

reikte resultaten. Bedreigde groepen blijken te zijn: ten eerste primiparae met als onderverdeling de groep ouder dan 35 jaar; ten tweede multiparae ouder dan 40 jaar en verder de groepen waarin praematuritas, serotiniteit, stuitligging en toxicose voorkomen.

De historische ontwikkeling van de verloskundige voorzieningen in Nederland en het individualisme van de Nederlander maken het ons inziens zeer onwaarschijnlijk dat een radicale overgang naar een institutionele verloskunde volgens het Zweedse model in ons land zal kunnen worden gerealiseerd. Ook uit financieel oogpunt lijkt dit geen haalbare zaak. Een algemeen probleem, dat alleen centraal lijkt te kunnen worden opgelost, is de verhouding vroedvrouw-huisarts-specialist-patiënt.

Verbetering van de perinatale sterfte kan in de bestaande verhoudingen ons inziens alleen worden bereikt door lokale verbeteringen. De volgende suggesties worden hiertoe gedaan:

1. Plaatselijk zal men moeten streven naar een

nauwere samenwerking tussen vroedvrouw, huisarts en specialist, waarbij de scheiding tussen extra- en intramurale verloskunde komt te vervallen.

2. Een jaarlijkse bespreking van de verloskundige resultaten bijvoorbeeld in een Plaatselijke Huisartsen Vereniging (P.H.V.) waaraan ook de specialisten en vroedvrouwen die in deze P.H.V. werkzaam zijn, deelnemen.
3. In elk ziekenhuis moet de mogelijkheid voor een zogenaamde poliklinische partus worden geschapen.

Summary. Obstetrical observations in a rural practice. A brief introduction is followed by a critical analysis of obstetrical results obtained in a rural practice during the period 1955 through 1965. Since a radical change of obstetrical provisions in The Netherlands seems impracticable, a few suggestions for local improvements are presented.

Kloosterman, G. J. (1966) Ned. T. Geneesk., 110, 1808.
Werkgroep Verloskunde van de huisarts (1963) „huisarts en wetenschap” 6, 328.

*Enkele waarnemingen in de huisartspraktijk bij patiënten met een rinogeen symptomencomplex**

DOOR W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM

Wanneer een huisarts zijn ervaringen wil toetsen op dat gebied van diagnostiek en behandeling hetwelk geheel tot zijn competentie behoort, dan blijken vergelijkbare gegevens moeilijk te vinden. Hij is vrijwel steeds aangewezen op gegevens van patiënten bij wie specialistische hulp nodig was. Deze selectie maakt vergelijking met zijn eigen bevindingen hachelijk. Niet alleen wat de ernst van de ziektegevallen betreft onderscheidt dergelijk materiaal zich van dat van de huisarts, maar ook wat betreft het diagnostische niveau (*Bremer*),

Methodisch betekent dit, dat de huisarts dikwijls, onder een vermoedelijke diagnose, een syndroom behandelt in plaats van een ziekte (*Wibaut*). Door het veelal gunstige beloop tijdens een dergelijke behandeling wordt het ontbreken van een meer adequate diagnose niet als gemis gevoeld. In bepaalde gevallen is voor een verdere differentiatie een onderzoek nodig waarvan de belasting niet in verhouding staat tot het ongemak dat de patiënt van zijn ziekzijn ondervindt. Soms komt het vermoeden dat een nadere diagnose is gewenst eerst naar voren door het falen van de be-

Samenvatting. De resultaten worden besproken van een onderzoek in een huisartspraktijk, waarbij gedurende een jaar 56 patiënten met een rinogeen symptomencomplex (sinusitis?) werden geobserveerd. Er wordt getracht verband te leggen tussen vóórkomen van dit symptomencomplex en de volgende variabelen: leeftijd, geslacht, werkring, klimaatfactoren, voorafgaande neusverhouding en vóórkomen van anatomische afwijkingen in de neus. Tenslotte wordt de gevolgde behandelingswijze besproken.

handeling. In al deze gevallen doet de huisarts evenwel toch ervaringen op die van nut kunnen zijn voor de anderen die bij het behandelen op dit zelfde niveau zijn betrokken.

Om de bruikbaarheid van dergelijke gegevens na te gaan werden tussen 1 september 1965 en 1 september 1966 van alle patiënten bij wie door mij de vermoedelijke diagnose op een ontsteking in een van de bijholten van de neus was gesteld, de gegevens zo uitvoerig mogelijk geregistreerd. Uiteraard betreffen deze gegevens uitsluitend eigen patiënten, hetgeen een inzicht in de opbouw van mijn praktijk noodzakelijk maakt. In het mid-

* Voor het verschaffen van literatuur en het geven van inlichtingen ben ik de collegae Bierman en Oliemans veel dank verschuldigd; collega De Waard dank ik zeer voor zijn advies betreffende het rangschikken der cijfers.

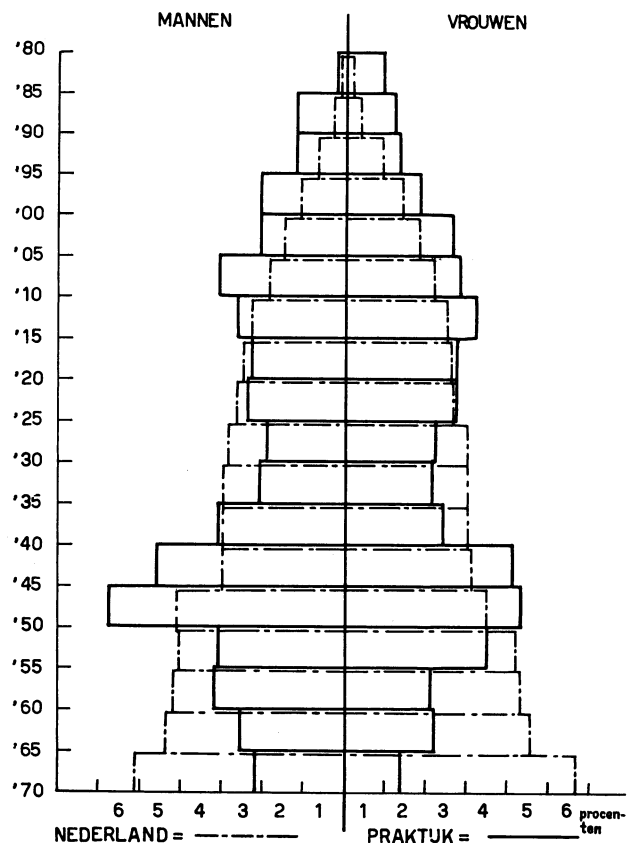
den van de observatieperiode, in februari 1966, werden 1 650 ziekenfondspatiënten geregistreerd, terwijl vermoedelijk nog 1 650 particuliere patiënten mij als hun dokter beschouwden. Het centrum van de praktijk ligt aan de westzijde van Haarlem, aan de duinvoet, in een soort tuindorp. Alle lagen van de bevolking zijn geregistreerd.

