drinkgewoonten?	
0	neen
1	ja
5 Heeft u ooit 's ochtends alcohol gedronken om de kater te verdrijven?	
0	neen
1	ja

Bij een score van 2,5 of hoger kan alcoholmisbruik of -afhankelijkheid worden vermoed.

Begrippen	
CAD	Centrum voor Alcohol en Drugs
neuropathie	zenuwaandoening van één zenuw
polyneuropathie	zenuwaandoening waarbij meerdere zenuwen verspreid over het hele lichaam zijn aangedaan
syndroom van Wernicke-Korsakoff	hersenaandoening met stoornissen in de functie van bepaalde hersengebieden, onder meer door bloedinkjes (syndroom van Wernicke) als gevolg van vitamine B ₁ -gebrek
tremor	trilling, beving, siddering

Psoriasis

Mevrouw Van Wijk komt naar de praktijk voor een herhaling van haar tetanusvaccinatie; een maand geleden is zij door een hond gebeten. In de behandelkamer vertelt zij dat zij sinds een paar maanden zulke rare plekken op haar ellebogen heeft. Ze durft er niet zo goed mee naar de dokter. Wat kan zij er het best aan doen? Op haar ellebogen ziet u rode plekken, ongeveer zo groot als een munt van 2 euro. U weet niet goed wat het is en stelt haar voor een afspraak op het spreekuur te maken. Bij het weggaan komt ze nog even zeggen dat de huisarts heeft verteld dat het psoriasis is. Weet u daar misschien wat meer over te vertellen?

Inleiding

Psoriasis is een aandoening van de huid waarbij er op verschillende plaatsen van het lichaam verheven, scherp begrensde, rode plekken te zien zijn. Vaak zijn de plekken, of plaques, bedekt met een zilvergrijze schilfering; bij krabben lijkt dat een beetje op kaarsvet.

De huisarts ziet jaarlijks per 1.000 patiënten 2 nieuwe patiënten met psoriasis. In de gehele praktijk hebben ongeveer 16 per 1.000 patiënten psoriasis. Een aantal patiënten met psoriasis komt niet op het spreekuur. Ze hebben er of niet zo veel last van of ze denken misschien 'dat toch niets helpt'.

De oorzaak van psoriasis is niet exact bekend. Zowel erfelijke als omgevingsfactoren spelen

een rol. Een enkele keer kan psoriasis ontstaan of verergeren onder invloed van bepaalde medicijnen of een verwonding; soms wordt een verband verondersteld tussen psoriasis en stress. Daarnaast wordt roken genoemd als factor bij het ontstaan of verergeren van psoriasis.

Klachten en achtergronden

Er zijn verschillende vormen van psoriasis. Bij psoriasis en plaque (ook wel psoriasis vulgaris geheten) is sprake van rode, symmetrische, scherp begrensde, verheven erupties, wisselend van grootte, met zilvergrijze, makkelijk verwijderbare schilfers. Deze vorm komt vooral voor aan de strekzijden van de ledematen, op de behaarde hoofdhuid en in de lumbosacrale regio.

Psoriasis guttata is een vorm van psoriasis waarbij in korte tijd plekken op de romp, de bovenarmen en bovenbenen kunnen ontstaan. De plekken zijn klein, maximaal 1 cm doorsnee. Deze vorm van psoriasis komt vooral voor bij kinderen en jonge volwassenen en geneest in het algemeen vanzelf.

Bij psoriasis pustulosa is sprake van steriele, soms samenvloeiende pustels die voor kunnen komen op de voetzolen of in de handpalmen, maar ook over het gehele lichaam (soms met koorts en algemene malaise).

Het stellen van de diagnose kan wel eens moeilijkheden opleveren. Sommige patiënten met psoriasis hebben kleine putjes in de nagels of een ontsteking van de gewrichten.

Beleid

Het stellen van de diagnose psoriasis en de behandeling behoort niet tot de dagelijkse routine in de huisartsenpraktijk. Het is dus niet eenvoudig om veel ervaring op te bouwen met de verschillende behandelmogelijkheden. De huisarts weegt met de patiënt regelmatig de voor- en nadelen van behandelen en niets doen tegen elkaar af. De therapie wordt stap voor stap opgebouwd. Daarbij wordt gebruikgemaakt van een corticosteroiden bevattende zalf, crème of lotion voor het behaarde hoofd of van calcipotriol. Als deze middelen afzonderlijk niet het gewenste resultaat hebben, wordt een combinatie van beide middelen toegepast. Ditranol is een alternatief als calcipotriol en/of corticosteroiden onvoldoende effect hebben of te veel bijwerkingen geven.

VOORLICHTING EN ADVIES

Het beloop van psoriasis is niet gemakkelijk te voorspellen. De ernst van de aandoening varieert enorm. De plekken kunnen enkele weken tot levenslang aanwezig blijven. Zonlicht heeft over het algemeen een gunstige invloed. Bij uitgebreide klachten kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de huidarts voor bijvoorbeeld een behandeling met ultraviolet licht.

De huisarts geeft informatie over:

- het onvoorspelbare beloop, waarbij wordt aangestipt dat bij ongeveer een derde van de patiënten sprake is van een spontane genezing, die meestal tijdelijk is;
- het effect van behandeling, dat in 50 tot 90 procent van de gevallen een aanzienlijke (tijdelijke) verbetering geeft;
- voor- en nadelen van al dan niet behandelen;
- erfelijkheid: de kans dat een kind psoriasis krijgt is 10 procent indien één ouder psoriasis heeft en 50 procent als beide ouders psoriasis hebben.

Ook besteedt de huisarts aandacht aan psychosociale gevolgen. Dikwijls schaamt de patiënt zich voor psoriasis. Bij het sporten, bij de kapper of bij het leggen van contacten kan het hebben van psoriasis een serieuze handicap vormen. ‘Ze denken dat ik schurft heb of dat het besmettelijk is’ en: ‘Misschien vinden ze me wel vies’ zijn twee veelzeggende uitspraken van patiënten met psoriasis.

Patiënten willen graag over de gevolgen van psoriasis praten. U kunt een luisterend oor bieden.

Er is een NHG-Patiëntenbrief over psoriasis uitgegeven.



Figuur 1 Psoriasisplaque. Met toestemming overgenomen uit een diaserie van dr. M. Meinardi en dr. E. Prens (dermatologen) en J. van der Stek (medisch fotograaf), Erasmus MC, Rotterdam.

Begrippen	
corticosteroïd	geneesmiddel met hormonen die in de bijnierschors worden geproduceerd
plaque	uit het Frans afkomstig woord voor plek of plaats, een oppervlakkige verhevenheid van huid of slijmvliezen
psoriasis guttata	bijzondere vorm van psoriasis met plekken met een doorsnee van maximaal een centimeter; de aandoening komt vooral bij kinderen voor en geneest meestal spontaan; als oorzaak wordt gedacht aan een infectie
pustel	puist, ontsteking
steriel	in dit geval: zonder bacteriën

Refractieafwijkingen

‘Volgens mij moet ik een leesbril’, zegt Jan de Klerk. ‘Ik ben nog maar 45, maar ik merk dat mijn armen te kort worden om de krant te kunnen lezen. Daar baal ik wél van, ik voel me zo oud. Moet ik nou naar de oogarts? En betaalt het zienfonds dat?’

Inleiding

De mens wordt hypermetroop (verziend) geboren. Door de groei van het oog neemt de oogas in lengte toe en vermindert de verziendheid. Als de hypermetropie (verziendheid) onvoldoende afneemt, gaat het kind vaak scheelzien. Als het oog te ver doorgroeit, ontstaat myopie (bijziendheid). Die begint vaak op 6- tot 12-jarige leeftijd. In hoeverre schoolactiviteiten als lezen en schrijven daar iets mee te maken hebben, is onbekend. Lichte hypermetropie op jonge leeftijd is geen bezwaar, omdat de ogen dan nog voldoende kunnen accommoderen en zo het brandpunt naar voren kunnen halen. Maar met het ouder worden neemt het vermogen tot accommoderen af. Als het voortdurende noodzakelijk is om te accommoderen, kunnen de spiertjes die daarbij worden gebruikt (ciliaire spieren) moe worden en dat kan leiden tot asthenopie: slecht zien of hoofdpijn. Vanaf 45 jaar neemt bij iedereen het accommodatievermogen zodanig af dat men moeite krijgt met dichtbij zien, zoals bij lezen. Vanaf 65 jaar is vrijwel geen accommodatie meer mogelijk.

Klachten en achtergronden

Refractie is het lichtbrekend vermogen. In dit geval gaat het om het refractievermogen van het oog: invallende lichtstralen worden tijdens het passeren van de ooglens en andere structuren in het oog (cornea, voorste oogkamer en glasvocht) van richting veranderd. De sterkte van het lichtbrekend vermogen wordt uitgedrukt in dioptrieën.

De visus is het vermogen van het oog om op vijf meter afstand twee naast elkaar gelegen punten afzonderlijk te kunnen waarnemen. Iemand met een emmetroop (normaalziend) oog hoeft in principe niet te accommoderen wanneer hij een voorwerp op vijf meter afstand scherp wil zien.

EMMETROPIE

Bij emmetropie is er sprake van een normale verhouding tussen de brekende media van het oog en de lengte van de oogas (zie figuur 1). Evenwijdig invallende lichtstralen vormen een scherp punt op de retina. Bij refractieafwijkingen is dat niet het geval: dan is de lengte van de oogas niet goed in verhouding tot de refractieve sterkte van het oog.

MYOPIE

Bij myopie (bijziendheid) is de oogas te lang in verhouding tot de refractieve sterkte van het oog (zie figuur 2). Dit kan een gevolg zijn van een te lange achterste oogkamer of van te sterk brekende media. Evenwijdig invallende lichtstralen vormen een scherp punt vóór de retina. Het beeld op het netvlies is onscherp. De persoon ziet onscherp in de verte en scherp

op korte afstand. Dit kan worden gecorrigeerd met sferisch-negatieve lenzen.

HYPERMETROPIE

Bij hypermetropie (verziendheid) is de oogas te kort in verhouding tot de refractieve sterkte van het oog (zie figuur 3). Dit kan een gevolg zijn van een relatief korte achterste oogkamer of van te zwak brekende media. Evenwijdig invallende lichtstralen vormen een scherp punt achter de retina. Een persoon met deze afwijking ziet echter niet onscherp doordat het oog onbewust accommodeert: door de ciliare spieren aan te spannen wordt de lens boller en valt het brandpunt toch op het netvlies. Dit gaat goed zolang er voldoende accommodatievermogen beschikbaar is. Als het accommodatievermogen onvoldoende is, heeft de persoon moeite met dichtbij zien. Dit kan worden gecorrigeerd met sferisch-positieve lenzen.

ASTIGMATISME

Van astigmatisme is sprake als de kromming van de cornea (hoornvlies) in de horizontale en verticale as ongelijk is. Er is geen brandpunt, maar er zijn twee 'brandlijnen', loodrecht op elkaar en op verschillende afstanden. De persoon ziet onscherp in de verte. Dit kan met cilinderlenzen worden gecorrigeerd. Meestal komt astigmatisme voor in combinatie met myopie.

PRESBYOPIE

Dan is er nog presbyopie: ouderdomsverziendheid. Dit is geen refractie- maar een accommodatieprobleem. Naarmate men ouder wordt, wordt de ooglenzen stugger. Het accommoderend vermogen neemt dan af. Hierbij is er een verminderd gezichtsvermogen voor dichtbij ten gevolge van de fysiologische afname van het accommodatievermogen van de ooglenzen. Dit treedt op bij mensen tussen 45 en 65 jaar; zij krijgen dan behoefte aan een leesbril.

VISUS

Het belangrijkste bij het onderzoek naar visusklachten is de bepaling van de visus. Door gebruik te maken van letters of beelden op een visuskaart (figuur 4), waarbij de beeldgrootte van boven naar beneden afneemt, kan de visus worden bepaald. Mensen die al een refractieafwijking hebben, hoeven bij de visusbepaling hun bril of lenzen niet af of uit te doen. Eerst wordt het rechteroog onderzocht, terwijl het linker is afgedekt; vervolgens andersom. Op de kaarten staat per regel de visus in decimalen. De visus die vermeld is bij de laatste regel die een patiënt op vijf meter afstand kan lezen, wordt genoteerd.

Visusbepaling bij kinderen is mogelijk vanaf ongeveer 2 jaar met behulp van een speciale kindervisuskaart met plaatjes, aangepast aan de begrippenwereld en vormkennis van het kind.

De huisarts kan met behulp van een refractiebril, een speciaal brilletje met wentelglaasjes (zie figuur 5) bepalen om wat voor soort (refractie)afwijking het gaat. Dit heet diagnostisch refracteren. Als bij een patiënt van 6 jaar of ouder een visus van minder dan 1,0 maar meer dan 0,2 wordt vastgesteld, gaat de huisarts na wat de invloed is van een positief en een negatief lensje van respectievelijk +0,5 dioptrie en -0,5 dioptrie op de visus.

Bepaling van de oogdruk is voor de diagnostiek van refractieafwijkingen niet zinvol.

Beleid

De meeste patiënten kunnen voor het aanmeten of het aanpassen van een bril of lenzen worden verwezen naar de opticien. Naar de oogarts worden verwezen:

- nieuwe patiënten met een visus van minder dan 0,2;
- patiënten met visusklachten die al een bril of lenzen hebben met een sterkte van meer dan +7 of -7, of met een zeer sterk astigmatisme;
- patiënten bij wie de visus bij het diagnostisch refracteren niet verbetert (tenzij

deze wel verbeterd door het kijken door een stenopeïsche opening);

- kinderen onder de 6 jaar en ouderen boven de 65 jaar.

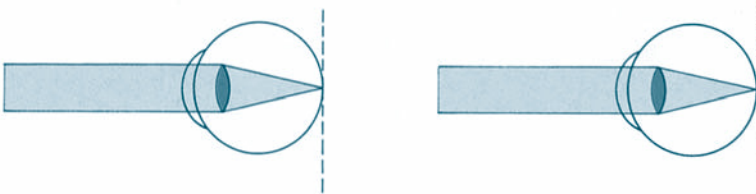
Ook verwijzing naar een orthoptist is mogelijk, bijvoorbeeld bij kinderen met strabisme (scheelzien).

VOORLICHTING EN ADVIES

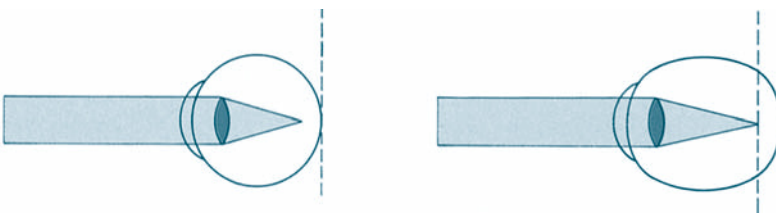
De kern van de voorlichting is dat patiënten die slechter gaan zien, lang niet altijd naar de oogarts hoeven. De huisarts kan ook de visus bepalen en voor het aanmeten van een (lees)bril een bezoek aan een opticien of optometrist adviseren.

Het is een belangrijke taak voor u om aan patiënten die een verwijskaart voor de oogarts vragen, uit te leggen dat het beoordelen van visusklachten en het controleren van de bril ook door de huisarts (al dan niet in samenspraak met een opticien) kan worden gedaan. In de praktijk kan het de afspraak zijn dat u (een deel van) de visusbepaling uitvoert.

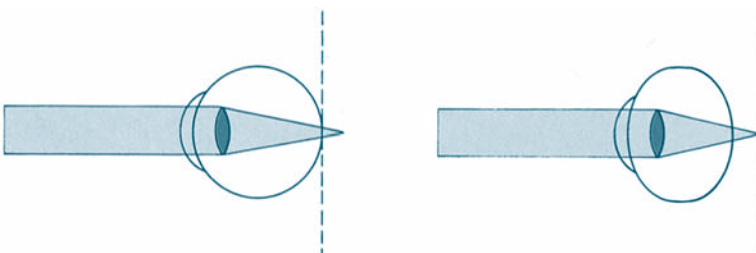
Bij klachten als hoofdpijn of slecht presteren op school hebt u een signalerende functie. U kunt deze patiënten uitnodigen voor het spreekuur om de visus te laten beoordelen door de huisarts of door uzelf.



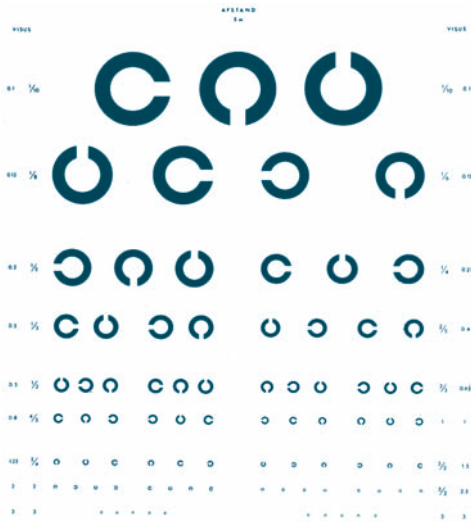
Figuur 1 Emmetropie.



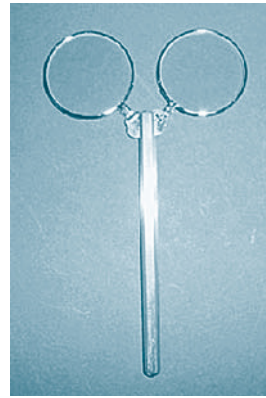
Figuur 2 Myopie.



Figuur 3 Hypermetropie.



Figuur 4 Visuskaart.



Figuur 5 Refractiebril.

Begrippen	
accommodatie	vermogen van het oog om op verschillende afstanden scherp te zien door wijziging van de lenskromming
asthenopie	spoedige vermoeidheid bij het kijken, vergezeld van pijn in ogen en voorhoofd, en het zien van nevelige beelden
astigmatisme	beeldvervorming doordat de ooglenzen niet gelijkmatig bol is
ciliaire spieren	ringvormige structuur van bindweefsel en spiervezels tussen vaatvlies en iris
cornea	hoornvlies
dioptrie	eenheid van lichtbreking door een lens, namelijk de breking van een lens met een brandpuntsafstand van een meter
oogas	denkbeeldige centrale lijn door het oog
presbyopie	ouderdomsverziendheid
refractie	lichtbrekend vermogen van het oog
retina	netvlies
sferisch	bolvormig
stenopeïsche opening	nauwe opening of spleet om doorheen te kijken
strabisme	scheelzien
visus	gezichtsscherpte

Reumatoïde artritis

Brigitte van Dijk, 22 jaar, is plotseling met een flinke longontsteking in het ziekenhuis opgenomen. Een paar jaar geleden was zij enige tijd onder controle van de reumatoloog in verband met klachten over haar gewrichten, maar het leek destijds allemaal mee te vallen. Tijdens de opname blijkt dat zij toch reuma heeft.

Haar ouders zijn overstuurd en willen graag vandaag langskomen voor een gesprek. Zij hebben behoefte aan meer informatie over reumatoïde artritis.

Inleiding

Reumatoïde artritis is een van de ziekten die gepaard gaat met gewrichtsontsteking (artritis). Voorbeelden van andere oorzaken van gewrichtsontstekingen zijn artritis urica (jicht) en septische artritis (een bacteriële ontsteking in een gewricht).

Bij reumatoïde artritis betreft het een steriele ontsteking in het gewricht; er zijn in het gewricht geen micro-organismen (bijvoorbeeld bacteriën) als ziekteverwekkers aantoonbaar. De oorzaak van reumatoïde artritis is nog enigszins onduidelijk, maar waarschijnlijk is het een auto-immuunziekte. De ziekte komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De huisarts met een normpraktijk is met ongeveer tien patiënten met reumatoïde artritis bekend, per jaar komen daar één tot twee nieuwe patiënten bij.

De ontsteking in de gewrichten tast als eerste het slijmvlies aan dat de binnenzijde van de

gewrichten bekleedt. De ontsteking breidt zich uit naar het kraakbeen en het bot zelf, maar soms ook naar de peesscheden en de slijmbeurzen. Als de ontsteking actief blijft, ontstaan er misvormingen in het gewricht. Mensen worden daardoor geleidelijk aan steeds meer beperkt in hun dagelijkse handelingen.

Klachten en achtergronden

Tijdens de actieve fase van de ziekte zijn de gewrichten pijnlijk, gezwollen, warm en soms rood. De patiënt is sneller moe dan anders. Vooral de gewrichten van de handen, armen, voeten en benen zijn aangedaan en vaak is de aandoening symmetrisch, dat wil zeggen zowel links als rechts zijn dezelfde gewrichten aangedaan.

In de rustige fase van de ziekte vermindert of verdwijnt de pijn en voelt de patiënt zich weer fit. De beschadiging van de gewrichten bepaalt dan de beperking in de activiteiten in het dagelijks leven (ADL).

De klachten bij reumatoïde artritis lijken veel op de klachten bij sommige andere ziekten die met gewrichtsontsteking gepaard gaan en ook op artrose. Door het beloop van de ziekte te volgen en door aanvullend onderzoek te laten uitvoeren, wordt meestal na enige tijd duidelijk welke aandoening het betreft.

De huisarts zal bij een vermoeden van reumatoïde artritis bloedonderzoek aanvragen: bezinking en een latex-fixatietest. Als de diagnose vaststaat en de patiënt onder controle is bij de huisarts, worden de bezinking en het Hb gecontroleerd.

Om vast te stellen in welke mate de gewrichten door de ziekte zijn aangetast, worden röntgenfoto's van handen en voeten gemaakt. De ernst van de röntgenologische afwijkingen hangt maar gedeeltelijk samen met de ernst van de klachten; soms zijn er op de foto veel afwijkingen maar heeft iemand weinig last, en andersom.

De huisarts kan de behandeling zelf beginnen. Soms verwijst de huisarts de patiënt naar een reumatoloog als er twijfel bestaat over de diagnose. Ook patiënten die na 6 tot 12 weken niet reageren op de door de huisarts ingestelde medicatie worden verwezen.

Het beloop van de ziekte is wisselend. Periodes met weinig klachten worden afgewisseld met periodes met meer ontstekingsverschijnselen en meer pijn. Bij sommige patiënten blijft de ziekte beperkt tot een eenmalige flinke ontsteking van een aantal gewrichten, anderen krijgen herhaaldelijk exacerbaties waardoor ze steeds verder beperkt raken in fietsen, lopen, werk en huishoudelijke taken en uiteindelijk ook in de zelfverzorging.

Beleid

Aan patiënten met reumatoïde artritis wordt gevraagd regelmatig voor controle te komen, niet alleen in verband met de gebruikte medicijnen, maar ook om te controleren hoe de ziekte zich ontwikkelt en hoe de beperkingen die worden ondervonden zo goed mogelijk kunnen worden opgevangen (bijvoorbeeld door hulpmiddelen en thuishulp). Ook wordt geïnformeerd naar de betekenis van de ziekte voor de patiënt. Daarnaast worden gewrichtsbeschermende maatregelen ter sprake gebracht. Deze maatregelen bestaan onder andere uit gedoseerde belasting en tijdige rust op geleide van de pijn. Langdurige belasting van de gewrichten (lang staan of lopen) en te grote belasting van de gewrichten (bijvoor-

beeld openen van flessen, draaien van schroeven) moet worden vermeden.

De meeste patiënten met reumatoïde artritis krijgen een NSAID. De NSAID's worden tijdens een exacerbatie hoog gedoseerd, waarna ze worden afgebouwd tot de onderhoudsdosering. Een veelvoorkomende bijwerking van deze groep medicijnen is maagklachten.

Zeldzamere maar gevaarlijkere bijwerkingen zijn maagzweren en maagbloedingen. Voorts verhogen NSAID's het bloedingsrisico bij mensen die bloedverdunders gebruiken (coumarinederivaten). De huisarts kan in deze gevallen ter preventie maagbeschermende medicatie geven.

Als de patiënt niet uitkomt met NSAID's verwijst de huisarts naar de reumatoloog. Die behandelt de patiënt met zogenaamde DMARD's. Wanneer de patiënt in een stabiele situatie komt, kan de huisarts de controle weer overnemen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Het – gedoseerd – uitvoeren van oefeningen helpt de pijn te verminderen. Oefenen is voorts heel belangrijk voor het optimaliseren van de kracht en bewegingsmogelijkheden. Een fysiotherapeut kan behulpzaam zijn bij het vaststellen van een goed oefenprogramma. Tijdens een exacerbatie moet de patiënt minder oefenen. Soms kunnen oefeningen bijdragen aan vermindering van de pijn.

U kunt de patiënt informeren over de mogelijkheden voor het aanvragen van hulpmiddelen, voor zover dat nog niet door de specialist is gedaan. Het is zinvol de patiënt te wijzen op het bestaan van reumapatiëntenverenigingen.

Er bestaan twee NHG-Patiëntenbrieven over reumatoïde artritis.

Begrippen	
ADL-functies	activiteiten in het dagelijks leven (bijvoorbeeld aankleden, wassen, koken, boodschappen doen)
artritis	gewrichtsontsteking
artrose	gewrichtsslijtage
auto-immuunziekte	ziekte die ontstaat door een antigeen-antistofreactie in het eigen lichaam
DMARD's	disease modifying antirheumatic drugs: nieuwe, deels nog experimentele, medicijnen ter behandeling van reumatoïde artritis
exacerbatie	verergering van een ziekte
latex-fixatietest	bloedonderzoek om de diagnose reumatoïde artritis te bevestigen
maagbeschermende medicatie	hiermee worden middelen bedoeld als omeprazol of ranitidine
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstillers met ontstekingsremmend effect, zoals ibuprofen, diclofenac en naproxen

Rhinosinusitis

Meneer Van Stralen denkt dat hij een bijholteontsteking heeft; hij wil graag een recept voor een antibioticumkuur. Hij heeft geen tijd om op het spreekuur te komen. Bij navraag vertelt hij dat hij sinds twee dagen snipverkouden is. Hij heeft vooral last van pijn in zijn voorhoofd en rechts in de kaak. Hij heeft geen koorts. U weet dat een antibioticum lang niet altijd nodig is. U geeft hem voorlichting.

Inleiding

In de NHG-Standaard Rhinosinusitis worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van klachten van de slijmvliezen van de neus en de bijholten. In deze standaard worden geen klachten behandeld die het gevolg zijn van een tandheelkundig probleem.

Rhinosinusitis (vroeger werd gesproken over sinusitis) kan zowel voorkomen bij volwassenen als bij kinderen. Vooral bij kinderen tot 12 jaar valt niet of nauwelijks onderscheid te maken tussen bovensteluchtweginfecties en sinusitis, omdat de bijholten bij hen nog niet volledig zijn aangelegd.

Bij kinderen van 0 tot 4 jaar stelt de huisarts de diagnose ongeveer 3 keer per jaar, bij kinderen vanaf 4 tot 14 jaar ongeveer 7 keer per jaar.

Klachten en achtergronden

De slijmvliezen van de neus vormen één geheel met die van de sinussen. Mensen hebben vier sinussen (holten in de aangezichts-

schedelbeenderen): de sinus frontalis (boven de neus), sinus maxillaris (boven de wangen) en sinus ethmoidale (tussen beide oogkassen). De vierde sinus is de sphenoidale (onder de hersenen, waarvan deze sinus is gescheiden door een dunne botlaag). Bij rhinosinusitis is vaak de sinus maxillaris, frontalis of ethmoidale aangedaan. Vaak is het slijmvlies in meerdere sinussen ontstoken.

Sinussen spelen een rol spelen bij de resonantie van de stem, bij de bevochtiging van de hele neus-keel-oorzone en bij het reukvermogen. Om goed te kunnen werken moeten de sinussen voldoende kunnen worden geventileerd bij de ademhaling en correct worden gedraineerd. Daartoe is een drainageopening naar de neus aanwezig, het ostium. Door afsluiting van de sinus verslechtert de ventilatie waardoor er een voedingsbodem ontstaat voor bacteriën of virussen.

De diagnose rhinosinusitis kan worden gesteld als er zowel klachten zijn van de neus als van de sinussen. Klachten van de neus kunnen zijn: veel snot, al dan niet gecombineerd met een verstopte neus. Klachten van de bijholten kunnen zijn: aangezichtspijn, hoofdpijn, tandpijn of pijn bij het kauwen in de bovenste tanden en/of kiezen en pijn bij bukken. Behalve pijnklachten kan er ook sprake zijn van een vol of drukkend gevoel.

Soms klaagt de patiënt alleen over hoesten (als gevolg van 'postnasal drip'), een vol klinkende spraak, niezen, niet goed kunnen ruiken of een nare geur in de neus. Deze klachten worden veroorzaakt door ontsteking van de slijmvliezen in de neus. De ontsteking van de

slijmvliezen wordt meestal door een virus veroorzaakt, soms door een bacterie. De gezwollen slijmvliezen veroorzaken een afsluiting van het ostium. De patiënt ervaart al klachten van de sinus zodra het ostium is afgesloten.

Patiënten met astma of COPD, neuspoliepen of allergie kunnen langdurig last hebben van rhinosinusitis.

Tijdens het (telefonisch) consult vraagt de huisarts naar:

- 1 klachten van de neus en de bijholten;
- 2 algemene symptomen (koorts, mate van ziek-zijn, hoeveel last de patiënt van de klachten heeft en, bij jonge kinderen, prikkelbaarheid en onrust 's nachts);
- 3 duur, beloop en ernst van de klachten;
- 4 eerdere periode(s) met rhinosinusitis in de afgelopen twaalf maanden.

Ook gaat de huisarts na of de patiënt afwijkingen heeft aan het gehemelte zoals een hazenlip, of hij in het verleden neus- of bijholteoperaties heeft ondergaan en of hij allergie of astma heeft.

Om het juiste beleid te kunnen kiezen laat de huisarts ook meewegen of de patiënt een gestoorde afweer heeft zoals bij:

- slecht ingestelde diabetes mellitus;
- chronisch gebruik van corticosteroïden;
- hiv-infectie met verminderd aantal T-cellen;
- chemotherapie en bestraling.

Bij ernstig zieke patiënten, bij patiënten met een gestoorde afweer en bij jonge kinderen is de huisarts alert op alarmsymptomen (zie kader).

Nader lichamelijk en/of aanvullend onderzoek is voor het stellen van de diagnose niet nodig. Bij klachten van rhinosinusitis kan de huisarts dus meestal volstaan met een telefonisch consult. Bij de volgende factoren is het echter wenselijk dat de huisarts de patiënt ziet:

- ernstig ziek-zijn;
- alarmsymptomen;

- koorts langer dan drie dagen bij jonge kinderen (zie het hoofdstuk Kinderen met koorts) of langer dan vijf dagen bij volwassenen;
- opnieuw koorts na een aantal koortsvrije dagen;
- klachten die binnen twee weken niet zijn afgenomen;
- meer dan drie periodes met rhinosinusitis per jaar;
- gestoorde afweer;
- een kind jonger dan drie maanden;
- een kwetsbare oudere met koorts.

Bij twijfel aan de diagnose (bijvoorbeeld bij kinderen jonger dan 12 jaar) of een vergrote kans op een afwijkend beloop (zie kader), inspecteert de huisarts keel, neus en oren om andere diagnoses (zoals neuspoliepen, tonsillitis of otitis media acuta) uit te sluiten. Bij hoesten kan de huisarts naar de longen luisteren. Bij ernstig zieke patiënten wordt het gezichtsvermogen onderzocht en gaat de huisarts na of er sprake is van meningeale prikkeling of neurologische uitvalsverschijnselen. Aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld van het bloed) is niet nodig.

Beleid

De kern van het beleid bij rhinosinusitis bestaat uit voorlichting en symptoombestrijding.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft uitleg over de ontstaanswijze en het natuurlijk beloop van een neus- en bijholteontsteking. Uitleg over de oorzaak van de pijnlijke bijholten is belangrijk. De huisarts vertelt dat de pijn ontstaat doordat de opening tussen neus en bijholten is afgesloten, en niet door een bacteriële infectie. Behandeling met een antibioticum heeft dus geen invloed op het beloop van de klachten, die in de meeste gevallen vanzelf overgaan. Het is evenmin zo dat een antibioticum complicaties voorkomt. Bij patiënten met astma wijst de huisarts erop dat de astmaklachten kunnen verergeren door de neus- en bijholteontsteking.

Patiënten die op het spreekuur komen met rhinosinusitis hebben vaak al zelfzorgmiddelen geprobeerd. De huisarts sluit met zijn advies hierop aan en vertelt dat stomen een positief effect op neusklachten heeft. Het heeft geen zin om kamille, zout of menthol toe te voegen. Bij kinderen jonger dan 2 jaar is het zelfs schadelijk om menthol toe te voegen! Neusdruppels van een fysiologisch-zoutoplossing of een spray verlichten de neusklachten, evenals stomen, maar hebben geen invloed op de snelheid van het herstel.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Pijnstilling is een belangrijk onderdeel van de behandeling van rhinosinusitis, omdat pijn vaak de belangrijkste klacht is. Paracetamol is het middel van eerste keus, omdat het goed werkt en de kans op bijwerkingen klein is. Verder kan door xylometazolineneusdruppels of -neusspray de zwelling van de slijmvliezen in de neus verminderen (0,1% voor volwassenen en kinderen vanaf 6 jaar, 0,05% voor kinderen van 2 tot 6 jaar en 0,025% voor kinderen tot 2 jaar). Aangeraden wordt deze druppels of de spray niet langer dan een week te gebruiken om overgevoeligheid van het slijmvlies te voorkomen.

Het is niet nodig om antiallergische middelen te gebruiken.

Bij patiënten met een vergrote kans op een afwijkend beloop van de klachten (zie kader) kan de huisarts overwegen een antibioticum voor te schrijven. In overleg met de patiënt schrijft hij dan voor één week doxycycline of amoxicilline voor. Ook kan bij langdurige en steeds terugkerende klachten op proef een corticosteroïdenneusspray worden voorgeschreven, bijvoorbeeld budesonide, fluticason of mometason. Deze middelen werken pas na drie tot tien dagen.

Controles zijn meestal niet nodig behalve bij koorts die langer dan vijf dagen duurt, of langer dan drie dagen bij jonge kinderen.

Patiënten met een vergrote kans op een afwijkend beloop moeten een week na het consult of na afloop van de antibioticumkuur opnieuw contact opnemen, als de klachten niet zijn verminderd.

VERWIJZING

Patiënten met alarmsymptomen (zie kader) worden door de huisarts dezelfde dag verwezen naar de specialist. Bij patiënten met een afwijkend beloop kan de huisarts verwijzing overwegen.

U heeft een belangrijke rol bij de voorlichting en advisering aan patiënten met rhinosinusitis. U benadrukt met name dat een antibioticum slechts in uitzonderingsgevallen noodzakelijk is.

Sommige patiënten kunnen beter door de huisarts worden gezien. De meeste patiënten met rhinosinusitis geeft u zelf adviezen waarmee ze de symptomen kunnen bestrijden.

Er bestaat een NHG-Patiëntenfolder over kaakholteontsteking. Het NHG heeft een patiëntenbrief uitgegeven over neus- en bijholteontsteking bij volwassenen.

Alarmsymptomen rhinosinusitis

- Oedeem of roodheid van de oogleden van één oog.
- Neurologische symptomen (stoornissen bij het zien, meningeale prikkeling, uitvalsverschijnselen).
- Verminderd bewustzijn (bij kinderen sufheid of lusteloosheid).
- Slecht drinken bij zuigelingen (minder dan de helft van normaal).

Afwijkend beloop rhinosinusitis

Bij patiënten met rhinosinusitis is de kans op een afwijkend beloop vergroot, als zij:

- ernstig ziek zijn;
- opnieuw koorts krijgen na een aantal koortsvrije dagen;
- langer dan twee weken klachten hebben;
- binnen een jaar een vierde episode van rhinosinusitis doormaken;
- een gestoorde afweer hebben.

Begrippen

chemotherapie	vernietiging van (kwaadaardige) cellen met behulp van chemische middelen
COPD	chronic obstructive pulmonary disease
corticosteroïden	bijnierschorshormonen met een ontstekingsremmende werking
hiv	human immunodeficiency virus: virus dat aids kan veroorzaken
meningeale prikkeling	tekenen van prikkeling van de hersenvliezen
oedeem	zwellings
otitis media acuta	acute middenoorontsteking
postnasal drip	aandoening waarbij vocht van achter uit de neus steeds de keel in loopt hetgeen hoesten veroorzaakt
T-cellen	witte bloedlichaampjes die een rol spelen bij de afweer
tonsillitis	ontsteking van de amandelen

Het rode oog

Mevrouw De Wit komt met haar beide peuters de praktijk binnenlopen. Allebei lopen ze te snotten en met hun ogen te knippen. Of de dokter even tussendoor naar de oogjes kan kijken. Ze hebben er zo veel last van, 's ochtends krijgen ze hun ogen haast niet open. 'Tussendoor, dat zal helaas niet gaan', zegt u, 'maar misschien kan ik u ook advies geven.'

Inleiding

In de NHG-Standaard Het rode oog worden niet alleen richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en het beleid bij roodheid van een of beide ogen, maar wordt ook ingegaan op de beoordeling en behandeling van oogletsels. Het is van belang onderscheid te maken tussen visusbedreigende aandoeningen en onschuldige aandoeningen. In de standaard worden daarvoor aanwijzingen gegeven. In de huisartsenpraktijk worden per jaar ongeveer 25 patiënten gezien met een rood oog.

Klachten en achtergronden

Meestal ontstaat een rood oog door een virus, een bacterie of door een oorzaak van buitenaf, bijvoorbeeld een vuiltje in het oog. Daarnaast kan overgevoeligheid een rol spelen. Zo kan bijvoorbeeld hooikoorts de ogen irriteren. Ook kunnen de ogen overgevoelig zijn voor bepaalde soorten make-up. Onhygiënisch omgaan met contactlenzen vergroot de kans op een oogontsteking. Ook lenzen te lang inhouden is niet goed. Zonder oogbescherming

in de (hoogte)zon of in de stralen bij het lussen kijken, kan eveneens een oogontsteking tot gevolg hebben.

Een rood oog kan ook een ernstiger oorzaak hebben. In zeldzame gevallen is een auto-immuunziekte de oorzaak. Bij ciliaire roodheid is sprake van een één millimeter brede, roodpaarse rand rond het hoornvlies. Ciliaire roodheid duidt op een ernstige oogaandoening, bijvoorbeeld iridocyclitis.

ORZAKEN

Verscheidene aandoeningen veroorzaken rode ogen, bijvoorbeeld conjunctivitis, episcleritis, blefaritis, keratitis, iridocyclitis en acuut glaucoom. Rode ogen kunnen ook optreden door een oorzaak van buitenaf.

Conjunctivitis

Conjunctivitis is een ontsteking van de conjunctiva, het dunne laagje weefsel (bindvlies) waarmee het oogwit en de binnenkant van de oogleden zijn bekleed. De binnenkant van de oogleden wordt diep rood, evenals het oogwit. Er kan slijm of pus aan de binnenkant van de oogleden worden gevormd. Daardoor kunnen de oogleden aan elkaar vastplakken en dat merkt de patiënt vooral bij het wakker worden. Bij conjunctivitis is er jeuk of een branderig gevoel in één of beide ogen. De patiënt kan het gevoel hebben dat er een vuiltje of zandkorreltje in het oog zit. Een conjunctivitis kan veel hinder veroorzaken, maar is zelden gevaarlijk. De ontsteking geneest meestal vanzelf in drie tot vijf dagen.

De oorzaak kan zowel een bacterie als een virus zijn. Een bacteriële oorzaak is waar-

schijnlijk als er sprake is van dichtgeplakte oogleden bij het wakker worden zonder jeuk en zonder dat er al eerder sprake was van conjunctivitis. De ontsteking begint meestal aan één oog, maar vaak is enkele dagen later ook het andere oog ontstoken. Virale conjunctivitis wordt vaak veroorzaakt door een adenovirus dat ook verkoudheid, keelklachten en dikke klieren rond het oor teweeg kan brengen.

Conjunctivitis komt ook bij pasgeborenen voor. Treedt de aandoening rond de tweede tot derde levensdag op, dan kan er sprake zijn van een gonokokkeninfectie. Van een infectie met *Chlamydia trachomatis* of een herpesvirus is sprake als het rode oog rond de vijfde tot tiende dag optreedt. (Bij alleen 'pusoogjes' zonder roodheid is meestal geen sprake van conjunctivitis, maar van verstopte traanbuisjes.)

Keratitis

Het herpesvirus kan ook de oorzaak zijn van keratitis (ontsteking van alleen het hoornvlies) of keratoconjunctivitis (ontsteking van zowel het bindvlies als het hoornvlies), een ernstiger, visusbedreigende aandoening. Deze aandoening moet spoedig na het uitbreken worden behandeld met medicijnen vanwege het risico op visusbeperking. Keratitis kan ook worden veroorzaakt door contactlenzen.

Episcleritis

Episcleritis is een ontsteking van het diepe (sub)conjunctivale weefsel en de oppervlakkige laag van de sclera. Soms treedt episcleritis op bij een auto-immuunziekte, maar meestal is er geen duidelijke oorzaak voor de aandoening.

Blefaritis

Bij blefaritis gaat het om een ontsteking van de haarzakjes van de wimpers en van de talgkliertjes die uitmonden in de ooglidrand. De oorzaak is meestal een bacterie. Soms wordt deze aandoening veroorzaakt door het herpes simplexvirus. Blefaritis kan ook chronisch worden. Bij langdurige klachten kan de talg-

productie permanent verminderen, waardoor het traanvocht te snel opdroogt. De patiënt kan dan last krijgen van droge ogen, waardoor kleine verwondingen van het hoornvlies kunnen ontstaan.

Iridocyclitis

Iridocyclitis is een ontsteking van de iris en het corpus ciliare. Als deze aandoening niet wordt behandeld, kunnen er verklevingen ontstaan tussen de achterkant van de iris en de lens. Uiteindelijk kan dit leiden tot glaucoom. Mensen met reuma hebben een vergrote kans op iridocyclitis.

Acuut glaucoom

Acuut glaucoom ontstaat door verhoging van de oogboldruk. Als de aandoening niet wordt behandeld, kan binnen enkele uren atrofie van de nervus opticus optreden, met blindheid als gevolg.

Oorzaken van buitenaf

Bij een ongeval van het oog kan een corneaerosie ontstaan. Dit is een oppervlakkige beschadiging van het hoornvlies. De patiënt heeft in dat geval vaak last van tranende ogen, gevoeligheid voor licht en het gevoel van een vuiltje in het oog.

Patiënten met een vuiltje in het oog voelen meestal wel dat er iets in hun oog zit, maar ze kunnen ook een rood oog hebben zonder dat ze zich ervan bewust zijn dat er iets in het oog is terechtgekomen. Een specifiek probleem is het 'high velocity' trauma, waarbij tijdens het werken met metaal een klein deeltje met grote snelheid in het oog komt. De metaalsplinter is dan niet altijd in het oog zichtbaar. Een ijzersplinter veroorzaakt binnen enkele dagen een roestring.

Soms kan door een letsel een bloeding optreden onder het bindvlies. Dit wordt een subconjunctivale bloeduitstorting genoemd.

Een stoot of klap op het oog kan een oogcontusie veroorzaken. Hierbij kan beschadiging ontstaan aan alle inwendige structuren van het oog met visusdaling tot gevolg.

Keratoconjunctivitis photo-electrica ontstaat

door blootstelling van het oog aan ultraviolette straling en komt voor na langdurig verblijf in de felle zon, op de zonnebank of bij het lassen zonder beschermende bril. ‘Sneeuwblindheid’ is ook een voorbeeld van keratoconjunctivitis. De symptomen zijn pijnlijke, branderige ogen en lichtschuwheid. Die ontstaan meestal acht tot twaalf uur na blootstelling aan de uv-straling en verdwijnen binnen vierentwintig uur.

Etsing is het gevolg van de inwerking van chemische stoffen op het hoorn- en bindvlies. Zeep, haarspray en chloorwater veroorzaken een lichte oogirritatie en roodheid, maar etsing door zuur, kalk en loog kan blijvend letsel veroorzaken.

ONDERZOEK

Ernstige oogontstekingen moeten van onschuldige ontstekingen worden onderscheiden; daarom is het van belang te informeren naar alarmsymptomen (zie kader).

De huisarts onderzoekt in ieder geval:

- 1 de oogleden, waarbij onder meer wordt gelet op roodheid, zwelling, de aanwezigheid van blaasjes of pukkels;
- 2 de aanwezigheid van afscheiding;
- 3 het hoornvlies;
- 4 de plaats en de aard van de roodheid: komt de roodheid bijvoorbeeld door vaatverwijding of bloeding? Of is er sprake van ciliaire roodheid?

SPOEDVERWIJZING

In de volgende gevallen verwijst de huisarts de patiënt *direct* naar de oogarts:

- bij een (vermoeden van) acuut glaucoom;
- bij chemische stoffen in het oog, vooral wanneer er sprake is van schade aan het hoornvlies;
- bij oogletsel dat gepaard gaat met onder meer een scheur in een ooglid, visusdaling, pupilveranderingen, gestoorde oogbewegingen, lichtflitsen of dubbelzien;
- bij een ‘high velocity’ trauma;
- bij aanwijzingen voor keratitis of iridocyclitis (zoals ciliaire roodheid);

- bij conjunctivitis met veel pusvorming bij pasgeborenen vóór de tiende levensdag.

Beleid

Het beleid hangt af van de oorzaak van het rode oog. De huisarts geeft de patiënt informatie over de aard en het beloop van de aandoening.

VOORLICHTING, ADVIES EN MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

In het algemeen wordt geadviseerd om bij roodheid van het oog en tijdens de eventuele medicamenteuze behandeling geen contactlenzen te dragen. Als de klachten waarschijnlijk worden veroorzaakt door contactlenzen, legt de huisarts uit dat lenzen het oog kunnen beschadigen als zij niet goed onderhouden of te lang gedragen worden. Eventueel kunnen de lenzen worden geïnspecteerd op beschadigingen door de contactlensspecialist.

Conjunctivitis

Als de patiënt behalve van een rood oog last heeft van een branderig gevoel, tranen en het vastplakken van de oogleden (vooral ’s morgens bij het wakker worden) zonder verdere klachten, gaat het waarschijnlijk om een onschuldige conjunctivitis en kan de praktijkassistente de volgende adviezen geven om besmetting van het andere oog en van huisgenoten te vermijden.

- Week de aan elkaar vastgeplakte oogleden los met een watje of gaasje dat is natgemaakt met schoon water (het water hoeft niet eerst gekookt te worden) en maak ze schoon. Strijk altijd van de buitenste naar de binnenste ooghoek.
- Wrijf niet in de ogen.
- Was vaak de handen.
- Gebruik schone en aparte handdoeken.

De huisarts overweegt een oogzalf met een antibioticum voor te schrijven, als een bacteriële oorzaak waarschijnlijk is. Chlooramfenicol is eerste keus.

Bij een allergische conjunctivitis legt de huis-

arts uit dat de klachten ontstaan doordat het oog overgevoelig reageert op stoffen die zich in de lucht bevinden en die vaak niet te vermijden zijn, zoals pollen. Contact met huisdieren kan wel worden vermeden. Koude kompressen op de ogen kunnen verlichting geven. Eventueel schrijft de huisarts oogdruppels met een antihistaminicum voor. Bij onvoldoende effect kunnen kortdurend (maximaal drie dagen) oogdruppels met prednisolon worden gebruikt.

Bij conjunctivitis als gevolg van contactallergie legt de huisarts uit dat de aandoening ontstaat door contact met een specifieke stof, bijvoorbeeld oogmake-up, oogdruppels of contactlensvloeistof. De aandoening kan ook ontstaan als de patiënt het middel al geruime tijd gebruikt.

Episcleritis

Bij een episcleritis legt de huisarts uit dat een diepere bindvlieslaag in het oog is ontstoken. Hij vertelt dat de oorzaak meestal onduidelijk is en dat de ontsteking met grote waarschijnlijkheid binnen enkele weken vanzelf zal genezen. Als er weinig klachten zijn, is behandeling met medicijnen dan ook niet nodig. Koude kompressen kunnen verlichting geven. Bij onvoldoende effect kan de huisarts kortdurend (maximaal drie dagen) oogdruppels met prednisolon voorschrijven.

Blefaritis

Als de patiënt last heeft van een blefaritis, legt de huisarts uit dat de bacterie groeit op talg. De patiënt kan het best de ooglidranden ontvetten door ze tweemaal daags schoon te maken met een wattenstokje bevochtigd met babyshampoo. Daarna moet de patiënt de oogleden reinigen met lauw water. Bij onvoldoende effect kan de huisarts een oogzalf met een antibioticum voorschrijven. Bij blefaritis door herpes wordt oogzalf met aciclovir voorgeschreven.

Oorzaken van buitenaf

Bij een cornea-erosie vertelt de huisarts dat het letsel doorgaans binnen één tot drie dagen

geneest. De patiënt moet wrijven in het oog vermijden. De huisarts schrijft een antibiotische oogzalf voor tot na controle blijkt dat de verwonding is gesloten. Bij een kleine verwonding is afdekken met een oogverband niet nodig. Als de cornea-erosie na drie dagen niet is genezen, wordt de patiënt naar de oogarts verwezen.

Een vuiltje in het oog moet worden verwijderd met een wattenstokje, gatsje of frees om hoornvliesontsteking te voorkomen. Een roestring wordt met een frees verwijderd. Eventuele roestresten kunnen met een antibiotisch zalfverband worden verweekt, waardoor ze na 24 uur gemakkelijker te verwijderen zijn. Als er na verwijdering van het vuiltje een kleine verwonding is, kan de patiënt eenmalig oogzalf met chlooramfenicol gebruiken. Verwijzing naar de oogarts is alleen noodzakelijk als het vuiltje niet verwijderd kan worden of als een roestring na de beschreven behandeling niet verdwijnt.

Bij keratoconjunctivitis photo-electrica legt de huisarts uit dat het hoornvlies is beschadigd door overmatige blootstelling aan uv-straling. Hij vertelt dat de aandoening binnen enkele dagen vanzelf geneest. Bij ernstige pijnklachten kunnen oxybuprocaine 0,4% oogdruppels uit een minimverpakking worden toegediend (het restant kan eventueel worden meegegeven met de instructie de druppels gedurende maximaal twaalf uur te gebruiken), eventueel gecombineerd met paracetamol.

Bij etsing door zeep, haarspray of chloorwater volstaat vaak het (telefonische) advies om de ogen te spoelen met kraanwater. Bij etsing door zuur, kalk of loog krijgt de patiënt de volgende eerstehulpadviezen: meteen het oog én de ruimte onder de oogleden gedurende tien tot twintig minuten spoelen met veel water. Daarna wordt de patiënt gevraagd naar het spreekuur te komen ter beoordeling. Als de patiënt zich meteen op de praktijk meldt, spoelt de huisarts het oog gedurende tien tot twintig minuten, eventueel na toediening van een verdovende oogdruppel (oxybuprocaine). Bij een milde etsing met beperkte roodheid en irritatie kan de huisarts oogzalf met chloor-

amfenicol voorschrijven. Bij ernstiger symptomen (zoals slijmvlieszwelling, blaarvorming of corneatroebeling) wordt de patiënt met spoed naar de oogarts verwezen.

Bij een rood oog heeft u meestal taken op het gebied van de voorlichting, maar u kunt ook worden ingeschakeld bij het verwijderen van een vuiltje uit het oog. Bij een conjunctivitis geeft u adviezen, bij etsing eerstehulpadviezen. Als de huisarts medicijnen heeft voorgeschreven, legt u uit hoe de patiënt de druppels, gel of zalf in het oog moet aanbrengen (zie kader).

Het NHG heeft zowel een patiëntenfolder als diverse patiëntenbrieven uitgegeven over oogontsteking.

Alarmsymptomen oogontsteking

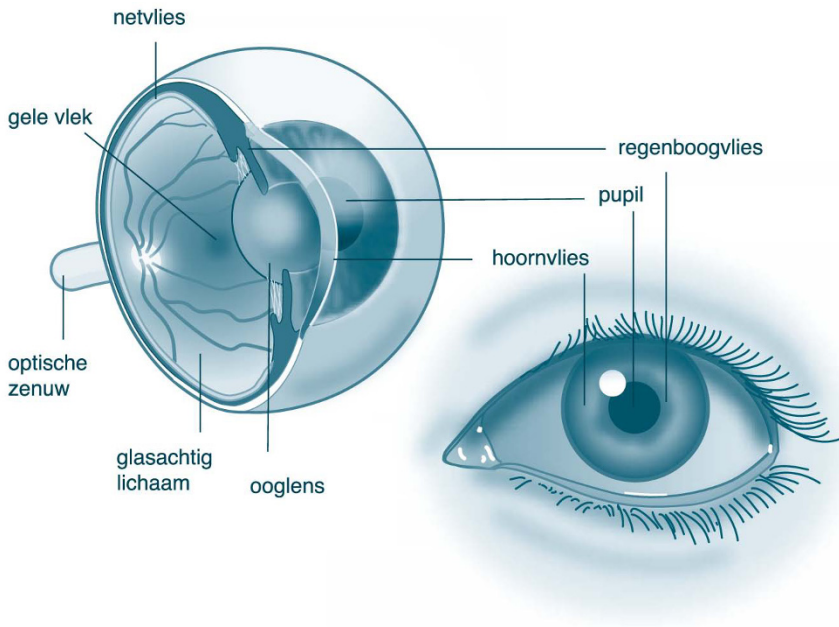
- pijn
- slechter zien
- lichtschuwheid

Instructie oogdruppels, gel of zalf

Als de patiënt oogdruppels moet gebruiken, kan hij het best voor de spiegel gaan zitten, het onderooglid van het aangedane oog omlaag trekken en één druppel op het rood van het onderooglid druppelen. Daarna moet de patiënt een keertje voorzichtig met de ogen knippen, waarbij hij moet opletten dat de druppelopening van het flesje niet in aanraking komt met het ooglid, want dan is de oogdruppelvloeistof niet meer steriel.

Ook bij ooggel of oogzalf wordt het onderooglid naar beneden getrokken. Een druppel gel of zalf wordt aangebracht in het aldus ontstane zakje. De patiënt moet daarbij elke aanraking met de tuit van de tube (met vingers, oogleden of wimpers) vermijden, zodat de oogzalf steriel blijft.

Het toedienen van oogmedicijnen aan (kleine) kinderen kan soms moeilijk zijn. Een alternatieve methode is het kind te vragen te gaan liggen en de ogen dicht te doen. De oogdruppel wordt dan in de binnenste ooghoek (bij de neus) gelegd, waarna het kind wordt gevraagd de ogen te openen. De oogdruppel 'rolt' dan het oog binnen.



Figuur 1 Bouw van het oog.

Begrippen	
chlamydia	een soa (zie het hoofdstuk Het soa-consult)
ciliair	van het corpus ciliare
cornea	hoornvlies
corpus ciliare	ringvormige structuur van bindweefsel en spiervezels (letterlijk: straallichaam)
episcleritis	ontsteking van de laag die de sclera bekleedt
herpes-simplexvirus	virus dat een koortslip kan veroorzaken (HSV-1) of een soa (zie het hoofdstuk Het soa-consult)
iris	regenboogvlies: ronde schijf met een centrale opening (pupil)
sclera	harde oogrok
visus	gezichtsvermogen

Schildklierandoeningen

Met rode konen staat mevrouw Van Heukelum ongeduldig voor de balie. Ze kan nauwelijks wachten tot u de telefoon heeft neergelegd. Ze wil graag een afspraak met de huisarts maken omdat ze de laatste tijd last heeft van hartkloppingen en zo nerveus is.

Inleiding

De NHG-Standaard Schildklierandoeningen geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van hypo- en hyperthyreoïdie bij volwassenen. In een normpraktijk stelt een huisarts per jaar ongeveer drie keer voor het eerst de diagnose hypothyreoïdie en ongeveer één keer de diagnose hyperthyreoïdie. Beide aandoeningen komen ongeveer vijfmaal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. Bij ouderen treden de klachten vaker op dan bij jongeren.

Soms zijn er uiterlijk zichtbare veranderingen in de omvang van de schildklier, bijvoorbeeld een struma, of is er sprake van een knobbel in de schildklier. Hierbij hoeft de functie van de schildklier niet verstoord te zijn. Ook aan dergelijke klachten wordt in de standaard aandacht besteed. De huisarts ziet per jaar ongeveer twee patiënten met struma en eenzelfde aantal met een knobbel in de schildklier. Ook dit zijn voornamelijk vrouwen. De laatstgenoemde klachten hebben geen duidelijke relatie met leeftijd.

Klachten en achtergronden

De functie van de schildklier wordt geregeld vanuit de hypothalamus en de hypofyse. Het TRH (thyrotropin-releasing hormone), afkomstig uit de hypothalamus, zet de hypofyse aan tot productie van TSH (thyroid-stimulating hormone). TSH zorgt ervoor dat de schildklier de hormonen thyroxine (T₄) en trijoodthyronine (T₃) aanmaakt. T₄ houdt de productie van TSH in evenwicht. Bij functiestoornissen van de schildklier is dit evenwicht verstoord. Bij hypothyreoïdie is de TSH-waarde in het bloed verhoogd en de vrije T₄-waarde verlaagd. Het omgekeerde is het geval bij hyperthyreoïdie.

Hypothyreoïdie kan worden veroorzaakt door auto-immuunziekten, zoals thyreoïditis van Hashimoto of een stille of pijnloze lymfocyttaire thyreoïditis (een ziekte die bij 7 procent van de vrouwen optreedt in het eerste jaar na een bevalling). Bij deze laatste vorm kan de patiënt zowel klachten hebben van hypothyreoïdie als van hyperthyreoïdie. Ook kunnen medische ingrepen hypothyreoïdie veroorzaken, bijvoorbeeld een operatie aan de schildklier of een behandeling met radioactief jodium.

Een van de oorzaken van hyperthyreoïdie is de ziekte van Graves. Ook hier gaat het om een auto-immuunziekte. De aandoening komt vooral voor bij vrouwen op jonge en middelbare leeftijd. Circa 60 procent van de patiënten heeft hierbij een struma.

Er zijn verschillende klachten en symptomen die kunnen passen bij een te traag of te snel werkende schildklier (zie tabel 1).

De huisarts houdt rekening met een grotere kans op functiestoornissen van de schildklier wanneer de patiënt:

- al eerder voor hyperthyreoïdie is behandeld met radioactief jodium;
- een operatie heeft ondergaan waarbij een gedeelte van de schildklier is verwijderd;
- bestraling heeft ondergaan van het hoofd-halsgebied;
- korter dan een jaar geleden is bevallen of al eerder een schildklierafwijking heeft gehad na een bevalling;
- een auto-immuunziekte heeft, in het bijzonder diabetes mellitus type 1;
- het syndroom van Down heeft;
- medicijnen gebruikt die de schildklier kunnen beïnvloeden, bijvoorbeeld lithium of jodiumhoudende medicijnen;
- familieleden heeft met schildklierziekten.

Wanneer de huisarts nader wil laten onderzoeken of er sprake is van een schildklierfunctiestoornis wordt laboratoriumonderzoek op TSH aangevraagd, indien afwijkend gevolgd door bepaling van vrij T₄.

Bij een vermoeden van hyperthyreoïdie kan een schildklierscan worden aangevraagd. Voor het maken van de scan krijgt de patiënt radioactief materiaal toegediend dat in de schildklier wordt opgenomen. De scan geeft informatie over de grootte, de vorm en de ligging van de schildklier en over de aanwezigheid van afwijkend weefsel. Ook wordt met een scan informatie verkregen over schildklierzonen met verhoogde en verlaagde activiteit. De huisarts kan een echo van de schildklier laten maken wanneer er uiterlijk zichtbare veranderingen van de schildklier zijn terwijl de functie van de schildklier niet gestoord is.

Beleid

In de meeste gevallen kunnen patiënten met hypo- en hyperthyreoïdie in de huisartsenpraktijk worden begeleid en behandeld. Voorlichting en advies zijn afgestemd op het soort functiestoornis van de schildklier en de oorzaak daarvan.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij functiestoornissen van de schildklier geeft de huisarts voorlichting over de ziektebeelden en vertelt hij welke verschillende klachten kunnen samenhangen met de aandoening. De huisarts legt bij hypothyreoïdie uit dat de patiënt waarschijnlijk levenslang medicijnen moet slikken en dat therapietrouw heel belangrijk is. De huisarts vertelt dat de instelfase op medicijnen belangrijk is, en dat het weken kan duren voordat de patiënt het eerste effect merkt.

Bij hyperthyreoïdie geeft de huisarts uitleg over de verschillende behandelingsmogelijkheden (zie tabel 2), zodat de patiënt kan meebeslissen. Er zijn drie behandelingsmogelijkheden: medicamenteus, behandeling met radioactief jodium (zie kader) of verwijdering van een gedeelte van de schildklier.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

In de meeste gevallen wordt hypothyreoïdie behandeld met levothyroxine.

Als de klachten van hyperthyreoïdie lang aanhouden, maakt de huisarts in overleg met de patiënt een keuze tussen een combinatie van medicijnen, chirurgische verwijdering van een deel van de schildklier of behandeling met radioactief jodium. Bij de keuze voor een combinatie van medicijnen wordt de schildklier eerst volledig stilgelegd met een medicijn (bijvoorbeeld carbimazol of thiamazol), waarna aan de hand van bloedonderzoek (vrij T₄) levothyroxine wordt voorgeschreven. Na de instelling op levothyroxine moet de patiënt gedurende het eerste jaar om de drie maanden worden gecontroleerd (vrij T₄).

VERWIJZING

Sommige patiënten worden door de huisarts doorverwezen naar de internist. Bij hypothyreoïdie betreft het bijvoorbeeld patiënten bij wie de klachten een centrale oorzaak hebben (een oorzaak op hersenniveau), of als er tevens sprake is van cardiale problemen, bijvoorbeeld hartfalen of angina pectoris. Ook wanneer de patiënt tevens diabetes mellitus heeft en die moeilijk instelbaar is, is het raad-

zaam om samen met de internist de klachten van de hypothyreoïdie te behandelen. Patiënten met hyperthyreoïdie met een voorkeur voor behandeling met radioactief jodium of een chirurgische behandeling worden naar de internist verwezen. Bovendien kan de huisarts niet altijd alle patiënten met een voorkeur voor medicamenteuze behandeling zelf begeleiden. Dan gaat het bijvoorbeeld om patiënten met cardiale problemen en vrouwen die zwanger zijn of dat binnen afzienbare tijd willen worden.

Uw rol als praktijkassistente bij patiënten met functiestoornissen van de schildklier is beperkt. U hebt voornamelijk een taak bij het in orde maken van herhalingsrecepten en van de formulieren voor het laboratorium om de schildklierfunctie te controleren.

Ook kunt u de patiënt wijzen op het bestaan van patiëntenverenigingen. Op internet kan daarover informatie worden gevonden.

- Voor schildklieraandoeningen: www.schildklierwijzer.nl en de website van de Schildklierstichting Nederland: www.schildklier.nl.
- Voor hypothyreoïdie: www.hypomaarniethappy.nl.
- Voor de ziekte van Graves: de website van de Nederlandse Vereniging van Graves Patiënten: www.graves-patiënten.nl.

Het NHG heeft twee patiëntenbrieven uitgegeven over hypo- en hyperthyreoïdie.

Behandeling met radioactief jodium ($I-131$)

Jodium is een natuurlijke stof die na toediening in grote mate door de schildklier wordt opgenomen. Ook radioactief jodium wordt door de schildklier opgenomen. In tegenstelling tot gewoon jodium zendt radioactief jodium straling uit. Er vindt op die manier een zeer lokale bestraling plaats van de schildklier waardoor de schildklieraandoening wordt behandeld.

Tijdens zwangerschap kan behandeling met radioactief jodium niet worden toegepast. Vrouwen die borstvoeding geven, moeten daarmee stoppen voor de behandeling.

Werking

De patiënt krijgt op de afdeling Nucleaire Behandeling een capsule met radioactief jodium. Een groot deel van het radioactief jodium wordt in de eerste 24 uur na de toediening via de urine uitgescheiden. Het resterende deel van het radioactief jodium wordt opgenomen door de schildklier, waar de bestraling nog enkele weken doorgaat.

Adviezen

Mensen in de naaste omgeving van de patiënt kunnen met de straling vanuit de schildklier in aanraking komen. Hoewel deze straling zeer gering is, wordt de patiënt aangeraden de volgende maatregelen in acht te nemen gedurende één tot twee weken na toediening.

- Huisgenoten moeten zo veel mogelijk (letterlijk) afstand van de patiënt houden, in ieder geval meer dan 1 meter, maar liefst 2 meter of meer bij langdurige bezigheden zoals televisie kijken, eten of slapen.
- Lichamelijk contact moet beperkt blijven tot maximaal 30 minuten per dag.
- Kleine kinderen (t/m 10 jaar) zijn gevoeliger voor straling dan volwassenen. Daarom moet de patiënt op zo groot mogelijke afstand van kleine kinderen blijven.

Ook voor toiletgebruik gelden er adviezen, omdat urine en ontlasting radioactief jodium kunnen bevatten.

- Om besmetting van de toiletruimte te voorkomen dienen ook mannen altijd zittend te urineren.
- Na afloop toiletpapier gebruiken, het toilet direct doorspoelen en direct handen wassen. Eenmaal per dag moet het toilet worden schoongemaakt.

Tabel 1 Klachten en symptomen die kunnen passen bij hypo- en hyperthyreoïdie

<i>Kenmerken van hypothyreoïdie</i>	<i>Kenmerken van hyperthyreoïdie</i>
traagheid, gewichtstoename, vermoeidheid	nervositeit, gewichtsverlies ondanks toegenomen eetlust, vermoeidheid, overbeweeglijkheid
droge, koude en bleke huid, myxoedeem	warme, vochtige huid, overmatig transpireren, pretibiaal myxoedeem
opgeblazen gezicht, opgezette oogleden, haaruitval	uitpuilende ogen (exophthalmus), pijn in of achter de ogen, lichtschuweid of verminderde visus
struma, stemverandering	struma
(te) langzame hartslag	(te) snelle hartslag, hartkloppingen
menstruatiestoornissen	menstruatiestoornissen

Tabel 2 Behandel mogelijkheden bij hyperthyreoïdie

<i>Behandeling</i>	<i>Voordeel</i>	<i>Nadeel</i>
medicamenteus	Bij de ziekte van Graves is er 40 tot 50% kans op verbetering 12 maanden na het staken van de behandeling, zonder dat daarvoor een kans is op het ontstaan van hypothyreoïdie.	Langdurige behandeling met veel controles. Vrij grote kans op herhaling van de klachten na het staken van de medicijnen. Als er sprake is van een omvangrijk struma, heeft behandeling met medicijnen waarschijnlijk geen zin.
radioactief jodium (zie kader)	Snel resultaat. Veilig en effectief.	Afhankelijk van de dosis bestaat vooral bij de ziekte van Graves kans op hypothyreoïdie. Mag niet in de zwangerschap worden gebruikt.
gedeeltelijke verwijdering van de schildklier	Snel resultaat, geeft cosmetisch gezien een beter resultaat bij een omvangrijk struma.	Kans op hypothyreoïdie. Operatief risico, waaronder zenuwbeschadiging.

Begrippen	
auto-immuunziekte	ziekte die ontstaat door een antigeen-antistofreactie in het eigen lichaam
exophthalmus	uitpuilende ogen
hypofyse	hersenaanhangsel; maakt verschillende hormonen aan met een grote invloed op de functie van andere hormoonproducerende klieren
hypothalamus	onderdeel van het voorste gedeelte van de hersenstam; onder meer van belang voor aansturing van een deel van de hypofyse
levothyroxine	synthetisch hormoonpreparaat dat de gevolgen van een verminderde schildklierfunctie opheft
myxoedeem	enigszins deegachtige zwelling die past bij hypothyreoïdie, maar ook voorkomt bij hyperthyreoïdie
pretibiaal	voor het scheenbeen
struma	diffuse vergroting van de schildklier, in sommige gevallen gepaard gaand met een functiestoornis
vrij T4	in het bloed circulerend schildklierhormoon

Schouderklachten

Mevrouw Schouwstra wil graag een afspraak maken. Afgelopen weekeinde heeft zij het behang van de muur gehaald in de woonkamer. Nu heeft ze ontzettende pijn in haar rechterschouder; vannacht kon ze er nauwelijks van slapen. ‘Kan ik vandaag nog op het spreekuur terecht?’

Inleiding

De NHG-Standaard Schouderklachten geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van schouderklachten. De standaard verstaat onder schouderklachten: pijn in het gebied van de basis van de nek tot de elleboog (of in een deel van dat gebied). Naast pijn kan er ook sprake zijn van bewegingsbeperking in de schouder of bovenarm. Schouderklachten komen relatief vaak voor. Ongeveer een derde van de Nederlandse bevolking heeft schouderklachten. Een huisarts in een normpraktijk ziet ongeveer driemaal per week patiënten met schouderklachten.

Klachten en achtergronden

Het is nog niet precies bekend waardoor schouderklachten ontstaan. Het is voor de huisarts vaak moeilijk om de exacte oorzaak van schouderklachten te achterhalen. Artsen denken dat plotselinge of langdurige overbelasting schade kan veroorzaken aan structuren in het schoudergebied met als gevolg een aseptische ontsteking met zwelling en pijn. Bij plotselinge overbelasting kan het gaan om een

ongeval waardoor een scheurtje ontstaat in één van de rotatorcuff-spiers of in de bicepspees.

Er kunnen nog diverse andere oorzaken zijn van schouderklachten. Als de rotatorcuff-spiers niet goed functioneren, kan bij het opheffen van de arm de kop van de humerus tegen de onderkant van de acromion aan komen. Een spier, pees en/of slijmbeurs in de subacromiale ruimte kan tussen deze twee botten bekneld raken, gevoelig worden en opzwellen. Zo kan een slijmbeurs- of peesontsteking ontstaan met schouderklachten als gevolg. Ook ontstekingen in het schoudergewricht, frozen shoulder, artritis in het schoudergewricht of afwijkingen van de nekwerfels kunnen schouderklachten veroorzaken. Vooral in de acute fase kunnen patiënten in hun dagelijks functioneren behoorlijk worden gehinderd door schouderklachten. De klachten kunnen ook de nachtrust verstoren. Bij patiënten die ook pijn in de nek hebben of vaak boven schouderhoogte moeten werken, kan het herstel worden vertraagd. Ook psychosociale omstandigheden kunnen een negatieve invloed hebben op het herstel, bijvoorbeeld depressieve klachten, piekeren over de pijn of negatieve verwachtingen.

De klachten zijn bij ongeveer een derde van de patiënten na zes weken verdwenen, bij de helft duren de klachten een half jaar en 60% is na een jaar klachtenvrij.

In de anamnese bepaalt de huisarts de ernst van de klachten door de patiënt te vragen naar de ernst van de pijn en de ervaren hinder tijdens dagelijkse bewegingen (thuis of op het

werk). Hij vraagt ook naar factoren die het beloop van de schouderklachten kunnen beïnvloeden. Als de schouderklachten plotseling zijn begonnen en er geen nekklachten zijn, is de kans groter dat de klachten relatief kort duren. Als de patiënt daarentegen veel pijn heeft en bovendien last heeft van de nek of werk heeft dat de schouderklachten doet verergeren, zal het herstel over het algemeen langer duren.

Alleen bij een ongeval kan het zin hebben om een röntgenfoto of echo te laten maken. Verder is het over het algemeen niet zinvol om in de beginfase van schouderklachten laboratoriumonderzoek te doen of een röntgenfoto of echo te laten maken omdat er geen gevolgen zijn voor het beleid.

Wel moet de huisarts er rekening mee houden dat schouderklachten ook een ernstige oorzaak kunnen hebben, vooral als er sprake is van ernstige of zeer langdurige klachten, koorts, algemeen ziekzijn, gewichtsverlies of tekenen van een infectie. In dit geval laat de huisarts bloed prikken om bijvoorbeeld de BSE te bepalen. Bij patiënten met kanker in de voorgeschiedenis zal de huisarts denken aan een metastase in de schouderstreek. Als de patiënt hevige pijn heeft en/of tintelingen in arm of hand bij bewegingen van de nek, heeft hij misschien een nekhernia. Als de patiënt ook klachten heeft van andere gewrichten en daarnaast koorts heeft, kan dat duiden op reumatoïde artritis. Bij kortademigheid of pijn op de borst zal de huisarts onderzoek doen naar longziekten of hartklachten.

Beleid

De huisarts begint de behandeling met het geven van voorlichting en advies.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts legt uit dat de schouderklachten worden veroorzaakt door irritatie of ontsteking van één van de structuren van de schouder, en dat de precieze plaats daarvan niet met zekerheid is aan te wijzen. Hij vertelt dat het

moeilijk is te voorspellen is hoe lang de klachten zullen duren, maar in ieder geval enkele weken tot soms maanden of een jaar. De huisarts realiseert zich daarbij dat dit slecht nieuws is voor de patiënt.

Ook geeft hij informatie over de verschillende mogelijkheden om pijn te verminderen en bewegingsbeperkingen te behandelen, bijvoorbeeld door pijnstillers voor te schrijven, injecties met een corticosteroïd in de schouder toe te dienen, de patiënt zelf te laten oefenen of door fysiotherapie. Hij legt uit dat van geen van deze behandelingen vaststaat of ze op de lange termijn beter zijn dan gewoon afwachten tot de klachten vanzelf overgaan.

Hij geeft ook een aantal adviezen:

- Vermijd tijdelijk het maken van bewegingen die de pijn duidelijk verergeren.
- Pas bij hevige klachten de dagelijkse activiteiten voor korte tijd aan.
- Breid activiteiten (in werk of huishouden) geleidelijk uit; wacht niet tot de pijn helemaal verdwenen is.

MEDICAMENTEUS BELEID

Als de patiënt pijnstilling wil, adviseert de huisarts voor een periode van twee weken paracetamol in een dosering van viermaal daags twee tabletten. Als dit niet voldoende helpt, kan hij een NSAID voorschrijven. Aan patiënten ouder dan 70 jaar of patiënten met een verminderde nierfunctie, hypertensie, hartfalen of antistollingsmedicatie is de huisarts terughoudend met het voorschrijven van NSAID's. Bij genoemde patiënten kunnen NSAID's ernstige bijwerkingen hebben. Vooral de maagbloedingen zijn berucht.

Als ernstige schouderpijn onvoldoende afneemt, ondanks het opvolgen van de adviezen en het gebruik van pijnstillers gedurende twee weken, kan de huisarts een injectie met een corticosteroïd geven in de ruimte onder het schouderdak of in het schoudergewricht. Hij bepaalt de plaats waar hij injecteert aan de hand van de bevindingen bij het bewegingsonderzoek. De pijnklachten kunnen door de injectie verminderen; meestal zal de pijn eerder verdwijnen dan de bewegingsbeperking.

Na de injectie kan de pijn eerst even toenemen. Bij vrouwen kunnen als bijwerkingen van corticosteroïden opvliegers en vaginaal bloedverlies optreden. De huisarts raadt de patiënt aan om de arm na de injectie te blijven bewegen.

De injectie kan eventueel na twee tot vier weken worden herhaald. Meer dan in totaal drie injecties vanwege dezelfde klachten zijn niet zinvol.

CONTROLES

De huisarts vraagt de patiënt weer op het spreekuur te komen als de klachten na zes weken niet afnemen. Bij de controles herhaalt de huisarts het lichamelijk onderzoek en geeft hij opnieuw voorlichting over het (mogelijk) langdurige beloop. Patiënten die een injectie hebben gekregen en daarna koorts krijgen, moeten ook op het spreekuur komen.

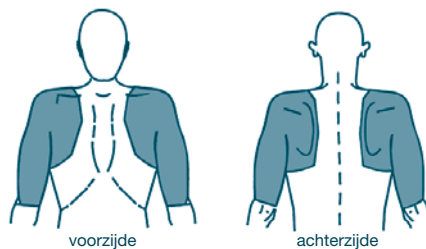
VERWIJZEN

Als de schouderklachten, ondanks adviezen en het gebruik van pijnstillers gedurende twee weken, onvoldoende zijn verminderd en niet pijn, maar bewegingsbeperkingen van schouder of nek op de voorgrond staan, kan de huisarts de patiënt verwijzen naar de fysio- of manuele therapeut.

Bij aanhoudend ziekteverzuim of bij onvoldoende herstel van klachten die door het werk zijn ontstaan of gevolgen hebben voor het functioneren op het werk, overlegt de huisarts met de bedrijfsarts. Zo nodig spreken ze een gezamenlijk beleid af. De bedrijfsarts kan bij-

voorbeeld een werkplekanalyse laten uitvoeren waarbij wordt nagegaan of de patiënt in aanmerking komt voor ergonomische adviezen.

Als de patiënt ernstige klachten of belemmeringen blijft houden, verwijst de huisarts voor nader onderzoek en/of behandeling naar een specialist met specifieke deskundigheid op het gebied van schouderklachten.



Figuur 1 Het schoudergebied aan de voorzijde en aan de achterzijde.

Bij schouderklachten is uw rol niet zo groot. De meeste patiënten met schouderklachten moeten door de huisarts worden onderzocht. U kunt de patiënt adviseren om tot het bezoek aan de huisarts paracetamol te gebruiken. Er zijn twee NHG-Patiëntenbrieven, Schouderklachten algemeen en Injectie bij schouderklachten.

Begrippen	
acromion	deel van het schouderblad dat het schouderdak vormt
artritis	gewrichtsontsteking
BSE	bezinkingssnelheid van rode bloedlichamen in het bloed; een verhoogde BSE duidt in het algemeen op een infectie in het lichaam
corticosteroïden	bijnierschors hormonen
frozen shoulder	aandoening van de schouder waarbij het kapsel rond het schoudergewricht dikker wordt en samentrekt; hierdoor heeft de bovenarm minder bewegingsruimte
humerus	opperarmbeen
NSAID	non-steroid anti-inflammatoir drug; pijnstiller met ontstekingsremmende werking
rotator cuff	groep van vier spieren die ervoor zorgen dat het opperarmbeen op de juiste manier beweegt ten opzichte van het schouderblad
subacromiale ruimte	de ruimte tussen schouderkop en schouderdak

Slaapproblemen en slaapmiddelen

Mevrouw Goossen, 38 jaar, belt of ze een receptje voor slaapmiddelen kan krijgen. Ze doet de laatste weken geen oog dicht en ze kan het zich niet permitteren om overdag slaperig te zijn. Ze heeft een drukke periode op haar werk en ook haar gezin vraagt de nodige aandacht.

Inleiding

Slaapproblemen komen vaak voor bij volwassenen, maar slechts een klein deel van de mensen die er last van heeft, raadpleegt hiervoor een arts. Klachten over de slaap komen vooral voor op oudere leeftijd en tweemaal zo vaak bij vrouwen als bij mannen. Veel mensen die zeggen slecht te slapen, blijken te hoog gespannen verwachtingen te hebben omtrent de slaap. Voorlichting over wat 'normaal' is, is dan ook belangrijk bij het oplossen van de problemen.

Klachten en achtergronden

Van de volwassenen slaapt 65 procent gemiddeld zeven à acht uur per nacht, 8 procent kan met minder dan vijf uur slaap toe en 2 procent slaapt meer dan tien uur per etmaal. Patiënten kunnen het idee hebben dat ze niet goed slapen als er sprake is van een wat langere inslaaptijd (normaal ongeveer een kwartier), frequente slaaponderbrekingen (normaal twee- à driemaal) en langere periodes van wakker-zijn tussendoor. Dit hoeft echter niet altijd te leiden tot slaperigheid overdag. De slaap bestaat gewoonlijk uit vier à vijf cycli van

anderhalf uur, waarin een aantal slaapstadia worden doorlopen: sluimeren, ondiepe slaap, diepe slaap en remslaap. Tijdens de remslaap wordt het meest gedroomd. De hoeveelheid diepe slaap lijkt het meest essentieel voor het herstel van het lichaam. Bij ouderen verandert de totale slaapduur weinig, maar neemt de hoeveelheid diepe slaap af. Ouderen slapen hierdoor oppervlakkiger en worden 's nachts vaker wakker, zeker als ze ook een middagdutje doen.

Bij de diagnostiek wordt onderscheid gemaakt tussen kortdurende en langer durende slapeloosheid. Verder wordt in de NHG-Standaard Slapeloosheid en slaapmiddelen aandacht besteed aan chronisch slaapmiddelengebruik. Kortdurende slapeloosheid kan worden veroorzaakt door psychosociale problemen (bijvoorbeeld een sterfgeval of overbelasting op het werk), lichamelijke symptomen die de patiënt uit de slaap houden (pijn, hoesten, benauwdheid) of een verstoring van het dag-nachtritme (bijvoorbeeld bij ploegendienst). Vaak weet de patiënt zelf de oorzaak. Bij langer durende slapeloosheid is de oorspronkelijke oorzaak meestal op de achtergrond geraakt. Vaak spelen verscheidene factoren een rol bij het ontstaan en voortbestaan van de slapeloosheid. Mogelijke oorzaken zijn: chronische lichamelijke aandoeningen (benauwdheid, frequent plassen door een vergrote prostaat), chronische psychosociale problemen, psychische stoornissen (bij een depressie wordt de patiënt vaak vroeg wakker), slechte slaapgewoonten, overmatig gebruik van alcohol, koffie en nicotine, angst

niet te kunnen slapen en het slaapapneusyndroom. Dit laatste komt vooral voor bij zwaarlijvige mannen.

In de anamnese vraagt de huisarts naar:

- duur van de klachten;
- klachten overdag;
- slaappatroon;
- frequentie van de klachten;
- verwachtingen over slaap;
- wat de patiënt zelf al heeft geprobeerd om beter te slapen;
- verwachtingen over mogelijke oplossingen voor de slapeloosheid.

Als er overdag geen klachten zijn, is verdere anamnese niet nodig. Als slaperigheid en moeheid overdag op de voorgrond staan, wordt een uitgebreidere anamnese afgenomen. De huisarts kan dan ook vragen of de patiënt verschijnselen vertoont van het 'restless legs syndrome' (RLS), de 'periodic leg movement disorder' (PLMD), narcolepsie of het slaapapneusyndroom. Ook het recent gestopt zijn met rustgevendende medicatie of antidepressiva of het gebruik van koffie kan van invloed zijn op de slaap.

Bij chronisch slaapmiddelengebruik is de patiënt afhankelijk geworden van het slaapmiddel. De huisarts motiveert patiënten die chronisch slaapmiddelen gebruiken, om daarmee te stoppen. Hiervoor zijn de volgende redenen.

- Het effect van het gebruik van slaapmiddelen gedurende een periode langer dan twee weken is niet aangetoond.
- Het risico op vallen en heupfracturen wordt groter, vooral bij ouderen.
- Overdag vermindert het prestatievermogen.

Beleid

Het beleid bij slapeloosheid gaat altijd uit van voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen. Met behulp van niet-medicamenteuze adviezen wordt geprobeerd verandering te

bringen in gewoonten en verwachtingen die de slaap belemmeren.

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft voorlichting over slaappatronen en de normale verschillen die daarbij tussen mensen kunnen bestaan. Als de patiënt klaagt over slaapproblemen maar er overdag geen klachten van ondervindt (pseudo-insomnie), kan worden volstaan met voorlichting over normale slaap en slaapbevorderend gedrag. Goede slaapadviezen zijn de volgende.

- Vermijd in de uren voor het slapengaan koffie, alcohol, overvloedige maaltijden en forse inspanning. Lichamelijke inspanning laat in de middag of vroeg in de avond lijkt wel een goed effect te hebben. Bij ouderen bevordert matig intensieve lichaamsbeweging overdag waarschijnlijk de slaap.
- Zorg voor een goed bed, matras en hoofdkussen, prettige nachtkleding en een plezierige atmosfeer in de slaapkamer.
- Gebruik de slaapkamer alleen om te slapen of te vrijen.
- Ga pas naar bed als je slaperig bent.
- Als je na een kwartier nog niet slaapt, sta dan op en ga in een andere kamer iets anders doen. Ga pas weer naar bed als je slaperig bent.
- Sta elke dag op dezelfde tijd op, ook als je maar kort geslapen denkt te hebben.
- Doe geen dutjes overdag.
- Bedenk: niet slapen is geen ramp, geef er maar aan toe, verzet je er niet tegen, dat maakt het alleen maar erger.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Slaapmiddelen zijn slechts bij een minderheid van de patiënten met slaapproblemen nodig. Alleen bij acute psychosociale stoornissen, voorbijgaande verstoring van het dag-nachtritme (bijvoorbeeld bij een jetlag) en bij chronische lichamelijke aandoeningen met aanhoudende klachten kan de huisarts overwegen om slaapmiddelen voor te schrijven.