In *figuur 1* wordt de leeftijdsopbouw weergegeven. Om deze in één figuur onder te kunnen brengen tezamen met die van de landsbevolking, zijn op de verticale as vijfjaarsgroepen uitgezet tegen de percentages van de bevolking van mijn praktijk, respectievelijk van de Nederlandse bevolking op de horizontale as. Men ziet nogal sterke afwijkingen die wellicht hun weerslag in het materiaal hebben gegeven.

Om het diagnostische niveau te karakteriseren is het verder nodig te weten dat de vermoedelijke diagnose: neusbijholte-ontsteking, werd gesteld met onderzoekmethoden die tijdens het spreekuur van een niet-geassisteerde huisarts systematisch uitvoerbaar waren. Dit gold bijvoorbeeld niet voor het doen van een bezinkingssnelheid der erythrocyten, een bepaling waarvan de systematische uitvoering te tijdrovend zou zijn geworden, terwijl het bezoeken van een huisartsenlaboratorium voor mijn patiënten te bezwaarlijk zou zijn geweest. Het laten verrichten van een röntgenonderzoek zonder voorafgaande verwijzing naar een keel-, neus- en oorarts was destijds evenmin systematisch door te voeren. Het ziekenfonds eiste in dergelijke gevallen van de patiënt dat hij een machtiging tot röntgenonderzoek zou afhalen op het medische controlebureau van deze organisatie. Een dergelijke omweg meende ik niet van mijn patiënten te mogen verlangen. Inmiddels is deze belemmering gelukkig opgeheven.

Uiteraard werd bij mijn patiënten voorzover zij niet werden verwezen, ook geen kaakpunctie gevolgd door spoeling verricht, zodat het bewijs van de juistheid van de voorlopige diagnose niet kon worden geleverd. De röntgenfoto alleen is echter ook geen bewijs: *Versteegh en Zwieringa* vermeldden in hun artikel over „infection haute”, dat slechts in 53 procent van de röntgenologisch gestelde diagnose sinusitis, bevestiging van deze diagnose bij proefpunctie werd verkregen. Dat uit een röntgenologisch heldere sinus toch nog wel een enkele keer pus kan worden gespoeld wordt beschreven door *Bierman*, die hiervan negentien voorbeelden geeft.

Het blijft dus mogelijk dat onder de door mij van sinusitis verdachte patiënten personen schuilen die geen sinusitis hadden. Patiënten met een sinusitis die geen klachten veroorzaakte komen ook niet in mijn onderzoek voor. De duur van de observatieperiode maakte overigens waarschijnlijk dat zij zich toch wel zouden hebben gemeld indien een ontsteking van betekenis zich zou hebben voorgedaan. De vragenlijst (*tabel 1*), die voor iedere patiënt werd ingevuld, moge inzicht geven in



Figuur 1. Procentuele leeftijdsopbouw van de bevolking van respectievelijk Nederland en van de onderzochte praktijk, verdeeld in mannen en vrouwen, in vijfjarengroepen.

de zorgvuldigheid van het onderzoek waaraan iedere vermoedelijke sinusitislijder werd onderworpen. Toch werd in de titel van dit artikel het woord rinogeen symptomencomplex gekozen om weer te geven dat de schrijver zich realiseert dat voor de onderzochte verschijnselen een andere verklaring af en toe mogelijk kan zijn geweest. De juistheid van de voorlopige diagnose zou waarschijnlijker kunnen worden gemaakt indien een grote mate van identiteit kon worden aangetoond tussen de opbouw van het symptomencomplex van deze patiëntengroep en die van een vergelijkbare groep patiënten met pus bij kaakspoeling. Door mij wordt echter niet over dergelijke waarnemingen bij patiënten met een door spoeling van de bijholte bewezen sinusitis beschikt.

In *tabel 1* wordt weergegeven welke gegevens van de patiënten werden geregistreerd. Achter de lijst van symptomen werd bij het ontbreken van het betreffende symptoom een (-) en bij aanwezigheid ervan een (+) genoteerd. De punten werden samengesteld naar aanleiding van de klinische lessen over sinusitis van *Veeneklaas* en van *Van Dishoek* en aan de hand van het leerboek van *Burger*.

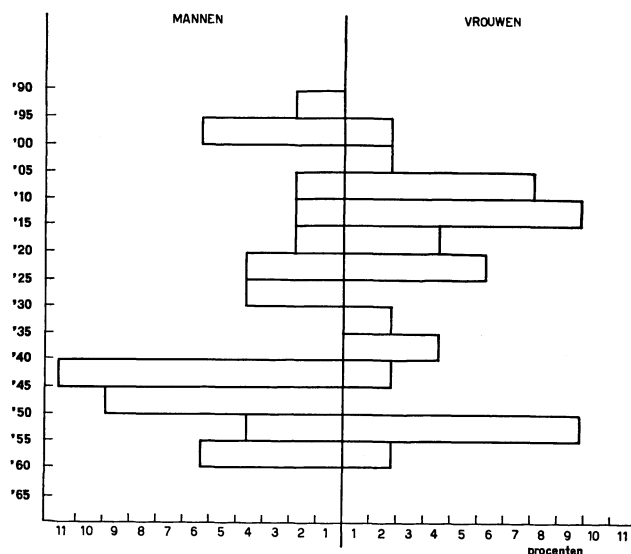
De meeste rubrieken van deze tabel behoeven

geen toelichting. Wanneer de pijn door haar aard en lokalisatie in de eerste plaats een sinusitis deed vermoeden, werd deze pijn typisch genoemd. Obstructie (+) onder „klachten” betekent dat patiënt een verstopt gevoel had. Obstructie van de ademhaling bij „onderzoek” betekent: doorgankelijkheid van de neusgang is aantoonbaar verminderd. Allergisch werd een slijmvlies genoemd bij een bleek-blauw aspect al of niet met zwelling. Een slappe neusvleugel werd (+) genoteerd indien bij het ophalen van de neus de neusvleugel tegen het septum nasi werd aangegezoegen.

Een allergie werd aangenomen op grond van een hooikoortsanamnese of bij duidelijke anamnestiche aanwijzingen voor andere overgevoelheidsreacties in de neus. Recidief (+) betekent dat patiënt in het verleden aan eenzelfde aandoening had geleden. K.N.O.-klachten (+) werden genoteerd wanneer er regelmatig klachten over dit gebied in de anamnese waren aan te wijzen. Van de verdere punten behoeft nog toelichting dat onder differentiatie R staat voor rinogeen, H voor hematogeen en D voor dentigeen, al naar vermoeden van de genese.

Tabel. 1. Vragenlijst voor patiënten bij wie een ontsteking in de neusbijholten werd vermoed.

1	Man/vrouw	Leeftijd	jaar
	Beroep		
	Bestaan rinitis		weken
2	a Klachten	Pijn	{ typisch atypisch
		Secreet neus	
		Obstructie	
		Hoesten	
		Algemene malaise	
	b Onderzoek	Drukpijn	
	rhinoscopia	Etter	
	anterior	Septumdeviatie	
		Poliepen	
		Allergie van het slijmvlies	
		Grote concha media	
		Slappe neusvleugel	
		Adem-obstructie	
		Illuminatie	
	c Anamnese	Allergie	
		Recidief	
		K.N.O.-klachten	
3	Behandeling		
	a Gedurende		weken
	b Verwezen		
	c Röntgenfoto		
4	Differentiatie	R	
		H	
		D	



Figuur 2. Verdeling van de patiënten in procenten van het totale aantal lijdens volgens vijfjarengroepen en naar geslacht.

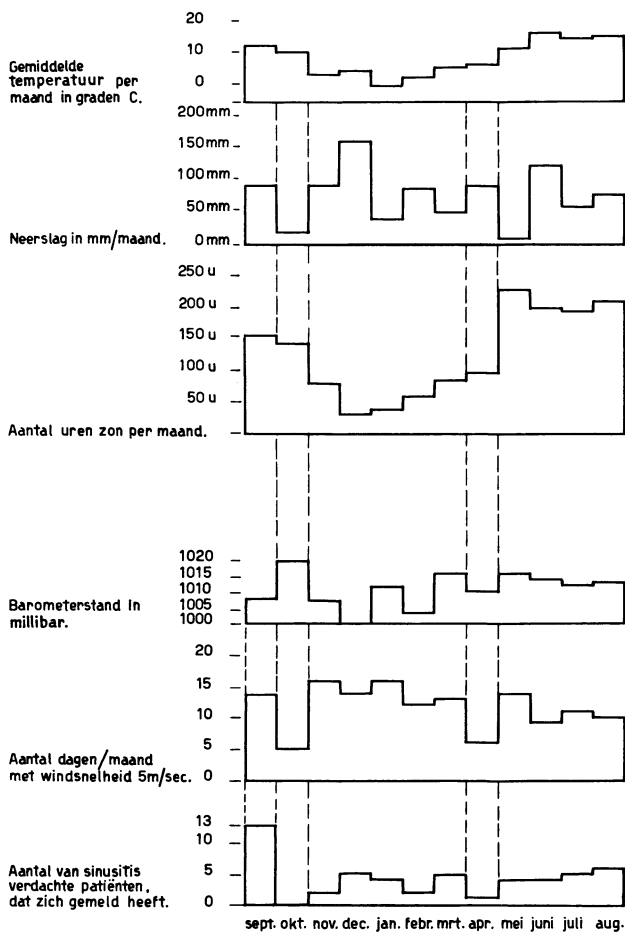
Tussen 1 september 1965 en 1 september 1966 werden 56 patiënten, 29 mannen en 27 vrouwen, op deze wijze onderzocht. De verdeling van de patiënten in procenten van het totale aantal lijdens volgens vijfjarengroepen en naar geslacht is weergegeven in *figuur 2*. Wanneer men zich realiseert dat één patiënt meer of minder een verschil van bijna twee procent dus van twee eenheden op de horizontale as betekent, dan valt een parallel op met de leeftijdsopbouw van de praktijk die op dezelfde wijze is weergegeven. Een en ander suggereert de conclusie dat de leeftijd op het vóórkomen van het syndroom geen invloed heeft. Indien deze conclusie wordt aangehouden, valt het ontbreken van patiënten in de leeftijdsgroep tot tien jaar op. Hiervoor moet een verklaring worden gezocht.

Men beseffe dat bij degenen die ouder dan tien jaar zijn, ziekten door de patiënt zelf worden gepresenteerd. De patiënten in de leeftijdsgroepen nul tot vijf jaar en vijf tot tien jaar moeten echter door hun ouders worden gepresenteerd. Deze laatste achten de verschijnselen van een rinogeen symptomencomplex bij hun kinderen kennelijk niet een reden om de huisarts te raadplegen; soms geven de kinderen ook geen klachten aan (*Veeneklaas*). Richt men zijn aandacht actief op deze groep zoals dit bij het focusonderzoek op verzoek van de kinderarts geschiedt, dan worden ook in deze leeftijdsgroep analoge verschijnselen wel onderkend (*Bierman, Veeneklaas*). Vaak worden deze kinderen onder een andere diagnose gepresenteerd. Een bijkomende sinusitis wordt of niet herkend of elders gediagnostiseerd (na verwijzing).