Bij voorkeur worden kortwerkende benzodiazepinen gegeven (temazepam of zolpidem).

Mogelijke bijwerkingen van slaappmiddelen zijn: katterigheid, verminderde alertheid de volgende ochtend, verminderd prestatievermogen, een grotere kans om te vallen, afhankelijkheid van de medicijnen en klachten over het geheugen. Daarnaast bestaat het risico dat de patiënt te veel medicijnen inneemt of ont-houdingsverschijnselen krijgt als de medicatie wordt gestaakt.

Een patiënt met het slaappapneusyndroom mag geen slaappmiddelen gebruiken. Het risico bestaat dat de aandoening dan juist verergert. Om te voorkomen dat er gewenning optreedt en de patiënt de medicatie chronisch gaat gebruiken, schrijft de huisarts slaappmiddelen bij voorkeur voor een korte periode voor. De patiënt krijgt alleen een herhalingsrecept als hij opnieuw op het spreekuur is geweest. Afhankelijk van de oorzaak van de slapeloosheid kan soms een meer specifieke behandeling aangewezen zijn. De huisarts kan onderliggende lichamelijke of psychische aandoeningen (laten) behandelen of steun en hulp geven bij het verwerken en oplossen van emotionele problemen.

Stoppen met benzodiazepinen is moeilijk. Voorkómen van gebruik is beter. Als de patiënt toch chronisch gebruiker is geworden, probeert de huisarts de patiënt te laten stoppen met een minimale interventiestrategie (MIS, zie kader). De patiënt krijgt dan van de huisarts een brief met het advies om te stoppen en praktische aanwijzingen daarvoor. Als het de patiënt niet lukt om op eigen houtje te stoppen, biedt de huisarts ondersteuning aan. Hij adviseert de patiënt om de dosering langzaam af te bouwen. Eerst wordt het kortwerkende benzodiazepine omgezet in het langer werkende diazepam. Vervolgens wordt telkens na één week de dosering met 25 procent verminderd. Aan het eind van de periode waarin het gebruik wordt afgebouwd, kunnen ont-wenningsverschijnselen optreden. Deze ver-

schijnselen lijken op de oorspronkelijke klachten van slapeloosheid, maar gaan meestal vanzelf weer over.

VERWIJZING

In de volgende gevallen verwijst de huisarts naar de specialist:

- bij een vermoeden van het slaappapneusyndroom;
- bij narcolepsie of bij een ernstig vertraagd slaappfasesyndroom;
- bij ernstige chronische slapeloosheid.

U vervult een rol bij het afhandelen van herhalingsrecepten. Vooral bij mensen die nog niet langdurig slaappmedicatie gebruiken en een herhalingsrecept aanvragen, is waakzaamheid geboden. Maak de huisarts bij het ondertekenen van de recepten hierop attent. In het algemeen kunt u slaappadviezen geven.

Voorts kunt u een taak hebben bij het uitvoeren van plannen in uw praktijk om het chronisch gebruik van slaappmiddelen terug te dringen, bijvoorbeeld door te helpen patiënten hiertoe te motiveren. De praktijkondersteuner kan een rol spelen door patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken, op te sporen en hun een stopbrief te sturen. Een voorbeeld van een stopbrief is te vinden in de NHG-Patiëntenbrief Stoppen met slaappmiddelen. In de NHG-PraktijkWijzer ggz vindt u een hoofdstuk over hoe patiënten die chronisch benzodiazepinen gebruiken, kunnen worden begeleid.

Over slaapproblemen zijn een NHG-Patiëntenfolder en drie NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Minimale interventiestrategie (MIS)

De MIS is een op de persoon gerichte methode om patiënten te begeleiden die willen stoppen met bijvoorbeeld roken of het gebruik van slaapmiddelen. In de MIS zijn de volgende stappen te onderkennen.

- Profiel opstellen. De omvang van het ‘probleem’ wordt geïnventariseerd.
- Motivatie peilen.
- Barrières vaststellen.
- Stopafpraak maken.
- Hulpmiddelen verstrekken.
- Nazorg verlenen.

Begrippen

MIS	minimale interventiestrategie (methode om patiënten van een verslaving af te helpen)
PLMD	periodic leg movement disorder: aandoening waarbij schokkende bewegingen van de benen optreden tijdens de slaap
remslaap	slaapstadium genoemd naar de snelle oogbewegingen (rapid eye movements) die erin optreden
RLS	restless legs syndrome: aandoening waarbij de patiënt last heeft van pijnlijke, brandende of kriebelende benen, vooral tijdens rust
slaapapneusyndroom	aandoening waarbij tijdens de slaap korte periodes van ademstilstand optreden door verslapping van de bovenste luchtwegen

Slechthorendheid

Meneer Van der Hoeven, 40 jaar, speelt viool in een symfonieorkest. Hij kan de laatste tijd zijn vrouw minder goed verstaan en nu is hij bang dat hij doof wordt. Dat is voor niemand leuk, maar voor hem zou het natuurlijk een ramp zijn! Hij vraagt aan u wat hij moet doen.

Inleiding

In de NHG-Standaard Slechthorendheid worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van slechthorendheid bij patiënten in verschillende leeftijdsgroepen.

Slechthorendheid is het verminderd waarnemen van geluid en het slechter verstaan van spraak. Slechthorendheid komt vaak voor: in een normpraktijk zijn ongeveer 70 patiënten slechthorendheid. Onderzoek laat zien dat slechthorendheid in werkelijkheid anderhalf tot viermaal vaker voorkomt, dus veel slechthorenden zijn niet als zodanig bij de huisarts bekend. Slechthorendheid zal in de toekomst, gezien de veroudering van de bevolking, steeds vaker voorkomen. Bij mensen met een verstandelijk beperking komt slechthorendheid nog aanzienlijk vaker voor dan bij de algemene bevolking.

Klachten en achtergronden

Slechthorendheid kan het gevolg zijn van geleidingsverlies of perceptief verlies. De klacht kan zowel aan één kant als aan beide kanten optreden.

Bij geleidingsverlies is sprake van onvol-

doende overdracht van het geluid van de gehoorgang naar het slakkenhuis (gehoorketen in het middenoor, zie kader en figuur 1). Geleidingsverlies wordt vaak veroorzaakt door afsluitende cerumenproppen, otitis media acuta (OMA, zie het hoofdstuk Otitis media acuta) en otitis media met effusie (OME, zie het hoofdstuk Otitis media met effusie), maar kan ook zeldzamer beelden als otosclerose of een cholesteatoom als oorzaak hebben.

Bij een cholesteatoom gaat het om huidweefsel dat, meestal als gevolg van een chronische ontsteking, in het middenoor groeit. Het cholesteatoom kan het bot aantasten en zo schade veroorzaken aan de gehoorbeentjes. Bij otosclerose groeit in de gehoorketen de voetplaat van de stijgbeugel geleidelijk vast aan het ovale venster. Otosclerose komt bij ongeveer vijf op de duizend mensen voor. Ongeveer de helft van de patiënten met otosclerose heeft ook een familielid met deze aandoening.

Chronische middenoorontsteking kan soms tot langdurig geleidingsverlies leiden, vooral bij kinderen. Dit gehoorverlies heeft over het algemeen geen invloed op de spraak- en taalontwikkeling van het kind op de lange termijn.

Verwondingen door bijvoorbeeld (watten)stokjes, uitspuiten of acute drukveranderingen, zoals een klap op het oor of een knal (bijvoorbeeld door vuurwerk), kunnen leiden tot een trommelvliesperforatie met geleidingsverlies. De perforatie sluit in 90 procent van de gevallen spontaan, waarbij het geleidingsverlies volledig herstelt.

Bij perceptief gehoorverlies is het slakkenhuis,

de gehoorzenuw of het centrale zenuwstelsel beschadigd. De oorzaken verschillen per leeftijd. Bij kinderen komen ernstige perceptieve gehoorstoornissen weinig voor. Vaak zijn aangeboren afwijkingen de oorzaak, maar ook infecties zoals rubella of meningitis kunnen schade aan het oor tot gevolg hebben. Bij volwassenen kan perceptief gehoorverlies veroorzaakt worden door bijvoorbeeld lawaai, de ziekte van Ménière of het gebruik van geneesmiddelen die het gehoor beschadigen. Perceptief verlies gaat vaak gepaard met recruitment. Daaronder verstaat men een abnormale versterking van het geluid.

Bij ouderen komt presbycusis het meeste voor, dat wil zeggen slechthorendheid die wordt veroorzaakt door de normale veroudering van het gehoorzintuig. Vanaf het dertigste levensjaar neemt het gehoor per decennium af met ongeveer 7 dB in de lage frequenties en 18 dB in de hoge frequenties. De huisarts vermoedt slechthorendheid als ouderen moeite hebben tijdens een gesprek de ander te verstaan of als ze slecht een gesprek kunnen voeren met drie of meer personen.

Als er bij (plotseling) perceptief gehoorverlies geen afwijkingen aantoonbaar zijn, spreekt men van acuut idiopathisch gehoorverlies. Deze aandoening komt zelden voor.

Aan de hand van de anamnese schat de huisarts de ernst van de slechthorendheid in en probeert hij te achterhalen wat de oorzaak kan zijn. Verder is van belang hoeveel hinder de patiënt ondervindt en, bij ouderen, in hoeverre zij gemotiveerd zijn om een hoortoestel te gebruiken.

Bij het onderzoek van het oor met de otoscoop kan de huisarts afwijkingen zien die een verklaring kunnen zijn voor geleidingsdoofheid. De huisarts kan de tympanometer gebruiken als wordt vermoed dat er sprake is van otitis media met effusie. Als de huisarts geen afwijkingen vindt, wordt bij patiënten ouder dan 6 jaar een audiogram (figuur 2) gemaakt met een screeningsaudiometer (zie kader), of wordt de fluisterspraaktest (zie kader) uitgevoerd.

Beleid

Bij klachten over gehoorverlies legt de huisarts aan de patiënt uit wat de oorzaak is. Bekken wordt wat de behandelingsmogelijkheid is en hoe het beloop naar verwachting zal zijn. Zo nodig wordt de patiënt naar de kno-arts verwezen.

VOORLICHTING EN ADVIES

De inhoud van voorlichting en advies is afhankelijk van de oorzaak van de slechthorendheid.

Preventie speelt een rol bij lawaaidoofheid. De huisarts adviseert het dragen van gehoorbeschermers om verdere gehoorschade te voorkomen. Als de werkomstandigheden een rol spelen, adviseert de huisarts de patiënt contact op te nemen met de bedrijfsarts.

Bij cerumenproppen vertelt de huisarts de patiënt dat het oor oorsmeer aanmaakt om het trommelvlies te beschermen. Hij legt uit dat het oor in principe zelfreinigend is, maar dat oorsmeer zich soms ophoopt in de gehoorgang.

Bij presbycusis vertelt de huisarts dat het om een normaal verouderingsverschijnsel gaat. Het gehoor neemt in de loop van de jaren geleidelijk af. De patiënt krijgt informatie over hoortoestellen. Een hoortoestel verbetert de waarneming van geluid, maar kan slechts ten dele het onderscheiden en verstaan van spraak herstellen. Vooral in een lawaaiige omgeving valt het resultaat soms tegen.

De huisarts besteedt ook aandacht aan de bijdrage van personen in de omgeving van de slechthorende. Het is belangrijk dat zij goed articuleren, in een rustig tempo spreken en oogcontact houden. Het verstaan van spraak verbetert daardoor meer dan door harder te praten. Een versterkte telefoon- of deurbel en hulpmiddelen voor het beter horen van televisie en radio kunnen nuttig zijn. De huisarts kan de patiënt wijzen op de website www.hoorwijzer.nl met tips voor slechthorenden.

BEHANDELING

Cerumenproppen kunnen worden verwijderd met behulp van een cerumenhaakje of door uitspuiten van het oor.

Kinderen met otitis media met effusie en kinderen jonger dan 6 jaar bij wie op basis van de anamnese en het lichamelijk onderzoek geen verklaring voor de slechthorendheid wordt gevonden, behandelt de huisarts conform de NHG-Standaard Otitis media met effusie. Bij volwassenen met een gemiddeld gehoorverlies van 30 dB of een niet-afwijkende fluïstertest wordt drie maanden afgewacht. Als de klachten na drie maanden nog bestaan, wordt opnieuw audiometrie of een fluïsterspraaktest uitgevoerd.

VERWIJZING

Slechthorende patiënten die niet door de huisarts kunnen worden behandeld, worden verwezen naar een kno-arts of naar een audiologisch centrum, al dan niet met enige spoed.

Zuigelingen met een herhaaldelijk afwijkende uitslag bij de gehoorscreening worden naar een audiologisch centrum verwezen. Oudere kinderen met perceptieslechthorendheid kunnen naar een kno-arts of een audiologisch centrum worden verwezen.

In audiologische centra wordt gehooronderzoek verricht, worden hoortoestellen aangepast en worden ook maatschappelijke, pedagogische en onderwijskundige adviezen gegeven.

Reden voor snelle verwijzing is ook acuut optredende slechthorendheid, evenals de constatering van een cholesteatoom.

Iets minder snelle verwijzing geldt voor volwassenen en kinderen met slechthorendheid die langer dan drie maanden bestaat, zonder dat er sprake is van otitis media met effusie. Zij worden doorverwezen voor nadere diagnostiek. Volwassenen die langer dan drie maanden otitis media met effusie hebben, worden ook naar de kno-arts verwezen.

Bij presbycusis speelt de motivatie van de patiënt om een hoortoestel te dragen een grote rol. Alleen als de patiënt gehoorproblemen heeft in een gesprek met één persoon, kan van het dragen van een hoortoestel verbetering worden verwacht. Het hoortoestel wordt altijd eerst enige tijd op proef gedragen, voordat tot definitieve aanschaf wordt besloten.

Op dit moment komt men in aanmerking voor vergoeding van een hoortoestel bij een gemiddeld gehoorverlies (bij 1.000, 2000 en 4000 Hz gemeten) van 35 dB of meer aan het beste oor, vastgesteld door middel van audiometrie in een ziekenhuis.

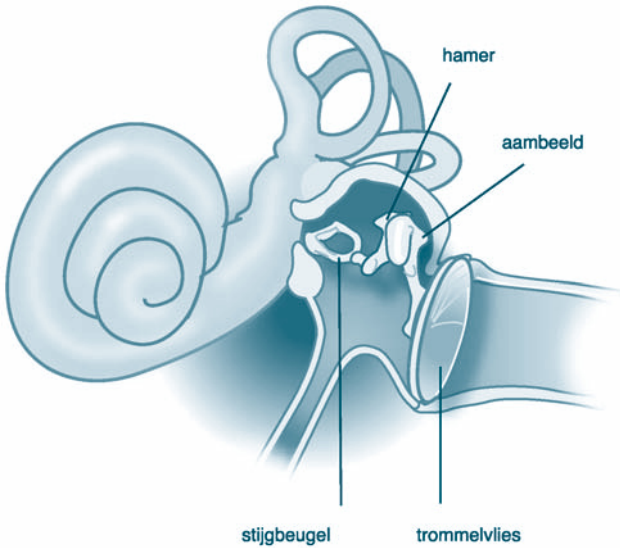
U hebt als eerste contact met (ouders van) patiënten met otitis media acuta en otitis media met effusie, aandoeningen die een belangrijke oorzaak zijn van (kortdurend) geleidingsverlies. Ook wordt u ingeschakeld bij het uitspuiten van oren.

Bij het onderzoek naar de ernst van het gehoorverlies kunt u ingeschakeld worden voor het maken van audiogrammen. Eventueel neemt u ook de fluïsterspraaktest af. Ook kan het geven van voorlichting en het in orde maken van de verwijzing naar een kno-arts of audiologisch centrum aan u worden overgedragen.

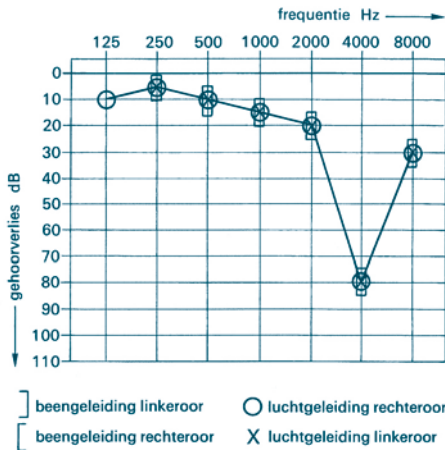
Over slechthorendheid heeft het NHG twee patiëntenbrieven uitgegeven.

Gehoorketen

De bouw van het gehoororgaan is te zien in figuur 1. Aan het trommelvlies zit de steel van de hamer (malleus) vast, die op zijn beurt weer aan het aambeeld (incus) en de stijgbeugel (stapes) vast zit. Deze drie worden ook wel de gehoorbeentjes genoemd. Deze beentjes zijn scharnierend aan elkaar verbonden en zorgen ervoor dat geluidstrillingen die op het trommelvlies terechtkomen, naar het binnenoor worden getransporteerd. De stijgbeugel zit op zijn beurt weer vast aan het ovale venster: de voordeur van het binnenoor.



Figuur 1 Bouw van het gehoororgaan.



'Lawaaidip' in beide oren

Figuur 2 Audiogram.

Audiometrie

Audiometrie wordt uitgevoerd met behulp van een screeningsaudiometer. In het audiogram (figuur 2) wordt de uitslag weergegeven in een curve, waarbij het aantal decibellen (dB) gehoorverlies wordt afgezet tegen de frequentie. Uitgegaan wordt van het gemiddelde verlies in decibellen bij 1.000, 2000 en 4000 Hz.

- Laat de patiënt zodanig zitten dat de patiënt de onderzoeker en de bediening van de audiometer niet kan zien.
- De beste volgorde van de frequenties is 1.000 Hz, 2000 Hz, 4000 Hz; daarna eventueel 6000 Hz, 8000 Hz en 500 Hz.
- Begin met het aanbieden van een toon van 60 dB.
- Vraag aan de patiënt of hij toon hoort.
- Verlaag de geluidssterkte via 40 dB en 30 dB naar 20 dB om te bepalen bij welke sterkte de patiënt de toon nog net kan horen.
- Kies eventueel opnieuw een niveau hoger en daarna weer een niveau lager om te controleren of de patiënt consistente antwoorden geeft.
- Noteer de resultaten van de metingen in een audiogram; het rechteroor wordt aangegeven met een rondje, het linkeror met een kruisje.
- Bepaal het gemiddelde gehoorverlies door het aantal dB-verlies bij 1.000 Hz, 2000 Hz en 4000 Hz bij elkaar op te tellen en daarna door drie te delen.

Fluisterspraaktest

- De test kan zowel zittend als staand worden uitgevoerd.
- Voer het onderzoek uit op gelijke hoogte met de patiënt.
- Ga achter de patiënt zitten (of staan) om liplezen te voorkomen.
- Instrueer de patiënt om de gehoorgang van één oor af te sluiten.
- Vraag de patiënt te herhalen wat hij heeft gehoord.
- Fluister na een volledige uitademing.
- Fluister op een armlengte afstand van de patiënt zo duidelijk mogelijk, zonder de stembanden te gebruiken.
- Fluister per oor zes combinaties van drie cijfers en letters.
- Vermijd combinaties met B en D, M en N, H en A, omdat die tot verwarring kunnen leiden.
- Voorbeelden van combinaties zijn: ene oor: 3F6, G7L, O7S, 2K4, 8S5, U8X; andere oor: F5C, Z3L, 6K7, 3S8, 2R9, X4U.
- Indien de patiënt een combinatie niet goed herhaalt, wordt de combinatie niet opnieuw genoemd.
- De test is afwijkend, als meer dan vier combinaties niet goed worden herhaald.

Begrippen	
audiometrie	bepaling van het gehoorvermogen, waarbij wordt nagegaan wat de geringste geluidsterkte is die iemand nog kan horen
auditief	betreffende het gehoor
cerumen	oorwas, vermengd met huidschilfers, haren en stof
dB	decibel (maat voor de sterkte van geluid)
Ménière, ziekte van	aanvallen van duizeligheid en gehoorvermindering, vaak aan één oor, met suizen, misselijkheid, braken, koud zweet en angstgevoel
otitis media acuta	middenoorontsteking
otitis media met effusie	oorontsteking met vochtvorming in het middenoor
ototoxische geneesmiddelen	geneesmiddelen met vergiftigende werking op het gehoororgaan of de gehoorzenuw
presbycusis	ouderdomsdoofheid
screening	opsporen van afwijkingen in een stadium waarin door medisch ingrijpen nadelige gevolgen in een later stadium kunnen worden voorkomen

Het soa-consult

‘Ik wil een afspraak met de dokter maken’, zegt Peter de Lange. ‘Welke klachten hebt u?’ vraagt u, ‘dan kan ik beoordelen hoeveel spoed de afspraak heeft.’ Even is het stil. ‘Eh, een soort wratjes op een nogal vreemde plaats, als u snapt wat ik bedoel. Het doet geen pijn, maar ik wil weten wat het is.’ U besluit om maar niet verder door te vragen en maakt voor hem een afspraak bij de huisarts voor de volgende dag.

Inleiding

De NHG-Standaard Het soa-consult bevat richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening (soa). Een soa is een infectieziekte die uitsluitend of vooral door seksueel contact wordt overgebracht. In de NHG-Standaard worden de volgende infectieziekten behandeld: chlamydia-infectie, gonorrhoe, trichomonas-infectie, syfilis, herpes genitalis, condylomata acuminata, schaamluis, hepatitis B en hiv-infectie.

Een huisarts ziet gemiddeld 10 nieuwe patiënten met een soa per jaar. Een soa komt veel vaker voor in grote steden dan op het platteland.

Naar schatting vindt 70 procent van de behandelingen van soa plaats bij de huisarts. Behalve in de huisartsenpraktijk kunnen patiënten die denken een soa te hebben, ook terecht bij soa-poliklinieken in sommige grote steden en bij de meeste GGD's.

In de NHG-Standaard wordt huisartsen gead-

viseerd op verschillende momenten aandacht te besteden aan soa, niet alleen als patiënten klachten hebben, maar ook als ze ongerust zijn over een mogelijke soa of als ze een hoog risico hebben een soa op te lopen.

Klachten en achtergronden

Afscheiding, een branderig gevoel bij het plassen of vaak moeten plassen, blaasjes, wratjes, zweertjes aan de geslachtsorganen en jeuk zijn klachten die op een soa kunnen wijzen. De huisarts overweegt ook een soa bij vrouwen met buikpijn, onregelmatig bloedverlies of bloedverlies bij het vrijen.

De huisarts stelt aan alle patiënten met klachten, vragen of ongerustheid over soa vragen over het seksleven. Heeft de patiënt bijvoorbeeld een vaste partner of is er sprake van wisselende (hetero-, homo- of biseksuele) contacten? Heeft de partner wisselende contacten?

Hieronder wordt iedere aandoening apart behandeld.

CHLAMYDIA-INFECTIE

Een infectie met *Chlamydia trachomatis* komt van alle soa verreweg het vaakst voor. De incubatietijd is één tot drie weken. Chlamydia-infectie komt meestal voor bij jongvolwassenen. Bij vrouwen verloopt de infectie vaak zonder klachten. Slechts bij een kwart van de besmette vrouwen treden klachten op, bijvoorbeeld toegenomen vaginale afscheiding, klachten bij het plassen, bloedverlies tussen de menstruaties in, bloedingen bij het vrijen of pijn in de onderbuik. Bij veel vrouwen gaat de

infectie vanzelf weer over, maar toch is het belangrijk om een chlamydia-infectie op te sporen. Door behandeling van de infectie worden ernstige complicaties voorkomen, bijvoorbeeld PID, buitenbaarmoederlijke zwangerschap en problemen met de fertiliteit. Bij de bevalling kan de chlamydia-infectie bij de moeder ontstoken oogjes of longontsteking bij het kind veroorzaken.

Mannen kunnen na besmetting een urethritis krijgen, maar het komt ook voor dat zij niets van de infectie merken. Ook bij hen is behandeling echter belangrijk vanwege het risico dat zij een vrouw besmetten en de complicaties die kunnen ontstaan, bijvoorbeeld klachten van de prostaat of ontsteking van een bijbal. Een chlamydia-infectie wordt aangetoond door laboratoriumonderzoek van materiaal uit de cervix en/of urethra van de vrouw. Bij de man wordt de eerstestraal urine in het laboratorium onderzocht op een chlamydia-infectie. Mannen met een urethritis worden na afname van het kweekmateriaal meteen met medicijnen tegen chlamydia-infectie behandeld. Bij een grote kans op gonorrhoe (bijvoorbeeld bij pusachtige afscheiding) wordt een behandeling gestart tegen zowel de chlamydia-infectie als gonorrhoe. De behandeling van een chlamydia-infectie, gonorrhoe en syfilis bestaat uit antibiotica, al dan niet intramusculair.

GONORROE

Deze soa komt veel minder vaak voor dan een chlamydia-infectie. De incubatietijd is twee tot vijf dagen, maximaal twee weken. Gonorrhoe komt twee- tot driemaal vaker voor bij mannen dan bij vrouwen. Zowel vrouwen als mannen hoeven van de infectie geen klachten te hebben, maar vaker dan bij een chlamydia-infectie zijn er wél verschijnselen. Bij besmette vrouwen kan er sprake zijn van een geelgroene, onaangenaam ruikende vaginale afscheiding en bij mannen van een 'druiper': geelgroene afscheiding uit de urethra. Bij vrouwen kan de gonorrhoe een PID veroorzaken. Met dezelfde soort laboratoriumtest als waarmee een chlamydia-infectie kan worden aangetoond, kan ook gonorrhoe worden aange-

toond, maar onderzoek op gonorrhoe moet wel apart worden aangekruist op het laboratoriumformulier. Ook een kweek met resistentiebepaling is mogelijk.

TRICHOMONASINFECTIE

Een trichomonasinfectie wordt veroorzaakt door een zweepdier, de *Trichomonas vaginalis*. De incubatietijd is één tot vier weken. Vrouwen kunnen last krijgen van jeuk, irritatie aan de vagina en geelgroene afscheiding. Bij mannen ontstaat in zeldzame gevallen urethritis als gevolg van de trichomonasinfectie. Zowel mannen als vrouwen hoeven echter geen last te hebben van de infectie. Ze zijn dan wel drager van *Trichomonas vaginalis* en kunnen anderen besmetten. Een trichomonasinfectie is een onschuldige aandoening. Een trichomonasinfectie wordt bij vrouwen aangetoond door middel van microscopisch onderzoek of een kweek van de afscheiding. Als het beestje zich niet in het microscooppreparaat vertoont, wil dat niet zeggen dat de patiënte geen trichomonasinfectie heeft! Een kweek is vaak noodzakelijk. Bij een trichomonasinfectie worden de patiënt en zijn/haar partner behandeld met eenmalig 2 gram metronidazol.

SYFILIS

Syfilis verloopt volgens een aantal stadia. In het eerste stadium kan er na een incubatietijd van tien tot negentig dagen een zweer op de plaats van de besmetting ontstaan en klierzwellen in de buurt van de zweer. Na één tot drie maanden verdwijnt dit weer. Het tweede stadium van syfilis bestaat uit huidafwijkingen met algemene klachten als koorts, hoofdpijn en klierzwellen door het hele lichaam. Ook deze klachten zijn na drie maanden verdwenen. Patiënten met syfilis vertonen echter niet altijd klachten in het eerste en tweede stadium. Wanneer er geen behandeling heeft plaatsgevonden, kan zich na twee tot dertig jaar het derde stadium ontwikkelen. Dan kan er sprake zijn van ernstige hart- en vaatafwijkingen, zenuw- en huidafwijkingen.

Syfilis kan worden aangetoond door middel van bloedonderzoek. De TPHA-test kan positief worden in de periode van drie weken tot drie maanden na de besmetting. Als de test positief is, wordt een tweede test gedaan (confirmatietest). Als ook die positief is, wordt ook de VDRL-test uitgevoerd.

HERPES GENITALIS

Een virus is de oorzaak van herpes genitalis. Meestal wordt onderscheid gemaakt tussen het herpes-simplexvirus type 1 (HSV-1) dat een koortslip kan veroorzaken en het HSV-2 dat verantwoordelijk is voor ongeveer 80 procent van alle genitale herpesinfecties. Een koortslip kan leiden tot een genitale besmetting als de mond van een besmet persoon in aanraking komt met de geslachtsdelen van de partner. Na een incubatietijd van twee tot twaalf dagen kunnen de eerste ziekteverschijnselen optreden. Bij de eerste aanval hebben vrouwen vaak de volgende klachten:

- algemeen ziektegevoel;
- heftige pijn;
- klachten bij het plassen;
- vaginale afscheiding;
- lymfklierzwelling.

Bij mannen komen urethritisklachten voor. Zes tot zeven dagen na de eerste symptomen ontstaan blaasjes op huid en slijmvliezen die met helder vocht gevuld zijn en meestal na twee weken weer genezen zijn.

Het virus blijft levenslang in het lichaam aanwezig en kan af en toe klachten veroorzaken. De volgende aanvallen ('recidieven') verlopen over het algemeen aanzienlijk milder dan de eerste infectie.

Een zwangere vrouw die na de 34e week van de zwangerschap een eerste aanval van herpes genitalis krijgt, kan haar baby tijdens de bevalling besmetten. Een pasgeboren baby kan ook een besmetting oplopen na contact met een persoon met een koortslip. Besmetting kan bij een baby een zeldzame, maar levensgevaarlijke aandoening veroorzaken.

De diagnose wordt over het algemeen duidelijk wanneer de huisarts de blaasjes ziet. Her-

pes genitalis kan eventueel worden aangetoond met een PCR- of kweekonderzoek. Dit onderzoek wordt alleen gedaan bij onzekerheid over de diagnose. Een PCR- of kweekonderzoek levert ook informatie op over het type virus (HSV-1 of HSV-2). Dat kan van belang zijn voor de prognose: HSV-2 geeft vaker nieuwe uitbarstingen van het in het lichaam aanwezige virus.

Bij herpes genitalis kunnen antivirale middelen, bijvoorbeeld valaciclovir of famciclovir (bij zwangere vrouwen aciclovir) de duur en de klachten van de eerste infectie beperken, maar niet genezen. Het virus verdwijnt niet uit het lichaam. Eventueel kan het dagelijks gebruik van antivirale middelen volgende infecties voorkomen, maar dat is alleen nodig als er meer dan zes infecties per jaar optreden en de patiënt last heeft van verminderde afweer.

CONDYLOMATA ACUMINATA

Condylomata acuminata zijn goedaardige wratten met een typische bloemkoolachtige structuur. Ze worden veroorzaakt door een virus. De incubatieperiode is één tot acht maanden. Het virus wordt voornamelijk overgebracht door seksueel verkeer, maar besmetting kan ook plaatsvinden via de vingers of via handdoeken van patiënten met condylomata.

Behalve wratten is er soms ook jeuk, pijn of een brandend gevoel, vaginale afscheiding of afscheiding uit de urethra.

De wratten kunnen vanzelf verdwijnen. Na twee jaar is 90 procent van de patiënten genezen.

Condylomata acuminata hoeven niet behandeld te worden, maar als de patiënt ervoor kiest, kunnen de wratten thuis worden behandeld met podofyllotoxine of imiquimod. De huisarts kan ook wekelijks de condylomata aanstippen met trichloorazijnzuur 80 tot 90 procent.

SCHAAMLUIS

Schaamluis wordt veroorzaakt door een mijt. Besmetting vindt vooral plaats door seksueel verkeer, maar ook via handdoeken. De luizen

kunnen twee dagen overleven buiten de gastheer (in dit geval: de mens). De schaamluis voedt zich met bloed. Het bijten veroorzaakt een jeukend bultje. Het vrouwtje legt eieren (de neten) die ze vastzet aan de haren van de gastheer.

Voor de behandeling van schaamluis kan een crème of spray worden voorgeschreven. Gezien de ontwikkelingstijd van neten tot luizen moet de behandeling na een week worden herhaald.

HEPATITIS B

Het hepatitis-B-virus wordt via bloed, sperma en vaginaal vocht overgebracht. Meestal geneest hepatitis B volledig zonder behandeling in ongeveer drie maanden. In 5 tot 10 procent van de gevallen gaat de infectie over in dragerschap. Het virus blijft dan levenslang aanwezig en de drager van het virus blijft levenslang besmettelijk.

Hepatitis B kan worden aangetoond door middel van bloedonderzoek. De test is betrouwbaar vanaf drie maanden na een mogelijke besmetting.

Om hepatitis B te voorkomen is vaccinatie effectief. Voor vaccinatie komen in aanmerking: seksuele partners van dragers van het hepatitis-B-virus, mannelijke homoseksuelen, personen met wisselende heteroseksuele contacten die een soa-polikliniek bezoeken, mannelijke en vrouwelijke prostitué(e)s en hun bezoekers. Ook mensen die in hun werk een besmetting met het hepatitis-B-virus kunnen oplopen, bijvoorbeeld door een prikaccident, moeten worden gevaccineerd (zie kader Acute situatie, bijvoorbeeld door een prikaccident). Voor hepatitis B geldt meldingsplicht.

HIV-INFECTIE/AIDS

Hiv wordt overgebracht via bloed en bloedproducten, sperma en vaginaal vocht. Anaal contact geeft meer kans op overdracht dan vaginaal contact. Algemeen ziek-zijn, huiduitslag, diarree, gewichtsverlies, temperatuurverhoging en gezwollen lymfklieren zijn de eerste tekenen van een besmetting met hiv.

Daarna komt meestal een lange periode zonder klachten.

Door de hiv-infectie is de afweer gestoord en daardoor kunnen er allerlei infecties uitbreken. In dat geval spreken we van acquired immunodeficiency syndrome (aids). Aids kan enkele jaren na de besmetting ontstaan. Besmetting met hiv kwam in Nederland aanvankelijk vooral voor bij homo- en biseksuele mannen, maar de laatste jaren wordt hiv-besmetting ook steeds vaker onder heteroseksuelen aangetroffen.

De diagnostiek van een hiv-infectie berust op het aantonen van antistoffen tegen hiv in het bloed. Als de test positief is, wordt een tweede test verricht om de eerste uitslag te bevestigen (zie kader Wel of niet een hiv-test).

Beleid

VOORLICHTING EN ADVIES

Aan patiënten bij wie een soa is aangetoond, geeft de huisarts informatie over de klachten, de mogelijke complicaties en de kans om anderen te besmetten. Iemand met een soa raakt gemakkelijk ook met een andere soa besmet. Preventie van soa's door gebruik van condooms kan hier aan de orde komen. Horen dat er sprake is van een soa roept bij de patiënt allerlei gevoelens op, bijvoorbeeld angst, boosheid, schuld, schaamte en onzekerheid over een mogelijke relatie. De huisarts besteedt daar ook aandacht aan.

PARTNERWAARSCHUWING

Patiënten met een chlamydia-infectie, gonorrhoe of acute hepatitis-B-infectie moeten hun seksuele partners tot een halfjaar terug waarschuwen. Als de patiënt drager is van het hepatitis-B-virus, moet hij of zij alle seksuele partners en gezinsleden waarschuwen. Ook als de patiënt hiv-positief is, is het zinvol alle seksuele partners uit het verleden te waarschuwen. Eventueel kan de GGD behulpzaam zijn bij het opsporen van contacten. Dit kan anoniem gebeuren.

Contactopsporing is bij patiënten met herpes genitalis of condylomata acuminata niet no-

dig. Partners hoeven alleen behandeld te worden als ze zelf klachten hebben. Wel kan de patiënt worden aangeraden om de huidige partner(s) te waarschuwen om extra alert te zijn op klachten en om condooms te gebruiken (hoewel die niet altijd besmetting voorkomen).

De huisarts bespreekt het risico van een soa en onveilige seks met patiënten die vragen of klachten hebben over soa's of seksualiteit. Onveilige seks houdt in: vaginale of anale geslachtsgemeenschap zonder gebruik van condoom of orale seks waarbij sperma of (menstruatie)bloed in de mond kan komen.

Uw taken kunnen divers zijn wanneer het gaat om voorlichting over soa en veilig vrijen.

Klachten van een soa moeten natuurlijk door de huisarts worden behandeld, maar u kunt een rol spelen wanneer patiënten ongerust zijn over een mogelijke soa of bij patiënten die een hoog risico hebben een soa op te lopen. Over het algemeen moet u ze naar de huisarts verwijzen voor diagnostiek, maar in voorkomende gevallen kan het ook uw taak zijn om voorlichting te geven over veilig vrijen.

U merkt misschien als eerste de ongerustheid over een mogelijke hiv-besmetting. U kunt uitleg geven over de testprocedure. U vermeldt dan ook dat het twee weken duurt voordat de uitslag van het laboratorium er is en dat de uitslag nooit per telefoon wordt gegeven, maar dat de patiënt daarvoor een afspraak moet maken.

Het NHG heeft meerder patiëntenbrieven uitgegeven over vaginale afscheiding, onder meer: Trichomonas, Chlamydia en Gonorrhoe. Ook bestaat een NHG-Patiëntenbrief Plasbuisontsteking bij de man.

Wel of niet een hiv-test?

Voor de patiënt kan het een dilemma zijn: moet hij zich op hiv laten testen of niet? Weten dat je besmet bent met hiv kan allerlei consequenties hebben, bijvoorbeeld angst voor de toekomst, onzekerheid over vriendschappen en relaties en financiële problemen (bij het afsluiten van een verzekering). Om de patiënt goed van advies te kunnen dienen is het van belang dat de huisarts inschat hoe hoog het risico is dat iemand met hiv besmet is.

De patiënt heeft risico gelopen op een hiv-besmetting wanneer hij/zij onveilige seks heeft of heeft gehad:

- met een man/vrouw die hiv-positief is;
- met een man/vrouw die afkomstig is uit een land waar hiv veel voorkomt (over het algemeen wordt de volgende indeling gemaakt: Zuidoost-Azië en Afrika ten zuiden van de Sahara komen op de eerste plaats wat besmettingsgraad betreft; Oost-Europa, de voormalige Sovjet-Unie, het Middellandse Zeegebied, Midden- en Zuid-Amerika en het Midden-Oosten komen op de tweede plaats; Noordwest-Europa, Noord-Amerika, Australië en Nieuw-Zeeland op de derde plaats;
- met een man die seks heeft (gehad) met mannen;
- met een prostitué(e) (dit geldt ook als iemand zelf prostitué(e) is);
- met druggebruikers die drugs met de injectienaald toedienen.

Daarnaast neemt de kans op overdracht van hiv toe wanneer een van beide partners al een seksueel overdraagbare aandoening heeft.

Verder kan er sprake zijn van hiv als de patiënt:

- drugs heeft gespoten met injectienaalden die al door anderen zijn gebruikt;

- per ongeluk is geprikt met een gebruikte injectienaald;
- een operatie heeft gehad in een land waar hiv en aids veel voorkomen;
- bloed of bloedproducten toegediend heeft gekregen, die niet op hiv zijn gecontroleerd (in Nederland en veel andere landen worden sinds 1985 alle donorbloed en bloedproducten wél op hiv gecontroleerd).

De huisarts bespreekt met de patiënt de voordelen van het bekend zijn van een hiv-besmetting. De patiënt heeft dan de mogelijkheid besmetting van een ander te voorkomen. Veilig vrijen kan de overdracht naar anderen voorkomen en bij zwangere vrouwen kan medicijngebruik de overdracht naar de baby verminderen tot 1 procent. Met de huidige medicijnen kunnen de effecten van hiv langdurig onderdrukt worden. De medicijnen werken het beste als er op tijd mee begonnen wordt.

Acute situatie, bijvoorbeeld door een prikaccident

Er kan een acute situatie ontstaan waarbij de kans op een hiv-infectie of een besmetting met hepatitis B groot is; bijvoorbeeld als het condoom van een partner die besmet is met hiv of hepatitis B is gescheurd of als iemand zich per ongeluk heeft geprikt aan een gebruikte injectienaald (prikaccident). In dat geval kan de patiënt in aanmerking komen voor een PEP-behandeling (post-expositieprofylaxe).

De huisarts verwijst de patiënt in dergelijke gevallen met spoed (liefst binnen enkele uren, maar uiterlijk binnen 72 uur) naar de arts infectieziekten van de GGD.

Begrippen	
antistof	stof die door het lichaam wordt geproduceerd als reactie op een lichaamsvreemde stof, bijvoorbeeld bacteriën of virussen
bijbal	afvoerorgaan van het in de testes (ballen) geproduceerde sperma
cervix (uteri)	baarmoederhals
confirmatietest	test om de uitslag van een eerdere test te bevestigen
incubatietijd	tijd die verloopt tussen besmetting en uitbreken van de eerste ziekteverschijnselen
hiv	human immunodeficiency virus: virus dat aids kan veroorzaken
intramusculair	in de spieren (per injectie)
meldingsplicht	de verplichting om besmettelijke ziekte te melden aan de autoriteiten
PCR-onderzoek	polymerase chain reaction, hierdoor kan het DNA van een virus worden aangetoond
PID	pelvic inflammatory disease: ziekte ten gevolge van ontstekingen in het bekkengebied
prostaat	‘voorstanderklier’: een klier die bij de man de blaashals omgeeft
TPHA	Treponema pallidum-haemagglutination assay: bloedtest om syfilis aan te tonen
urethra	plasbuis, het kanaal waardoor de urine uit de blaas naar buiten stroomt
urethritis	ontsteking van de urethra
VDRL	venereal disease research laboratory test: een bepaling van het antistofgehalte bij syfilis

Spiraaltje

Mevrouw Overmars, 32 jaar, kent u voornamelijk van het telefonisch verlenen van haar pilrecept. De laatste tijd had ze een aantal vragen over klachten waarvan ze zich afvroeg of die van de pil kunnen komen. Nu wil ze een afspraak omdat ze denkt over een spiraaltje.

Inleiding

Een van de taken van de huisarts is het geven van voorlichting over de verschillende anticonceptiemethoden en het begeleiden van het gebruik daarvan. De huisarts helpt bij het maken van een keuze bij behoefte aan anticonceptie. Ook aan de praktijkassistente worden dikwijls vragen over anticonceptie gesteld. De keuze voor een anticonceptiemethode ligt bij de vrouw. In dit hoofdstuk is dat een (koperhoudend of hormoonbevattend) spiraaltje. Op dit moment gebruikt 0,5 procent van de vrouwen tussen 25 en 45 jaar een spiraaltje.