Er kan nog een argument vóór dit „presentatie-effect” worden aangevoerd. Wanneer men de morbiditeit van dit syndroom uitzet naar voorko-

men per maand, dan krijgt men in *figuur 2* de onderste curve. Helaas ging door onvoldoende registratie bij zeven patiënten de datum van binnenkomst verloren, zodat deze cijfers betrekking hebben op 51 meldingen inplaats van 56. Twee patiënten kregen namelijk binnen de observatieperiode een recidief en dit werd weer medegedeld.

De verwachte voorkeur voor de koude maanden (*Veeneklaas, Rombach*) bleef tot mijn verrassing uit. Om dit te verifiëren werden de weerkundige gegevens over het jaar 1965/1966 opgevraagd bij het Koninklijk Nederlands Meteorologisch Instituut (K.N.M.I.) te De Bilt. In *figuur 3* ziet men van beneden naar boven per maand uitgezet respectievelijk het aantal dagen met windsnelheid groter dan vijf meter per seconde, de gemiddelde barometerstand in millibar, het aantal uren zonneshijn per maand, de hoeveelheid neerslag per maand, de gemiddelde



Figuur 3. De gemiddelde temperatuur in graden Celsius, de hoeveelheid neerslag in millimeters, het aantal uren zonneshijn, de gemiddelde barometerstand in millibar, het aantal dagen met een windsnelheid groter dan vijf meter per seconde en het aantal van sinusitis verdachte patiënten per maand in de onderzoekperiode van 1 september 1965 tot 1 september 1966.

maand in millimeters en de gemiddelde maandtemperatuur in graden Celsius. Deze waarden zijn afkomstig van het Peilstation Den Helder, het station dat het dichtst bij Haarlem is gelegen, van waaruit deze gegevens werden geregistreerd. Het aantal dagen met windsnelheid groter dan vijf meter per seconde berust op waarnemingen in De Bilt.

Tracht men correlatie te vinden tussen deze klimaatfactoren en de frequentie waarmede patiënten zich met een voor sinusitis verdacht syndroom presenteerden, dan ziet men dat temperatuur, noch neerslag, noch het aantal uren zonneshijn, evenmin als de gemiddelde barometerstand een dergelijk teken van correlatie vertonen. Wanneer men de geringe aantallen patiënten per maand daarvan de oorzaak acht, dan valt des te meer op de positieve correlatie tussen het vrijwel ontbreken van patiënten in oktober en april en het geringe aantal dagen in deze maanden waarop de windkracht meer dan vijf meter per seconde heeft bedragen. Mededelingen van patiënten die aangaven dat wind in het gelaat de pijn en ook de overige lasten van hun kwaal deed toenemen, lijken een goede verklaring te bieden. Immers bij meer hinder zullen de patiënten eerder hulp zoeken. Toch lijken de bevindingen in strijd met de algemene indruk dat sinusitis een ziekte van het koude seizoen zou zijn, wanneer men aanneemt dat de hier vermoede diagnose ook de juiste was. Het is vreemd dat correlatie met lage temperaturen uitblijft wanneer neusverkoudheid dit syndroom inleidt, zoals ook uit onze cijfers zal blijken.

Van Loghem laat van het verkoudheidsonderzoek in 1925 en 1926 een curve zien, waaruit een hoge mate van correlatie blijkt tussen daling van temperatuur en verhoging van de verkoudheidsmorbiditeit. Voor het uitblijven van een dergelijke correlatie in ons materiaal zouden, zoals gezegd, de geringe aantallen als oorzaak kunnen worden aangevoerd. Er zijn echter nog meer factoren in het spel. Daar deze „minor-diseases” voor het merendeel „spreekuur”-ziekten zijn, zullen meldingen hierover door het ontbreken van een spreekuur op zaterdag en zondag slechts op vijf dagen per week kunnen plaats hebben. Ook het aantal dagen dat verloopt tussen de eerste verschijnselen van neusverkoudheid, het begin van klachten die een sinusitis zouden kunnen doen vermoeden en het moment van presentatie op het spreekuur varieert sterk per patiënt, hetgeen een maskarend effect kan hebben gehad. Het gelukte niet de begindatum van deze klachten anamnestisch zo nauwkeurig te stellen dat in ons materiaal dit effect zou zijn aan te tonen. Wel is een indruk te geven van de variatiebreedte (*tabel 2*).

Gedachtig aan het verschijnsel van de „barosinus” werd getracht een correlatie te vinden van het optreden van neusverkoudheid met het wisselen van de barometerstand per etmaal. Dit was echter niet mogelijk. Waarschijnlijk zijn de wisse-

lingen, hoewel soms groot, toch te traag om langs deze weg tot klachten aanleiding te geven. Ook mislukte een poging om correlatie met dagtemperaturen aan te tonen, zelfs met inachtneming van een correctie voor de weekeinden waarop geen spreekuurbezoek mogelijk was. Tenslotte ontbrak ook enig verband tussen het vóórkomen van het rinogeen symptomencomplex en de aard van het uitgeoefende beroep (binnen- of buitenwerk), hetgeen eveneens pleit voor een geringere invloed van het klimaat dan oorspronkelijk werd verwacht (tabel 3).

In tabel 4 is per rubriek het aantal patiënten bij wie het betrokken gegeven positief werd bevonden, weergegeven. Om de beoordeling zo objectief mogelijk te laten zijn, werden de absolute getallen voor mannen en vrouwen afzonderlijk vermeld; vervolgens werden de frequenties voor het totaal per rubriek in afgeronde percentages weergegeven. Het blijkt dat in deze rubrieken de absolute aantallen voor mannen en vrouwen nauwelijks verschillen vertonen; er treden althans geen zodanig in het oog lopende afwijkingen op, dat daarin een geslachtsspecifieke factor zou zijn te bespeuren. Dit versterkt de indruk die al uit de totale aantallen spreekt, namelijk dat een door het geslacht bepaalde predispositie geen rol speelt. Het lijkt daarom geoorloofd de cijfers voor beide geslachten op te tellen en de aandacht alleen op de totaalcijfers te richten.

Wat de door de patiënt gepresenteerde klachten betreft, was de volgorde naar frequentie van voorkomen als volgt: 86 procent gaf pijn aan - 36 patiënten een typische, 13 patiënten een atypische pijn -, terwijl acht patiënten niet over pijn klaagden. De pijnklacht deed voor het merendeel reeds de diagnose sinusitis overwegen (namelijk bij 36 van de 56 patiënten). 84 procent had daarbij neusafscheiding, waaraan een sinusitis mogelijk ten grondslag lag. Iets meer dan de helft (64 procent) gaf door belemmering van de neusademhaling aan, in welke regio het bezwaar schuilde.

Verder blijkt dat hoesten een symptoom is dat zelfs vaker (70 procent) werd gepresenteerd dan

Tabel 2. Gegevens over tijdsverloop tussen neusverkoudheid en ontstaan rinogeen symptomencomplex.

Neusverkoudheid gevolgd door rinogeen symptomencomplex	Tijdsverloop in weken	Aantal patiënten
	1	15
	2	10
	3	13
	4	1
	5	2
	6	1
	8	5
	12	1
Geen voorafgaande rinitis in anamnese	—	5
„Jarenlang” chronisch verkouden	—	3

het gevoel van verstopte neus (64 procent), terwijl lang niet alle patiënten (57 procent) zich ziek voelden. Noteert men onder de rubriek differentiatie dat 93 procent (52 van de 56) aangaf dat neusverkoudheid voorafging, terwijl slechts 64 procent (30 van de 56) over een verstopte neus klaagde, dan moet voor 22 patiënten deze verstopte neus op het moment van het aanwezig zijn van het rinogeen symptomencomplex reeds weer doorgankelijk zijn geweest. Gesteld dat de vermoede diagnose juist was, dan ligt volgens mij hierin een argument voor het feit dat het niet de verkoudheidsinfectie zelf is die de sinusitis heeft veroorzaakt, maar dat de obstructie van de neus tijdens de verkoudheid het klimaat scheidt waarin de sinusitis kan ontstaan of recidiveren. Dit is in overeenstemming met wat hierover wordt vermeld door *Flottes en medewerkers*. Bovendien sluit een en ander goed aan bij de geringe correlatie met klimaatfactoren die juist voor verkoudheden veel meer uitgesproken zou moeten zijn.

Steunen de uitkomsten van het onderzoek van de patiënten deze nadruk die op de doorgankelijk-

Tabel 3. Vóórkomen van rinogeen symptomencomplex en aard beroep bij 56 patiënten.

Arbeid voornamelijk binnenshuis	Aantal	Arbeid voornamelijk buitenshuis	Aantal	Arbeid in fabrieksruimte en dergelijke	Aantal	Arbeid in sterk wisselende temperatuur	Aantal
Huisvrouw	16	Monteur	2	Houtbewerker	1	Bakker	1
Scholier	7	Politie-agent	1	Werkplaatschef	1	Kapster	1
Kantoor	7	Chauffeur	1	Bankwerker	1		
Gepensioneerd	4	Zeeman	1	Laboratoriumarbeid	1		
Tekenaar-etser	2	Zandstraler	1	Verkoopster	1		
Kraamverpleegster	1	Werfarbeider	1				
Verzekeringsagent	1	Smid	1				
Maatschappelijk werkster	1	Los arbeider	1				
		Bouwopzichter	1				
Totaal	39	Totaal	10	Totaal	5	Totaal	2

heid van de neus wordt gelegd? 61 procent van de onderzochten had een septumdeviatie; 3,6 procent bezat poliepen; 8,9 procent had een grote concha media en 25 procent bezat een slappe neusvleugel. Neemt men aan dat de septumdeviatie een duidelijke anatomische afwijking betekent (*Spoor en Norden*), dan waren de overige obstruerende factoren zodanig over de patiënten verdeeld dat er uiteindelijk bij 46 van de 56 patiënten een permanente anatomische belemmering van de neusdoorgankelijkheid werd gevonden. Indien deze belemmering inderdaad van betekenis is, dan

zou moeten blijken dat de verschijnselen zich ook voor het merendeel aan de belemmerde zijde manifesteerden.

Bij 31 patiënten was de lokalisatie van de obstructie duidelijk rechts of links aangegeven, terwijl ook een redelijke registratie van de lateraliteit van de bevindingen kon worden vastgesteld. Het bleek dat van de zestien patiënten bij wie van een obstructie rechts sprake was, dertien rechts klachten aangaven. Van de veertien patiënten met een linkszijdige obstructie klaagden tien over verschijnselen links. Van de acht patiënten wier klach-

Tabel 4. Voor verklaring zie tekst.

Aard klachten en afwijkingen	Mannen Aantal 29	Vrouwen Aantal 27	Beiden Aantal 56 Percentages
Pijn	25+; typisch 19 4-; atypisch 6 Geen 4	23+; typisch 17 4-; atypisch 6 Geen 4	86+ 14- —
Secreet neus	26+ 3-	21+ 6-	84+ 16-
Obstructie	22+ 7-	14+ 13-	64+ 36-
Hoesten	21+ 8-	18+ 9-	70+ 30-
Algemene malaise	17+ 12-	15+ 12-	57+ 43-
Drukpijn	19+ 10-	19+ 8-	68+ 32-
Etter	20+ 9-	13+ 14-	59+ 41-
Septumdeviatie	18+ 11-	16+ 11-	61+ 39-
Poliepen	1+ 28-	1+ 26-	3,6+ 96,4-
Allergisch slijmvlies	4+ 25-	1+ 26-	8,9+ 91,1+
Grote concha media	3+ 26-	8+ 19-	20+ 80-
Slappe neusvleugels	6+ 23-	8+ 19-	25+ 75-
Adem-obstructie	15+ 14-	8+ 19-	41+ 59-
Illuminatie	23+ 6-	20+ 7-	75+ 25-
Recidief	13+ 16-	12+ 15-	45+ 55-
Behandeling uitsluitend met neusdruppels, stomen en snuiten	22+ 7-	24+ 3-	82+ 18-
Verwezen naar keel-, neus- en oorarts ..	4+ 25-	1+ 26-	8,9+ 91,1-
Differentiatie R.	28+ 1-	24+ 3-	93+ 7-

ten beiderzijds waren gelokaliseerd, kon bij één patiënt een obstructie zowel links als rechts worden aangetoond. Van de 31 patiënten werd dus bij 24 overeenstemming met de obstructie of een correlatie met daarnaast ook aan de tegengestelde zijde gelegen tekenen van ontsteking gevonden. Van de overige patiënten was de aanvankelijk niet hierop gerichte registratie onvoldoende. Mijns inziens geven deze cijfers wel degelijk steun aan de veronderstelling dat obstructie een zeer voornamelijk factor in het ontstaan van het rinogeen symptomencomplex vertegenwoordigt.