Achtergronden

Tijdens een eerste consult gaat de huisarts na hoe de keuze voor het spiraaltje tot stand gekomen is. Eventuele vragen worden beantwoord en (het model van) een spiraaltje kan worden getoond. De volgende onderwerpen kunnen hierbij aan bod komen.

- De werking: een spiraaltje gaat innesteling tegen.
- De betrouwbaarheid: het koperhoudend spiraaltje is onmiddellijk na de plaatsing

effectief tot het moment dat het verwijderd wordt, tenzij er in de laatste week voor verwijdering coïtus plaatsvond. Hoe snel de anticonceptieve werking van het hormoonbevattend spiraaltje begint, is niet geheel duidelijk. De betrouwbaarheid van een koperhoudend spiraaltje is minder groot, die van een hormoonbevattend spiraaltje even groot als van ‘de pil’.

- De menstruatie: deze wordt door een koperhoudend spiraaltje gewoonlijk heviger, langduriger en pijnlijker, vooral gedurende de eerste drie maanden. Voor vrouwen die al veel last hebben van de menstruatie is dit spiraaltje daarom minder aantrekkelijk. Het hormoonbevattend spiraaltje daarentegen verkort de menstruatie en reduceert bloedverlies en pijn. Bij een deel van de gebruiksters verstoort het het menstratiepatroon: de menstruatie kan voor korte of lange tijd uitblijven en er kunnen doorbraakbloedingen optreden. Dit kan leiden tot onzekerheid bij de gebruikster omdat bij uitblijven van de menstruatie zwangerschap op voorhand niet is uitgesloten.
- Infecties: tijdens het plaatsen van het spiraaltje kan een infectie van de cervix of vagina mogelijk ‘naar boven’, via de baarmoeder naar de eileiders en/of de eierstokken worden verplaatst. Na de plaatsing is er geen verhoogd risico meer op het optreden van een ‘opstijgende’ infectie. Het spiraaltje biedt echter geen bescherming tegen infecties, wat het condoom wel doet. Dit kan voor vrouwen die een grote kans lopen op seksueel overdraagbare aandoeningen (soa’s) een argument zijn om voor een

condoom in plaats van een spiraaltje te kiezen of om behalve het spiraaltje condoms te gebruiken.

- De werkingsduur: het hormoonbevattende spiraaltje is vijf jaar werkzaam, het koperhoudend spiraaltje tien jaar.

Beleid

Voor tot plaatsing kan worden besloten, gaat de huisarts een aantal zaken na:

- de cyclus: regelmaat, duur, pijn en hoeveelheid bloed; begindatum laatste menstruatie;
- ervaring met eventueel eerder gebruik van een spiraaltje;
- klachten die kunnen wijzen op een ontsteking van de vagina of de cervix, zoals vaginale afscheiding;
- vormafwijkingen van de baarmoeder;
- uitslag laatst gemaakte uitstrijkje (indien verricht);
- het risico op soa's;
- operaties aan eileiders of eierstokken, doorgemaakte PID-infecties of soa's.

Verder doet de huisarts een inwendig onderzoek, waarbij gelet wordt op tekenen van infectie en waarbij de baarmoeder en eierstokken worden beoordeeld.

Hierna gaat de huisarts samen met de vrouw na of er redenen zijn om toch niet voor een spiraaltje te kiezen.

Absolute contra-indicaties zijn zwangerschap en acute infecties in het kleine bekken zoals van de baarmoeder, eierstokken of cervix, en voor een hormoonbevattende spiraaltje bovendien trombo-embolie in de voorgeschiedenis en een leverziekte.

Relatieve contra-indicaties zijn onder andere menstruatieproblemen en afwijkingen van de baarmoeder(mond) en de eierstokken.

In tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, gelden niet als contra-indicaties: jonge leeftijd, nog geen kinderen hebben, vleesbomen en hartafwijkingen die soms (bijvoorbeeld bij chirurgische ingrepen of tandextracties) pro-

fy lactische toediening van antibiotica nodig maken.

Er kan gekozen worden tussen een koperhoudend en een hormoonbevattende spiraaltje. Een koperhoudend spiraaltje heeft in het algemeen de voorkeur, omdat daarmee de meeste ervaring bestaat. Er zijn verschillende soorten koperhoudende spiraaltjes in de handel. Die met het grootste koperoppervlak (bijvoorbeeld Multiload Cu 375) zijn het meest betrouwbaar en hebben dan ook de voorkeur. Bij vrouwen met een korte baarmoederlengte bij sonderen (< 6 cm) dient een korter spiraaltje te worden geplaatst, bijvoorbeeld de Multiload 250 Short.

Momenteel is er slechts één hormoonbevattende spiraaltje in de handel, de Mirena.

Plaatsing

Wanneer de keuze definitief is, krijgt de vrouw een recept mee voor een spiraaltje en de NHG-Patiëntenbrief. Tevens wordt een afspraak voor plaatsing gemaakt. Dat hoeft niet per se tijdens de menstruatie te zijn. De vrouw moet natuurlijk niet zwanger zijn. Na een bevalling wordt gewacht met plaatsing tot zes weken erna.

Om een spiraaltje te kunnen plaatsen, dienen de volgende voorzieningen in de praktijk aanwezig te zijn:

- een gynaecologische stoel of bank;
- een stoel of kruk voor de arts;
- goede verlichting en voldoende werkruimte;
- steriele handschoenen;
- een fixeerbaar speculum;
- een klem of tampontang;
- steriele gaasjes en povidonjodium;
- een aanhaak- of kogeltang;
- een uterussonde;
- reservespiraaltjes, ook een 'short' model;
- een lange gebogen schaar;
- maandverband.

Het instrumentarium dient gesteriliseerd te zijn.

De huisarts doet eerst een inwendig onderzoek om de ligging van de baarmoeder te bepalen. Daarna wordt het speculum ingebracht. De baarmoedermond (portio) wordt gereinigd met een met povidonjodium bevochtigd gaasje. De voorlip van de portio wordt aangehaakt en de baarmoederholte (eventueel) geïnspecteerd. Het spiraaltje wordt ingebracht. De kogeltang wordt afgehaakt, een eventuele bloeding wordt met gaasjes gestelpt. De touwtjes worden op ongeveer 3 cm buiten de portio afgeknipt. Ten slotte wordt het speculum verwijderd en krijgt de vrouw maandverband aangereikt.

Tijdens de plaatsing kan de praktijkassistente de huisarts assisteren. Behalve het materiaal aanreiken, kan de praktijkassistente in samenspraak met de huisarts de vrouw informeren over met welke stappen de huisarts bezig is en haar inlichten over mogelijke lichamelijke reacties als buikkrampen en flauwvallen, tijdens of kort na het inbrengen.

Ongeveer zes weken na het plaatsen volgt een controle. Eventuele vragen komen aan bod en door middel van speculumonderzoek wordt gecontroleerd of het spiraaltje goed zit. Wanneer de draadjes niet zichtbaar zijn, kan echografie worden overwogen en aangevraagd. Als dan blijkt dat het spiraaltje goed zit, is er geen reden tot ongerustheid.

VOORLICHTING EN ADVIES

Als er geen klachten zijn en het spiraaltje op zijn plaats zit, zijn verdere periodieke controles niet nodig. Desgewenst kan de draagster af en toe zelf controleren of de draadjes nog te voelen zijn.

De vrouw wordt erop geattendeerd dat aanvallen van buikpijn en soms tussentijds bloedverlies tot de mogelijkheden behoren. Zij dient eerder contact op te nemen bij abnormale afscheiding, aanhoudende buikpijn en koorts.

Een spiraaltje kan ieder moment verwijderd worden. Er moet wel rekening mee worden gehouden dat een coïtus in de week voor het

verwijderen alsnog tot zwangerschap kan leiden. Het advies is dan ook om de week voor verwijderen geen gemeenschap te hebben, dan wel aanvullende anticonceptie te gebruiken. Dit advies vervalt als meteen na het verwijderen een nieuw spiraaltje wordt geplaatst. Het verwijderen zelf kan wat pijnlijk zijn. Bereid de vrouw hierop voor. Met een tang worden de touwtjes beetgepakt en het spiraaltje wordt vervolgens voorzichtig uit de baarmoeder getrokken.

Als een vrouw ondanks het spiraaltje zwanger wordt, wordt in principe het spiraaltje verwijderd (mits de draadjes zichtbaar zijn en niet veel kracht nodig is). Kort na het verwijderen is er een kans op een spontane miskraam. De kans op een voortijdige beëindiging van de zwangerschap is echter nog groter als men het spiraaltje laat zitten. Er is geen risico op aangeboren afwijkingen ten gevolge van een (aanvankelijk aanwezig) koperhoudend spiraaltje. Of dit ook opgaat voor een hormoonbevattend spiraaltje is niet zeker. Daarom zal de huisarts de vrouw in een dergelijk geval voorstellen beëindiging van de zwangerschap te overwegen.

In minder dan 5 procent van de gevallen wordt het spiraaltje uitgestoten, vooral in de eerste cycli na de plaatsing. Daarom kan aanvullende anticonceptie tot de controle na zes weken worden overwogen. Oorzaken voor de uitstoting kunnen zijn dat het spiraaltje niet goed is ingebracht of dat er een verkeerde maat is ingebracht. Hoe ouder de vrouw, hoe kleiner de kans op uitstoting is. Er kan altijd opnieuw een spiraaltje worden ingebracht. Hierbij zal de huisarts moeten bekijken of er een ander soort zal moeten worden ingebracht.

Er zijn mensen die ervan uitgaan dat er zwangerschap bestaat zodra bevruchting heeft plaatsgevonden. Zij zien het spiraaltje als een vorm van abortus provocatus. Men dient met een dergelijke opvatting bij patiënten rekening te houden.

Geneesmiddelen als cytostatica, corticosteroiden en immunosuppressiva kunnen de betrouwbaarheid van het spiraaltje beïnvloeden. Dit geldt niet voor antibiotica.

Het koperhoudend spiraaltje kan ook als morning-aftermethode worden toegepast. Zes dagen na de bevruchting komt de eicel in de baarmoeder aan. Tot vijf dagen na de onbeschermde coïtus is deze morning-aftermethode dus te gebruiken.

U kunt vragen over koperhoudende en hormoonbevattende spiraaltjes beantwoorden en eventueel assisteren bij het inbrengen van een spiraaltje. In samenspraak met de huisarts kunt u de vrouw voor, tijdens en na het inbrengen adviseren en begeleiden.

Over het spiraaltje is een NHG-Patiëntenbrief voorhanden.

Begrippen	
abortus provocatus	het bewust afbreken van een zwangerschap
absolute contra-indicatie	situatie waarin van een spiraaltje dient te worden afgezien
coïtus	geslachtsgemeenschap
cytostatica	middelen die de vermeerdering en groei van kankercellen remmen
immunosuppressiva	middelen die het immuunsysteem onderdrukken
morning-aftermethode	na een onbeschermde coïtus zorgen dat er geen zwangerschap kan optreden
portio	baarmoedermond
relatieve contra-indicatie	situatie waarin wordt geadviseerd een andere methode van anticonceptie te overwegen, maar waarin niet per se van een spiraaltje hoeft te worden afgezien
vaginaal toucher	inwendig onderzoek om schede, eierstokken en baarmoeder met de handen te voelen

Stabiele angina pectoris

Meneer Hazebroek komt aan de balie. Hij is 69 jaar. Nog steeds werkt hij flink mee in het boerenbedrijf dat hij een jaar of drie geleden heeft overgedaan aan zijn zoon. Hij vraagt of u zijn bloeddruk wilt meten. U antwoordt dat dat kan en vraagt of hij zich zorgen maakt dat de bloeddruk te hoog is. Hij blijkt sinds twee maanden last te hebben van pijn op de borst. De pijn treedt vooral op bij inspanning, bijvoorbeeld bij het fietsen of bij het duwen van de kruiwagen. De bloeddruk is 158/92. U biedt hem aan een afspraak op het spreekuur te maken om over de pijnklachten te praten.

Inleiding

In de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris worden richtlijnen gegeven voor diagnostiek en beleid bij stabiele angina pectoris. Voor richtlijnen voor diagnostiek en beleid bij instabiele angina pectoris wordt verwezen naar de NHG-Standaard Acut coronair syndroom (zie het hoofdstuk Acut coronair syndroom). Een zuurstoftekort van de hartspier, bijvoorbeeld ten gevolge van een lokale vernauwing van een van de kransslagaderen, leidt tot een klachtenbeeld dat we angina pectoris noemen. De diagnose angina pectoris wordt in een huisartsenpraktijk ongeveer 10 keer per jaar gesteld en er zijn ongeveer 50 patiënten bekend met de diagnose.

Klachten en achtergronden

Angina pectoris en het hartinfarct worden samen ischemische of coronaire hartziekten genoemd. Bij angina pectoris ontstaat in een deel van de hartspier zuurstofgebrek doordat de voedende arterie, de kransslagader (arteria coronaria), te weinig bloed doorlaat. De oorzaak van de verminderde bloedstroom is vaak een vernauwing ten gevolge van atherosclerose. Atherosclerose in de kransslagader wordt coronaïrsclerose genoemd.

Als het hart niet intensief hoeft te werken, dus als de patiënt in rust is, passeert er voldoende bloed de vernauwing en zijn er geen klachten. Moet het hart harder pompen – bijvoorbeeld als de patiënt zich inspant, bij emotie, bij overgang van warmte naar koude of na een zware maaltijd – dan is er meer zuurstof en voeding nodig. Het gedeelte van de spier achter de vernauwing krijgt te weinig zuurstof en er ontstaat pijn. Drukkende pijn op de borst bij inspanning, kou, warmte, emoties of na een zware maaltijd, die verdwijnt in rust en/of door het gebruik van nitroglycerine onder de tong, behoort tot de klassieke symptomen van angina pectoris.

Stabiele angina pectoris kan soms tientallen jaren bestaan zonder dat de patiënt ooit een hartinfarct krijgt.

Vooral bij vrouwen, ouderen en patiënten met diabetes mellitus komt het nogal eens voor dat de klassieke symptomen van angina pectoris niet of slechts gedeeltelijk aanwezig zijn. Dan is het van belang te controleren of er nog andere kenmerken zijn die de diagnose angina

pectoris waarschijnlijk maken. Die kenmerken zijn uitstraling van de pijn naar de linker- of rechterarm, linkerschouder, naar de hals of kaak, rond het xyfoïd of tussen de schouderbladen. Ook hogere leeftijd, mannelijk geslacht, hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis of in de familie en vooral ook de aanwezigheid van risicofactoren, zoals roken, diabetes mellitus of een te hoog cholesterolgehalte verhogen de kans op de aanwezigheid van coronairsclerose.

Tegen angina pectoris pleiten de volgende kenmerken: scherpe pijn, in een beperkt gebied gelokaliseerde pijn, tintelingen, lokale drukpijn, houdingsafhankelijke pijn en ademhalingsafhankelijke pijn.

Pijn op de borst komt vaak voor, maar gelukkig betreft het lang niet altijd een ernstige hartziekte. In veel gevallen wordt de pijn veroorzaakt door nervositeit en angst.

Omdat vaak niet in eerste instantie duidelijk is waardoor pijn op de borst wordt veroorzaakt, is het aan te bevelen dat huisarts en praktijk-assistente afspraken maken over het handelen bij een patiënt die zich meldt met pijn op de borst. Het kan noodzakelijk zijn bij deze klacht het spreekuur te onderbreken voor telefonisch overleg.

Voor het stellen van de diagnose stabiele angina pectoris biedt de anamnese de belangrijkste informatie. Afhankelijk van de kans op coronairsclerose laat de huisarts een rust- of een inspannings-ecg maken.

Beleid

Het beleid bij angina pectoris wordt vastgesteld in overleg met de patiënt. Het beleid is gericht op vermindering van de klachten en het voorkómen van een acuut myocardinfarct. Het niveau van inspanning waarbij klachten optreden, is hierbij van belang. Hierbij wordt uitgegaan van wat voor de betrokken patiënt een normale inspanning is.

De medicamenteuze behandeling bij angina pectoris kan worden verdeeld in aanvals- en onderhoudsbehandeling en behandeling gericht op preventie van andere hart- en vaatziekten.

Bij de aanvalsbehandeling wordt gebruikgemaakt van nitraten (bijvoorbeeld isosorbidedinitraat). Als na het staken van de inspanning de pijn op de borst niet direct verdwijnt, wordt een tabletje/spray onder de tong genomen. Dit wordt herhaald wanneer de pijn na vijf minuten niet verdwijnt en eventueel nog eens na tien minuten. Als de klachten na vijftien minuten niet afnemen, moet de huisarts gewaarschuwd worden.

De onderhoudsbehandeling kan bestaan uit bètablokkers, nitraten en calciumantagonisten. De patiënt komt in aanmerking voor onderhoudsbehandeling bij meer dan twee aanvallen per week. Bètablokkers (bijvoorbeeld metoprolol en atenolol) hebben vooral een gunstige werking als de patiënt behalve angina pectoris ook hypertensie heeft of in het verleden een hartinfarct heeft doorgemaakt. Als de patiënt beter geen bètablokkers of nitraten kan gebruiken vanwege de mogelijke bijwerkingen, kunnen calciumantagonisten (bijvoorbeeld diltiazem) worden voorgeschreven.

Ter voorkoming van (andere) hart- en vaatziekten wordt elke patiënt met angina pectoris acetylsalicylzuur voorgeschreven om klontering van bloedplaatjes tegen te gaan. Wanneer de patiënt hypertensie heeft of een te hoog cholesterolgehalte, worden deze behandeld. Patiënten die worden ingesteld op medicatie worden wekelijks gecontroleerd tot een stabiele instelling is verkregen.

De huisarts verwijst de patiënt naar de cardioloog in geval van:

- angineuze klachten die niet binnen 15 minuten afnemen in rust of na behandeling met nitraten: met spoed (zie het hoofdstuk Acuu coronair syndroom);
- instabiele angina pectoris: binnen 24 uur (zie het hoofdstuk Acuu coronair syndroom);

- angineuze klachten die ondanks behandeling blijven bestaan en aanzienlijke beperkingen geven in het dagelijks leven.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij het beleid van de huisarts spelen voorlichting en niet-medicamenteuze behandeling een belangrijke rol. De huisarts legt uit wat angina pectoris is en welke invloed leefregels daarop hebben. Met de patiënt wordt besproken wat de provocerende momenten zijn. Ook wordt besproken bij welke (alarm)symptomen de huisarts moet worden gewaarschuwd. Tevens bespreekt de huisarts met de patiënt het behandeldoel, waarbij wordt uitgelegd dat de patiënt bij een voor hem normaal inspanningsniveau nog een enkele maal klachten kan verwachten of volledig klachtenvrij kan zijn. Ook het belang van preventie van hart- en vaatziekten komt aan de orde.

Tot de niet-medicamenteuze behandeling behoren de volgende adviezen:

- stoppen met roken;
- een trainingsprogramma: stevig wandelen, fietsen, zwemmen en tuinieren, of een al-

gemeen bewegingsadvies: drie- tot vijfmaal per week twintig tot zestig minuten wandelen, fietsen, joggen of zwemmen met een zodanige intensiteit dat nog net een gesprek kan worden gevoerd;

- gezonde voeding, volgens de richtlijnen voor goede voeding;
- afvallen: bij een queteletindex $> 25 \text{ kg/m}^2$ streven naar 10 procent gewichtsreductie;
- beperking van de alcoholconsumptie tot maximaal twee eenheden per dag.

Goede triage is bij pijn op de borst heel belangrijk. Bij twijfel overlegt u met de huisarts.

Over angina pectoris bestaan drie NHG-Patiëntenbrieven.

In het hoofdstuk Acuu coronair syndroom vindt u informatie over instabiele angina pectoris.

Begrippen	
angina pectoris	letterlijk: beklemming op de borst
arteria	slagader
arteria coronaria	kransslagader
atherosclerose	combinatie van veranderingen in de vaatwand van arteriën, met verdikking en verharding van de vaatwand tot gevolg
coronairsclerose	atherosclerose in de kransslagader
myocardinfarct	hartinfarct
queteletindex	genoemd naar een Belgische antropoloog; maat voor de verhouding tussen gewicht en lengte (gewicht gedeeld door het kwadraat van de lengte), waarbij een getal boven de 27 kg/m^2 geldt als fors overgewicht; om de berekening te vergemakkelijken zijn er handige schuiftabellen
rust- of inspannings-ecg	elektrocardiogram (weergave van elektrische stromen die opgewekt worden door samentrekken van het hart), gemaakt tijdens rust of tijdens inspanning
stabiel	niet veranderend
xyfoïd	zwaardvormig uitsteeksel onder aan het borstbeen

Stoppen met roken

Meneer Klaassen (63 jaar) heeft COPD. De huisarts heeft hem geadviseerd te stoppen met roken. Meneer Klaassen had tijdens het consult met de dokter afgesproken dat hij daar eens over zou nadenken. Hij belt nu naar de praktijk: 'Ik wil stoppen met roken, maar dat lukt me niet in mijn eentje. De dokter heeft gezegd dat er bij jullie iemand is die me kan begeleiden. Wanneer kan ik bij haar terecht?'

Inleiding

De NHG-Standaard Stoppen met roken geeft richtlijnen voor diagnostiek bij rokers. Het doel van de standaard is vermindering of voorkoming van de gezondheidsproblemen die roken met zich meebrengt. In de standaard wordt aandacht besteed aan een stoppen-met-rokenadvies en een effectieve begeleiding van patiënten die stoppen met roken. Het hoogste percentage rokers bevindt zich in de leeftijdsgroep van 25 tot 54 jaar. Ongeveer 35 procent van de mannen en 30 procent van de vrouwen in deze leeftijdscategorie rookt. Van de totale Nederlandse bevolking boven de 15 jaar rookt 28 procent. Jaarlijks bezoekt 70 procent van de Nederlanders hun huisarts. De huisartsenpraktijk is dan ook bij uitstek de plek om rokers te adviseren te stoppen en hen daarbij te ondersteunen.

Klachten en achtergronden

Roken is een belangrijke oorzaak van onder meer ademhalingsziekten, kanker, hart- en vaatziekten en ziekten aan het maag-darmstelsel. Roken is naar schatting verantwoordelijk voor 21 procent van de verloren levensjaren. Stugge rokers hebben 50 procent kans om aan het roken van sigaretten te sterven, waarbij ze gemiddeld acht jaar korter leven. De helft van deze sterfgevallen vindt plaats voor de leeftijd van 69 jaar. Het belang van stoppen met roken wordt onderstreept in 22 NHG-Standaarden.

Niet alleen rokers lopen gevaar. Ook mensen die meeroken, hebben ongeveer 25 procent meer kans op longkanker of hart- en vaatziekten. Meerroken veroorzaakt en verergert luchtwegproblemen bij kinderen.

Volgens STIVORO (zie kader STIVORO) zijn in 2005 in Nederland ruim 19.000 mensen overleden aan de gevolgen van roken. (Ter vergelijking: in 2005 overleden er in totaal ongeveer 136.000 mensen in Nederland.) Als je de cijfers leest en je gaat na hoeveel campagnes er al zijn gevoerd om rokers te wijzen op de gevaren, dan is het verbazingwekkend dat er nog zoveel mensen roken. De reden is echter duidelijk: verslaving aan nicotine, een van de vele schadelijke stoffen in tabak.

Nicotine werkt in op verschillende niveaus in de hersenen. Elk niveau draagt op eigen wijze bij aan het belonende effect van nicotine. Rokers hebben in de loop der tijd bepaalde emoties, gedachten en sociale situaties in het

dagelijks leven gekoppeld aan roken. Zo kan door de geur van koffie of het afstrijken van een lucifer de zin in een sigaret ontstaan. Nicotine werkt snel en is snel uitgewerkt, zodat rokers gauw behoefte krijgen aan een nieuwe sigaret. Juist daardoor is roken zo verslavend. Verslaving aan nicotine ontstaat al in de eerste jaren dat mensen (tieners) roken. In het begin waardeert de roker vooral de prettige en belonende effecten van roken. Later overwegen de nadelen en gaat het vooral om het voorkomen van ontwenningsschijnselen. De motivatie tot roken wordt voor veel rokers gevoed door een behoefte aan het instandhouden van een gewenst niveau van nicotine-inname.

In de NHG-Standaard Stoppen met roken wordt geadviseerd om van een aantal patiënten de 'rookstatus' in hun dossier te noteren. De huisarts (of een andere praktijkmedewerker) vraagt dus aan patiënten: 'Rookt u?' In ieder geval moet de rookstatus worden gevraagd van patiënten die op het spreekuur komen bij de huisarts en bij wie stoppen met roken van extra belang is. Dat zijn bijvoorbeeld:

- patiënten met klachten veroorzaakt door het roken, zoals hoest of benauwdheid, een hart- en vaatziekte of een verhoogd risico daarop (bijvoorbeeld diabetes mellitus), COPD of astma;
- ouders van kinderen met astma en/of vaak terugkerende bovensteluchtweginfecties;
- vrouwen die hormonale anticonceptie (gaan) gebruiken;
- zwangere vrouwen en hun partners;
- patiënten bij wie kort geleden een ingrijpende diagnose is gesteld die in verband kan worden gebracht met roken.

Desgewenst kan het bovenstaande rijtje worden uitgebreid. De rookstatus kan ook worden gevraagd aan andere patiënten, bijvoorbeeld aan hen die zich komen inschrijven in de praktijk, die bij praktijkondersteuner of -assistente op het spreekuur komen, of aan alle

patiënten die aan de balie komen of telefonisch contact opnemen.

Het antwoord op de vraag of de patiënt rookt kan zijn 'ja', 'gestopt' of 'nooit gerookt'. Dat antwoord wordt vastgelegd in de rookstatus. Aan rokers vraagt de huisarts hoe ze denken over stoppen met roken. De patiënt kan gemotiveerd zijn om te stoppen, overwegen te stoppen of ongemotiveerd zijn. Ook dat wordt vastgelegd in de rookstatus. Aan de hand van deze indeling wordt het beleid bepaald. (Zie Schema Begeleiding van rokers.)

Beleid

Begeleiding van patiënten die willen stoppen met roken is van groot belang. Daarbinnen speelt voorlichting over de gevaren van nicotine een grote rol. (Zie ook Figuur 1 voor het stroomschema Begeleiding/advisering van rokers.)

VOORLICHTING EN ADVIES

De huisarts geeft alle rokers het advies om te stoppen. Dit advies is zoveel mogelijk op de persoon afgestemd: de huisarts benadrukt waarom het voor deze specifieke patiënt van belang is om niet meer te roken. Ook een eenmalig gegeven advies van een huisarts zal er al voor zorgen dat een gedeelte van de rokers stopt, zo blijkt uit onderzoek. Een advies met aanvullende begeleiding is echter effectiever.

Na het advies vertelt de huisarts wat de praktijk kan betekenen in de begeleiding en stelt hij een vervolcontact voor.

Aan rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen biedt de huisarts een intensieve ondersteunende begeleiding aan, of hij verwijst ze naar bijvoorbeeld Thuiszorg, GGD of STIVORO, die een ondersteunende training voor stoppen met roken geven. Aan patiënten die overwegen om te stoppen biedt de huisarts een korte motivatieverhogende begeleiding aan. Aan patiënten die op dit moment ongemotiveerd zijn, vraagt hij of hij in een volgend contact mag

terugkomen op stoppen met roken. (Zie Schema Begeleiding van rokers.)

Intensieve ondersteunende begeleiding

Rokers die gemotiveerd zijn om te stoppen krijgen een intensieve ondersteunende begeleiding aangeboden. Die verloopt ongeveer als volgt:

- 1 Vraag de roker hoeveel sigaretten hij per dag rookt en of hij de eerste sigaret binnen dertig minuten na het wakker worden opsteekt. Het roken van tien of meer sigaretten per dag is reden om het stoppen te ondersteunen met medicatie zoals nicotinevervangende middelen. Iemand die meer dan twintig sigaretten per dag rookt en de eerste sigaret binnen dertig minuten na het wakker worden opsteekt, is sterk nicotineafhankelijk. Een hoge dosis nicotinevervangende middelen is dan effectiever dan een lage dosis.
- 2 Bespreek met de patiënt eerdere keren dat hij gestopt is met roken, inventariseer wat er toen goed en slecht ging en bespreek de slechte ervaringen
- 3 Bespreek wat de moeilijke momenten zullen zijn, hoe de roker een moeilijk moment kan herkennen en hoe hij zich kan voorbereiden.
Moeilijke momenten kunnen onder meer zijn:
 - * ontwenningverschijnselen. Nicotinevervangende middelen of andere medicatie kunnen uitkomst bieden.
 - * verwachting het niet te zullen houden. De huisarts benadrukt dat dat een gewone reactie is. Tijdelijk tabakgebruik wordt afgeraden dat maakt het alleen maar lastiger om te stoppen.
 - * gewichtstoename. De huisarts benadrukt het belang van goede eetgewoonten, raadt strikte diëten af en adviseert meer lichamelijke activiteit. Hij vertelt dat enige gewichtstoename normaal is, maar dat het gewicht na een tijdje stabiel blijft.
 - * gebrek aan sociale steun. De huisarts raadt de roker aan om in eigen omgeving steun te vragen en biedt vanuit de praktijk steun aan.
 - * gemis van genot van tabak. Samen met de roker plaatst de huisarts hier andere dingen tegenover.
- 4 Maak samen met de roker een stopplan. Dat houdt in:
 - * stopdatum afspreken waarop de patiënt in één keer stopt en zelfs geen halve sigaret meer rookt.
 - * sociale steun van anderen regelen (partners, ouders en collega's).
 - * tabaksproducten (laten) verwijderen van plaatsen waar de roker komt.
 - * afspreken hoe de roker zich kan voorbereiden op moeilijke momenten.
 - * medicamenteuze ondersteuning bieden die op de persoon en diens nicotinebehoefte is afgestemd.
- 5 Plan (eventueel telefonische) contacten. Het eerste contact vindt plaats binnen een week na de stopdatum, tweede binnen een maand, derde drie maanden na de stopdatum, het vierde na een halfjaar. Tijdens de contacten wordt het succes gevierd. Als de patiënt wel heeft gerookt, wordt dat als een leermoment gezien. Tijdens de contacten wordt ook besproken hoe het gaat met de eventuele medicatie.

Korte motivatieverhogende ondersteuning

Rokers die overwegen om te stoppen wordt een korte motivatieverhogende ondersteuning aangeboden. Deze kent de volgende stappen:

- 1 Vraag de roker wat voor hem de voordelen van roken zijn.
- 2 Vertel waarom het juist voor hem belangrijk is om te stoppen gezien zijn specifieke (medische) problematiek.
- 3 Praat met de roker over de risico's die hij loopt. Benadruk dat het roken van light-sigaretten de risico's niet wegneemt.
- 4 Vertel over de voordelen van stoppen met roken. Ook dit wordt zoveel mogelijk op de patiënt afgestemd. Algemene voordelen zijn: het is beter voor je gezondheid, je houdt meer geld over, je eten smaakt beter, je geur en reuk verbeteren, je voelt je fysiek beter, het is een goed voorbeeld voor je kinderen, het is goed voor je huid.
- 5 Vraag de roker naar barrières om te stoppen en wijs hem op behandelings- en ondersteuningsmogelijkheden. (Zie voor mogelijke barrières punt 3 van de intensieve ondersteunende begeleiding.)

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Patiënten die meer dan tien sigaretten per dag roken komen in aanmerking voor medicatie om ontwenningverschijnselen te voorkomen of te verminderen. (Ook patiënten die minder roken kunnen overigens die middelen gebruiken als ze dat willen.)

Nicotinevervangende middelen hebben de voorkeur. Deze zijn verkrijgbaar als kauwgom, pleisters, tabletten voor onder de tong en zuigtabletten. Deze middelen hebben bijna geen bijwerkingen en zijn bijvoorbeeld ook veilig voor patiënten met hart- en vaatziekten. Ze mogen alleen niet gebruikt worden door

patiënten die kortgeleden een myocardinfarct of een CVA hebben gehad, of die lijden aan instabiele angina pectoris of ernstige hart-ritmestoornissen. De roker kan nicotinevervangende middelen bij de drogist of apotheek kopen. Ze worden niet vergoed door de zorgverzekering.

Middelen van tweede keuze zijn nortriptyline en bupropion. Nortriptyline is sinds 1963 op de markt als middel tegen depressie. Het is niet geregistreerd als middel ter ondersteuning van stoppen met roken, maar in een dosering van 75 mg is het daartoe wel effectief gebleken. De kosten van het middel zijn laag en worden vergoed door de zorgverzekering. Patiënten die kortgeleden een myocardinfarct hebben gehad, mogen het middel niet gebruiken. Ouderen en jongvolwassenen gebruiken een (begin)dosering van eenderde tot de helft van die voor volwassenen. De stopdatum wordt afgesproken in de tweede week van gebruik. De totale behandeling duurt zeven tot twaalf weken.

Bupropion is ongeveer even effectief als nortriptyline. Ook bij dit middel wordt de stopdatum in de tweede week van gebruik afgesproken. Ouderen gebruiken de helft van de dosering voor volwassenen. De behandelingsduur is zeven tot negen weken. Bupropion kan slaapstoornissen veroorzaken, dus het is beter het middel niet voor het slapengaan in te nemen.

Sinds kort is er een nieuw middel op de markt: varenicline. Gebruik hiervan wordt op dit moment nog niet aanbevolen, omdat er nog te weinig bekend is over bijwerkingen op de lange termijn.

VERWIJZEN

Als in de eigen huisartsenpraktijk geen begeleiding mogelijk is, wordt in de standaard aangeraden patiënten daarvoor te verwijzen naar bijvoorbeeld STIVORO (tel. 0900-9390, www.stivoro.nl). Deze organisatie biedt verscheidene stoppen-met-rokenprogramma's aan, bijvoorbeeld 'Advies op maat', telefonische coaching en de training 'Pakje Kans'. Deze training wordt ook op diverse plaatsen

verzorgd door Thuiszorgorganisaties en GGD'en.

Ernstig verslaafde rokers kunnen worden verwezen naar instellingen voor verslavingszorg. Sommige ziekenhuizen (poli's cardiologie en longziekten) bieden ook begeleiding. Dan wordt meestal de Minimale Interventie Strategie (respectievelijk C-MIS en L-MIS) toegepast. Sommige ziekenhuizen beschikken over een stoppen-met-rokenpoli.

In de NHG-Standaard Stoppen met roken wordt aangeraden het niet-medicamenteuze gedeelte in het stoppen-met-rokenbeleid over te dragen aan praktijkondersteuners en -assistentes. Mits goed geïnstrueerd kunnen zij zich ontwikkelen tot specialisten in het begeleiden van rokers die willen stoppen. Huisartsen, praktijkondersteuners en -assistentes kunnen afspreken hoe zij in hun eigen praktijk vormgeven aan een stoppen-met-rokenbeleid.

In een groot deel van de huisartsenpraktijken wordt al met de Minimale Interventie Strategie voor Huisartsen (H-MIS) gewerkt. De huisarts past die zelf toe, of praktijkondersteuners of assistentes doen dat. In de NHG-Standaard Stoppen met roken wordt de MIS op een aantal punten uitgebreid.

Het kan een taak van praktijkondersteuners zijn om een plan te schrijven voor de verdeling van taken.

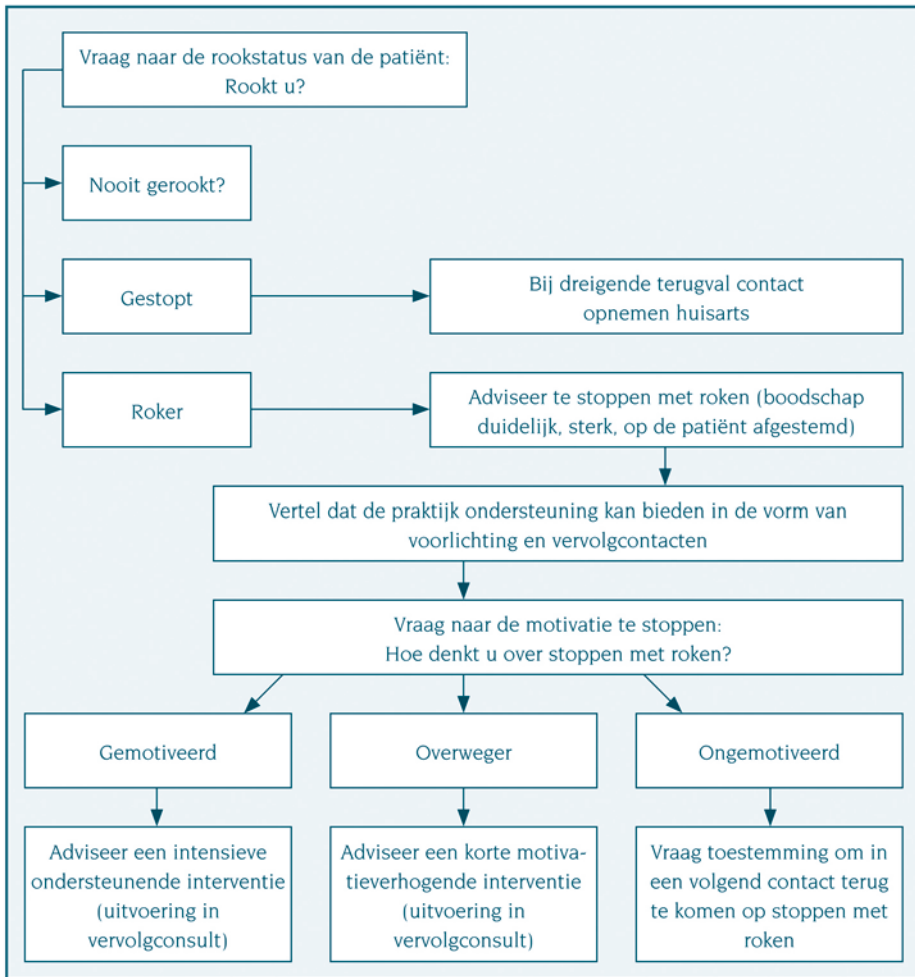
De volgende NHG-Patiëntenbrieven zijn beschikbaar: Stoppen met roken (bestemd voor patiënten die gemotiveerd zijn om te stoppen met roken), Overwegen van stoppen met roken (voor overwegers) en Volhouden van stoppen met roken (voor patiënten die al gestopt zijn).

STIVORO

Initiatiefnemers tot deze organisatie (opgericht in 1974) waren het Astma Fonds, de Nederlandse Hartstichting en KWF Kankerbestrijding. De centrale doelstelling van STIVORO is de bevordering van de volksgezondheid door het terugdringen van het roken in de maatschappij. STIVORO doet dit onder meer door:

- het geven van voorlichting over de schadelijkheid van roken;
- het ontwikkelen en geven van ondersteuning bij stoppen met roken;
- het geven van informatie en advies ter voorkoming van meerroken;
- het geven van voorlichting en informatie over wet- en regelgeving;
- het ontwikkelen en implementeren van protocollen voor begeleiding van het stoppen met roken bij risicogroepen;
- het adviseren van overheid en andere relevante organisaties over de effectiviteit van maatregelen en programma's;
- samenwerking met andere preventieorganisaties.

Op de website www.stivoro.nl vindt u meer informatie.



Figuur 1 Stroomschema voor advisering/begeleiding van rokers.

Bron: NHG-Standaard Stoppen met roken.

Begrippen	
COPD	<i>chronic obstructive pulmonary disease</i> (zie hoofdstuk COPD)
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van hersenfuncties
instabiele angina pectoris	zie hoofdstuk Acuut coronair syndroom
myocardinfarct	hartinfarct, afsterving van een hartspiergedeelte door onvoldoende bloedvoorziening

Subfertiliteit

Mevrouw Aukes, 31 jaar, komt aan de balie voor een verwijskaart voor de gynaecoloog, omdat zij maar niet zwanger wordt. U stelt haar voor om een afspraak op het spreekuur van de huisarts te maken. Mevrouw Aukes sputtert tegen. Zij vindt dat het allemaal erg lang duurt, dat ze uiteindelijk toch naar de gynaecoloog moet en dat een bezoek aan de huisarts alleen maar uitstel betekent.

Inleiding

Het is voor de praktijkassistente niet altijd gemakkelijk om een patiënte die niet zwanger raakt, ervan te overtuigen dat het goed is om eerst een afspraak met de huisarts te maken. Toch is zo'n afspraak zinvol. De huisarts kan een oriënterend onderzoek instellen, uitleg geven over het beste moment om naar de gynaecoloog te verwijzen en vertellen wat de patiënte en haar partner na zo'n verwijzing kunnen verwachten.

Sommige patiënten zullen vragen over ongewenste kinderloosheid aan de praktijkassistente voorleggen. Het ene paar draagt het lot makkelijker dan het andere wanneer de kindervens onverhoopt onvervuld blijft.

Klachten en achtergronden

Van subfertiliteit of verminderde vruchtbaarheid wordt gesproken wanneer een vrouw met een kindervens na een jaar onbeschermd coïtus niet zwanger is. De huisarts neemt dan de anamnese af en doet oriënterend onder-

zoek naar een oorzaak van de subfertiliteit. Meestal wordt er bij dit eerste onderzoek geen oorzaak gevonden; in dat geval wordt er een jaar afgewacht. In dit jaar wordt de helft van de vrouwen toch alsnog, zonder behandeling, zwanger; na twee jaar onbeschermd coïtus is ongeveer 90 procent van de vrouwen zwanger geworden. Wanneer een vrouw na twee jaar onbeschermd coïtus nog steeds niet zwanger is, verwijst de huisarts de vrouw of het paar naar de gynaecoloog.

Na de leeftijd van 30 jaar neemt de vruchtbaarheid geleidelijk af. Bij vrouwen boven de 35 jaar wordt daarom niet zo lang afgewacht en eerder begonnen met vruchtbaarheidsonderzoek en behandeling. Grofweg ligt de oorzaak van verminderde vruchtbaarheid voor een derde deel bij de vrouw, voor een derde deel bij de man en voor een derde deel bij beiden. De oorzaak ligt meestal in een stoornis in de menstruatiecyclus, slechte doorgankelijkheid van de eileiders, een verminderde kwaliteit van het sperma of een combinatie van factoren. Regelmatig wordt er geen oorzaak gevonden.

Uiteindelijk blijft 5 procent van de paren ongewenst kinderloos.

Niet zwanger worden gaat meestal niet gepaard met lichamelijke klachten. Wel kan het uitblijven van een zwangerschap invloed hebben op de (seksuele) relatie en het sociale leven. Beslissingen over ander werk of een verhuizing worden uitgesteld en het contact met bevriende stellen/vriendinnen die wel kinderen krijgen, kan verstoord raken. Omgekeerd

kunnen seksuele problemen ook de oorzaak van de onvruchtbaarheid zijn.