Drukpijn werd in 68 procent van het totale aantal patiënten geregistreerd, etter in 59 procent. Subjectief werd in 84 procent secreet aangegeven. Dit verschil is ten dele te verklaren door de periodiciteit van de afvoer, ten dele doordat het waargenomen secreet niet steeds duidelijk etterig was. Poliepen vormden een zeldzaamheid (3,6 procent). Allergie werd veel minder vaak gezien dan uit het onderzoek van *Franssen* zou worden verwacht. Mijn criteria waren echter primitief (geen eosinofilie-onderzoek). Opvallend is het verschil tussen de gevoelde neusverstopping en de objectief aangetoonde: respectievelijk 64 procent en 41 procent. Waarschijnlijk is de subjectieve waarneming de meest exacte.

Een enkel woord over de transilluminatie, een methode die door *Gerlings* wordt aangevochten. Bij 43 van de 56 patiënten werd bij de doorlichting een afwijking gevonden: dit gegeven werd als steun voor de vermoedelijke diagnose beschouwd. Helaas werd door mij te laat het nut beseft van het registreren van de lokalisatie van de waarnemingen. Later werd dit op de formulieren wel aangekend. Van de 56 formulieren bevatten echter slechts 24 zowel van de transilluminatie als van de overige waarnemingen voldoende aantekening van de lokalisatie om deze tegen elkander te kunnen uitzetten. De gegevens hierover worden in *tabel 5* weergegeven.

Tabel 5. Verband lokalisatie klachten en gevonden afwijkingen met behulp van transilluminatie bij 24 patiënten.

Lokalisatie klachten	Lokalisatie afwijking			
	Links en rechts	Links	Rechts	Geen
Links en rechts	1	0	2	0
Links	1	4	2	3
Rechts	2	0	7	2
Totaal	4	4	11	5

Zevenmaal werd de plaats van de beschaduwde sinus niet geregistreerd. Dertigmaal kregen de subjectieve klachten en de objectieve bevindingen onvoldoende lateraliseringsmerken. Wanneer dit in eerste instantie in strijd lijkt met de gegevens over de obstructie, dan bedenke men dat bij een obstructie links het vinden van een beschaduwde sinus links als een positieve correlatie kan worden

beschouwd, maar dat men bij een gesluierde sinus links aan een anatomische afwijking links geen verdere gegevens omtrent de lokalisatie van de sinusitis kan ontleen.

Van de 24 bruikbare registraties bleek bij acht patiënten de doorlichting niet met de diagnose te correleren, bij vier gedeeltelijk te correleren en bij twaalf patiënten geheel te correleren. Hoewel de registratie dus onvoldoende was, lijkt de doorlichting bij zestien van de vierentwintig patiënten de diagnose te steunen en bij twaalf patiënten zelfs een sterke aanwijzing te betekenen voor de lokalisatie. Deze uitkomsten geven aan, dat men zich op doorlichting alléén niet kan verlaten. Toch ben ik het met *Rombach* eens dat transilluminatie voor de huisarts een bruikbare methode is om de waarschijnlijkheid van de vermoedelijke diagnose sinusitis te vergroten. Op grond van mijn bevindingen lijkt het redelijk de transilluminatie als methode van onderzoek niet te laten vervallen.

Uit het voorafgaande is gebleken dat 25 van de 56 patiënten reeds eerder aan een rinogeen symptomencomplex hadden geleden. Het lijkt dus een aandoening die tot recidief neigt. Tien van hen ondergingen te eniger tijd een chirurgische ingreep in de neus zonder daardoor voor herhaling te worden bewaard: allen hadden veel K.N.O.-klachten in de anamnese gehad en sinds de operatie talloze recidieven. Van vijftien recidivisten die nooit werden geopereerd hadden twaalf „K.N.O.-rubriek (+)”, drie hadden buiten hun aanval van een rinogeen symptomencomplex geen klachten op dit terrein. Bij de eenendertig patiënten die voor het eerst deze klachten hadden, waren er tien die in het verleden veel hinder in de neus-keelstreek hadden ondervonden, één van hen na een neustrauma. Of de tien geopereerden een „bad-risk”-groep hebben gevormd voordat tot operatie werd besloten, viel niet uit te maken.

Beschouwen wij het totale aantal patiënten die reeds gedurende lange tijd last in de regio van keel, neus en oor hadden aangegeven, (37), dan hadden van de 22 niet-geopereerde patiënten tien voor het eerst een rinogeen symptomencomplex, terwijl twaalf al eerder aan dit symptomencomplex hadden geleden. Van de vijftien patiënten bij wie te enigertijd wel een ingreep in de neus-keelholte was verricht, waren er dus tien voor wie dit syndroom niet voor het eerst ongemak bracht. Van deze tien gaven zes aan na de ingreep tussen de vier en tien recidieven te hebben doorgemaakt, terwijl één patiënte over herhaalde recidieven sprak zonder echter het aantal te noemen. Eerlijkheidshalve dient te worden vermeld dat niet kon worden nagegaan hoever van mijn patiënten na een operatie genazen. Van hen die een recidief kregen, leek de toestand echter verergerd. Ik zal dan ook zeer terughoudend zijn met mijn verzoeken om correctie van de neus op grond van een rinogeen symptomencomplex.

Vijf van de 56 patiënten werden verwezen: een

voor neus-tussenschotoperatie wegens extreme septumdeviatie; een omdat na zes weken behandeling er nog purulent secreet kwam; bij een patiënt werd wegens aanhoudende pijn zeven weken na het begin een kaakpunctie verricht, waarbij geen pus werd uitgespoeld. Bij röntgencontrole bleek het slijmvlies van de sinus maxillaris en frontalis links en rechts te zijn verdikt, maar verder helder. De klachten verdwenen daarna spontaan. Verder vond eenmaal verwijzing plaats op verzoek van de patiënt. Deze wilde terug naar de keel-, neus- en oorarts die in het verleden septumcorrectie had verricht. Een patiënt werd wegens bronchitis verwezen; bij hem werd de vermoedelijke sinusitisdiagnose bevestigd. Tenslotte werd voor een patiënt wegens een jarenlange allergie om specialistisch advies gevraagd.

Bij de door mij ingestelde behandeling werd op grond van de veronderstelling dat het rinogeen symptomencomplex wordt veroorzaakt door een ontsteking van de bijholte(n) van de neus, van de volgende drie principes uitgegaan: de doorgankelijkheid van de ostia van de sinus naar de neus moet zo fysiologisch mogelijk worden hersteld; de drainage moet worden bevorderd en het trilhaar-epitheel dat bij de zelfreiniging der sinus een belangrijke rol speelt, dient te worden gespaard.

Het eerstgenoemde wordt het minst agressief bevorderd met ontzwellend door vasoconstrictie. Van de door *Flottes en medewerkers* opgestelde tabellen valt af te lezen dat efedrine hydrochloride in een drieprocentige fysiologische zoutoplossing weliswaar het bedoelde effect sorteert, maar dat daarbij de trilhaarbeweging zou kunnen worden geremd. Bij lagere concentraties zou de kans daarop minder zijn. Menthol zou eveneens een remmende werking hebben. Daarom werd door mij voor eerstgenoemd aspect der therapie aan efedrine in een éénprocentige fysiologische zoutoplossing de voorkeur gegeven (*Vraag en Antwoord 1963*). Om de trilhaarfunctie te bevorderen zou een hoog vochtgehalte in de neus zijn gewenst, hetgeen met dampbaden (waarin dus geen menthol) valt te bereiken. Tevens zou men zich kunnen voorstellen dat daarmee de viscositeit van het secreet in gunstige zin zou kunnen worden beïnvloed.

Voor ontleding van de sinus kan men zowel van de zwaartekracht gebruik maken - door de schedel in een dusdanige positie te laten houden dat het ostium zo laag mogelijk ligt - als van het „waterstraalpompeffect”. Dit ontstaat bij de ostia in de open neusgang wanneer men van de gezonde zijde (of zonedig beurteilungen van zieke en gezonde zijde) het neusgat afsluit en door het open neusgat krachtig uitblaast (*Vraag en Antwoord 1957*). De zuigende werking van de luchtstroom neemt dan het secreet mede. Gelukt het om op deze wijze de sinus te reinigen, dan volgt spontaan herstel.

Alle 56 patiënten kregen de instructie driemaal daags bovengenoemde efedrine-oplossing in de

neus te druppelen, vervolgens een waterdampbad te nemen zonder toevoeging van menthol en daarna op duidelijk aangegeven wijze (voordoen is belangrijk) de neus door te blazen. Iedere patiënt werd gevraagd om terug te komen indien na een week de klachten niet waren verdwenen. Hoewel dit niet de zekerheid geeft dat allen die wegbleven ook klachtenvrij waren, lijkt het toch aannemelijk dat het resultaat van de behandeling voor deze patiënten bevredigend was geweest. Na een week bleven 34 patiënten weg. Indien na de eerste week het resultaat niet bevredigend was, werd er beoordeeld of verbetering was ingetreden. De betreffende patiënt werd overreed gedurende nog een week dezelfde behandeling toe te passen. Na twee weken waren nog acht patiënten zover genezen dat zij geen hulp meer zochten, na drie weken nog zes, na vier en na vijf weken respectievelijk nog een patiënt en na zes weken nog twee patiënten, van wie er een naar de desbetreffende specialist werd verwezen. Voorts waren twee patiënten al direct doorgestuurd naar de keel-, neus- en oorarts, terwijl één patiënt na tien dagen en één na drie weken werd verwezen. De exacte duur van hun behandeling is niet precies bekend.

Het lijkt gezien de mededelingen van de patiënten achteraf nuttig een onderzoek in te stellen naar de werking van antibiotica bij de behandeling van het rinogeen symptomencomplex. Wanneer de drainage goed op gang is gekomen en een behoorlijke afvloed is ontstaan, is het mogelijk dat met antibiotica sneller een genezing wordt bereikt. Zolang geen goede afvloed was verzekerd, durfde ik echter geen antibioticum toe te passen, omdat mijns inziens dan geen werkzame spiegel in het opgehoopte secreet in de holte kon worden verkregen, zodat vanuit het secreet een reïnfectie van het epitheel kon worden verwacht. Incidenteel werden door mij echter wel tetracyclines toegepast wanneer na veertien dagen geen succes werd geboekt en de afvloed van het secreet goed op gang was gekomen. Naar mijn mening sorteerde deze medicatie een gunstig effect, alhoewel ik geen bruikbare cijfers hierover bezit.

In dit verband is de publikatie van *Lundberg en medewerkers* het vermelden waard. Zij bepaalden bij twaalf patiënten het vóórkomen van oraal toegediend tetracycline (doxacycline) in uit de sinus geaspireerde pus. Het bleek dat de concentratie hierin tienmaal zo sterk was als de minimumconcentratie nodig om de bacterie die uit de sinus werd geïsoleerd, op een voedingsbodem in haar groei te remmen. Interessant was overigens de vermelding dat de pus, die vóór het toedienen van doxacycline werd geaspireerd, eveneens groei-remmende werking had, echter minder dan na de toediening van het antibioticum. Alle twaalf patiënten waren uiterlijk na negen dagen genezen. Of dit een bewijs is voor het betere succes van deze behandeling in vergelijking met de door mij verkozenen is nog niet zeker, maar bovengenoemde auteurs

hebben wat doxycycline betreft wel aangetoond dat dit antibioticum in een werkzame hoeveelheid in het sinussecrēt terecht komt. Dit zou, blijkens citaten van andere onderzoeken, niet het geval zijn met penicilline en streptomycine.