Het paar kan soms zelf ideeën aandragen over een mogelijke oorzaak. Zo kan de woon- of werksituatie een rol spelen, bijvoorbeeld het langdurig van huis zijn of onregelmatige werktijden van een of beide partners. Het gebruik van medicijnen, tabak, alcohol, drugs en koffie kunnen een (beperkte) rol spelen.

Beleid

De huisarts informeert tijdens het eerste consult naar de menstruatiecyclus en naar eventueel doorgemaakte geslachtsziekten (chlamydia, gonorrhoe), naar een eileiderontsteking of een vroegere operatie in de buik (blindedarmontsteking). Voorlichting wordt gegeven over de meest vruchtbare periode in de cyclus en over de frequentie van de coïtus.

De huisarts vraagt de vrouw om bij een onregelmatige cyclus een basale temperatuurcurve (BTC, zie figuur 1) bij te houden, om te zien of er een eisprong plaatsvindt en of de cyclus verder normaal is. De vrouw moet dan tijdens een hele menstruatiecyclus elke morgen vóór het opstaan omstreeks dezelfde tijd rectaal de temperatuur opnemen, te beginnen op de eerste dag van de menstruatie.

Bij de man doet de huisarts een spermaonderzoek onder de microscoop. Dit onderzoek kan ook worden gedaan in het huisartsenlaboratorium of het laboratorium van het ziekenhuis.

Verder kan de huisarts nog een postcoïtumtest uitvoeren. Daarbij neemt de huisarts slijm af uit de baarmoedermond van de vrouw en bekijkt dit onder de microscoop om na te gaan of

er bewegende spermacellen in het preparaat aanwezig zijn. Hiervoor moet minder dan twaalf uur tevoren een coïtus hebben plaatsgevonden. Deze test wordt altijd een of twee dagen voor de te verwachten eisprong uitgevoerd.

Tot slot kan met een chlamydia-antistof test (CAT) worden aangetoond of iemand in het verleden wellicht ongemerkt een chlamydia-infectie heeft doorgemaakt.

VOORLICHTING EN ADVIES

Paren bij wie de kinderwens onvervuld blijft, staan soms lange tijd onder controle van de specialist voordat alle technische mogelijkheden zijn uitgeput, zoals in-vitrofertilisatie (ivf) of kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID). Twee jaar geldt als een heel gebruikelijke periode. De huisarts kan aanbieden om, als het paar dat wenst, in die periode de ervaringen en verwachtingen regelmatig te bespreken. Na het stoppen met de behandeling zonder dat deze tot resultaat heeft geleid, kan de huisarts het paar steun verlenen bij het verwerken van het verdriet over het gegeven dat men nooit een eigen kind zal krijgen.

Uw rol bij subfertiliteit is beperkt. In sommige gevallen kunt u signaleren dat er bij de patiënte of het paar vragen leven over de behandeling of dat er problemen zijn bij de verwerking van ongewenste kinderloosheid.

Over subfertiliteit zijn drie NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Begrippen

in-vitrofertilisatie (ivf)	kunstmatige bevruchting van een eicel door een zaadcel buiten het lichaam, waarna de bevruchte eicel bij de vrouw in de baarmoeder wordt teruggeplaatst
kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID)	het sperma van een ander dan de partner (donor) wordt met een spuitje bij de vrouw in de baarmoeder gebracht
onbeschermde coïtus	geslachtsgemeenschap zonder voorbehoedmiddel
sperma(cellen)	zaad(cellen)
subfertiliteit	verminderde vruchtbaarheid

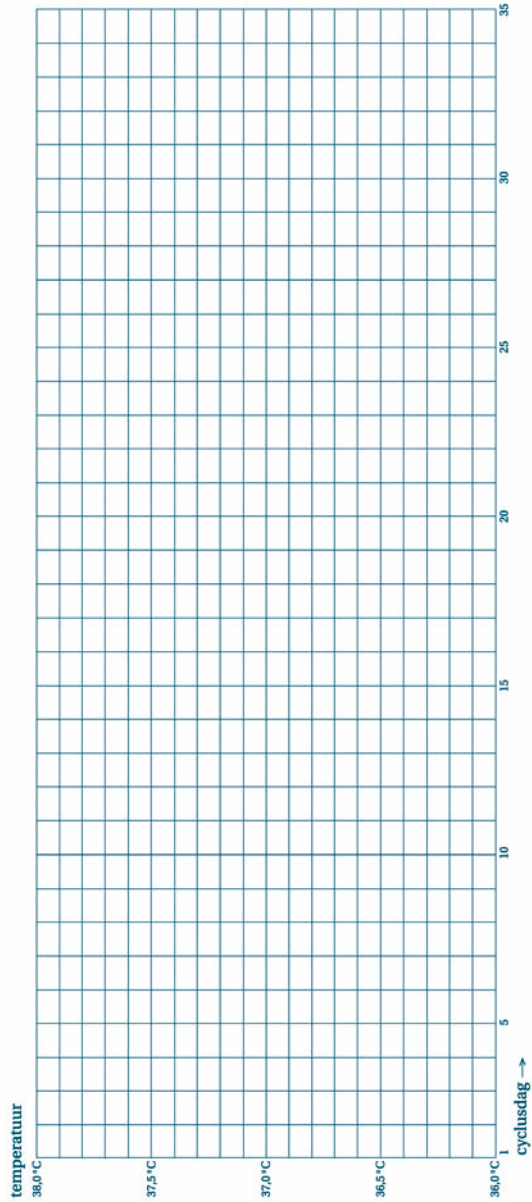
De basale temperatuurcurve (BTC)

Hoe moet u de basale temperatuurcurve maken?

Elke ochtend direct na het ontwaken en vóór het opstaan, meet u uw lichaamstemperatuur rectaal (dat wil zeggen in de anus). U kunt daarvoor een gewone koortsthermometer gebruiken. Gebruik wel steeds dezelfde thermometer.

De dag waarop u moet beginnen met het meten van de lichaamstemperatuur is de eerste dag van de menstruatie (cyclusedag 1).

U blijft vervolgens iedere ochtend de temperatuur meten totdat u de volgende menstruatie krijgt. Geef de gemeten temperatuur aan in de onderstaande grafiek en verbind de meetpunten met elkaar.



Figuur 1 Diagram basale temperatuurcurve (BTC).

TIA

De buurvrouw van mevrouw Roelens belt op. Zij vertelt dat mevrouw Roelens gisteren plotseling minder goed kon zien. Ook haar mondhoek hing scheef. De klachten waren na een paar uur weer verdwenen. Zelf is mevrouw Roelens er niet zo ongerust over, maar de buurvrouw die opbelt des te meer. ‘Wijst dit niet op een beroerte?’

Inleiding

In een van de hersenvaten kan een zodanige vernauwing optreden dat een bepaald gedeelte van de hersenen ophoudt te functioneren (infarct). Zo'n stoornis in het functioneren kan in enkele gevallen ook worden veroorzaakt door een bloeding. Dit is vooral het geval bij mensen die een bloedverdunner gebruiken. Het onderscheid met een infarct is in dat geval lastig en kan alleen worden gemaakt met behulp van een CT- of MRI-scan. Meestal gaan we bij een TIA echter uit van een infarct. Door de stoornis ontstaat een ziektebeeld met bepaalde uitvalsverschijnselen, zoals een halfzijdige verlamming, afasie, dysartrie of halfzijdige uitval van het gezichtsveld. Als de verschijnselen op het moment dat de huisarts de patiënt onderzoekt, weer verdwenen zijn, spreken we van een transient ischaemic attack (TIA), een voorbijgaande (transient) aanval (attack) van gebrek aan bloed (ischaemia). Iemand die een TIA heeft gehad, heeft een grotere kans op blijvende uitval van een hersengedeelte. Dan spreken we van een cere-

brovasculair accident (CVA) (zie ook het hoofdstuk Cerebrovasculair accident (CVA)). In de praktijk wordt de huisarts ongeveer viermaal per jaar geconfronteerd met een patiënt met een TIA. Door de vergrijzing van de bevolking zal dat getal naar verwachting hoger worden.

Klachten en achtergronden

Een TIA wordt veroorzaakt door plaatselijk gebrek aan zuurstof in de hersenen. Bijna altijd is dit gebrek aan zuurstof het gevolg van een embolie vanuit de halsslagaders of vanuit het hart. In het hart kunnen bloedpropjes ontstaan bij hartritmestoornissen, klepafwijkingen en ook na het doormaken van een hartinfarct. Door atherosclerose van de halsslagaders (de carotiden) neemt de kans op de vorming van stolsels aanzienlijk toe. De verschijnselen van een TIA zijn afhankelijk van de plaats in de hersenen waar het zuurstofgebrek optreedt. Het kan gaan om verlammingen, spraakstoornissen, bewusteloosheid of niet goed meer kunnen zien. Vaak duurt de aanval maar kort: bij een kwart van de patiënten verdwijnen de verschijnselen binnen vijf minuten, bij de helft binnen een halfuur. In 40 procent van de gevallen is de uitvalsduur langer dan een uur. Omdat meestal de uitvalsverschijnselen al verdwenen zijn als de huisarts de patiënt onderzoekt, is de anamnese voor het stellen van de diagnose heel belangrijk. De huisarts laat de patiënt of mensen uit diens omgeving de verschijnselen zo nauwkeurig mogelijk beschrijven. Tevens gaat de huisarts de aanwe-

zigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten na, bijvoorbeeld hoge bloeddruk, hart- en vaatziekten in de voorgeschiedenis, diabetes, overmatig alcoholgebruik, pijn op de borst of onregelmatige hartslog, en roken. De huisarts onderzoekt of de verschijnselen worden veroorzaakt door een TIA of door andere aandoeningen, bijvoorbeeld hyperventilatie, hypoglykemie, epilepsie, migraine of arteriitis temporalis. De huisarts beoordeelt daartoe bij de patiënt:

- het gezichtsveld;
- de spraak;
- de kracht in de gelaatsspieren;
- de kracht in de bovenste en onderste ledematen.

Wanneer de bloedvoorziening in een van de halsslagaders is verstoord, heeft de patiënt doorgaans een combinatie van de volgende verschijnselen (gehad):

- hemiparese;
- sensibiliteitsstoornis;
- zwart of niets zien met beide ogen in één helft van het gezichtsveld en/of met één oog;
- afasie;
- onduidelijke spraak.

Een TIA is een belangrijke ziekte omdat het betekent dat er ergens in de hersenen een ernstige bloedvatvernauwing is opgetreden en dat bloedvat kan in korte tijd verstopt raken. Een TIA kan een voorbode van een CVA zijn.

Beleid

Het vermoeden dat een patiënt een TIA heeft, is een reden voor een spoedconsult. Het beleid bij een TIA is gericht op het verkleinen van de kans op een volgende TIA of een CVA. De huisarts schrijft de patiënt daartoe acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium voor, hetgeen de patiënt levenslang moet innemen. Als de patiënt tevens last heeft van hartritmestoornissen, wordt een coumarinederivaat voorgeschreven. Daarnaast is het beleid gericht op beïnvloeding van risicofactoren.

VOORLICHTING EN ADVIES

De patiënt wordt uitgelegd dat de uitvalsverschijnselen naar alle waarschijnlijkheid zijn veroorzaakt doordat een stukje hersenweefsel tijdelijk minder goed van bloed is voorzien. Dat komt door veroudering van de bloedvaten waardoor gemakkelijk kleine stolsels ontstaan die de bloedvaten verstoppen. Vaak zijn de vaten op andere plaatsen in het lichaam ook in verminderde conditie.

Gelukkig is de uitval nu tijdelijk geweest. De kans dat de uitval zich herhaalt en dan blijvend is, is het eerste jaar één op acht, gevolgd door één op veertien in de latere jaren. Deze kans kan met een kwart worden verkleind door dagelijks acetylsalicylzuur of carbasalaatcalcium in lage dosering in te nemen. De kans op herhaling kan verder worden verkleind door eventueel aanwezige risicofactoren voor hart- en vaatziekten gunstig te beïnvloeden. Deze risicofactoren zijn roken, hypertensie en een verhoogd cholesterolgehalte. Door deze maatregelen wordt ook de kans op een hartinfarct kleiner. Stoppen met roken betekent dat na twee jaar het risico op hart- en vaatziekten weer ongeveer gelijk is aan dat van een niet-roker.

Enkele dagen tot een week na de TIA wil de huisarts de patiënt opnieuw zien om te beoordelen hoe de patiënt en diens omgeving het gebeuren verwerkt hebben. De aanwezigheid van risicofactoren voor hart- en vaatziekten en de aanpak daarvan bepaalt of er meerdere controles zullen volgen.

De huisarts verwijst de patiënt naar de neuroloog als het vermoeden bestaat dat de TIA werd veroorzaakt door een afwijking in de linker of rechter arteria carotis. De neuroloog bekijkt de mogelijkheid voor carotischirurgie. Bij atriumfibrilleren of een cardiale soufflé wordt de patiënt verwezen voor een CT-scan om een bloeding uit te sluiten.

Nog niet in alle ziekenhuizen zijn TIA-services voorhanden, maar er wordt hard gewerkt om deze centra uit te breiden. Een TIA-service is een polikliniek waar patiënten die een klein CVA of een TIA hebben gehad, binnen enkele werkdagen door een neuroloog worden on-

derzocht. Bezoek aan de neuroloog, aanvullend onderzoek (duplexscan, bloedonderzoek, eventueel CT-scan en ecg), opstellen van een behandelingsplan en de bespreking hiervan met de patiënt vinden bij voorkeur op één dag plaats.

U hebt een belangrijke rol bij het signaleren van een mogelijke TIA. U regelt een spoedconsult of -visite. Ook kan het later uw taak zijn (of die van de praktijkondersteuner) de patiënt te begeleiden bij het verminderen van aantal en gewicht van de risicofactoren.

Er is een NHG-Patiëntenbrief verschenen over TIA.

Begrippen	
acetylsalicylzuur	trombocytenaggregatiemmer: medicijn dat het klonteren van bloedplaatjes tegengaat
afasie	taalfunctiestoornis ten gevolge van een hersenbeschadiging bij iemand die voordien over een normale taalvaardigheid beschikte
arteria carotis	halsslagader
arteriitis temporalis	ontsteking van een slagader bij de slaap aan één kant van het hoofd
atherosclerose	aderverkalking
carbasalaatcalcium	trombocytenaggregatiemmer (zie acetylsalicylzuur)
carotischirurgie	operatie aan de arteria carotis (halsslagader)
cardiale soufflé	hartgeruis
cerebrovasculair accident (CVA)	bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van hersenfuncties
coumarinederivaten	anticoagulantia: medicijnen die de stolling van het bloed remmen door inwerking op stollingsfactoren in de lever
CT-scan	computertomografie: procedure waarmee met behulp van röntgenstralen beelden van dwarsdoorsnedes van de patiënt kunnen worden gemaakt; de beelden worden verwerkt door de computer en het eindbeeld is te zien op het computerscherm
CVA	cerebrovasculair accident: bloeding of trombose in de hersenvaten met als gevolg uitval van hersenfuncties
duplexscan	combinatie van echografie (registratie van teruggekaatste trillingen) en dopplersonderzoek (waarmee men afsluitingen in slagaderen kan vaststellen)
dysartrie	spraakstoornis die betrekking heeft op de articulatie van de gesproken taal; de patiënt heeft moeite met het vormen van woorden; de stoornis wordt veroorzaakt door een afwijking in het centrale zenuwstelsel
ecg	elektrocardiogram: hartfilmpje
embolie	het losraken en elders weer blijven steken van een bloedstolsel
hemiparese	halfzijdige verlamming
sensibiliteitsstoornis	voelstoornis

Traumatische knieproblemen

Jan is 15 jaar en voetballen is zijn lust en zijn leven. Hij zit aan de tv gekluisterd tijdens Studio Sport en als het maar even kan, rent hij zelf achter de bal aan. Tijdens een wedstrijd gebeurt het: Jan verdraait zijn knie, die meteen flink dik wordt en ongelooflijk veel pijn doet. De trainer van Jan is zo verstandig hem niet meteen naar de Spoedeisende Hulp te brengen, maar eerst met hem langs de huisarts te gaan. Hij dringt er wel op aan dat er een foto gemaakt wordt.

Inleiding

Knieklachten zijn na rugklachten de meestvoorkomende klachten van het bewegingsapparaat in de huisartsenpraktijk. Knieklachten kunnen worden verdeeld in traumatische knieproblemen (klachten aan de knie na een ongeval) en niet-traumatische. Dit hoofdstuk gaat over de traumatische knieproblemen; voor de niet-traumatische knieproblemen: zie de hoofdstukken Niet-traumatische knieproblemen bij kinderen en adolescenten en Niet-traumatische knieproblemen bij volwassenen.

Klachten en achtergronden

Een beschadiging van de knie kan leiden tot pijn, zwelling en beperkte beweeglijkheid. Meestal gaat het om een kneuzing (contusie) of verstuiking (distorsie). In dat geval is de patiënt in enkele weken klachtenvrij.

Bij een ongeluk waarbij een grote kracht op de knie heeft ingewerkt, is er kans op een scheur in een knieband of beschadiging van een of meerdere structuren in het gewricht (menisci, kruisbanden). Vaak vormt zich dan ook vocht of bloed in de gewrichtsholte. Bloed in het gewricht (haemarthros) treedt op onmiddellijk na het ongeluk tot enkele uren daarna, in het bijzonder als de voorste kruisband is afgescheurd.

Letsels van de kruis- en collaterale banden komen voor bij ongeveer 10 procent van de traumatische knieklachten. Bij ongevallen tijdens het sporten is vaak sprake van letsels van de voorste kruisband en de collaterale band aan de binnenzijde van de knie.

Beschadigingen van de meniscus treden op in 6 procent van de knieongevallen.

Fracturen van de knie (de knieschijf of het scheenbeen) komen weinig voor.

Luxaties van de knieschijf komen vaker voor; daarbij 'schiet' de knieschijf opzij. Uit zichzelf of door manipulatie van buitenaf kan de knieschijf weer op de goede plaats terecht komen.

Soms zit na een ongeval de knie 'op slot'. Dat betekent dat de patiënt de knie niet meer recht kan krijgen, ook niet met hulp van buitenaf. Slotstand is een teken dat er sprake is van een intra-articulaire beschadiging, bijvoorbeeld een loszittend stukje van de meniscus.

De huisarts let bij het onderzoek op belastbaarheid, pijn, zwelling, slotverschijnselen, een onzeker of instabiel gevoel en vergelijkt de aangedane knie met de gezonde.

Een röntgenfoto is niet altijd noodzakelijk.

Alleen als de huisarts vermoedt dat er sprake is van een fractuur, is een röntgenfoto zinvol. Als de oorzaak een val of geweld van buitenaf was en de huisarts constateert bij onderzoek een afwijkende stand, asdrukpijn (het been kan niet worden belast) en een knie die niet meer tot 90 graden kan worden gebogen, zijn dat redenen om een röntgenfoto te laten maken. Bij oudere mensen beslist de huisarts eerder om een röntgenfoto te laten maken. Bij kinderen en adolescenten is een binnen enkele uren ontstane zwelling reden voor een foto.

Beleid

Als pijn en zwelling het (eerste) onderzoek bemoeilijken, wordt een afspraak gemaakt voor nader onderzoek na enkele dagen tot een week.

Ter verlichting van de pijn kan paracetamol worden gebruikt. Tweede keus is een NSAID. Ter ondersteuning van het herstel na een kneuzing of een verstuiking kan de patiënt naar de fysiotherapeut worden verwezen voor oefen therapie, spierversterking en coördinatie training.

Er zijn niet zo veel redenen om een patiënt direct naar een orthopedisch chirurg te verwijzen. Een slotstand is een indicatie voor verwijzing op korte termijn.

VOORLICHTING EN ADVIES

Bij verstuiking of kneuzing, bij een gedeeltelijke scheur van de mediale of laterale knieband en bij een luxatie van de knieschijf die teruggeplaatst is, wordt geadviseerd de knie zo normaal mogelijk te belasten 'op geleide van de pijn'. Gebruik van ijs en/of zwachtel is niet nodig. Controleafspraken zijn afhankelijk van de ernst van de beschadigingen. Bij een aandoening van de menisci of kruisbanden adviseert de huisarts rust. Afhankelijk van de ernst kan de patiënt de eerste dagen met (een) elleboogkruk(ken) lopen. De knie mag, zodra de pijn dat toelaat, worden belast, gestrekt en gebogen.

U bent vaak de eerste opvang van patiënten met letsel van de knie. Een röntgenfoto is lang niet altijd noodzakelijk. Als de huisarts de knie heeft onderzocht, kunt u de knie zo nodig zwachtelen en/of met de patiënt bespreken hoe en waar hij elleboogkrukken kan lenen. U geeft zo nodig aanvullende voorlichting over de gevallen waarin de patiënt weer contact moet opnemen met de huisartsenpraktijk.

Begrippen	
asdrukpijn	pijn die wordt gevoeld als in de richting van de lengteas op een bot wordt gedrukt; aan de knie: als de patiënt op het been staat
collaterale banden	letterlijk: langslopend, de aan de zijkant van de knie lopende banden
fractuur	botbreuk
haemarthros	bloeding in gewricht
hydrops	vocht in bestaande holte, bijvoorbeeld een gewrichtsholte
intra-articulair	in het gewricht
lateraal	zijdelings, opzij, naar opzij
manipulatie	handgreep
meniscus (mv. menisci)	halvemaanvormig kraakbeenstuk; in de knie zitten twee menisci
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstillers met ontstekingsremmend effect, zoals ibuprofen, diclofenac en naproxen
patella	knieschijf
ruptuur	scheur
tibia	scheenbeen

Ulcus cruris venosum

Mevrouw Van Zetten, 74 jaar, klopt aan bij de assistente. 'Ik heb een wondje aan mijn been en dat wil niet genezen.' De assistente zucht bij zichzelf. Het is niet de eerste keer dat mevrouw Van Zetten een open been heeft. Het is een aardige vrouw, welwillend, maar ze doktert eerst een hele tijd zelf voor ze naar de praktijk komt met een ulcus en dan is het niet eenvoudig ervoor te zorgen dat het been weer dichtgaat. Ze heeft last van hartfalen en spataderen, waardoor haar benen altijd opgezet zijn en ze heeft een gruwelijke hekel aan steunkousen. Maar eens kijken hoe het er nu voor staat.

Inleiding

Een ulcus cruris venosum of 'open been' is een defect van de huid en het onderliggende weefsel van het onderbeen, dat moeilijk geneest en dat ontstaat door een slechte doorbloeding van de huid als gevolg van een slecht functionerend aderstelsel. Het ulcus cruris venosum komt vooral op oudere leeftijd voor. Vrouwen hebben er vaker last van dan mannen.

Meestal kan een open been in de huisartsenpraktijk behandeld worden. Hierbij spelen praktijkassistenten en wijkverpleegkundigen een belangrijke rol. Voorlichting is van belang om de patiënt te motiveren mee te werken aan het herstel van het ulcus en om een nieuw ulcus te voorkomen.

Klachten en achtergronden

Als aderen (venen) niet meer goed werken, wordt het bloed onvoldoende uit het been afgevoerd. Er ontstaat een hoge druk in de venen, waardoor (nog meer) kleppen in de venen beschadigd kunnen raken. Ook kunnen de kleinste bloedvaten overbelast raken. Hierdoor verslechtert de doorbloeding van de huid. Huidafwijkingen als eczeem, huidverkleuring en uiteindelijk een ulcus cruris kunnen het gevolg zijn. Deze toestand wordt chronische veneuze insufficiëntie (CVI) genoemd en kan optreden na diepe veneuze trombose, bij ontstekingen van de oppervlakkige venen of door beschadiging van kleppen in de venen bij meer of minder uitgebreide spataderen.

Soms is een ulcus cruris het gevolg van slecht functionerende arteriën, van afwijkingen aan de zenuwen of (zelden) van huidkanker. Deze standaard beperkt zich tot het veneuze ulcus cruris.

Bij een ulcus cruris venosum gaat de huisarts na hoe lang de klachten bestaan en hoe het beloop tot dan toe is geweest. Ook is het van belang te weten of de patiënt al eerder een ulcus heeft gehad, of de patiënt een aandoening heeft van het vaatstelsel, zoals trombose, spataderen of vernauwing van de slagaderen, en of er ooit een operatie aan de vaten is verricht.

Bovendien zal de huisarts nagaan of er bij de patiënt risicofactoren bestaan voor vaat-aandoeningen, zoals diabetes mellitus, hartfalen, immobiliteit en roken.

Bij het beoordelen van het ulcus let de huisarts op het volgende:

- de plaats van het ulcus (een ulcus cruris venosum zit meestal aan de binnenzijde van het onderbeen, terwijl een ulcus door aandoeningen van de arteriën vaak aan de buitenzijde of voorzijde van het onderbeen voorkomt);
- de grootte van het ulcus (lengte, breedte en diepte worden genoteerd);
- de wondrand (tekenen van genezing?);
- de wondbodem: zwart weefsel is dood (necrose), er kan geel beslag zijn, schoon weefsel is rood;
- tekenen van infectie van de wond of de huid eromheen;
- tekenen van chronische veneuze insufficiëntie;
- de arteriële doorbloeding;
- neurologische afwijkingen, zoals gevoelsstoornissen bij diabetes mellitus.

Beleid

Wanneer het ulcus is geïnfecteerd (als er pus uitkomt en/of het stinkt), wordt het eerst behandeld met vochtige kompressen: hydrofiele gazen met water bevochtigd, die drie- tot viermaal per dag worden verschoond. Ook kan hiermee necrose worden verweekt. Het met plastic afdekken van de wond leidt tot broei en infectie en wordt daarom afgeraden. Dood weefsel en korsten op en om de wondbodem worden eventueel met schaar en pincet verwijderd. Als de wond schoon is, reinigt men bij iedere controle de wond en de omgevende huid met zoete olie. In de standaard staat dat u op een gereinigde ulcus clioquinol 3% in linimentum zinci oxidi oleosum FNA of in unguentum zinci oxidi 10% FNA kunt aanbrengen. De apotheek mag deze zalf echter niet meer bereiden. Een goed alternatief is het bedekken van de wond met paraffinegazen of een hydrocolloïdverband. Behandeling met duurdere antiseptische zalven als povidonjood, zilverulfadiazine en enzymbevattende zalven, is tot nu toe niet overtuigend effectiever gebleken. Het ulcus wordt afgedekt met

een hydrofiel gaaskompres of Engels pluksel, waarna een niet-elastisch compressieverband wordt aangelegd (zie kader).

Bij de behandeling moet worden gelet op eventuele overgevoelighedsreacties op zalven en verbandmateriaal, maar als de wondbehandeling plaatsvindt zoals hier is beschreven, is de kans op contactallergie klein.

Een goed aangelegd compressieverband is voor de behandeling van groot belang. In het begin is het been vaak opgezet door oedeem. Dit verdwijnt door zwachtelen. Het been wordt vooral in het begin snel dunner. Het verband moet dan regelmatig, ongeveer tweemaal per week, verwisseld worden om te voorkomen dat het los gaat zitten. Later is eenmaal per week verwisselen voldoende. Het verband blijft dag en nacht zitten. Voor het verbinden zijn korterekzwachtels het meest geschikt. Voor patiënten bij wie korterekzwachtels niet goed blijven zitten en voor niet-mobiele patiënten is een vierlaagsverband een alternatief (zie kader).

In geval van een cellulitis (huidinfectie met koorts en pijnlijke rode zwelling rond de wond) zijn antibiotica (flucloxacilline) nodig. Tegen de pijn kan een pijnstiller nodig zijn, bij voorkeur paracetamol.

Als er geen sprake is van hartfalen, is het ongewenst om plastabletten voor te schrijven om oedeem tegen te gaan.

Als een patiënt moeilijk kan lopen, kunnen hulpmiddelen als goede schoenen, steunzolen, een stok en een looprek nuttig zijn en kan oefen therapie aangewezen zijn.

Bij patiënten met diabetes mellitus, hypertensie, reumatische en neurologische aandoeningen of hartfalen is het voor de genezing en preventie van een ulcus belangrijk dat de bijkomende ziekte optimaal wordt behandeld.

Aanvankelijk wordt de wond tweemaal per week gecontroleerd, gereinigd (zo nodig met het verwijderen van necrotisch (dood) weefsel) en opnieuw verbonden. Als de wond schoon is

en kleiner begint te worden, vinden de controles wekelijks plaats tot de wond dicht is. De controles kunnen worden uitgevoerd door de assistente of de wijkverpleegkundige. Wel moet goed worden afgesproken wanneer de huisarts de wond controleert: ten minste na drie weken, na twee maanden en natuurlijk bij problemen.

Van de ulcera is 80 procent binnen drie maanden gesloten. Is er na twee maanden nog geen verbetering of verslechtert de wond voor die tijd, dan moeten de oorzaak van het ulcus en de behandeling opnieuw worden overwogen.

Redenen om te verwijzen zijn:

- een ulcus dat na twee maanden niet is verbeterd;
- ernstige spataderen;
- grote, diepe ulcera die mogelijk chirurgisch moeten worden behandeld;
- een vermoeden van huidkanker.

VOORLICHTING EN ADVIES

Voor een effectieve behandeling van een ulcus en ter voorkoming van een recidief is de medewerking van de patiënt erg belangrijk. Die krijgt uitleg over het ontstaan van het ulcus en de volgende concrete adviezen.

- Bij rusten de benen hoog leggen.
- Zo veel mogelijk blijven lopen en niet te lang staan.
- De knie- en enkelgewrichten oefenen om de bloedsomloop te bevorderen.
- Dagelijks elastische kousen (steunkousen) dragen (levenslang). Veel patiënten hebben hiertegen bezwaren: de kousen zijn moeilijk aan te trekken, geven een stijf gevoel in de benen en staan niet zo mooi. Het is belangrijk om deze nadelen te bespreken. Daarnaast moeten de voordelen duidelijk worden uitgelegd: voorkómen van een nieuw ulcus, bescherming tegen stoten en tegengaan van oedeem.

Na een ulcus heeft een elastische kous klasse III de voorkeur; in de praktijk is vaak niet meer haalbaar dan klasse II. (In het hoofdstuk Varices komt behandeling met elastische kousen ook uitgebreid aan bod.)

In hoeverre stoppen met roken, afvallen en gezond eten een ulcus kunnen voorkomen of de genezing ervan kunnen bespoedigen, is niet bekend.

U kunt de patiënt adviezen geven die bijdragen aan een snellere genezing of voorkoming van het ontstaan van een ulcus cruris. Verder kunt u een rol vervullen bij de wondverzorging, wondcontrole en het zwachtelen van het been.

Niet-elastisch compressieverband

Het doel van het aanleggen van een niet-elastisch compressieverband is het verbeteren van de afvoer van veneus bloed en het daardoor bevorderen van de genezing van het ulcus.

Bij het aanleggen wordt eerst de ruimte boven de enkel met hydrofiele watten opgevuld. Eventueel kunnen de watten worden gefixeerd met een elastische fixatiezwachtel van 6 cm breedte. Hierna wordt het eigenlijke compressieverband aangelegd. Per keer worden twee rollen korterek- of tricotzwachtels van 10 cm breedte gebruikt. De druk door de zwachtel dient het sterkst te zijn op de voet en dient naar boven toe af te nemen.

De eerste zwachtel begint net achter de tenenrij. De zwachtel wordt rondom de voet, de hiel en de enkels stevig naar boven gedraaid, waarbij de voet niet in spitsvoetstand mag staan. De laatste toer van de eerste zwachtel eindigt vlak onder de knie. De tweede zwachtel wordt onder voortdurende druk in tegengestelde richting gedraaid, te beginnen met een slag om de voet en verder over het onderbeen. Hij eindigt op dezelfde hoogte als de eerste zwachtel. Om verschuiven van de zwachtels tegen te gaan kan een hechtpleister aan de binnen- en buitenzijde van het verband worden aangebracht.

Nadat het verband is aangelegd, wordt de kleur van de tenen na lopen beoordeeld. Als kort na het aanleggen veel pijn optreedt, kan er een probleem zijn met de doorbloeding van de arteriën.

Vierlaagsverband

Dit verband is geschikt voor mensen die niet mobiel zijn en voor diegenen bij wie de korterekzwachtels niet goed blijven zitten.

De eerste laag is een polsterverband dat de benige uitsteeksels, zoals de enkel, tegen de druk van de volgende lagen moet beschermen. De tweede laag, van katoenen crêpe, fixeert de eerste laag. De derde en vierde laag zijn elastische zwachtels. De vierde laag is enigszins klevend, zodat het verband goed blijft zitten. Door de elasticiteit van het verband wordt de continue afvoer van veneus bloed bevorderd. Het verband kan ook 's nachts blijven zitten. De eerste laag wordt aangelegd door het been vanaf de tenenrij tot de knie te omwikkelen. Hierbij wordt geen druk uitgeoefend en er wordt met 50 procent overlapping gewikkeld. De benige uitsteeksels dienen goed te worden bedekt. De tweede laag wordt op dezelfde wijze aangelegd als de eerste. De derde laag legt men onder 50 procent rek en met 50 procent overlapping aan, van de tenen tot de knie in een achtfiguur. De vierde laag legt men circulair aan, eveneens met 50 procent rek en 50 procent overlapping. De kleeflaag moet goed worden aangedrukt.

Begrippen

chronisch veneuze insufficiëntie (CVI)	langdurig verstoorde afvoer van veneus (zuurstofarm) bloed met als gevolg oedeem en huidafwijkingen, bijvoorbeeld eczeem, verkleuring van de huid en een ulcus cruris venosum of open been
diepe veneuze trombose	afsluiting van een dieper liggende ader door een bloedstolsel
ulcus cruris venosum	een defect van de huid en het onderliggende weefsel dat moeilijk geneest en dat ontstaat door een slecht functionerend aderstelsel

Urinesteenlijden

Mevrouw Jadoenandansing belt de huisartsenpost. 'Kan er alsjeblieft iemand komen kijken bij mijn man? Hij heeft zo'n ontzettende pijn in zijn buik en moet steeds overgeven. Hij kan niet stil blijven zitten van de pijn en rolt in zijn bed heen en weer.'

Inleiding

In de NHG-Standaard Urinesteenlijden worden richtlijnen gegeven voor de diagnostiek en behandeling van urinesteenaanvallen bij volwassenen. In de standaard wordt de term 'urinesteen' gebruikt en niet het meer gangbare begrip 'niersteen', omdat de stenen behalve in de nier ook in de urineleiders, de blaas en de plasbuis kunnen voorkomen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen een acute en een postacute fase. In de acute fase staat de behandeling van de (hevige) pijn op de voorgrond. In de postacute fase gaat het om het beleid op de lange termijn. Een huisarts in een normpraktijk ziet ongeveer 4 nieuwe patiënten met urinesteenlijden per jaar. De klacht komt tweemaal zo vaak voor bij mannen dan bij vrouwen. Kinderen en jongvolwassenen hebben zelden een urinesteen. Bij mensen die een eerstegraads familielid hebben met urinestenen, is de kans tweemaal zo groot dat zij ook een urinesteen krijgen.

Klachten en achtergronden

Urinestenen komen meestal voor in het bovenste deel van de urinewegen of in de nieren. Hoe ze ontstaan is onduidelijk. De meest voorkomende stenen (ruim 70 procent) bestaan uit calciumoxalaat. Deze zijn meestal kleiner dan twee centimeter. Een samenstelling uit ander materiaal kan leiden tot de vorming van zogeheten koraalstenen, die het gehele nierbekken kunnen verstoppen.

Zelden is een onderliggende ziekte de oorzaak van de steenvorming. Het heeft dan ook meestal geen zin om bij alle patiënten bloed- en urineonderzoek te doen.

Aanvallen van urinesteenlijden verlopen vaak kenmerkend: plotselinge hevige pijn in de flank, de zijkant van de buik of de onderbuik, gepaard gaand met bewegingsdrang, misselijkheid en braken. De meeste patiënten met stenen hebben bloed in de urine. De kans dat een steen tijdens of na de aanval spontaan met de urine meekomt, is 85 tot 95 procent.

Meestal gebeurt dat trouwens niet tijdens de aanval, maar enkele dagen tot weken erna.

Bij een vermoeden van een urinesteenaanval is het van belang om te vragen naar de aard en locatie van de pijn en of deze uitstraalt, hoe de aanval begonnen is, of er bewegingsdrang is en of de patiënt misselijk is of moet braken. Verder is van belang of er bloed in de urine zit, of er koorts is, of de patiënt eerder een aanval heeft gehad en of er stenen in de familie voorkomen.

De patiënt wordt lichamenlijk onderzocht, vooral om andere oorzaken van acute buik-

klachten uit te sluiten. De huisarts let hierbij op druk- of slagpijn in de nierloge en of er bijvoorbeeld tekenen zijn van prikkeling van het buikvlies. Druk- of slagpijn in de nierstreek kan passen bij een urinesteen, maar bij prikkeling van het buikvlies moet er sprake zijn van een andere aandoening.

De urine wordt onderzocht op de aanwezigheid van erythrocyten en tekenen van een urineweginfectie (zie hoofdstuk Urineweginfecties). Een urinesteeaanval gepaard gaand met een urineweginfectie zonder koorts heeft bijna altijd een ongecompliceerd beloop. Als er een urineweginfectie is mét koorts, dan is de huisarts extra alert.

Beleid

ACUTE FASE

De huisarts legt in de acute fase uit dat de aanval heel pijnlijk is, maar dat het met medicatie in het algemeen goed lukt om de pijn onder controle te krijgen. Hij vertelt dat de meeste patiënten de urinesteen vanzelf uitsplassen, soms binnen enkele uren of dagen, soms ook pas na een paar weken. De patiënt kan bijvoorbeeld door een (thee)zeefje plassen om de steen op te vangen. Op deze manier kan worden gecontroleerd of de steen wordt uitgeplast en bovendien kan deze dan worden opgestuurd voor onderzoek. De patiënt krijgt het advies niet te veel te drinken, want dat kan een nieuwe aanval veroorzaken. De huisarts vraagt direct contact op te nemen als de patiënt koorts krijgt. Ook als er pijn bij het plassen ontstaat of als er sprake is van oncontroleerbare pijn waarbij pijnstillers niet helpen, moet de patiënt contact opnemen.

Ter bestrijding van de koliekpijn krijgt de patiënt diclofenac per intramusculaire injectie (75 mg) of in zetpilvorm (100 mg). De injectie is werkzaam na 10 tot 30 minuten. Het pijnstillend effect van een zetpil treedt een kwartier later op dan bij een injectie. Als de diclofenac onvoldoende helpt, wordt morfine gegeven.

Om nieuwe aanvallen op te vangen krijgt de patiënt een recept voor diclofenac-zetpillen. Een urineweginfectie zonder koorts wordt behandeld volgens de richtlijnen van de NHG-Standaard Urineweginfecties.

Reden voor verwijzing naar de specialist zijn koorts en ondraaglijke pijn ondanks pijnstilling in maximale dosering. Ook kinderen jonger dan 12 jaar en zwangeren worden direct doorverwezen.

POSTACUTE FASE

De postacute fase begint vijf tot zeven dagen na de aanval. De patiënt moet dan op het spreekuur komen en vers geloosde urine meebrengen, die door de assistente wordt onderzocht op erythrocyten en een mogelijke urineweginfectie. Als de patiënt een steen heeft uitgeplast, neemt hij ook die mee naar het spreekuur.

De huisarts adviseert de patiënt nu wél om veel te drinken (minimaal twee liter per etmaal). Als er nog een steentje zit, kan de groei daarvan op deze manier worden tegengegaan. Als de steen eenmaal is geloosd, kan veel drinken voorkomen dat er een nieuwe ontstaat. Het is niet nodig dat de patiënt een speciaal dieet volgt. De patiënt kan bijvoorbeeld gewoon producten met calcium eten of drinken.

Een door de patiënt geloosde steen wordt voor analyse naar het laboratorium gestuurd. Als blijkt dat de steen een weinig voorkomende samenstelling heeft, wordt de patiënt verwezen naar een uroloog of internist voor verder onderzoek.

Tijdens de controle verricht de huisarts lichamelijk onderzoek, afhankelijk van de klachten die op dat moment nog bestaan. Als de patiënt nog klachten heeft of als er erythrocyten zijn in de urine, laat de huisarts een echografie van de urinewegen verrichten met de vraag of er nog een steen zichtbaar is of dat er sprake is van verwijding van nierbekken of urinewegen.

Wanneer er na vier weken nog klachten zijn of erythrocyten aantoonbaar blijven in de urine

terwijl de echografie geen afwijkingen vertoont, laat de huisarts een CT-scan van de buik maken. Daarmee kan worden aangetoond of er nog een steen is en waar die zit.

Als de diagnose 'urinsteenlijden' zeker is en de patiënt heeft na vier weken nog geen steen geloosd, kan de huisarts overwegen tamsulosine voor te schrijven. Dit middel wordt over het algemeen voorgeschreven voor klachten van een vergrote prostaat, maar uit onderzoek is gebleken dat het ook de kans op spontane lozing van urinstenen vergroot. De dosering is eenmaal daags een tablet van 0,4 mg.

VERWIJZING

Redenen voor verwijzing naar de uroloog zijn:

- koorts of ondraaglijke pijn;
- via echografie of CT-scan gebleken verwijding van nierbekken of urinewegen;
- na vier weken nog klachten terwijl er op de CT-scan geen steen is aangetoond;
- na acht weken nog klachten en er is nog geen steen geloosd, ondanks tamsulosine;

- een vermoeden van een onderliggende aandoening of een ongewoon beloop, bijvoorbeeld een infectie of urinstenen aan beide zijden.

Urinstenen met een weinig voorkomende samenstelling of meerdere stenen binnen een jaar zijn redenen om de patiënt naar de internist te verwijzen voor onderzoek naar de stofwisseling.

U hebt een rol in de triage bij een urinesteenaanval. De hevige pijn is een reden om op korte termijn een afspraak te maken voor consult of visite. Verder kunt u worden ingeschakeld bij het urineonderzoek en bij het geven van (een deel van de) voorlichting en adviezen.

In de NHG-TelefoonWijzer staat in het hoofdstuk Buikpijn bij volwassenen de urinesteenaanval beschreven.

Begrippen	
calciumoxalaat	een verbinding van oxaalzuur en calcium, beide vooral uit de voeding afkomstig, die - wanneer ze in overmaat aanwezig zijn bij mensen die daar aanleg voor hebben - tot steenvorming kunnen leiden
erythrocyten	rode bloedlichaampjes
CT-scan	computertomografie. Methode van onderzoek met gebruik van röntgenstraling. De doorlaatbaarheid van het lichaam voor röntgenstraling wordt rondom vanuit zeer veel hoeken gemeten in een aantal plakjes, waarna een computer uit de resultaten een driedimensionale weergave van het onderzochte lichaamsdeel opbouwt

Urineweginfecties

Mevrouw Lucassen zet, terwijl u bezig bent de telefonische ochtendspits te verwerken, een potje urine voor u op de balie. 'Ik denk dat ik weer een blaasontsteking heb,' zegt ze, 'kunt u de urine voor me nakijken? Ik bel straks wel voor de uitslag.' Gelukkig weet u mevrouw Lucassen nog net tegen te houden als ze wil weglopen, omdat u nog het een en ander van haar wilt weten.

Inleiding

De NHG-Standaard Urineweginfecties geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van acute bacteriële infecties van de urinewegen. Hiertoe worden cystitis, pyelonefritis en acute prostatitis gerekend. Urineweginfecties komen vaak voor in de huisartsenpraktijk: gemiddeld 80 keer per 1.000 patiënten per jaar. Het onderzoek van de urine bij het vermoeden van een urineweginfectie wordt meestal door de praktijkassistente gedaan.

Klachten en achtergronden

Acute bacteriële infecties van de urinewegen, kortweg urineweginfecties, blijven meestal beperkt tot een oppervlakkige ontsteking van de blaas. Kenmerkende klachten zijn pijn bij het plassen en vaak plassen. Soms is er ook sprake van loze aandrang, pijn in de onderbuik of bloed in de urine.

Bij (jong)volwassen vrouwen en ouderen komen urineweginfecties relatief vaak voor. Men

denkt dat dit komt doordat vrouwen een kortere urethra hebben, waardoor bacteriën een kortere weg hebben af te leggen om in de blaas te komen. Bovendien ligt de urethra vlak bij de anus en de uitwendige geslachtsdelen van de vrouw. Geslachtsgemeenschap speelt vaak een rol bij het ontstaan van urineweginfecties bij vrouwen. Het is dus niet uitzonderlijk als vrouwen een keer een blaasontsteking hebben. Bij hen is onderzoek naar een eventuele onderliggende oorzaak meestal niet nodig.

Bij kinderen kunnen aangeboren afwijkingen een rol spelen. Naarmate het kind jonger is, bestaat er een grotere kans op het ontstaan van een beschadiging van de nieren.

Bij oudere mannen kan een vergroting van de prostaat een onvolledige lediging van de blaas tot gevolg hebben. Dit kan de oorzaak zijn van een urineweginfectie. Bij oudere vrouwen spelen atrofie van het slijmvlies van de vagina en de urinewegen en onvolledige lediging van de blaas door een verzakking van de baarmoeder of blaas een rol.

Bij kinderen, bejaarden en zwangeren kunnen algemene ziekteverschijnselen als koorts of malaise waarvoor (nog) geen andere verklaring is gevonden, reden zijn om aan een urineweginfectie te denken, maar over het algemeen gaat het om plotseling optredende klachten van vaak, pijnlijk en branderig plassen.

Als lichamelijke klachten ontbreken, spreken we van een asymptomatische bacteriurie. Van een urethraal syndroom is sprake als de patiënt klachten van een blaasontsteking

heeft, maar bacteriurie of een andere aanwijsbare oorzaak ontbreekt.

Bij het vermoeden van een urineweginfectie vraagt de huisarts of praktijkassistente of er sprake is van:

- pijn of branderig gevoel bij het plassen;
- vaker dan normaal moeten plassen;
- loze aandrang;
- pijn in de rug of onderbuik;
- bloed in de urine;
- veranderde vaginale afscheiding.

Ook wordt gevraagd of de patiënt dergelijke klachten al eens eerder heeft gehad en, zo ja, wanneer dat was. Vrouwen die vaker dan driemaal per jaar een urineweginfectie hebben, moeten door de huisarts worden onderzocht.

Vervolgens wordt gevraagd of er sprake is van:

- koorts;
- rillingen;
- algemeen ziek-zijn;
- pijn in de flank of (bij mannen) in het perineum.

Als er sprake is van één of meerdere van deze symptomen, kan er sprake zijn van weefselinvasie. De patiënt moet dan een afspraak maken bij de huisarts voor lichamelijk onderzoek.

Ook gaat de huisarts of praktijkassistente na of de patiënt behoort tot een risicogroep. Bij patiënten die behoren tot een risicogroep, moet de huisarts lichamelijk onderzoek verrichten. Risicogroepen zijn:

- mannen;
- zwangere vrouwen;
- personen jonger dan 12 jaar;
- patiënten die in het verleden afwijkingen aan de nieren of urinewegen hadden;
- patiënten met een verminderde weerstand (zoals ten gevolge van bestraling of diabetes mellitus);
- patiënten met een verblijfskatheter.

URINEONDERZOEK

Urineonderzoek kan achterwege blijven bij overigens gezonde, niet-zwangere, volwassen vrouwen die de lichamelijke klachten van een blaasontsteking hebben, de klachten herkennen omdat zij eerder een blaasontsteking hadden en bij wie het risico van een seksueel overdraagbare aandoening niet is verhoogd. Bij patiënten met een verblijfskatheter zullen zich bijna altijd bacteriën in de blaas bevinden; het is bij hen alleen zinvol om urineonderzoek te verrichten bij tekenen van weefselinvasie. Dan dient ook resistentiebepaling plaats te vinden.

Het onderzoek wordt verricht op zo vers mogelijke urine. Te lang bewaarde urine kan door bacteriegroei leiden tot een vals-positieve uitslag. Het onderzoek van bij kamertemperatuur bewaarde urine is alleen betrouwbaar als de urine binnen twee uur na lozing wordt onderzocht. Als dit om organisatorische redenen niet mogelijk is, wordt de recent geloosde urine tot het moment van onderzoek (hooguit 24 uur) in de koelkast bewaard om de bacteriegroei te vertragen.

Een kind dat nog niet 'op verzoek' kan plassen, wordt eerst met schoon water van onderen gewassen. Vervolgens wordt een urinezakje opgeplakt, waarna iedere tien minuten wordt gecontroleerd of urine is geloosd.

Het onderzoek van de urine bestaat in eerste instantie uit een nitriettest. De bacteriën die dikwijls urineweginfecties veroorzaken, vormen in urine nitriet. Bij aanwezigheid van nitriet verkleurt een in de urine gedoopte nitrietstrip binnen dertig seconden van wit naar roze. Iedere verkleuring, of het nu zwakroze is of roodpaars, geldt als een positieve uitkomst. Op grond van een positieve uitslag mag de diagnose urineweginfectie worden gesteld. Eventueel volgt een kweek met behulp van een 'dipslide' (zie kader). Ook bacteriën die geen nitriet vormen, kunnen urineweginfecties veroorzaken. Daarom wordt een kweek met een dipslide verricht als er klachten zijn die passen bij een urineweginfectie en de nitrietstrip niet is verkleurd.

Indien de praktijk niet over dipslides beschikt,

kan als alternatief de urine ook microscopisch worden onderzocht op de aanwezigheid van bacteriën (zie kader). Voor het microscopisch onderzoek van het sediment wordt de urine gecentrifugeerd. Ten minste twintig bacteriën per gezichtsveld geldt als positieve uitkomst. De aanwezigheid van epitheelcellen maakt beoordeling van het sediment minder betrouwbaar en wijst op verontreiniging.

Na een negatieve nitriettest kan in afwachting van de uitslag van de dipslide de urine worden onderzocht op de aanwezigheid van leukocyten. Dit kan door middel van een teststrip, maar ook kan het urinesediment onder de microscoop worden beoordeeld. Laatstgenoemd onderzoek is alleen betrouwbaar als het sediment wordt vervaardigd en beoordeeld door een ervaren praktijkassistente die de beschikking heeft over een schoongemaakte en regelmatig onderhouden microscoop. Wanneer er geen leukocyten aanwezig zijn, is een urineweginfectie minder waarschijnlijk. (De aanwezigheid van leukocyten in de urine duidt overigens niet altijd op een urineweginfectie. Ze kunnen ook in de urine komen vanuit de vagina, ze kunnen wijzen op een urethritis en vooral bij kinderen komen ze voor bij andere ziekten met koorts.)

Als bij klachten van een pijnlijke en frequente mictie óf de nitriettest óf de kweek met de dipslide óf het microscopisch onderzoek op bacteriën een positieve uitslag heeft, wordt de diagnose blaasontsteking gesteld. Als een urineweginfectie gepaard gaat met koorts (38,5 graden Celsius of hoger) of eventuele andere ziekteverschijnselen of risicofactoren, wordt gesproken van een gecompliceerde urineweginfectie.

Er bestaat nog twijfel over het nut van onderzoek naar de aanwezigheid van hemoglobine of erythrocyten in de urine. In de NHG-Standaard wordt een dergelijk onderzoek afgeraden.

Beleid

Bij de behandeling maakt de huisarts onderscheid tussen ongecompliceerde en gecompliceerde urineweginfecties. Van een ongecompliceerde urineweginfectie is sprake bij niet-zwangere, overigens gezonde vrouwen, die vaker moeten plassen en/of pijn bij het plassen hebben.

Bij patiënten met tekenen van weefselinvasie of patiënten uit een risicogroep is sprake van een gecompliceerde urineweginfectie. Bij een gecompliceerde urineweginfectie of aanhoudende klachten na de tweede kuur bij een ongecompliceerde infectie, wordt altijd een kweek verricht en de resistentie bepaald.

VOORLICHTING EN ADVIES

Een ongecompliceerde urineweginfectie gaat over het algemeen vanzelf weer over. De huisarts of de praktijkassistente legt uit dat een blaasontsteking een hinderlijke, tamelijk onschuldige aandoening is, die vaak binnen enkele dagen vanzelf geneest. Met antibiotica zijn de klachten vaak eerder verdwenen, hoewel ze tot enkele dagen na afloop van de kuur kunnen blijven bestaan.

Aan vrouwen die vaker een (ongecompliceerde) urineweginfectie hebben, kunnen de volgende adviezen worden gegeven:

- 1 veel drinken, zodat er een ruime urineproductie is;
- 2 de blaas regelmatig ledigen;
- 3 de mictie bij aandrang niet uitstellen;
- 4 de blaas goed leeg plassen;
- 5 de blaas meteen na geslachtsgemeenschap ledigen.

Deze adviezen kunnen het risico van een nieuwe urineweginfectie verkleinen.

Ook kan tijdens een consult worden besproken of specifieke gewoonten van invloed kunnen zijn op het ontstaan van urineweginfecties. De huisarts vertelt dat het van achteren naar voren afvegen van de ontlasting waarschijnlijk geen invloed heeft. Het gebruik van een pessarium en condooms in combinatie met spermadodende middel heeft waarschijnlijk wel invloed op het ontstaan van blaasontstekingen.

Eventueel kunnen patiënten die vaker een urineweginfectie hebben, cranberryproducten gebruiken. Er is enige wetenschappelijk onderbouwing dat dergelijke producten effect hebben

Bij een gecompliceerde urineweginfectie, bijvoorbeeld een nierbekken- of prostaatontsteking, legt de huisarts uit dat het gaat om een ernstige aandoening, waarvoor directe behandeling met antibiotica noodzakelijk is. Om de bacterie op te sporen moet van een urinemonster een kweek worden gemaakt. Dit laatste geldt ook bij urineweginfecties bij patiënten uit risicogroepen.

MEDICAMENTEUZE BEHANDELING

Een ongecompliceerde urineweginfectie wordt met antibiotica behandeld: een vijfdaagse kuur nitrofurantoïne of een driedaagse kuur trimethoprim (bij overgevoeligheid voor nitrofurantoïne). Als de klachten verdwijnen, is verdere controle van de urine niet nodig. Als de klachten niet zijn verdwenen, wordt een tweede kuur voorgeschreven. Als de klachten ook na een tweede kuur aanhouden, wordt urine verzameld voor een bacteriologische kweek in het laboratorium.

Bij drie of meer ongecompliceerde urineweginfecties in een jaar kan de huisarts overwegen uit voorzorg antibiotica voor te schrijven. Dan zijn er twee mogelijkheden:

- 1 de patiënt slikt continu antibiotica;
- 2 de patiënt slikt alleen antibiotica in bepaalde gevallen, bijvoorbeeld na het vrijen (seksueel actieve vrouwen) of bij herkende klachten van een urineweginfectie.

De patiënt krijgt instructies om, als resultaten van de behandeling uitblijven, contact op te nemen met de huisartsenpraktijk.

Vrouwen na de overgang kunnen eventueel hormonen gebruiken die in de vagina worden aangebracht (ter vermindering van klachten als gevolg van slijmvliesatrofie).

Bij een gecompliceerde urineweginfectie wordt langer en met andere antibiotica behandeld. Welk antibioticum de huisarts voorschrijft, is afhankelijk van de reactie op de al ingezette behandeling en de uitslag van de kweek en de resistentiebepaling. Als in de urine van een zwangere vrouw een groep-B-streptokok (GBS) wordt aangetoond, krijgt de vrouw bij de bevalling in ieder geval een infuus met antibiotica om infectie van het kind te voorkomen.

VERWIJZEN OF NADER ONDERZOEK

De volgende patiënten worden door de huisarts direct voor behandeling verwezen:

- 1 kinderen die jonger zijn dan 6 maanden of ernstig ziek zijn;
- 2 zwangere vrouwen met een pyelonefritis;
- 3 volwassenen met een pyelonefritis die niet reageert op antibiotica;
- 4 kinderen en volwassenen met een vermoedelijke sepsis.

U kunt, behalve bij het registreren van de klachten en het verrichten van urineonderzoek in de praktijk, een rol vervullen bij het geven van voorlichting over de mogelijkheden om een urineweginfectie te voorkomen.

Over urineweginfecties zijn vijf NHG-Patiëntenbrieven verschenen.

Dipslide

Een dipslide is een plaatje waarop aan de ene kant een groene voedingsbodem (CLED-agar) is aangebracht en op de andere kant een roodbruine voedingsbodem (MacConkey-agar). Als je een kweek wilt maken, dompel je beide kanten van het plaatje onder in urine. Vervolgens wordt de dipslide gedurende 18 uur in een broedstoof geplaatst of ten minste 24 uur op kamertemperatuur

bewaard. Daarna kan het beeld worden afgelezen.

Op de groen gekleurde voedingsbodem (CLED-agar) groeien zowel Gram-positieve als Gram-negatieve bacteriën. Op de roodbruine voedingsbodem (MacConkey-agar) groeien alleen Gram-negatieve bacteriën.

De dipslide wordt beoordeeld door de bacteriegroei te vergelijken met de afbeeldingen op een interpretatiekaart. Aan de hand daarvan wordt de diagnose urineweginfectie gesteld.

Microscopisch onderzoek

Voor het onderzoek van het sediment wordt 10 ml urine gedurende vijf minuten met 2500 toeren per minuut gecentrifugeerd. Vervolgens wordt de urine uit het buisje afgeschonken en het sediment vermengd met de resterende urine. Een druppeltje van dit mengsel wordt op een objectglaasje aangebracht en afgedekt met een dekglasje. Het natte preparaat wordt onder de microscoop bekeken bij een vergroting van vierhonderd maal.

Begrippen	
asymptomatisch	zonder symptomen
atrofie (van slijmvlies)	het dun worden en verliezen van veerkracht
bacteriurie	bacteriën in de urine
CLED-agar	algemene voedingsbodem voor bacteriegroei
erythrocyten	rode bloedlichaampjes
hemoglobine	de zuurstoftransporterende, ijzerhoudende rode kleurstoffen in rode bloedlichaampjes
leukocyten	witte bloedlichaampjes
MacConkey-agar	voedingsbodem voor bacteriegroei, selectief voor Gram-negatieve bacteriën
mictie	urinelozing
perineum	de ruimte tussen de anus en de uitwendige geslachtsdelen
pessarium	kunststof kapje dat de baarmoedermond afsluit
pyelonefritis	ontsteking van het nierbekken
resistentiebepaling	onderzoek waarbij wordt bepaald voor welke antibioticum de bacterie gevoelig is
sepsis	'bloedvergiftiging'; aanwezigheid en vermeerdering van infectiekiemen in het bloed
urethra	plasbuis
urineretentie	het achterblijven van urine in de blaas, terwijl in normale omstandigheden alle urine wordt uitgescheiden
weefselinvasie	het binnendringen van ziektekiemen in (omringend) lichaamsweefsel

Vaginaal bloedverlies

Karin Veldman vraagt of ze een afspraak kan maken voor het spreekuur. 'Ik vloeï al bijna een week, en ik moet nog helemaal niet ongesteld worden. Ik maak me ongerust of er iets aan de hand is.' 'Kun je morgen om half twee?'

Inleiding

De NHG-Standaard geeft richtlijnen voor diagnostiek en behandeling bij klachten van vaginaal bloedverlies. In dit geval wordt met 'vaginaal bloedverlies' bedoeld:

- Overvloedig, maar regelmatig bloedverlies
- Onregelmatig bloedverlies
- Tussentijds bloedverlies
- Postmenopauzaal bloedverlies

Van *overvloedig bloedverlies* is sprake, als de vrouw veel meer bloed verliest dan zij gewend is en/of als het bloedverlies langer duurt dan normaal (meestal meer dan zeven dagen).

Als er geen menstruatiecyclus meer te herkennen is, spreken we van *onregelmatig bloedverlies*.

Elk bloedverlies tussen twee menstruaties in, is *tussentijds bloedverlies*.

Postmenopauzaal bloedverlies is iedere vorm van bloedverlies die optreedt langer dan een jaar na de laatste menstruatie.

Een huisarts ziet op het spreekuur vaker vrouwen met overvloedig bloedverlies dan met onregelmatig en tussentijds bloedverlies.

Postmenopauzaal bloedverlies is voor ongeveer 3 tot 4 per 1.000 vrouwen reden om het spreekuur te bezoeken.

Klachten en achtergronden

Bij veel vrouwen met overvloedig of onregelmatig bloedverlies kunnen geen onderliggende oorzaken worden aangetoond. Vaak is de hormoonhuishouding ontregeld. Onregelmatig bloedverlies zonder specifieke oorzaak komt vooral voor in de eerste jaren na de menarche en de laatste jaren voor de menopauze. Los van het feit of er al dan niet oorzaken worden gevonden, is het van belang hoe vrouwen het bloedverlies beleven. Dat kan heel verschillend zijn. In veel culturen wordt de menstruatie gezien als een symbool van vruchtbaarheid en vrouwzijn. Maar het kan ook een bron van schaamte zijn, iets wat vrouwen het liefst verborgen willen houden. Daarnaast kunnen negatieve seksuele ervaringen de manier waarop vrouwen de menstruatie beleven, beïnvloeden.

Voor islamitische vrouwen geldt dat ze 'onrein' zijn tijdens de menstruatie. Als ze ongesteld zijn, mogen ze niet meedoen aan de ramadan of aan de belangrijkste rituelen bij de bedevaart naar Mekka.

De huisarts moet aandacht hebben voor de manier waarop vrouwen de menstruatie beleven. Dat zegt iets over de invloed van de klacht op het dagelijks leven, bijvoorbeeld bij sporten, vrijen of werk.

Tijdens anamnese en lichamelijk onderzoek vormt de huisarts zich een beeld van de aard van het bloedverlies. Moet de vrouw zich 's nachts verschonen? Hoe vaak moet zij overdag het verband verwisselen? Zijn er bloedstolsels te zien? Moet zij het werk verzuimen vanwege

het bloedverlies? Is er sprake van dubbele bescherming (tampons samen met maandverband)? Zo krijgt het begrip ‘veel bloedverlies’ een nadere invulling. De huisarts weegt ook mee hoeveel hinder de vrouw van het bloedverlies heeft.

Hij onderzoekt of er andere oorzaken zijn dan een ontregeling in de hormoonhuishouding. Zo nodig verricht hij vaginaal onderzoek (speculumonderzoek en vaginaal toucher). Specifieke oorzaken van overvloedig bloedverlies kunnen zijn:

- myomen;
- koperhoudend spiraaltje;
- endometriumpoliep;
- geneesmiddelen zoals bloedverdunners, misoprostol en calciumantagonisten;
- stollingsstoornissen.

Ander afwijkend bloedverlies kan worden veroorzaakt door een dreigende miskraam, buitenbaarmoederlijke zwangerschap, endometriumcarcinoom, chlamydia-infectie, PID, endometriumpoliep of aandoeningen van cervix of vagina.

Hormonale geneesmiddelen en injecties met corticosteroiden kunnen zowel overvloedig, onregelmatig als tussentijds bloedverlies veroorzaken. Vooral bij rokers kunnen hormonale anticonceptiva de oorzaak zijn van tussentijds bloedverlies. Postmenopauzaal bloedverlies is bij ongeveer 10 procent van de vrouwen het gevolg van endometriumcarcinoom. De kans dat het bloedverlies wordt veroorzaakt door kanker neemt sterk toe met de leeftijd.

AANVULLEND ONDERZOEK

Als de mogelijkheid van een soa niet kan worden uitgesloten, neemt de huisarts materiaal af voor een test op een chlamydia-infectie (en/of gonorrhoe). Bij pijn in de onderbuik en aanwijzingen voor PID ten gevolge van een chlamydia-infectie wordt de temperatuur opgenomen en de BSE bepaald.

Ook kan er aanleiding zijn om een zwangerschapstest te doen, het Hb-gehalte te bepalen

(bij hevig, langdurig bloedverlies) of een uitstrijkje te maken. Over het algemeen maakt de huisarts een uitstrijkje bij postmenopauzale vrouwen met bloedverlies, vrouwen met contactbloedingen of vrouwen met afwijkingen van de baarmoedermond. De huisarts laat een transvaginale echo verrichten, als het vaginaal toucher afwijkend is of als het bloedverlies bij postmenopauzale vrouwen niet te verklaren is uit het slikken van hormonen. Met behulp van de echo wordt de dikte van het baarmoederslijmvlies gemeten. Een te dikke laag kan wijzen op endometriumcarcinoom.

Beleid

Als er geen specifieke oorzaken voor het bloedverlies worden gevonden, is uitleg en voorlichting over het algemeen voldoende.

VOORLICHTING EN ADVIES

Als een vrouw met bloedverlies in de vruchtbare levensfase is en er geen onderliggende afwijkingen zijn gevonden, legt de huisarts uit dat er vermoedelijk sprake is van een hormonale ontregeling. Hij vertelt ook dat cyclusduur en hoeveelheid bloedverlies in de loop van de jaren kunnen variëren en dat een verandering in het bloedverlies over het algemeen geen kwaad kan. Hij geeft aan dat bloedarmoede meestal pas ontstaat na maanden van overvloedig bloedverlies. In eerste instantie laat hij het aan de vrouw zelf over of ze medicatie wil gebruiken.

Aan postmenopauzale vrouwen met bloedverlies legt de huisarts uit dat het verstandig is om nader onderzoek te laten doen. Als het uitstrijkje en de transvaginale echo niet afwijkend zijn, vertelt de huisarts haar dat het bloedverlies een onschuldige oorzaak heeft. Tot slot adviseert hij iedere vrouw met postmenopauzaal vaginaal bloedverlies om terug te komen als het bloedverlies langer duurt dan een week en/of bij herhaling van de klachten.

MEDICAMENTEUS BELEID

De huisarts kan *overvloedig bloedverlies* zonder onderliggende oorzaak op een aantal manieren behandelen. De aanpak wordt onder meer bepaald door het al dan niet bestaan van acute klachten en een kinderwens, en door de voorkeur van de vrouw.

Bij niet-acute klachten kan de huisarts een hormoonhoudend spiraaltje adviseren, de pil, een NSAID of tranexaminezuur. NSAID's verminderen het bloedverlies met 20 tot 30 procent en hebben ook een pijnstillend effect. Tranexaminezuur vermindert het bloedverlies met 45 procent, maar heeft meer bijwerkingen zoals misselijkheid, duizeligheid en diarree. *Acuut hevig bloedverlies* kan worden behandeld met progestagenen gedurende tien dagen. Het bloedverlies neemt dan meestal binnen twee dagen sterk af. Twee tot vier dagen na afloop van de kuur komt er echter een onttrekkingsbloeding, die fors kan zijn! Na zeven medicatievrije dagen wordt de vrouw aangeraden gedurende drie maanden de pil te slikken.¹

Als een *koperhoudend spiraaltje* de oorzaak is van het bloedverlies overlegt de huisarts met de vrouw of zij het spiraaltje wil laten verwijderen. Als ze dat niet wil, kan hij de pil voorschrijven, een levonorgestrel afgevend spiraaltje of een NSAID.

Bij *overvloedig bloedverlies* veroorzaakt door *myomen*, kan het bloedverlies worden vermindert met tranexaminezuur of progestagenen. Ook kan in sommige gevallen een levonorgestrel afgevend spiraaltje worden geplaatst.

Bij *onregelmatig en tussentijds bloedverlies* zonder specifieke oorzaak kan alleen de pil weer regelmaat brengen in de menstruatiecyclus.

VERWIJZEN

Aanhoudende klachten van vaginaal bloedverlies die niet reageren op behandeling, kunnen reden zijn voor verwijzing naar de gynaecoloog.

Vrouwen met postmenopauzaal bloedverlies worden naar de gynaecoloog verwezen als het uitstrijkje of de transvaginale echo afwijkend

is. Ook als beide onderzoeken geen afwijkingen aantoonen maar het bloedverlies blijft aanhouden, is er reden voor onderzoek door de gynaecoloog.

Als de huisarts een stollingsafwijking vermoedt, kan de vrouw het best worden onderzocht door de internist.

U regelt voor vrouwen met overvloedig of onregelmatig vaginaal bloedverlies meestal een afspraak bij de huisarts. U kunt daarnaast voorlichting geven over wat overvloedig of onregelmatig bloedverlies is en wat de verschillende oorzaken kunnen zijn. Over vaginaal bloedverlies na de overgang is een NHG-Patiëntenbrief verschenen.

De menstruele cyclus wordt geregeld door de samenwerking van hypothalamus, hypofyse, eierstokken en baarmoeder. De periode van het begin van de follikelrijping tot de ovulatie is de folliculaire fase. In deze fase vindt verdikking van het baarmoederslijmvlies plaats onder invloed van hormonen (oestrogenen). De periode tussen ovulatie en menstruatie is de luteale fase. Onder invloed van weer andere hormonen (progesteron) wordt in deze fase het baarmoederslijmvlies afgestoten. De duur van de folliculaire fase is variabel, terwijl de duur van de luteale fase betrekkelijk constant is: ongeveer 13 dagen. De normale cyclusduur kan uiteenlopen van 21 tot 35 dagen. Als er geen eisprong plaatsvindt, kan de cyclus onregelmatig verlopen. Vooral in de eerste jaren na de menarche en in de jaren direct voorafgaand aan de menopauze treedt niet altijd een eisprong op.

1 Een tweedegeneratie sub-50-pil heeft de voorkeur.

Begrippen	
calciumantagonist	medicijn ter behandeling van hypertensie
chlamydia-infectie	bacteriële infectie overgebracht door geslachtsverkeer (zie hoofdstuk Het soa-consult)
endometrium	slijmvlies dat de baarmoederholte bekleedt
Hb	hemoglobine: een eiwit in rode bloedcellen. Het is verantwoordelijk voor het transport van zuurstof en koolstofdioxide door het bloed. Het geeft aan bloed de rode kleur
menarche	eerste menstruatie
misoprostol	medicijn om maagzweren te voorkomen
myoom	vleesboom
NSAID	non-steroidal anti-inflammatory drug: pijnstiller met ontstekingsremmend effect, bijvoorbeeld ibuprofen, diclofenac en naproxen
oestrogeen	(vrouwelijk) geslachtshormoon
PID	pelvic inflammatory disease: zie hoofdstuk Pelvic Inflammatory Disease
postmenopauze	periode die een jaar na de laatste menstruatie ingaat
progestageen	geslachtshormoon
transvaginale echo	echo met behulp van een transducer die in de vagina wordt ingebracht. Op een scherm zijn baarmoeder en eierstokken goed te zien
tranexaminezuur	medicijn dat een bloedstolsel op een vaatbeschadiging in stand houdt, waardoor het bloeden eerder stopt
vaginaal toucher	inwendig onderzoek van vagina, eierstokken en baarmoeder
vulva	uitwendige vrouwelijke geslachtsdelen

Varices

Mevrouw Van Lier, 56 jaar, vraagt u om een verwijfskaart voor de dermatoloog. Drie jaar geleden is ze ook bij de specialist geweest om spataderen te laten behandelen. Inmiddels zijn er weer een paar bij gekomen en ze wil voorkomen dat het erger wordt. Nee, klachten heeft ze niet, maar het is zo'n lelijk gezicht. En ze wil niet zulke benen als haar moeder! Kunt u meteen ook een machtiging schrijven voor steunkousen, want die heeft ze na de behandeling toch weer nodig.

Inleiding

Varices of spataderen zijn uitgezette en meestal kronkelige aders (venen). Ze komen bij ongeveer een kwart van de bevolking voor. Vrouwen hebben vaker varices dan mannen. Per jaar bezoeken zo'n twaalf patiënten per normpraktijk de huisarts vanwege spataderen. Behandeling van varices is alleen nodig als ze klachten geven of als er tekenen zijn dat de afvloed van bloed uit de venen langdurig gestoord is. Men spreekt in het laatste geval van chronische veneuze insufficiëntie (CVI). Ook wordt er wel om cosmetische redenen gekozen voor behandeling. Vormen van behandeling zijn steunkousen, sclerocompressietherapie (het wegspuiten van spataderen waarna een drukverband wordt aangelegd) en chirurgische behandeling.

Klachten en achtergronden

Varices kunnen ontstaan als gevolg van een andere aandoening, zoals een, niet in alle gevallen opgemerkt, trombosebeen (waarbij sprake is van een trombose in een vene diep in het been). In veel gevallen is de directe oorzaak van spataderen onbekend. Zwakte van de vaatwand, aanleg en hormonale factoren zouden het ontstaan van varices kunnen bevorderen. Overgewicht, obstipatie, een staand beroep, lichaamsbeweging, roken, hypertensie en het aantal zwangerschappen hebben een geringe invloed op het ontstaan van varices. Men gaat ervan uit dat bij het ontstaan van varices verwijding van venen optreedt. Hierdoor gaan de kleppen in de venen lekken. Op hun beurt zorgen de lekkende kleppen weer voor een verdere verwijding van de venen. In de loop van de tijd gaan op die manier steeds meer kleppen lekken en raken de venen over een steeds langer traject verwijd. Hierdoor wordt bloed minder goed uit de venen weggepompt. Dit is de oorzaak van chronische veneuze insufficiëntie (CVI). Hierbij kunnen oedeem, huidafwijkingen en zelfs een open been (ulcus cruris) ontstaan.

Als een patiënt met spataderen op het spreekuur komt, is het belangrijk dat de huisarts nagaat waar het de patiënt om gaat. Wil deze informatie over de behandeling of adviezen om verergering van de spataderen te voorkomen? Heeft de patiënt last van de varices (pijn, vermoeidheid)? Of wil de patiënt de spataderen om cosmetische redenen laten behandelen?

Vervolgens stelt de huisarts vast waar de varices zich bevinden en hoe uitgebreid deze zijn. Zijn er tekenen van aderontsteking of veneuze insufficiëntie? Ook onderzoekt de huisarts de arteriële doorbloeding door na te gaan of het kloppen van de arteriën voelbaar is.

Beleid

Afhankelijk van de bevindingen doet de huisarts een voorstel voor het verdere beleid.

Uitgangspunten zijn de volgende.

- Varices zonder klachten en zonder tekenen van CVI behoeven medisch gesproken geen behandeling.
- Het beloop van varices is onvoorspelbaar. Patiënten bij wie de varices snel ontstaan, die veel familieleden met varices hebben of met een trombosebeen in de voorgeschiedenis, krijgen vaker klachten door varices.
- Tijdens de zwangerschap kunnen varices sneller ontstaan of zich uitbreiden. Na de zwangerschap kunnen de varices weer wat wegtrekken.
- Het dragen van steunkousen kan klachten ten gevolge van varices en de verergering van varices enigszins tegengaan.
- Varices zonder tekenen van CVI komen in aanmerking voor sclerocompressietherapie.
- Bij tekenen van CVI vindt eerst behandeling plaats met steunkousen. In een later stadium kan eventueel worden overgegaan tot sclerocompressietherapie of chirurgische behandeling.
- Leefregels kunnen helpen bij minder ernstige vormen van varices.

Behandeling met steunkousen is zinvol bij varices die klachten geven, wanneer men uitbreiding van varices wil voorkomen en bij tekenen van CVI. De kousen ondersteunen de werking van de natuurlijke spierpomp. Er bestaan vier drukklassen voor elastische kousen. Welke klasse wordt voorgeschreven hangt af van de klachten:

1 klasse I: bij varices zonder oedeem;

- 2 klasse II: bij varices met enig oedeem en als nabehandeling bij sclerocompressietherapie of chirurgische therapie;
- 3 klasse III: bij varices met fors oedeem en als nabehandeling bij veneuze ulcera cruris (open been);
- 4 klasse IV: bij nabehandeling van ulcera cruris die zijn ontstaan na een trombose.

Bij voorschrijven van kousen van klasse III of IV moet er een goede arteriële doorbloeding in de benen zijn.

Meestal kan met een onderbeenkous worden volstaan. Die geeft immers tegendruk op de plaats waar de meeste complicaties ontstaan. De heupkous of panty blijft nogal eens in de kast liggen, mede omdat het nog lastiger is om deze kousen elke dag aan te trekken. Bij het voorschrijven van elastische kousen worden indicatie, lengte en drukklasse van de kous vermeld. Voor het aanmeten moet het been vrij zijn van oedeem. Zo nodig wordt daartoe eerst een compressieverband aangelegd (zie het hoofdstuk *Ulcus cruris venosum*). Wanneer de steunkousen worden aangemeten door een gediplomeerd bandagist, komen zij bijna geheel voor vergoeding door de zorgverzekeraar in aanmerking. Na negen maanden zijn de kousen aan vervanging toe. Kousen die zonder aanmeten bij de apotheek worden verkocht, zijn niet zo geschikt voor behandeling van varices.

Bij sclerocompressietherapie spuit de arts (dermatoloog, chirurg of fleboloog en soms de huisarts) een scleroserende (verklevende) stof in de varices. Daarna wordt het vat enige tijd met een drukverband dichtgedrukt. Gedurende twee weken is continue compressie van het vat nodig om te zorgen dat het dichtblijft.

Sclerocompressietherapie is niet mogelijk:

- 1 als de patiënt niet mobiel is;
- 2 als de patiënt minder dan een jaar geleden een trombosebeen heeft gehad;
- 3 tijdens of kort na een zwangerschap;
- 4 bij bekende allergie voor het in te spuiten scleroserende middel;

- 5 als er bezwaren zijn tegen langdurig zwachtelen.

Tromboflebitis (aderontsteking) is de meest voorkomende complicatie van varices. Door de vorming van een stolsel in een oppervlakkige vene ontstaat een ontstekingsreactie. Er is daarbij sprake van een pijnlijke vaste streng in het verloop van een vene. Normaal gesproken geneest de tromboflebitis binnen twee weken spontaan. Er is geen extra risico op een diepe veneuze trombose (trombosebeen) of longembolie, daarom hoeft er geen antistolling te worden gegeven.

In de eerste dagen kan het stolsel worden verwijderd via een klein sneetje in de vene. Dit is de enige therapie die bewezen effect heeft. Om te voorkomen dat het stolsel groter wordt, dient een compressieverband te worden aangelegd en dient de patiënt zo veel mogelijk te lopen.

Een enkele keer treedt een varicesbloeding op. Deze bloeding kan zo hevig zijn dat die lijkt op een arteriële bloeding. De bloeding wordt gestelpt door het been hoog te leggen en een drukverband aan te leggen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Een van de leefregels die kunnen helpen bij minder ernstige vormen van varices is zo veel mogelijk lopen teneinde de werking van de kuitspierpomp te verbeteren. Het is nadelig om veel te zitten en te staan. Bij iemand met een staand beroep kan worden nagegaan of aanpassingen in de werksituatie mogelijk zijn. Iemand met een zittend beroep kan proberen de benen zo veel mogelijk hoog te leggen. Afvallen, stoppen met roken of bevordering

van de stoelgang hebben geen bewezen nut bij de behandeling van varices. De anticonceptiepil, zonnebaden en zwangerschap hoeven niet te worden afgeraden.

Er zijn geen medicijnen die een gunstig effect hebben op spataderen. Plaspillen worden ontraden als behandeling van oedeem bij varices.

De patiënt moet de steunkousen 's morgens aantrekken als de benen nog slank zijn. Het aantrekken kan voor een patiënt lastig zijn. Een nylonkous onder de elastische kous kan het aantrekken vergemakkelijken. Ook kan gebruikgemaakt worden van twee kousen van drukklasse I over elkaar. Een 'aantreksok' of een speciaal apparaatje kan als hulpmiddel bij het aantrekken dienen.

Als de benen gaan jeuken na het uittrekken van de kous, kan dit komen door droogte van de huid of door de CVI. De huid kan 's avonds worden ingesmeerd met een neutrale zalf (unguentum leniens FNA). 's Morgens moeten de zalfresten worden verwijderd, omdat deze de rubberdraden van de kousen kunnen aantasten. Zes weken na het aanmeten vindt een controle plaats, waarbij wordt nagegaan of de kousen goed zitten en of de patiënt de kousen dagelijks draagt.

U kunt eventuele vragen over varices, de behandeling of steunkousen beantwoorden en adviezen geven over de leefregels bij varices.

Er is een NHG-Patiëntenbrief verschenen over spataderen.

Begrippen	
arteriële doorbloeding	aanvoer van zuurstofrijk bloed via de slagaders
chronische veneuze insufficiëntie (CVI)	langdurig verstoorde afvoer van veneus (zuurstofarm) bloed met als gevolg oedeem en huidafwijkingen als eczeem, verkleuring van de huid en een open been
oedeem	vochthoping in de onderhuidse weefsels
sclerocompressietherapie	het met een scleroserende (de vaatwanden verklevende) vloeistof inspuiten van de verwijde venen, waarna een drukverband wordt aangelegd
tromboflebitis	trombose met ontstekingsverschijnselen in een oppervlakkige vene
ulcus cruris	defect van de huid en het onderliggende weefsel van het onderbeen dat moeilijk geneest
varices	spataderen; uitgezette en meestal kronkelige venen

Virushepatitis en andere leveraandoeningen

Meneer Chong is als kind uit China naar Nederland gekomen. Hij is onlangs verhuisd naar uw woonplaats en komt zich nu inschrijven in de praktijk waar u werkt. Bij de inschrijving vertelt hij u dat hij hepatitis B heeft, 'de chronische vorm', voegt hij eraan toe. U neemt zich voor om straks deze nieuwe patiënt met uw werkgever te bespreken

Inleiding

De NHG-Standaard Virushepatitis en andere leveraandoeningen geeft richtlijnen voor diagnostiek van en beleid bij:

- virushepatitis;
- niet-alcoholische steatosis hepatis en steatohepatitis (zie Klachten en achtergronden voor uitleg);
- leverschade door alcoholmisbruik of gebruik van geneesmiddelen of drugs.

Virushepatitis is de verzamelnaam van hepatitis A, B, C, D en E (de laatste twee komen zelden voor en worden hier niet besproken). De huisarts ziet weinig patiënten met een acute virushepatitis, gemiddeld minder dan 1 per jaar.

In Nederland hebben naar schatting 60.000 mensen een chronische hepatitis B. Immigranten uit landen waar hepatitis B vaker voorkomt, hebben de infectie vaak al bij de geboorte of op jonge leeftijd opgelopen. In Nederland vindt besmetting meestal pas op volwassen leeftijd plaats.

De huisarts ziet ook maar weinig patiënten

met steatosis hepatis en steatohepatitis (deze aandoeningen komen bij ongeveer 1 tot 4 procent van de Nederlandse bevolking voor). Cijfers over leverschade door alcohol en door geneesmiddelen zijn niet bekend.

Klachten en achtergronden

Virushepatitis is een infectie met een virus dat zich, eenmaal in het lichaam, gaat vermeerderen, vooral in de lever. De kans om virushepatitis op te lopen is verhoogd als iemand in de naaste omgeving hepatitis heeft (hepatitis A), bij bloed-bloedcontacten (prikaccidenten, intraveneus drugsgebruik: hepatitis B en C) en bij wisselende seksuele contacten (hepatitis B).

Er is sprake van een acute en een herstelfase. De acute fase duurt in het algemeen één tot drie weken. Na de besmetting is er een periode van drie tot tien dagen waarin de patiënt zich niet lekker voelt en klachten heeft van moeheid, verminderde eetlust en koorts. Ook kan de patiënt misselijk zijn, braken en last hebben van pijn rechts in de bovenbuik, huiduitslag en/of pijnlijke gewrichten. Daarna volgt een periode van geelzucht, lichte temperatuursverhoging, donkere urine, soms ontkleurde ontlasting en/of jeuk.

Geelzucht is het gevolg van een beschadiging van de lever waardoor deze niet in staat is bilirubine om te zetten en uit te scheiden. Geelzucht kan bij volwassenen soms enkele maanden aanhouden. In deze periode blijven zij zich moe en niet lekker voelen. Vaak heb-

ben deze patiënten een afkeer van vet, alcohol en tabak.

Infecties met hepatitis B en C geven vaak geen verschijnselen (subklinisch verloop).

Aandoeningen van de lever hoeven geen symptomen te geven. Patiënten die wél klachten hebben, klagen vaak over (ernstige) moeheid, pijn in de bovenbuik, jeuk en/of gewichtsverlies. Soms openbaren leveraandoeningen zich pas als zich een complicatie voordoet.

Leveraandoeningen

Hepatitis A komt vooral voor bij schoolgaande kinderen. Vooral in landen met een gebrekkige hygiëne komt hepatitis A veel voor. Besmetting vindt daar vooral plaats door het drinken van besmet drinkwater of eten van voedsel dat met ontlasting is verontreinigd. Jonge kinderen vertonen vaak bijna geen ziekteverschijnselen. Hepatitis A wordt voornamelijk overgedragen door het eten of drinken van voedsel dat met ontlasting is verontreinigd. De incubatietijd is 28 dagen. De patiënt is besmettelijk vanaf ongeveer 3 tot 10 dagen vóór tot een week na het ontstaan van de geelzucht. Hepatitis A geneest zonder medicijnen. Complicaties komen zelden voor. Hepatitis B komt vooral voor bij volwassenen. Besmettingsbronnen van hepatitis B zijn bloed of bloedbevattende lichaamsvloeistoffen van geïnfecteerde personen. Besmetting vindt plaats via bloed-bloedcontact, bijvoorbeeld door een injectie met een besmette naald, of via seksueel contact. De incubatietijd is twee tot drie maanden. Vanaf ongeveer zes weken vóór het begin van de klachten kan de patiënt anderen besmetten. Een moeder met hepatitis B kan haar kind besmetten tijdens de bevalling.

Hepatitis B kent een acute en een chronische fase. Hepatitis B is chronisch als het antigeen (HbsAg) langer dan zes maanden in het bloed aanwezig is. Chronische hepatitis B kan zich in twee vormen voordoen: een actieve en een inactieve vorm. Als de actieve vorm niet wordt behandeld, ontstaat bij 20 procent van de vol-

wassen patiënten na vijf jaar levercirrose. Bij ongeveer 10 procent van de patiënten met levercirrose ontstaat levercelcarcinoom.

Hepatitis C komt vooral bij volwassenen voor. Besmetting gaat via bloed-bloedcontact en bijna niet via seksueel verkeer. De incubatietijd is ongeveer twee maanden. Het bloed van een geïnfecteerde persoon kan al na een week voor anderen besmettelijk zijn. Ook patiënten met hepatitis C lopen het risico van levercirrose en levercelcarcinoom.

Niet-alcoholische steatosis hepatis (leververvetting) komt voor bij patiënten met diabetes mellitus type 2, hypertensie, verhoogde lipidewaarden in het bloed en obesitas. Niet door alcohol veroorzaakte steatosis hepatis is de meest voorkomende oorzaak van verhoogde leverfunctiewaarden (ALAT en ASAT) in het bloed. De patiënt kan herstellen van steatosis zonder dat de lever beschadigd is.

Bij een gedeelte van de patiënten met steatosis hepatis ontstaat *steatohepatitis*. Er zijn dan ontstekingsverschijnselen en er is schade aan de lever. Steatohepatitis kan op den duur leiden tot levercirrose en/of kanker in de levercellen.

Leverschade kan ook worden veroorzaakt door alcoholmisbruik (het langdurig gebruik van meer dan vier glazen bier, wijn of sterke drank per dag). In eerste instantie ontstaat dan steatosis hepatis. De lever kan zich daarvan herstellen wanneer minder (of geen) alcohol wordt gebruikt. Voortgezet alcoholmisbruik kan leiden tot alcoholische hepatitis, een leverontsteking als gevolg van beschadiging van levercellen door afbraakproducten van alcohol.

Sommige geneesmiddelen worden rechtstreeks door de lever afgebroken, bijvoorbeeld analgetica (paracetamol), amoxicilline-clavulaanzuur, middelen tegen schimmelinfecties, weerstandonderdrukkende middelen, antivirale middelen, statines en middelen tegen tbc. Soms raakt de lever daarbij beschadigd. Ook kruiden, vitamines en drugs (bijvoorbeeld XTC) kunnen leiden toe leverschade. Door de leverschade kan geelzucht ontstaan, maar

kunnen ook meer algemene ziekteverschijnselen als koorts en huiduitslag optreden. Als deze verschijnselen zich voordoen, mogen patiënten het betreffende middel niet meer gebruiken.

Diagnostiek

De huisarts is bedacht op een leveraandoening bij patiënten die:

- geelzucht hebben;
- behoren tot een risicogroep voor virushepatitis, of een (seksueel) risicocontact hebben gehad en algemene ziekteverschijnselen vertonen;
- leverschade kunnen hebben door alcoholmisbruik en algemene ziekteverschijnselen vertonen;
- leverschade kunnen hebben door geneesmiddelen en algemene ziekteverschijnselen vertonen.

De huisarts verricht lichamelijk onderzoek en inspecteert of het oogwit geel verkleurd is en of de lever is vergroot. Ook is hij bedacht op levercirrose. De verschijnselen van levercirrose zijn onder meer misselijkheid, vermoeidheid, gebrek aan eetlust, gewichtsverlies, ascites, spinvormige rode huiduitslag, rode handpalmen en/of de groei van extra bloedvaten in de buikwand. Een opvallend maar zeldzaam neurologisch verschijnsel is *flapping tremor* waarbij de vingers van de uitgestrekte hand op en neer slaan.

AANVULLEND ONDERZOEK

Bij de meeste leveraandoeningen is het nodig om bloedonderzoek aan te vragen. Door bloedonderzoek kan worden aangetoond of er specifieke antigenen zijn aangemaakt tegen hepatitis A, B of C.

De bloedwaarden van AF (alkalische fosfatase), ASAT en ALAT kunnen bij leverziekten verhoogd zijn. Dit zijn enzymen die normaal in de lever en galwegen aanwezig zijn, maar daaruit weg kunnen lekken bij ziekte en beschadiging. Een verhoogd bilirubinegehalte in

het bloed is tevens een aanwijzing voor een storing in de functie van de lever.

Beleid

Voorlichting en advies spelen een grote rol bij virushepatitis en andere aandoeningen. Bij virushepatitis is het vooral van belang om besmetting van anderen te voorkomen. Bij andere leveraandoeningen zijn de adviezen onder andere gericht op het voorkomen van ergere ziekteverschijnselen.

VOORLICHTING EN ADVIES

Acute virushepatitis

De huisarts legt uit dat virushepatitis een besmettelijke virusinfectie is van de lever. Moeheid, soms ernstig en langdurig, is één van de symptomen, maar de patiënt hoeft niet in bed te blijven. Specifieke voedingsadviezen zijn niet noodzakelijk, maar de huisarts raadt het gebruik van medicijnen die rechtstreeks door de lever worden afgebroken af, en ook het gebruik van alcohol. In de herstelperiode kan de patiënt soms vet niet goed verdragen. Het is beter om in de herstelperiode geen alcohol te gebruiken.

Bij hepatitis A gelden ter preventie van besmetting van andere personen de volgende adviezen:

- Thuis blijven van school of werk tot één week na het begin van de ziekteverschijnselen
- Op het gebied van hygiëne (voor de patiënt en zijn naaste omgeving):
 - contact met feces vermijden
 - handen wassen na toiletgebruik en vóór het bereiden van eten
 - toilet (met name trekker of spoelknop en deurknop) ten minste ieder dagdeel huishoudelijk schoonmaken
- Bij verzorging van een baby met hepatitis A:
 - wegwerpluiers gebruiken
 - het aankleedkussen vaak reinigen
 - na de verzorging de handen wassen met water en zeep
- Personen in de directe omgeving van de patiënt laten vaccineren

Bij patiënten met hepatitis B en C bespreekt de huisarts de besmettelijkheid van bloed en lichaamsvloeistoffen (alleen bij hepatitis B) en hoe overdracht naar anderen te voorkomen. De patiënt wordt geadviseerd om onveilige contacten te vermijden.

Mensen in de omgeving moeten contact vermijden met voorwerpen waar mogelijk bloed van de patiënt aan zit, bijvoorbeeld tandenborstels, scheerapparatuur, naalden, spuiten, maandverband, verbandmateriaal en instrumenten voor hand- en voetverzorging. Daarnaast moet de patiënt waakzaam zijn bij beschadigingen van de huid zoals wondjes en open eczeem. Voor de rest zijn er geen risico's: de patiënt mag gewoon worden aangeraakt, en tegen gezamenlijk gebruik van bestek, badkamer en kleren bestaat geen bezwaar.

Contacten van patiënten met hepatitis B krijgen het advies zich te laten vaccineren. Tegen hepatitis C bestaat geen vaccinatie.

Overige leveraandoeningen

De huisarts legt patiënten met niet-alcoholische steatosis hepatis uit, dat er nu meer vet in de lever wordt opgeslagen en dat dit op de lange duur een negatieve invloed op de leverfunctie kan hebben. Ook heeft de patiënt een verhoogd risico van hart- en vaatziekten. Hij raadt patiënten met overgewicht aan om af te vallen (minimaal 5 tot 10 procent gewichtsverlies) en ten minste een half uur per dag te bewegen.

MEDICAMENTEUS BELEID

Er zijn geen medicamenteuze behandelingen voor hepatitis A, acute hepatitis B of steatosis hepatis. De laatste jaren zijn de behandelingsmogelijkheden van chronische hepatitis B en vooral van hepatitis C verbeterd door het beschikbaar komen van peginterferon en andere virusremmers.

Er bestaan vaccinaties voor hepatitis A en B. Er zijn twee vormen van immunisatie tegen hepatitis A: passief en actief. Passieve immunisatie met immunoglobuline werkt snel maar

kort. Actieve immunisatie met een vaccin geeft niet meteen bescherming maar werkt langer. In een groot aantal landen buiten West-Europa, Australië en Noord-Amerika komt hepatitis A veel voor. Reizigers naar deze landen komen in aanmerking voor vaccinatie. (Bij een kortdurend verblijf kan worden volstaan met immunoglobuline, in andere gevallen is vaccinatie aangewezen, bijvoorbeeld met Havrix of Avaxim.)

Ook bij hepatitis B is er een passieve en een actieve immunisatie. De actieve werkt traag maar lang. Deze vorm is vooral geschikt voor mensen met een verhoogd risico op bloedbloedcontact. Denk hierbij aan werkers in de gezondheidszorg, drugsgebruikers en personen met wisselende seksuele partners. Actieve en soms ook passieve immunisatie is nodig na een prikaccident en na een onveilig seksueel contact met een patiënt met hepatitis B. Ook de pasgeborene van een moeder met hepatitis B wordt actief en passief geïmmuniseerd.

CONTROLES

Bij patiënten met hepatitis A volgt de huisarts het ziekte- en genezingsproces. Bij patiënten met hepatitis B bij wie het HBsAg (antigeen) is aangetoond, laat de huisarts na zes maanden opnieuw de waarde van het HBsAg in het bloed bepalen. Als het HBsAg na zes maanden nog steeds positief is, wordt van een chronische hepatitis B gesproken. Gedurende drie jaar worden dan jaarlijks de waarden van het HBsAg en ALAT gecontroleerd. Als het HBsAg na die drie jaar nog positief is en het ALAT is verhoogd, wordt de patiënt verwezen naar de specialist.

VERWIJZEN

Patiënten met een chronische hepatitis-B-infectie worden verwezen naar de maag-darmleverarts, internist of infectioloog als ze leverfunctiestoornissen houden. Patiënten met hepatitis C worden verwezen om te bekijken of zij in aanmerking komen voor medicamenteuze behandeling.

Bij zwangere patiënten met hepatitis B moet het risico op virusoverdracht tijdens de beval-

ling zoveel mogelijk worden verlaagd. Patiënte moet vrij snel na ontdekking van de besmetting worden verwezen, omdat een eventuele behandeling wordt ingezet vanaf week 32 en duurt tot aan de bevalling.

Uw rol bestaat uit het geven van voorlichting aan personen uit de directe omgeving van een patiënt met hepatitis A, B of C. U vertelt dragers over het risico van besmettelijkheid bij bloed-bloedcontact en/of wisselende seksuele contacten. Ook adviseert u reizigers naar verre bestemmingen over het voorkómen van infecties met hepatitis.

Samen met uw werkgever zorgt u ervoor dat u en uw collega's in de huisartsenpraktijk zijn gevaccineerd tegen hepatitis B.

Er bestaan NHG-Patiëntenbrieven over hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C en Reizigersadvisering.

Praktijkadviezen

Wees voorzichtig met bloed. Doe naalden na gebruik direct in een plastic naaldencontainer en steek ze niet terug in het naaldhoesje. Gebruik waar mogelijk wegwerpmaterialen. Reinig voorwerpen die moeten worden hergebruikt met ruim water en zeep. Desinfecteer materialen, apparaten en instrumenten waarop bloed (of bloedbijneming) zichtbaar aanwezig was, vervolgens met alcohol 70% of chloor 0,1%. Voer deze procedure direct uit, maar in elk geval zo spoedig mogelijk na het morsen.

Kleding die met bloed is besmet, moet een volledige machinale wasbeurt ondergaan.

Bij bloed op de huid grondig wassen met water en zeep, gevolgd door desinfectie met ethylalcohol 70%.

Na een prikaccident dient binnen 24 uur contact met de GGD te worden opgenomen over verdere voorzorgsmaatregelen.

Begrippen

amoxicilline-clavulaanzuur (Augementin [®])	een antibioticum
analgetica	pijnstillende middelen
ascites	ophoping van vocht in de buikholte
bilirubine	afbraakproduct van rode bloedcellen
immunoglobuline	eiwitten die het lichaam produceert als antwoord op het binnendringen van een lichaamsvreemde stof
infectioloog	specialist in de behandeling van infectieziekten
levercirrose	verschrompeling van de lever
lipiden	vetachtige stoffen in het bloed
statines	medicijnen tegen een te hoge cholesterolwaarde in het bloed

Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen

Mevrouw Peeters wil een afspraak maken voor het spreekuur. Sandra, haar dochtertje van vier maanden, huilt erg veel. Dikwijls spuugt ze een deel van de flesvoeding weer uit. Ze heeft sinds een paar dagen ook wat huiduitslag. Zou het een allergie voor koemelk kunnen zijn? Daar lees je de laatste tijd immers zo veel over.

Inleiding

Voedselovergevoeligheid is een verzamelnaam voor ongewenste, steeds opnieuw optredende reacties op voedsel. Voedselovergevoeligheid komt weinig voor: bij ongeveer twintig per duizend zuigelingen per jaar. Er is veel vaker een vermoeden van voedselovergevoeligheid dan dat deze feitelijk wordt aangetoond. Bij zuigelingen betreft het meestal een koemelkallergie, die gemiddeld op de leeftijd van drie tot vier maanden tot uiting komt. Allergie voor kippenei, soja, vis, noten of pinda's komt minder vaak voor.

Er wordt nogal eens geëxperimenteerd met de voeding terwijl nog geen zorgvuldige diagnostiek is verricht.

Klachten en achtergronden

De klachten van voedselovergevoeligheid zijn weinig typisch: de symptomen kunnen bij een groot aantal andere problemen of ziektebeelden passen. De symptomen van voedselovergevoeligheid betreffen vooral het maag-darmkanaal (braken, diarree, aanvallen van on-

troostbaar huilen, 'kolieken'), de huid (galbulten, eczeem) en de luchtwegen (niezen, aanhoudend hoesten, vol zitten, piepen). Omdat geen enkel symptoom specifiek is voor voedselovergevoeligheid, moeten als verklaring voor de klachten altijd eerst andere oorzaken worden overwogen. Als andere aandoeningen of problemen voor de klachten onvoldoende aannemelijk lijken, wordt gedacht aan voedselovergevoeligheid wanneer er sprake is van een of meer van de volgende situaties:

- een verband tussen het voeden en de verschijnselen (binnen twee uur na de voeding);
- een combinatie van verschijnselen van twee of meer orgaansystemen (maag-darmkanaal, huid, luchtwegen);
- maag- en darmverschijnselen met groei-vertraging;
- onbehandelbaar eczeem;
- voorkomen in de naaste familie van voedselovergevoeligheid, constitutioneel eczeem of astma.

Als er serieuze verdenking van voedselovergevoeligheid bestaat, is het noodzakelijk de eliminatie-provocatietest uit te voeren om de diagnose met zekerheid te stellen. Bij deze test wordt eerst gedurende twee weken (in geval van eczeem vier weken) het verdachte voedingsmiddel uit de voeding weggelaten (eliminatie). Als de symptomen tijdens eliminatie blijven bestaan, is de test negatief en kan worden gesteld dat er geen sprake is van voedselovergevoeligheid. Verdwijnen de klachten wél tijdens eliminatie, dan mag de

diagnose voedselovergevoeligheid nog niet worden gesteld. Na de eliminatie wordt het verdachte voedingsmiddel weer aangeboden (provocatie). Pas als de symptomen nu weer terugkomen, mag geconcludeerd worden dat er sprake is van voedselovergevoeligheid. De eliminatie-provocatietest is dus positief als de symptomen na eliminatie grotendeels verdwijnen en na provocatie duidelijk terugkomen.

Beleid

De behandeling van voedselovergevoeligheid bestaat uit een eliminatiedieet waaruit de betrokken voedingsmiddelen zijn weggelaten. In geval van bijvoorbeeld koemelkallergie bij zuigelingen met flesvoeding betekent dit dat de gewone flesvoeding kan worden vervangen door de zogenoemde hypoallergene voeding. Bij iets oudere kinderen met bijvoeding kan het nodig zijn een diëtist in te schakelen voor het vaststellen van een eliminatiedieet.

VOORLICHTING EN ADVIES

Het is van belang ouders en verzorgers duidelijk te maken dat voedselovergevoeligheid minder vaak voorkomt dan wordt aangenomen en dat de diagnose alleen kan worden gesteld met behulp van de eliminatie-provocatietest. Voor voedselallergie, constitutioneel eczeem en astma bestaat vermoedelijk een gemeenschappelijke, erfelijke grondslag. Overgevoeligheid voor koemelk, ei en soja heeft een gunstig beloop. Vaak verdwijnen de symptomen al rond het eerste levensjaar. Ook bij ernstige symptomen ontstaat meestal binnen twee tot drie jaar tolerantie voor deze voedingsmiddelen. Overgevoeligheid voor vis en pinda's blijft vaak langer bestaan.

U kunt ouders informeren over het vaststellen van voedselovergevoeligheid door de eliminatie-provocatietest en hoe de test wordt uitgevoerd.

Er bestaat een NHG-Patiëntenbrief over voedselovergevoeligheid bij zuigelingen.

Begrippen

eliminatie-provocatietest

test waarbij voedingsmiddelen die mogelijk verantwoordelijk zijn voor het veroorzaken van een allergische reactie, uit het dieet worden weggelaten (geëlimineerd) en vervolgens weer aan het dieet worden toegevoegd (provocatie); de test is positief indien de symptomen na eliminatie grotendeels verdwijnen en na provocatie terugkomen

Zwangerschap en kraamperiode

Mevrouw De Vries is aan de telefoon. Ze is 35 jaar en woont samen. U weet dat ze computerprogramma's maakt. Ze heeft ook wel eens advies gegeven toen u in de praktijk met de computer ging werken. Ze vertelt dat ze nu zwanger is. Ze heeft zojuist een zwangerschapstest gedaan. Sinds ze drie maanden geleden met de pil is gestopt, heeft ze tabletjes foliumzuur gebruikt. Weet u hoe lang ze daarmee moet doorgaan? En oh ja, moet ze een vlokkentest laten doen?

Inleiding

In Nederland worden zwangerschappen steeds vaker begeleid door de verloskundige of de gynaecoloog. Maar ook de huisarts speelt een rol in de zorg rond zwangerschap en bevalling. Dat begint al met informatieverstrekking over de consequenties van het stoppen met voorbehoedmiddelen (meestal de pil) en over het advies tegelijkertijd foliumzuur te gaan gebruiken. In de meeste gevallen zal de huisarts de zwangerschap vaststellen en tijdens de zwangerschap factoren signaleren en eventueel beïnvloeden die een bedreiging vormen voor de gezondheid van moeder en kind. De zorg van de huisarts wordt onderscheiden in:

- algemeen verloskundige taken in het eerste trimester van de zwangerschap (tot dertien weken):
 - bepalen van de zwangerschapsduur;

- bepalen van risicofactoren waarvoor nader onderzoek of verwijzing naar de gynaecoloog nodig is;
- zo nodig uitvoeren van lichamelijk onderzoek;
- laboratoriumonderzoek laten uitvoeren;
- indicatiestelling voor prenatale diagnostiek;
- algemeen medische taken gedurende de gehele zwangerschap;
- algemeen verloskundige taken in de kraamperiode (vanaf de partus tot tien dagen post partum).

Tegen deze achtergrond kan de rol van de praktijkassistente worden beschreven.

Klachten en achtergronden

Tijdens de zwangerschap kunnen bepaalde klachten en/of ziekten vaker voorkomen. Voorbeelden hiervan zijn: zuurbranden, misselijkheid en braken (soms zeer ernstig), verstopping, toegenomen vaginale afscheiding, psychische labiliteit. Ook bloedarmoede en urineweginfecties komen frequenter voor. Tijdens de zwangerschap kan een vorm van suikerziekte optreden. Hoofdpijn of pijn in de bovenbuik kan een teken zijn van een tijdens de zwangerschap optredende hoge bloeddruk. Buikpijn kan een teken zijn van te vroege weëën. Dit zijn allemaal redenen om contact op te nemen met de huisarts of de verloskundige. Bloedarmoede zou tijdens de zwangerschap vaker voorkomen. Bij zwangeren wordt pas gesproken van bloedarmoede bij een Hb lager dan 6,8 mmol/l. Er is namelijk sprake van 'verdunning' doordat het volume van het

bloed in de bloedvaten sterk toeneemt. In het algemeen zal bij bloedarmoede een ijzerpreparaat worden voorgeschreven. Na een maand wordt het Hb gecontroleerd en het verdere beleid afgesproken.

Ook urineweginfecties treden vaker op. De behandeling en verdere controle is bij zwangeren anders dan bij niet-zwangeren (zie de NHG-Standaard Urineweginfecties).

Zuurbranden, misselijkheid en braken treden vooral in de eerste drie maanden op. Zwangeren kunnen het best zelf ontdekken welke voeding goed wordt verdragen. Soms helpt het om frequente kleine maaltijden te gebruiken. Bij ernstige hinder kunnen medicijnen wenselijk zijn.

Obstipatie wordt tegengegaan door vezelrijke voeding te gebruiken en veel te drinken.

Vaginale afscheiding neemt tijdens de zwangerschap vaak toe. Alleen bij jeuk of pijn is nader onderzoek gewenst. Meestal zal het om een schimmelinfectie gaan.

Beleid

Het is wenselijk dat het eerste consult van een zwangere met de huisarts vroeg in de zwangerschap plaatsvindt met het oog op het vaststellen van de zwangerschapsduur en het opsporen en evalueren van risicofactoren. Een vrouw met een negatieve test bij wie toch aanwijzingen voor een zwangerschap bestaan, wordt geadviseerd de huisarts te consulteren. Wanneer een samenwerkingsovereenkomst met verloskundigen bestaat, kunnen de verdere richtlijnen per praktijk verschillen. Over het algemeen wordt na het vaststellen van een zwangerschap afgesproken wanneer bloedonderzoek en verwijzing naar een verloskundige moeten plaatsvinden.

Het laboratoriumonderzoek bestaat uit bepaling van het Hb, de bloedgroep en de resusfactor (alleen bij de eerste zwangerschap), irregulaire erythrocytenantistoffen, HBsAg, TPFA en hiv-antistoffen. De hiv-test is vanaf 1 januari 2004 opgenomen in de prenatale screening. (Wanneer dit vroeg in de zwanger-

schap wordt getest, kan bij hiv-positieve vrouwen snel een behandeling worden gestart. Hierdoor kan overdracht naar de baby worden voorkomen.) Bij vrouwen bij wie in het verleden een schildklierfunctiestoornis is vastgesteld, wordt de schildklierfunctie bepaald. Bij vrouwen die vóór 1964 geboren zijn kan het raadzaam zijn de rubellatiter te bepalen.

De meest bekende bloedgroepen zijn A, B, AB en O (nul). De resusfactor is een andere soort bloedgroep, vaak D genoemd. Als de zwangere vrouw resuspositief is, zijn er geen gevolgen voor de zwangerschap. Als de vrouw resusnegatief en haar kind resuspositief, kan de vrouw antistoffen aanmaken tegen het bloed van het kind. Dit kan voorkomen als bloed van het kind terecht komt in het bloed van de vrouw tijdens de bevalling of, in zeldzame gevallen, tijdens de zwangerschap. Het kind kan dan een ernstige vorm van bloedarmoede krijgen, waaraan het kan sterven. Vrouwen die resusnegatief zijn, krijgen rond de 30ste week van de zwangerschap een injectie met antiresus-(D)-immunoglobuline. Irregulaire antistoffen zijn normaal niet in het bloed aanwezig. Het zijn afweerstoffen tegen andere bloedgroepen dan A en B. Ze ontstaan na een bloedtransfusie, maar kunnen ook voorkomen na een eerste zwangerschap. Sommige irregulaire antistoffen kunnen het bloed van het kind geleidelijk afbreken, waardoor het nog in de baarmoeder of na de geboorte kan sterven. Als de vrouw irregulaire antistoffen heeft, moet ze worden verwezen voor nader onderzoek hiernaar. Sommige antistoffen kunnen geen kwaad.

Als zwangere vrouwen medicijnen tegen hyperthyreoïdie gebruiken, is dat meestal reden voor verwijzing naar de specialist. Vrouwen met hypothyreoïdie die met levothyroxine goed zijn ingesteld, kunnen door de huisarts worden begeleid. Zij moeten om de vier weken worden gecontroleerd, omdat de behoefte aan medicatie tijdens de zwangerschap tijdelijk kan toenemen.

De kans op een kind met een chromosoomafwijking, bijvoorbeeld het syndroom van Down, neemt toe met de leeftijd van de moeder. Zwangere vrouwen die bij een zwangerschapsduur van 18 weken 36 jaar of ouder zijn, komen in aanmerking voor prenatale diagnostiek.

Ook kunnen in het gezin of in de naaste familie andere erfelijke aandoeningen aanwezig zijn op grond waarvan de zwangere vrouw in aanmerking komt voor prenatale diagnostiek, bijvoorbeeld taaislijmziekte, spierziekten, zwakzinnigheid, een open ruggetje, de ziekte van Huntington of aangeboren hartafwijkingen. Eventueel overlegt de huisarts met een klinisch-geneticus bij twijfel over de erfelijke aard van een aandoening en over de vraag of een aandoening door middel van prenatale diagnostiek vast te stellen is.

VOORLICHTING EN ADVIES

Voorlichting en advies aan aanstaande of juist zwangeren

Wat mag ik wel, wat mag ik niet? Vrouwen met een zwangerschapswens kunnen veel vragen hebben. Van u wordt verwacht dat u voldoende kennis heeft om de meeste vragen te beantwoorden. Huisarts en praktijkassistente spreken samen af wat ieders taken zijn bij het geven van voorlichting en advies. Bovendien is het van belang dat u gelijklopende adviezen geeft.

Bij het stoppen met de pil in verband met een kinderwens is het raadzaam de vrouw te adviseren foliumzuur te gaan gebruiken tot en met de achtste week van de zwangerschap. Na het stoppen van de pil mag iemand meteen zwanger worden. De pil hoeft niet 'uit te werken'. Eén keer een eigen menstruatie afwachten heeft het voordeel dat de aanvangsdatum van de zwangerschap betrouwbaarder kan worden vastgesteld. De zwangerschapsduur wordt berekend vanaf de eerste dag van de laatst opgetreden bloeding, de LM-datum. Vanaf die datum is de verwachte bevallingsdatum te berekenen, de à terme-datum. De volgende adviezen kunnen verder worden gegeven voor een 'gezonde' zwangerschap.

- Voeding: Bijzondere aanpassingen van het dieet, bijvoorbeeld in de vorm van extra vitamines, zijn niet nodig. Geadviseerd wordt tot en met de achtste week van de zwangerschap foliumzuur te gebruiken om de kans op afwijkingen van het cerebrale zenuwstelsel (onder andere een 'open rug') te verkleinen.
- Listeria-bacterie: Ter vermijding van besmetting met de Listeria-bacterie, die schadelijk kan zijn voor de ongeboren vrucht, wordt aangeraden om tijdens de zwangerschap geen rauwe (ongepasteuriseerde) melk te gebruiken of zachte kazen te eten, zoals brie, camembert en roquefort, die van rauwe melk zijn gemaakt. Ook ander voedsel kan de Listeria-bacterie bevatten, bijvoorbeeld kip of vlees dat te lang in de koelkast is bewaard. De bacterie is niet bestand tegen verhitte, dus over het algemeen wordt aangeraden voedsel te koken of te bakken.
- Toxoplasmose: Het gebruik van rauw of half rauw vlees wordt afgeraden wegens de kans op infectie met toxoplasmose. Besmetting tijdens de zwangerschap kan leiden tot aangeboren afwijkingen. Voorts is het raadzaam dat zwangeren bij tuinwerkzaamheden handschoenen dragen en niet de kattenbak schoonmaken. Deze maatregelen gelden tot het eind van de zwangerschap.
- Virusinfecties: Sommige virusinfecties kunnen tot aangeboren afwijkingen bij het kind leiden, bijvoorbeeld het cytomegalievirus, het waterpokkenvirus en het parvovirus B19 (erythema infectiosum of 'vijfde ziekte'). Het vermoeden van het bestaan van een van deze infecties kan met bloedonderzoek worden bevestigd. Bij een daadwerkelijke infectie kan prenataal onderzoek worden verricht bij het kind.
- Alcohol: Veel alcohol geeft een grotere kans op afwijkingen van de vrucht. Het gebruik van alcohol zou beperkt moeten blijven tot maximaal één eenheid per dag.
- Roken: Roken heeft een nadelig effect op de zwangerschap. Bij rokende vrouwen is

de kans op zwangerschapscomplicaties groter en is het gemiddelde geboortegewicht van hun baby lager dan bij niet-rokende vrouwen.

- Verslaving aan harddrugs: Harddrugs hebben ernstige risico's voor de vrucht.
- Geneesmiddelen: Als het enigszins mogelijk is, is het gebruik van geneesmiddelen af te raden, tenzij het om op strikte medische indicatie verstrekte, 'bewezen' veilige middelen gaat. Vrij verkrijgbare en alternatieve geneesmiddelen zijn niet per definitie veilig. Alle zelfmedicatie wordt afgeraden. Als een pijnstillers gewenst is, is paracetamol geschikt voor een kort gebruik.
- Werken: Bijzondere arbeidsomstandigheden voorbehouden (contact met schadelijke stoffen zoals chemicaliën of blootstelling aan schadelijke straling), is werken niet schadelijk voor de zwangerschap. Soms kunnen aanpassingen in de werksituatie wenselijk zijn.
- Sporten: Sporten is bij een normaal verlopende zwangerschap niet bezwaarlijk, zelfs niet bij forse lichamelijke inspanning. Met het vorderen van de zwangerschap neemt de kans op het krijgen van blessures toe. Contactsporten, zoals judo of basketbal, brengen in het derde trimester meer risico's met zich mee.
- Seks: Seks tijdens de zwangerschap is onschadelijk. De behoefte aan gemeenschap is bij de vrouw wel vaak verminderd. Bij gebroken vliezen of bij vaginaal bloedverlies is gemeenschap af te raden.

Bloedverlies in het begin van de zwangerschap kan een teken zijn van een dreigende miskraam, maar kan ook spontaan overgaan zonder vruchtverlies. Altijd dient overlegd te worden met de huisarts. Dit geldt tevens bij ernstige buikpijn, al of niet met koorts.

Voorlichting en advies aan kraamvrouwen

De huisarts die geen zwangerschappen en bevallingen begeleidt, kan besluiten een eenmalig kraambezoek af te leggen, bijvoorbeeld omdat hij de baby in zijn praktijk wil verwel-

komen of betrokkenheid bij het gezin wil tonen.

De praktijkassistente kan geconfronteerd worden met vragen in deze voor een vrouw nieuwe situatie.

Elke pasgeborene krijgt oraal vitamine K toegediend om – zeldzame – bloedingsneiging bij het kind te voorkomen. Omdat borstvoeding weinig vitamine K bevat, wordt bij kinderen met borstvoeding geadviseerd vanaf de tweede week post partum gedurende de eerste drie maanden vitamine K bij te geven. De 'hiel prik' wordt in de eerste week uitgevoerd.

De keuze tussen borst- en flesvoeding is een individuele afweging tussen voor- en nadelen. Borstvoeding heeft onder andere het voordeel van intensief lichaamscontact. Bij moeilijk op gang komende borstvoeding is vaak aanleggen een goed advies, bijvoeden niet. Bij vrouwen die gekozen hebben voor borstvoeding is vooral in het begin en op momenten dat het niet zo goed gaat, een steunende houding van belang.

Ter voorkoming van tepelkloven kunnen de volgende adviezen worden gegeven:

- de tepel diep in het mondje leggen, niet laten sabbelen en niet te lang aanleggen;
- het voeden beginnen met de minst pijnlijke borst, als de voeding is toegeschoten de andere borst geven;
- de tepels schoon en droog houden.

Het nut van tepelhoedjes en tepelzalven is onduidelijk. Stuwings is meestal het hevigst op de derde of vierde dag. Een stevige beha kan in dat geval steun geven. Medicijnen zijn zelden nodig.

Bij een pijnlijke harde rode plek in een borst, zonder koorts, moet de aangedane borst het eerst worden gegeven en goed worden leeggedronken. Indien er koorts is opgetreden, moet beoordeling door de huisarts plaatsvinden.

Bij pijn op de plaats van hechtingen geeft afkoeling (bijvoorbeeld met een ingevroren nat maandverband) verlichting.

In de kraamperiode kan incontinentie voor urine optreden, die meestal spontaan verdwijnt. Indien de incontinentie langer duurt, kan geadviseerd worden de bekkenbodemspieren te oefenen. Dit zijn de spieren die aangespannen worden wanneer je de straal van de plas probeert te onderbreken.

Een beetje opgeven na de voeding door de zuigeling is normaal. Braken, waarbij de voeding geheel of gedeeltelijk wordt teruggegeven, kan een teken zijn dat te snel of te veel voeding wordt aangeboden, maar kan ook wijzen op het bestaan van een ziekte van het maag-darmkanaal.

Diarree bij de zuigeling zonder braken, slecht drinken of koorts betekent vaak dat de zuigeling de voeding nog niet in één keer kan verwerken. Dit probleem lost zich meestal in enkele weken op. Overwogen kan worden meerdere, kleinere porties te geven.

In de eerste dagen na de bevalling kan de zuigeling enigszins geel zien, vooral op de derde of vierde dag; daarna neemt dit geleidelijk af. Bij twijfel moet beoordeling door de huisarts of verloskundige plaatsvinden.

'Pusoojjes' kunnen ontstaan door contact met de schede bij de geboorte, maar ook doordat het traanvocht nog niet goed afgevoerd kan worden en indikt. Schoonmaken met water en leegdrukken van de traanzak kunnen verbetering geven. Als de aandoening binnen vijf da-

gen na de bevalling ontstaat, moet beoordeling door de huisarts plaatsvinden.

Het is goed te beseffen dat de zwangerschaps- en kraamperiode bijzondere situaties zijn, zeker indien het voor de vrouw de eerste keer is. Tevens moet er rekening mee worden gehouden dat door alle lichamelijke (hormonale) veranderingen de psychische weerstand afgenomen kan zijn. Tegen deze achtergrond moet de hulpvraag van zwangeren en kraamvrouwen worden gezien.

U kunt een belangrijke rol hebben bij de begeleiding van zwangere vrouwen. U doet vaak de zwangerschapstest. Verder geeft u voorlichting over wat de vrouw moet regelen (controle verloskundige, kraamhulp enzovoort) en u regelt eventueel een afspraak bij de huisarts. Verspreid in dit hoofdstuk vindt u algemene informatie waarmee u vragen van zwangere vrouwen kunt beantwoorden. Ook geeft u voorlichting en advies wanneer het kind geboren is.

Er bestaan zeven NHG-Patiëntenbrieven over zwangerschap en het kind in de kraamperiode.

Samen met verloskundigen en gynaecologen heeft het NHG de brochure 'Zwanger; algemene informatie' uitgebracht. Hierin geven verloskundige hulpverleners eenduidige, wetenschappelijk verantwoorde voorlichting aan zwangeren.

Begrippen	
à terme-datum	uitgerekende datum van de bevalling
cytomegalievirus	ernstige virusinfectie die tijdens de zwangerschap op het kind kan worden overgedragen
erythema infectiosum	'vijfde ziekte', door een parvovirus veroorzaakt
foliumzuur	vitamine; onmisbaar bestanddeel van de voeding; het advies luidt om in de periode rondom de conceptie extra foliumzuur te gebruiken om de kans op het krijgen van een kind met een open ruggetje te verkleinen
HBsAg	hepatitis B surface antigen: een test om na te gaan of iemand besmet is met hepatitis B
hielprík	bloedonderzoek bij de pasgeborene op aangeboren stofwisselingsziekten, te weten fenylketonurie (PKU) en congenitale (aangeboren) hypothyreoïdie (CHT); vanaf 1998 is in enkele regio's op proef screening op het androgenitaal syndroom (AGS) ingevoerd
hiv-test	test om besmetting met het hiv op te sporen
hyperthyreoïdie	te snelle werking van de schildklier
hypothyreoïdie	te trage werking van de schildklier
irregulair	onregelmatig, ongeregeld, abnormaal
Listeria-bacterie	bacterie die voorkomt in rauwe melk en in rauw vlees
LM-datum	eerste dag van de laatste menstruatie, van belang om de à terme, of uitgerekende, datum vast te stellen
parvovirus	een groep kleine DNA-virussen
prenataal	voor de geboorte
resusnegatief	resusfactor (D) afwezig
resuspositief	resusfactor (D) aanwezig
rubellatiter	test om na te gaan of een patiënt antistoffen heeft tegen rode hond
syndroom van Down	chromosoomafwijking; kinderen met het syndroom van Down zijn zwakzinnig en hebben een mongoloïde uiterlijk
toxoplasmose	infectieziekte veroorzaakt door <i>Toxoplasma gondii</i>
TPHA	<i>Treponema-pallidum</i> -hemagglutinatie-assay, test om besmetting met syfilis op te sporen

Register

- aandachtsstoornis 104
- aandrang, incontinentie 180
- aangezichtspijn 264
- aankleedkussen 344
- abces 19, 75
- abnormale afscheiding 93
- abortus 47
- accommodatie, oog 258
- acenocoumarol 139
- ACE-remmers 38, 166
- acetylsalicylzuur 35, 62, 79, 128, 244, 305, 317
- acne 19, 47
 - , conglobata 19
 - , fulminans 21
 - , vulgaris 19
- acromion 279
- activiteiten dagelijks leven (ADL), beperkt 261
- acute
 - , blaasretentie 82
 - , infectieuze gastro-enteritis 23
 - , jicht 189
 - , keelpijn 29
 - , middenoorontsteking 228
 - , neurologische uitval 103
 - , zeer hevige buikpijn 205
- acuut
 - , coronair syndroom 34
 - , glaucoom 269
 - , hoesten 37
 - , myocardinfarct 34
 - , trauma 109
- adapaleen 21
- ademhaling pasgeborene 220
- ademnood 55
- adenotomie 233
- aderontsteking 340
- adipositas 47
- afasie 103, 112
- afname botdichtheid 221
- afscheiding
 - , abnormale 93
 - , geur en kleur 161
 - , vaginale 293, 294
- afvallen 125
- afweercellen 192
- afwijkingen gehemelte 265
- agnosie 112
- agorafobie 56
- aids 296
- alarmsignalen 193
- alarmsignalen lagerugpijn 197
- alarmsymptomen
 - , hoofdpijn 172
 - , maagklachten 206
 - , PAV 244
 - , rhinosinusitis 266
- alarmsymptomen oogontsteking 272
- ALAT 343
- Alatop 43
- alcohol
 - , beperking 166, 181, 191, 306
 - , overmatig gebruik 283
- alcoholconsumptie, beperkt 79
- alcoholgebruik 86, 113
 - , jicht 190
 - , problematisch 249
 - , stoppen met 110
 - , zwangerschap 351
- alcoholmisbruik 51, 237, 342, 343
- alginaatkompresen 108
- alkalische fosfatase 344
- allergenen 64
 - , vermindering 95
- allergie 58, 95, 265
 - , oog 270
 - , otitis externa 225
- allergische rhinitis 95
- allochtone bevolking 50
- Alzheimer, ziekte van 112
- amandelen verwijderen 233

- amenorroe 46
 - , primaire 46
 - , secundaire 46
- amoxicilline-clavulaanzuur 343
- analgetica 343
- anemie 50
 - , ijzergebreks- 50
 - , sikkelcel- 50
- angina pectoris 78, 158, 304
 - , instabiele 35
- angst 68, 78, 246
 - , -aanvallen 117
 - , -stoornis 55
 - , voor pijn 198
 - , voor slapeloosheid 284
- anorexia nervosa 47
- antibiotica 30, 108, 206, 226, 229, 241, 266, 323, 332
 - , de pil 176
 - , oogontsteking 270
- anticholinergica 101, 182
- anticipatieangst 56
- anticonceptie
 - , hormonale 174
 - , -methoden 300
 - , overgang 237
 - , -pil 170
 - , -pleister 175
- anticonceptiepil 139, 174
- anticonceptiva 335
- antidecubitusmatras 108
- antidepressiva 57, 118, 123, 157
- anti-epileptica, de pil 176
- antigenen 344
- antihistaminicum 44, 97
- antihypertensiva 157
- antischimmelmiddel 122, 157
- antistoffen 186
- antistollingsmedicatie 280
- antistollingsmiddelen 69, 217
- antivirale middelen 295
- Apgarscore 219
- appels, kruisovergevoeligheid 42
- apraxie 104, 112
- arterieel vaatlijden, perifeer 243
- arthritis 138, 261, 279
- artrose 215, 261
- ASAT 343
- ascites 344
- aspecifieke maagklachten 205
- aspirine 186
- astigmatisme 258
- astma 95, 186, 265
 - , bij kinderen 58
 - , bij volwassenen 62
 - , cardiale 166
 - , intermitterend 64
 - , persisterend 64
- astma/COPD 38
- atheroomcyste 73
- atherosclerose 34, 78, 85, 217, 304
- atopisch eczeem 95
- atopisch syndroom 95
- atriumfibrilleren 68
- audiogram 290
- audiologisch centrum 289
 - , verwijzing 234
- audiometrie 291
- aura 169
- auto-immuunziekte 261, 274
- Avaxim 345
- baarmoeder 46
- baarmoederhalskanker, bevolkingsonderzoek 92
- baarmoederslijmvlies 335
- bacteriële
 - , artritis 190
 - , huidinfecties 71
 - , infectie urinewegen 329
 - , vaginose 160
- bakercyste 215
- Bakerse cyste 213
- barrière, huid 121
- beclometason 65
- bedlegerige patiënt 107
- bedplassen 151
- bedrijfsarts 202
- bedrust 223
- bedrust bij hernia 202
- beenmergtransplantatie 25, 186
- bekkenbodemspieren 149
 - , training 181
- bekkenontsteking 240
- belasting
 - , enkel 146
 - , gedoseerd 262
- benigne paroxismale positieduizeligheid (BPPD) 142
- benzodiazepinegebruik, stoppen met 110
- benzodiazepinen 284
- benzoylperoxide 5% 20
- beperkte beweeglijkheid 319
- beroepsastma 66
- beslisregel 138

- bestraling 132
bèta-2-mimetica 101
bètablokker 62, 79, 305
bevalling 219, 240, 343
–, de pil 176
–, schildklierandoening 274
bevolkingsonderzoek 131
bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker 92
bewegen 78, 127
–, bij enkelletsel 147
–, bij hernia 202
–, lagerugpijn 198
–, op geleide van de pijn 320
–, pijn 197
bewegingsadvies 306
bewegingsapparaat 215
bewegingsbeperking 279, 280
–, gewricht 189
bewegingsonderzoek 280
bewegingsonzekerheid 143
bewegingssensatie 142
bewusteloosheid 316
bewustzijnsdaling 104, 195
bewustzijnsstoornis 109
bijtonden 71
bijwerkingen antidepressiva 118
bijwerkingen slaapmiddelen 285
bijziendheid 257
bilirubinegehalte 344
binnenkant oogleden 268
biopsie 131
bisfosfonaten 223
blaasjes 122
blaasontsteking 82, 329
blaasretentie, acute 82
blaastraining 151, 181
bleek zien 142
blefaritis 269
blindheid 269
bloed braken 205
bloed in de urine 329
bloedarmoede 165, 335
–, zie anemie 50
–, zwangerschap 349
bloed-bloedcontact 342, 343
bloeddruk 78
bloeddrukcontrole 69
bloeddrukverlagende middelen 87
bloedglucosespiegel 125
bloeding
–, oog 269
–, varices 340
bloedingsrisico, NSAID 262
bloedonderzoek 43, 78, 86, 110
–, zwangerschap 350
bloedstolsel 334
bloedverdunners 335
bloedverlies 50, 336
–, onregelmatig 334
–, postmenopauzaal 334
–, tussentijds 334
–, vaginaal 293, 334
–, zwangerschap 209, 352
Borrelia burgdorferi 73
borst 130
borstkanker 130
–, bevolkingsonderzoek 133
borstkankergenen 133
borstsparende operatie 134
borstvoeding 352
borstzelfonderzoek 131
botaanmaak en -afbraak 224
botdichtheidsmeting 48, 222
botverlies 221
bovensteluchtweginfectie 38, 228
braces 217
braken 142
branderig gevoel, been 200
BRCA1 133
BRCA2 133
bronchiale hyperreactiviteit 38, 62
bronchiolitis 39
bronchitis 63, 185
bronchusobstructie 98
bronchusverwijder 63
BSE 280, 335
budesonide 65
buikklachten 247
buikonderzoek 241
buikpijn 205, 209, 241, 293, 329
–, spiraaltje 302
buikvlies 327
buis van Eustachius 232
buisjes in de oren 225, 233
–, adviezen 235
buitenbaarmoederlijke zwangerschap 335
buitenbaarmoederlijke zwangerschap (EUG) 209
bupropion 310
bursitis knie 213
bursitis prepatellaris 215
bypassoperatie, beleid na 77
calcipotriol 255
calcium 327

- calciumantagonisten 305, 335
 calciuminname, osteoporose 221
 calciumoxalaat 326
Campylobacter 23
Candida 121
 capillaire refill 24
 carcinoom in situ 131
 cardioloog
 –, controle 77
 –, verwijzing 79, 305
 cardiovasculair risicomanagement 85
 cardiovasculair risicoprofiel 126
 cardiovasculaire aandoeningen 109
 cataract bij pasgeborene 220
 cellulitis 323
 centrale verzorger 113
 cerebrovasculair accident (CVA) 103, 316
 cerumenprop 287
 cervexbrush 92
 cervix 335
 cervixuitstrijk 91
 chemische stoffen, oog 270
 chemotherapie 186
Chlamydia trachomatis 161, 240
 chlamydia-antistoftest (CAT) 314
 chlamydia-infectie 241, 293, 335
 chloor 346
 chloordiazepoxide 251
 chloorethyl-spray 75
 cholesteatoom 287
 cholesterolgehalte 86
 cholesterolverlagers 157
 chondropathie patella 213
 chromosomenonderzoek 210
 chromosoom 47
 chromosoomafwijkingen 48
 chronisch slaapmiddelengebruik 284
 chronische
 –, middenoorontsteking 287
 –, veneuze insufficiëntie (CVI) 322
 –, ziekte 51
 chronische veneuze insufficiëntie (CVI) 338
 ciliaire roodheid 268
 claudicatio intermittens (etalagebenen) 78, 243
 claustrofobie 56
 clindamycine 21
Clostridium difficile 23
 clusterhoofdpijn 169
 codeïne 186
 coeliakie 51
 coffeïneconsumptie 181
 –, beperking 181
 coffeïnehoudende producten 169
 coïtus 158
 colchicine 190
 collaterale kniebanden 319
 complicaties diabetes mellitus 125
 compressie-echografie 138
 compressief 139
 compressieverband 339
 –, niet-elastisch 325
 condoomgebruik 296
condylomata acuminata 295
 conjunctivitis 268
 constitutioneel eczeem 63, 95
 contactbloeding 92
 contactbloedingen 335
 contactlenzen 269
 controleschema 87
 –, na myocardinfarct 78
 COPD 62, 98, 165, 185, 186
 COPD/astma 38
 cornea (hoornvlies) 258
 coronair syndroom, acuut 34
 coronaire hartziekten 304
corpora cavernosa 159
 corticosteroid 217, 280
 corticosteroiden 44, 60, 122, 335
 –, epicondylitis 154
 –, jicht 190
 –, psoriasis 255
 corticosteroiden in zure oordruppels 226
 corticosteroidenzalf 96
Corynebacterie 71
 cranberryproducten 332
 Crohn, ziekte van 51, 138
 CT-scan 328
 cumarinederivaat 139
 curettage 46, 210, 240
 CVA 38, 68, 78, 103, 143, 158, 310, 316
 cyproteronacetaat 20
 cyste 19
 –, knieholte 213
 cytobrush 92
 cytostatica 25, 122

 dag-nachtritme, verstoring 283
 darm, prikkelbare 246
 darmslijmvliezen 23
 dauwworm 95
 D-dimeertest 138
 D-dimeerwaarde, (laag)normale 140
 decubitus 107
 dehydratie 24, 194

- delier 109
dementie 110, 112
depressie 110, 113, 117, 246
depressieve klachten 78
dermatitis, atopische 95
dermatomycosen 121
desmopressine 151
DEXA-meting 222
diabetes 75
diabetes mellitus 69, 78, 86, 122, 150, 165, 185, 186, 343
–, type 2 125
diabeteseducatie 126, 129
dichtgeplakte oogleden 268
–, pasgeborene 269
diclofenac 217, 327
diepe veneuze trombose 137
digoxine 123
dikke knie (vocht) 213
dipslide 332
discushernia 200
distorsie 145
diuretica (plastabletten) 166, 191
DNA 136
doof gevoel, been 200
doorbloeding, verslechterde 322
dopplersonderzoek 244
dorst 125
dosisaerosol 60, 65, 100
dotterbehandeling, beleid na 77
Down, syndroom van 233
doxycycline 21
draaiduizeligheid 142
drinken 331
–, ‘binge’- 249
droge huid 96, 107
droge vagina 237
droogbedtraining 151
drugsgebruiker 345
druiper 294
druk 107
drukpijn dikke darm 246
duizeligheid 68, 142
duurlopers 215
dyspareunie (pijn bij het vrijen) 237

ecg 69, 86
echo 280
echografie 132, 328
echoscopie 47, 210
eczeem 138, 225
–, atopisch 95
–, constitutioneel 95
educatie, diabetes mellitus 126
eendenbek 92
eerstegraads 133
eierstokken 46
ejaculatiestoornissen 159
elastische kousen 324
elastische zwachtel 146
elektrische cardioversie 69
eliminatie-provocatietest 347
elleboog, pijn 154
elleboogkrukken 147
embolie 68, 316
embolus 138
emmetropie (scherp zien) 257
emotionele veranderingen 104
endocarditis 75
endometriumcarcinoom 335
endometriumpoliep 335
endoscopie 207
enkel, distorsie 145
Entamoeba 24
enuresis 149
enuresis nocturna 149
epicondylitis 154
epicondylus 215
epidermis 71
episcleritis 269
Epstein-Barr-virus 29
erectie 156
erectiele disfunctie 156
erfelijke aanleg osteoporose 221
erfelijke bloedarmoede 52
Ervaringslijn 135
erysipelas 138
Erysipelothrix rhusiopathiae-bacterie 73
erythrocyten 327
erytromycine 21
erytromycine depvloeistof 74
Escherichia coli 23
etalagebenen 243
ethylalcohol 346
etsing, oog 270
Eustachius, buis van 232
evenwichtsorgaan, stoornis 142
exacerbatie 60, 62, 99
–, reumatoïde artritis 262

FAST-test 106
feces 344
fecesweek 25
fenprocoumon 139

- FEV₁ 63, 99
 FEV₁-ratio 100
 FEV₁/FVC-ratio 63
 fibroadenoom 132
 fijnstof 99
 fistel 19
 Five-Shot-vragenlijst 253
 flapping tremor 344
 flauwvallen 143
 flowvolumecurve 63, 99
 flucloxacilline 74
 fluctoxacilline 217
 fluisterspraaktest 291
 fluor vaginalis 160
 fluoronderzoek 163
 fluticason 65
 fobie 56
 focus 193
 foliumzuur, zwangerschap 351
 foliumzuurtekort 51
 follikel 122
 Follow-up 134
 frozen shoulder 279
 fruit 88
 FSH-bepaling 47
 functionele amenorroe 47
 fusidinezuur 74
 -, crème 97
 FVC 63, 99
 FVC-ratio 100
 fysiologisch zout 75
 fysiologische standontwikkeling benen 212
 fysiotherapeut 57, 199, 202
 -, reumatoïde artritis 262
 -, verwijzing 320
 fysiotherapie 223, 280
- gecompliceerde jicht 190
 gedragsstoornissen 113
 gedragstherapeut 57
 gedragsverandering 104
 -, stadia van 252
 geelzucht 342
 -, pasgeborene 219, 353
 gegeneraliseerde angststoornis 56
 gehemelteaafwijkingen 233, 265
 geheugenstoornis 104, 109, 112
 gehoor
 -, beperking 110
 -, bescherming 225
 -, keten 290
 -, verlies 142, 225, 230, 232
- geleidingsverlies, slechthorendheid 287
 geluidsdrager 225
 geneesmiddelen 43
 -, zwangerschap 352
 geneesmiddelengebruik 113
 genotmiddelen, maagklachten 206
 geslachtsgemeenschap, urineweginfectie 329
 geur en kleur van de afscheiding 161
 gevoelsstoornissen 125
 -, been of voet 200
 gewicht pasgeborene 220
 gewichtsreductie 306
 gewichtsvermindering 166
 gewrichtsontsteking (artritis) 189, 261
 gezonde leefstijl 77, 86, 144, 223
 gezonde voeding 306
 GGD 92, 133, 346
Giardia lamblia 24, 26
 gisten 121
 glaucoom, acuut 269
 glomerulonefritis 29
 glucosemeter voor thuisgebruik 126
 glucosespiegel in het bloed 125
 glue ear 232
 goede voeding
 -, adviezen 88, 127
 -, Richtlijnen 80
 GOLD-criteria 99
 gonartrose 216
 gonorroe 161, 240, 294, 335
 gradering 130
 Graves, ziekte van 274
 griepvaccinatie 64
 griepvaccinatiecampagne 186
 groente 88
 grote teen, gewrichtsontsteking 189
 gynaecologisch onderzoek 181
 gynaecoloog 336
 -, verwijzing 242
 -, verwijzing bij incontinentie 182
- H5N1 184
 haarfollikels 71
 haarnestcyste 73
 halfzijdig neglect 104
 hallucinaties 113
 haloperidol 110
 hand-longcoördinatie 65
 hart- en vaatziekten 85, 345
 -, alcoholgebruik 250
 -, de pil 176
 -, diabetes mellitus 126

- , risicofactoren 317
- , secundaire preventie 78
- hartaandoeningen 165
- hartfalen 69, 78, 138, 158, 165, 186, 217, 280
- hartfrequentie pasgeborene 220
- hartinfarct 186
 - , beleid na 77
- hartklepafwijkingen 69
- hartkloppingen 55, 68
- hartrevalidatie 77
- hartritmestoornissen 310
- hartziekten, ischemische of coronaire 304
- Havrix 345
- HbA1c 126
- Hb-gehalte 50, 335
- HbsAg 343, 345
- hemagglutinine 184
- heparine 139
- hepatitis A 342
- hepatitis B 296, 342
- hepatitis C 343
- hernia 200
- herpes genitalis 295
- herpes zoster 201
- hersenvloeding 103, 316
- herseneninfarct 103, 316
- heupdysplasie pasgeborene 220
- heupfractuur, osteoporose 221
- hielprik 352
- Hindoestanen, diabetes mellitus 126
- hiv 122, 186
- hiv-infectie 25, 296
- hiv-test 297
- Hodgkin, ziekte van 132
- hoesten 58, 264
 - , acuut 37
- hoge bloeddruk 165
 - , diabetes mellitus 126
- hoofdpijn 168, 264
- hoofdpijndagboek 168
- hoogtevrees 56
- hooikoorts 96
- hooikoortsbericht 44
- hoornlaag 121
- hoornvlies 258
 - , beschadiging 269
 - , ontsteking 269
- hoortoestel 225, 288
- hormonale anticonceptie 174
- hormonale behandeling, overgang 237
- hormoonbevattend spiraaltje 301
- hormoongebruik 160
- hormoonhoudend spiraaltje 46
- hormoonhuishouding 334
- hormoonspiraaltje 175
- huid, klachten 347
- huidaandoening 254
 - , jeukende 95
- huidafwijkingen 243, 322
 - , been 338
- huidinfectie 190
- huidklachten, voedselovergevoeligheid 347
- huidplooiën 95
- huidprikkeling 96
- huidpriktest 43
- huidskleur pasgeborene 220
- huiduitslag 344
- huisdieren 42, 59
- huisstofmijt 42, 59
- huisstofmijtallergie, maatregelen 44, 59
- hulpademhalingsspieren 99
- hulpmiddelen voor lopen 323
- humana papillomavirus (HPV-virus) 92
- humerus 279
- hydroxocobalamine 52
- hygiëne 343
- hypermetropie (verziendheid) 258
- hyperreactiviteit 42
 - , bronchiale 38, 58
- hypertensie 69, 78, 217, 280
- hyperthermie 192
- hyperthyreoïdie 237, 274
- hypochondrie 56
- hypofyse 46
- hypothalamus 46, 192
- hypothyreoïdie 274
- IAZ 184
- ibuprofen 217
- ICPC-codes 187
- ide-reactie 122
- IgE 63
- ijzer, tabletten of suspensie 52
- ijzergebreksanemie 50
- imipramine 151
- immunisatie 345
- immunoglobuline 345
- immunotherapie 44
- impetigo bullosa 72
- implantatiestaafje 175
- impotentie 156
- incideren 31
- incontinentie 107, 149
 - , -materiaal 181

- , urine- 180, 353
- incubatietijd 343
- infectie 109
 - , virale 194
- infectieziekte 192
- Infectieziektenwet 30
- infectioloog 345
- infiltraat 19
- influenza 184
- influenza-achtig ziektebeeld 184
- influenza-A-virus 184
- influenza-epidemie 184
- influenzavaccinatie 184
- inhalatatiecorticosteroid 65
- inhalatieallergenen 43, 59
- inhalatieallergie 95
- inhalatiecorticosteroiden 101
- inhalatie-instructie 61, 64
- inhalatiekamer 60, 65
- inhalatiemedicatie 62
- inhalatietherapie 60
- INR 139
- inslaaptijd 283
- inspanningsastma 65
- inspanningsmogelijkheden 79
- instabiele angina pectoris 35, 310
- instructie oogdruppels 272
- insufficiëntie, veneuze 122
- insulinebehandeling 127
- insult 195
- Integrale Kankercentra 133
- intensieve ondersteunende begeleiding 308
- internist 345
 - , verwijzing 275
- intervalcarcinoom 131
- invasief 131
- in-vitrofertilisatie (ivf) 314
- iridocyclitis 269
- irritatie 161
- ischemische hartziekten 304
- isotretinoïne 21
- itraconazol 123

- jacuzzi-dermatitis 72
- jetlag 284
- jeuk 122, 125, 161, 225
 - , in de neus 42
- jeukende huidaandoening 95
- jicht 189
- jichttofi 189
- jumper's knee 213

- kalendermethode 151
- kalmerende middelen 143
- kanker
 - , alcoholgebruik 249
 - , de pil 176
- katheterisatie 83
- keelontsteking 29
- keelpijn, acute 29
- keratine 122
- keratitis 269
- keratoconjunctivitis photo-electrica 269
- keuzehulpen 135
- kinderarts, verwijzing 230
- kinderen, met migraine 169
- kinderloosheid, ongewenste 313
- kinderwens, onvervuld 313
- kinkhoest 38
- kippenei-eiwit 187
- klachten, 'rebound'- 206
- kleur en geur van de afscheiding 161
- klierstructuren 131
- klierzwelling 294
- kloofjes 122
- knie, op slot 216
- knie op slot 213, 319
- knieklachten 319
- kniekuilcyste 215
- knieproblemen 215
 - , niet-traumatisch 212
- knieschijf, luxatie 319
- kno-arts 31
 - , verwijzing 44, 230, 234, 289
- knobbeltje 131
- koemelkallergie 348
- koffie, overmatig gebruik 283
- KOH-preparaat 122
- koliekpijn 327
- kolposcopie 93
- koorts 190, 192, 228, 265, 344
 - , urineweginfectie 331
- koortsconvulsies 192
- koortslip 295
- KOPAC-B 91
- koperhoudend spiraaltje 301
- kortademigheid 58, 78, 165
 - , bij inspanning 68
 - , pasgeborene 219
- korte motivatieverhogende begeleiding 308
- koude rillingen 55
- kous, therapeutisch-elastische 139
- kraakbeen 216
- kraambezoek 220

- kraamvrouwen 352
krabben 96
krachtsvermindering been 200
kransslagaderen, beleid na operatie 77
kriebelhoest 39
kruisbanden 319
kruisovergevoeligheid appels en noten 42
kuitaderen 138
kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID)
314
kweek 122
- laagnormale D-dimeerwaarde 140
laatste menstruatie 236
lagereluchtweginfecties 38
lagerugpijn 197, 200
Lasègue, proef van 203
latex-fixatietest 261
lawaaidoofheid 288
leefregels, angina pectoris 306
leesbril 258
levercelcarcinoom 343
levercirrose 186, 249, 343
leverfunctiestoornissen, de pil 176
leverschade 342, 343
levonorgestrel 336
levothyroxine 275
lichaamsbeweging 86, 166, 191
–, osteoporose 221
lichaamsgewicht 78
lichaamstemperatuur 192
lichamelijke inspanning 284
lichamelijke klachten 283
licht gevoel in het hoofd 143
lichtgevoeligheid 269
lidocaïne 1 of 2% 75
liesbreuk pasgeborene 220
lig- en zithouding 108
lip- of gehemeltspleet, pasgeborene 220
lipidwaarden 343
Listeria-bacterie, zwangerschap 351
litteken 19
longcarcinoom 186
longembolie 137
longontsteking 185, 193
loopafstand 243
loopneus 42
loopoor 228, 229
–, duizeligheid 143
looptraining 244
lopen
–, hulpmiddelen 323
–, varices 340
loze aandrang 329
luchtweginfecties
–, bovenste- 38
–, lagere- 38
luchtwegklachten, voedselovergevoeligheid 347
luchtwegverwijders 60
luiergebied 122
lumbosacraal radiculair syndroom 200
luxatie knieschijf 319
Lyme, ziekte van 73, 201
lymfeklieren 30
lymfeknopen 136
lymfoedeem 138
- m. quadriceps 216
maagbloedingen 280
maag-darmaandoeningen, alcoholgebruik 249
maag-darmklachten, voedselovergevoeligheid 347
maag-darm-leverarts 345
maag-darmproblemen zuigeling 353
maagdenvlies 47
maagklachten 205
–, NSAID 262
–, zwangerschap 350
maagresectie 51
maandverband 335
Malassezia furfur 122
maligniteit 133
maligniteiten 51
mammacarcinoom 130
mammapoli 132
mammogram 131
mantelzorg 113
manuele therapeut 281
Marokkanen, diabetes mellitus 126
mastectomie 134
mastopathie 132
masturbatie 157
medicatie, luchtwegverwijderend 98
medicatiewijziging of -stapeling 109
medicijnen
–, en incontinentie 181
–, jicht 190
–, maagklachten 206
–, na myocardinfarct 79
mee-eter 19
meeroken 307
Mekka 334
meldingsplicht 30
melkgang 131
melkklier 131

- menarche 47
 Mènière, ziekte van 142, 288
 meningeale prikkelingsverschijnselen 194
 meniscus 319
 meniscusletsel 216
 menopauze 236
 menstruatie
 –, laatste 236
 –, migraine 170
 –, spiraaltje 300
 menstruatiecycclus 46, 131, 160, 314, 334
 menstruatieveranderingen 236
 menstrueren 46
 metaalsplinter in het oog 269
 metastase 131, 280
 metformine 127
 methylprednisolon 217
 miconazol 123, 162
 miconazolcrème 74
 micro-organismen 192
 microscopisch onderzoek urine 333
 mictie, bemoeilijkt, bij oudere mannen 82
 middenoorontsteking 185
 –, acuut 228
 migraine 168
 –, triggers 172
 milt 186
 minimale interventietrategie (MIS) 286
 Mini-Mental State Examination (MMSE) 116
 minipil 175
 miskraam 46, 209
 misoprostol 335
 misselijkheid 55, 142, 169, 205
 mocassinpatroon 122
 moeheid 68, 78, 117, 165, 237, 261
 monofilament van Semmes-Weinstein 128
 mononucleosis infectiosa (ziekte van Pfeiffer) 30
 morning-aftermethode 177
 –, spiraaltje 303
 motivatiemethode 151
 MRI 216
 MRSA-bacterie 71
 multidisciplinair behandelteam 199
 mupirocine 74
 mutatie 133
 mykide 122
 myocardinfarct 158, 310
 –, acuut 34
 –, beleid na 77
 myoom 335, 336
 myopie (bijziendheid) 257
 naaldencontainer 346
 naaldhoesje 346
 nachtelijke onrust 113
 nachtelijke pijn 243
 nagelbed 71
 naproxen 217
 Nationaal Programma Grieppreventie 186
 navelstreng 220
 neglect, halfzijdig 104
 nekhernia 280
 nekklasten 280
 nervositeit 117
 neuraminidase 184
 neuritis vestibularis 142
 neurologische aandoeningen 109
 neurologische uitval, acute 103
 neuroloog, verwijzing 317
 neuroloog of neurochirurg 202
 neus, zwelling en vochtscheiding 43
 neusdruppels 186, 230, 266
 neuspoliepen 43
 neusschelpen 43
 neusslijmvliezen 42, 264
 neusspeculum 43
 neusspray 151
 neustussenschot 43
 neutraliserend gedrag 56
 nicotine 307
 –, overmatig gebruik 283
 nicotinevervangende middelen 310
 nierfunctie 138, 217
 nierinsufficiëntie 186
 nierloge 327
 niersteen 189
 nierstreek 327
 niet-elastisch compressieverband 325
 niezen 42
 nitraat 166, 305
 nitriettest 330
 nocturna 149
 nortriptyline 310
 noscapine 186
 noten, kruisovergevoeligheid 42
 NSAID 62, 157, 190, 202, 217, 223, 262, 280, 336
 –, maagklachten 206
 O-benen 212
 obesitas 343
 Observatielijst voor vroege symptomen van
 dementie (OLD) 115
 obsessief-compulsieve stoornis 56
 obstipatie 109

- , zwangerschap 350
- oedeem (vochtophoping) 78, 165, 323
 - , been 338
- oefentherapeut 202
- oefentherapie bij incontinentie 181
- oestradiolgehalte 47
- oestrogeen 139
- oestrogeenreceptoren 135
- oestrogenen 47, 223, 237
- omega-3-vetzuren 88
- onderbuik, pijn 240
- ondergewicht, alcoholgebruik 249
- ondervoeding 110
- ongerustheid 247
- ongevallen, alcoholgebruik 249
- ongewenste kinderloosheid 313
- onregelmatig bloedverlies 334
 - , prikpil 175
- onrust 68
- onscherp zien 257
- onthoudingsverschijnselen, alcohol 251
- ontlasting 23, 343
 - , veranderingen 241
 - , wisselende 246
- ontsteking kleine bekken 240
- ontsteking van het maagdarmlkanaal 23
- onttrekingsbloeding 336
- ontwenningsverschijnselen 308
- onveilige seks 297
- onverzadigd vet 88
- onwillekeurig urineverlies 180
- oog 257
 - , branderig gevoel 268
 - , jeuk 268
 - , rood 268
 - , vergroot bij pasgeborene 220
 - , vuiltje in het 268
- oogarts, verwijzing 258, 270
- oogboldruk, verhoogde 269
- ooglidrand, ontsteking talgkliertjes 269
- oogontsteking 268
- oogwit 344
- oor uitspuiten 225, 229
- oordruppels 230
- oorpeuteren 225
- oorpijn 225, 228
 - , duizeligheid 143
- oorsuizen (tinnitus) 142
- open been 322, 338
- open ruggetje 220
- operatie bij hernia 202
- operatie bij stressincontinentie 183
- opgeblazen gevoel 205, 246
- opvliegers 47, 55, 236, 281
- orgasme 158
- oriëntatie in tijd en plaats 104, 113
- ORS 26
- orthopedisch chirurg 202
- orthostatische klachten 143
- oseltamivir 186
- Osgood-Schlatter, ziekte van 213
- osteoporose 48, 221
 - , risicofactoren 224
 - , wervelfractuur 201
- osteotomie 218
- ostium 264
- otitis externa 225
- otitis media acuta 228, 287
- otitis media met effusie 232, 287
- otosclerose 287
- otoscoop 225, 288
- ouderdomslethorendheid 288
- ouderdomsverziendheid 258
- oudere patiënten, hartfalen 165
- ovariumcarcinoom 132
- overbeharig 47
- overbelasting, polsspieren 154
- overgang 48, 236
 - , osteoporose 221
- overgangsverschijnselen 236
- overgewicht 86, 165
 - , alcoholgebruik 249
 - , diabetes mellitus 126
 - , maagklachten 207
- overlevingsduur 131
- overloopblaas 82
- overloopincontinentie 180
- overspannen 118
- oxazepam 251

- paniek 55
- paniekaanvallen 117
- paniekstoornis 237
- Pap-classificatie 91
- papel 19
- paracetamol 186, 202, 223, 230, 266, 280
- paradoxale' diarree 24
- Parkinson, ziekte van 110
- partnerwaarschuwing, soa 296
- pasgeborene 345
 - , onderzoek 219
 - , routineonderzoek 219
- passagestoornissen 205
- patellofemorale pijnsyndroom 213

- PAV, zie perifere arterieel vaatlijden 243
- peginterferon 345
- pelvic inflammatory disease (PID) 240
- penis 157
- perceptief gehoorverlies 287
- perifere arterieel vaatlijden 122
- perifere arterieel vaatlijden (PAV) 243
- peritonsillair abces 29
- peritonsillair infiltraat 29
- petechiën 194
- Peyronie, ziekte van 157
- Phadiatop 43
- PID 335
- piekstroom 66
- piekstroommeter 63
- piepen 58, 63
- pijn 117, 319
 - , bij bewegen 197
 - , bij het vrijen 237
 - , bij plassen 329
 - , bij wervelfracturen 222
 - , bovenbuik 205
 - , elleboog 154
 - , enkel 146
 - , gewricht 189, 261
 - , in de onderbuik 240
 - , in rust 243
 - , knie 212
 - , op de borst 55, 68, 304
 - , 's nachts 243
 - , uitstralend in het been 200
- pijnstillert 147
 - , epicondylitis 154
 - , lagerugpijn 199
 - , overmatig gebruik 169
- pijnstilling 320, 323
 - , bij middenoorontsteking 231
- pil 137, 336
 - , 'doorslikken' 176
 - , overgang 237
 - , stoppen met 351
- pimecrolimus 96
- Pityriasis versicolor 122
- plaques 85
- plasmabuis 82
- plassen
 - , klachten 241, 293
 - , pijnlijk en vaak 329
- plaswekkermethode 151
- pleurawrijven 138
- poederinhalator 60, 65, 100
- pollen 42, 59
- pols, frequentie en ritme 78
- polsfractuur, osteoporose 222
- polyneuropathie 250
- postcoïtumtest 314
- postmenopauzaal bloedverlies 334
- postnasal drip 264
- postpartumdepressie 117
- posttraumatische stressstoornis 56
- posttrombotisch 137
- posttrombotisch syndroom 138
- prednison 25
- prenatale diagnostiek 351
- presbycusis 288
- presbyopie (ouderdomsverziendheid) 258
- prikaccident 298, 342, 345
- prikkelbaredarmsyndroom 246
- prikpil 46, 175
- primaire amenorroe 46
- probleemdrinker 249
- problematisch alcoholgebruik 249
- proef van Lasègue 203
- progestageenreceptoren 135
- progestagenen 336
- progesteronbelastingstest 47
- progesteronpreparaat 47
- prolactinespiegel 47
- Propionibacterium acnes* 19
- prostaat 82
- prostaathypertrofie 180
- prostaatoperatie 83
- prostaatvergroting, urineweginfectie 329
- protonpompremmers 206
- Protozoa 24
- pseudojicht 190
- pseudokroep 39
- psoriasis 225, 254
- psychische spanningen, lagerugpijn 198
- psychosociale gevolgen, psoriasis 255
- psychosociale klachten, alcoholgebruik 251
- psychosociale problemen 283
- psychosociale veranderingen, overgang 237
- puimsteentje 123
- puncteren 31
- punctie 132
- purinerijk voedsel, jicht 190
- pusoogjes pasgeborene 353
- pustel 19, 254
- pustels 122
- radiculaire pijn 200
- radioactief jodium, behandeling met 276
- radioloog 132

- ramadan 334
RAST 59
recruitment 288
rectaal toucher 82, 181
rectale meting 192
reflexincontinentie 180
refluxklachten 205
refractievermogen van het oog 257
reizigersdiarree 23
relatieproblematiek 159
resistentiebepaling 25
resusantistoffen 350
resusnegatief, miskraam 210
retinoïden 20
reuma, acuut 29
reumatoïde artritis 75, 215, 261, 280
–, osteoporose 221
reumatoloog, verwijzing 262
revalidatie bij CVA 105
reversibel 98
rhinitis 42
rhinosinusitis 264
Richtlijnen Goede Voeding 80
rijvaardigheid bij dementie 113
risicoberoeven 59
risicocontact 344
risicofactoren
–, hart- en vaatziekten 105, 113, 244, 317
–, osteoporose 224
–, vaataandoeningen 322
risicogroepen urineweginfecties 330
risicoprofiel hart- en vaatziekten 86, 126
ritmestoornissen 186
RIVM 133
RNA 136
rode bloedcellen 50
rode plekken 254
roken 58, 86, 307
–, osteoporose 221
–, stoppen met 78, 110, 127, 176, 244, 306, 317
–, zwangerschap 351
rolstoel, patiënt in 107
röntgenfoto 280
röntgenfoto's, handen en voeten 262
rood oog 268
roodheid, gewricht 189, 261
roodvonk 29
rookstatus 308
rotatorcuff-spielen 279
rotavirus 23
routineonderzoek pasgeborene 219
rugpijn 197, 200, 222
ruptuur (scheur) enkelband 145
rust 320
sacrum 73
salbutamol 65
salicylaten 186
Salmonella 23
saneringsadviezen 65
satellietvorming 122
scarlatina 30
schaamluis 295
scheelzien 259
schildklier 46, 274
schildklierandoeningen 165, 274
–, osteoporose 221
–, zwangerschap 350
schilfering, zilvergrijze 254
schimmeldraden 122
schimmelinfectie 121, 343
–, vagina 162
schimmelnagels 122
schimmels 121
schimmelsporen 122
schoonheidsspecialiste 20
schoudergewricht 279
schouderklachten 279
schuifkrachten 107
schuldgevoel 119
sclerocompressietherapie 339
screening 130
secundaire amenorroe 46
secundaire preventie hart- en vaatziekten 78
seizoenswisseling 43
seks
–, onveilige 297
–, zwangerschap 352
seksualiteit 157
–, inspanningsniveau 79
seksueel overdraagbare aandoening (soa) 161, 175, 293
seleniumsulfideshampoo 2,5% 123
Semmes-Weinstein, monofilament van 128
sepsis 194
Shigella 23
sikkelcelanemie 50
sildenafil 158
siliconenprothese 134
sinussen 264
slaapadviezen 284
slaapapneusyndroom 284
slaapmiddelengebruik, chronisch 284
slaapproblemen 283

- slaapstoornissen 237
 slaaptkort 110
 slapeloosheid 117
 slecht drinken pasgeborene 219
 slechthorendheid 287
 slijm, in ontlasting 246
 slijmbeurs 215
 slijmoor 232
 slijmvliezen, neus- 42, 264
 slikstoornissen 103
 slokdarmbeschadiging 223
 slotklachten knie 213, 319
 sneeuwblindheid 270
 snot 264
 soa 161, 240, 293, 335
 -, spiraaltje 300
 sociale fobie 56
 sombere stemming 117
 spanningshoofdpijn 168
 spastische darm 246
 spataderen 137, 338
 speculum (eendenbek) 92
 speculumonderzoek 161, 241, 335
 spermaonderzoek 314
 spiraaltje 240, 300, 335
 spirocheet 73
 spirometrie 59, 63, 99
 spit 197
 sporten, zwangerschap 352
 spraak- en taalontwikkeling 233
 spraakstoornis 103, 316
 stadia van gedragsverandering 252
 stafylokokken 23, 187
 stafylokokkeninfectie 97
 stagering 130
 standaardconsumptie alcohol 251
 standafwijkingen
 -, enkel 146
 -, knie 212
Staphylococcus aureus 71
 stappenplan 21
 startpijn 216
 statine 79, 87, 123, 127, 343
 steatohepatitis 342
 steatosis hepatis 342
 steenpuisten 187
 stemmingsdaling 117
 sterfterisico 90
 steroïden 19
 steunkousen 324, 339
 Stichting Nationaal Programma Grieppreventie
 186
- STIVORO 311
 stollingsafwijking 336
 stollingsstoornissen 335
 stoornis evenwichtsorgaan 142
 stoppen met de pil, zwangerschap 351
 stopweek 176
 strabisme (scheelzien) 259
Streptococcus pyogenes 71
 streptokokken 29
 -, infectie 29
 stress 95, 246
 stressincontinentie 180
 stroke-unit 103
 sub-50-pillen 174
 subacromiale ruimte 279
 subfertiliteit 313
 Surinamers, diabetes mellitus 126
 surmenage 118
 syfilis 294
 syndroom van
 -, Asherman 46
 -, Cushing 46
 -, Down 233
 -, Wernicke-Korsakoff 250
 systolische bloeddruk 86
- taalontwikkeling 233
 tacrolimus 96
 tadalafil 158
 talg- en zweetklieren 71
 talgklierfollikel 19
 talgproductie 19
 tampon 335
 tandpijn 264
 tapebandage 147
 tapetechniek 148
 tbc 343
 teerzwarte ontlasting 205
 tekenbeet 73
 teleurstelling bij miskraam 209
 temperatuur 335
 tennisarm 154
 TENS 217
 tepeluitvloed 131
 terbinafine 123
 testosteron 157
 tetracycline 21
 therapeutisch-elastische kous 139
 therapietrouw 21
 thoraxfoto 193
 TIA 78, 103, 143, 316
 TIA-service 317

- tienjaarsoverleving 131
tinnitus 142
tintelend gevoel, been 200
tintelingen 55
tintelingen of pijn in de voeten 126
toerfietzers 215
tofi, jicht- 189
tonsillectomie 31
toucher
–, rectaal 82, 181
–, vaginaal 241
toxoplasmose, zwangerschap 351
tractus iliotalibialis frictiesyndroom 215
tramadol 217
tranende ogen 269
tranexaminezuur 336
transcutane elektrische zenuwstimulatie 217
transient ischaemic attack (TIA) 316
transpiratieaanvallen 236
transpireren 55, 68
transvaginale echo 335
transvet 88
tretinoïne 21
trias van Virchow 137
trichomonasinfectie 294
triggers migraine 169, 172
trillen 55
Triple Feces Test 25
triptanen 170
tromboflebitis 137
tromboflebitis (aderontsteking) 340
trombolysen 104
trombose, diepe veneuze 137
trombosedienst 139
trombus 137
trommelvlies 233
–, afwijkingen 228
–, buisjes, adviezen 235
–, perforatie 225, 287
tropen, sub 25
TSH-bepaling 47
Turken, diabetes mellitus 126
tussentijds bloedverlies 92, 176, 334
–, spiraaltje 302
tweedegeneratiepil 174
tweedegraads 133
tympanometer 288
tympanometrie 234

uitdroging 38
uitspuiten oor 225, 229
uitstralende pijn in het been 200

uitstrijk, cervix 91
uitstrijkje 335
uitvalsverschijnselen 200
ulcus 107
ulcus cruris 338
ulcus cruris venosum 322
ulcusklachten 206
ultraviolet licht 19
urethritis 294
urge-incontinentie 180
urine-incontinentie 180
–, kraamvrouw 353
urineonderzoek 110, 330
urineretentie 109
–, voorkomen 83
urinesteeaanval 326
urinesteenlijden 326
urineweginfectie 82, 150, 181, 193, 327, 329
–, zwangerschap 350
uroloog, verwijzing bij incontinentie 182
UV-straling 270

vaak plassen 329
vaataandoeningen, risicofactoren 322
vaatchirurg, verwijzing 244
vaatlijden, perifere arterieel 243
vaccinatie 185
vage klachten 117
vagina 335
vaginaal, toucher 241
vaginaal bloedverlies 334
vaginaal toucher 335
vaginale afscheiding 160, 293, 294
–, zwangerschap 350
vaginale anticonceptivering 175
vaginale droogheid 237
valpreventie 222
vardenafil 158
varenicline 310
varices 338
vasomotorische klachten, overgang 237
vasovagale klachten (flauwvallen) 143
veel drinken 331
veneuze insufficiëntie 122
verdriet bij miskraam 209
vergrijzing 156
verkalkingen 131
verklevingen iris en lens 269
verkoudheid 269
verlamming 103, 316
verlamningsverschijnselen 202
verloskundige taken 349

- vermijding allergenen 95
 vermijdingsgedrag 56
 verminderde vruchtbaarheid 241, 313
 verminderde weerstand 233
 vernevelaar 100
 verpleeghuis 185
 verslaving 251, 307
 verslechterde doorbloeding 322
 verslikpneumonie 104
 verstopte neus 42
 verzadigd vet 88
 verziendheid 258
 verzorgingshuis 185
 vet 88
 vetstofwisselingsstoornissen, diabetes mellitus 126
 vette zalf 96
 vicieuze cirkel 158
 vierlaagsverband 325
 virale infectie 194
 Virchow, trias van 137
 virushepatitis 342
 virusremmers 345
 vis 88
 visusbepaling 258
 visusbeperking 110
 visusdaling 316
 visusproblemen 126
 vitamine B 251
 vitamine K, pasgeborene 352
 vitamine-B12-tekort 50
 vocht in de knie 213
 vochtscheiding, neus 43
 vochtbeperking 166
 vochtophoping achter trommelvlies 232
 vochttekort 110
 voedings- en genotmiddelen, maagklachten 206
 voedingstoestand 107
 voedselallergie 95
 voedselovergevoeligheid, zuigelingen 347
 voedselvergiftiging 23
 voeten, tintelingen of pijn 126
 voetzool 122
 vogelgriep 184
 vogelgriepvirus 184
 voorbehouden handeling 187
 voorste kniepijn 212
 vrijen 158
 vrouwzijn 334
 vruchtbaarheid 334
 -, verminderd 241
 -, verminderde 313
 vuiltje in het oog 269
 waarnemingsstoornis 104
 warmte, gewricht 189, 261
 wegwerpluiers 344
 wektraining 151
 werkplekanalyse 281
 Wernicke-Korsakoff-syndroom 250
 wervelfractuur
 -, door osteoporose 201
 -, osteoporose 222
 Wet BIG 187
 whirlpool-dermatitis 72
 wimpers, ontsteking haarzakjes 269
 winderigheid 246
 witte vloed 160
 wondbehandeling 323
 wratten (genitale) 295

 X-benen 212
 XTC 343

 Yersinia 23

 zalf, vette 96
 zanamivir 186
 zeeffe 327
 zelfcontrole 132
 zenuwpijn 125
 zenuwstelsel 149
 ziekte van
 -, Alzheimer 112
 -, Crohn 51
 -, Graves 274
 -, Lyme 73, 201
 -, Ménière 142, 288
 -, Osgood-Schlatter 213
 -, Parkinson 110
 -, Pfeiffer 30
 ziekte van Crohn 138
 ziekte van Hodgkin 132
 ziekte van Peyronie 157
 ziek-zijn 228
 zilvergrijze schilfering 254
 zindelijkheid 149
 zithouding 108
 zout 88
 zoutbeperking 166
 zuigeling
 -, maag-darmproblemen 353
 -, voedselovergevoeligheid 347
 zure oordruppels met corticosteroiden 226
 zuurbranden 205
 zuurgraad gehoorgang 225

-
- zuurneutraliserende medicijnen 206
zuurproductieremmende middelen 206
zwangerschap 137, 160, 241
–, buitenbaarmoederlijke 335
–, klachten 349
–, spiraaltje 302
–, varices 339
zwangerschapsdiabetes 126
zwangerschapstest 335
zweepslag 138
zweer 294
zwellings 319
–, enkel 146
–, gewricht 189, 261
–, knie 213
–, neus 43
zwemmen en otitis externa 226
zwemmerseczeem 121
zweten 142
zwicken, voet/enkel 145