Vervolgens werd door mij nagegaan welke patiënten zich tussen 1 september 1966 en 1 september 1967 opnieuw hadden gemeld. Registratiefouten en mutaties in de praktijk maakten dat in deze periode slechts 48 van de in het onderzoek opgenomen patiënten door mij konden worden achterhaald; van deze 48 hadden acht opnieuw voor een rinogeen symptomencomplex hulp gezocht, drie van hen waren voordien reeds naar een keel-, neus- en oorarts verwezen en door deze geopereerd of gespoeld. Dit kleine aantal zegt over het succes van de behandeling niet alles: een patiënt, gevraagd naar het beloop van zijn sinusitisachtige klachten sinds de laatste behandeling antwoordde, mij voor deze klachten niet meer nodig te hebben, omdat hij met mijn instructies van de vorige keer de recidieven steeds in enkele dagen kon bedwingen!

Met inachtneming van de beperkingen die aan een dergelijk onderzoek kleven, zou mijns inziens de volgende samenvatting mogen worden gegeven.

Er werden voldoende redenen gevonden om aan te nemen dat een rinogeen symptomencomplex niet aan het geslacht is gebonden. Het is waarschijnlijk dat de frequentie van vóórkomen niet aan leeftijd is gebonden. Deze aandoening is niet zo ernstig, dat een invloed op de levensduur eruit voortvloeit, zodat bij het vorderen van de leeftijd geen verandering in het percentage morbiditeit per leeftijdsklasse wordt gevonden. De gehele morbiditeit wordt door de door ons verzamelde gegevens niet weergegeven. Er is wel een „presentatiefenomeen” waarschijnlijk gemaakt. In de genese speelt obstructie een zeer belangrijke, zo niet de hoofdrol. De samenhang met het weer is mogelijk van minder onmiddellijke aard dan tot dusver werd aangenomen. Een op ontzwellend en op een zo fysiologisch mogelijke ontleding van de sinus gerichte therapie heeft voor de meeste patiënten in twee weken resultaat. Operatieve ingrepen lijken bij het rinogeen symptomencomplex geen beter resultaat te geven dan conservatieve behandeling.

Wanneer zou worden getracht zoveel mogelijk bevindingen onder één hypothese te vatten, dan zou ik het volgende willen veronderstellen. Een bij de geboorte verworven (of aanwezige) afwijking in de doorgankelijkheid van de neusgangen veroorzaakt een voorbeschiktheid om onder invloed van bijkomstige zwelling van het slijmvlies een afsluiting van het ostium te doen ontstaan. Hierdoor treedt stagnatie van de afvloed van het secrēt uit de bijholten op. Dit vormt de voorwaarde voor infectie van de inhoud daarvan. Deze voorwaarde zal steeds opnieuw kunnen ontstaan zolang de predisponerende factor niet is opgeheven. Daarmede is de neiging tot recidief verklaard.

In dit verband is het vermelden waard dat Olie-mans, tijdens een voordracht voor de kring Haarlem (niet gepubliceerd) adviseerde post partum de neus van de zuigeling op een septumdeviatie te inspecteren, daar de rotatie van de neus langs de wand van het baringskanaal een trauma betekent dat een dergelijk letsel kan veroorzaken. Repositie gaat zeer gemakkelijk door het kind bij de neuspunt te vatten en trek uit te oefenen. Wellicht dat hiermede een preventieve behandeling kan worden geïntroduceerd, die velen in hun later leven hinder zal kunnen besparen.

Een argument voor deze opvatting over het ontstaan van deviatie van het septum zou zijn, indien de aard van de het meest frequent voorkomende spildraaibeweging ook zou correleren met de richting van de deviatie die het meest frequent optreedt. Immers, draait bij de spildraai het achterhoofd naar rechts, dan schuift de neus over de bekkenbodem naar links waarbij het tussenschot een druk naar rechts ontvangt, zodat de deviatie dan naar rechts zal plaatsvinden. Bij schedelliging ligt het achterhoofd, gerekend naar de moeder, in ongeveer zestig procent van de gevallen naar links en in ongeveer dertig procent naar rechts. Dus zal bij de spildraai, gerekend naar het kind, ongeveer in zestig procent van de gevallen het achterhoofd naar rechts draaien met kans op deviatie naar rechts en in dertig procent naar links, met kans op deviatie naar links.

In ons materiaal waren negentien deviaties naar rechts aangegeven en twaalf naar links, terwijl drie niet werden gekwalificeerd. Deze gegevens vormen geen grote, maar toch wel enige steun voor deze opvatting. Indien bij een grotere serie waarnemingen deze veronderstelling met beter cijfermateriaal zou kunnen worden gestaafd, dan zou dit een argument kunnen vormen voor redressie van eventuele septumdeviaties bij lijdens aan een recidiverend rinogeen symptomencomplex. Wel zal dan blijkens mijn bevindingen een operatietechniek moeten worden gebruikt die geen letsels na laat die op hun beurt weer als pre-disponerende factoren kunnen gaan werken. Mogelijk biedt de techniek volgens Cottle hiervoor perspectieven.

Voorlopig lijkt echter behoudendheid bij het stellen van een indicatie tot operatie op grond van dit symptomencomplex aangewezen.

Summary. Some general practice observations in patients with a rhinogeni syndrome. Discussion of the results of a one-year study of 56 patients with a rhinogenic syndrome (sinusitis?) in general practice. Efforts are made to establish a correlation between the incidence of this syndrome and the following variables: age, sex, occupation, climatological factors, preceding nasal cold and the incidence of anatomical abnormalities in the nose. The therapy applied is discussed in conclusion.

Bierman, W. H. Sinusitis bij kinderen, Academisch proefschrift. Tjeenk Willink en Zoon, Haarlem, 1954.
Bremer, G. J. Het verwijzen in de huisartspraktijk. Academisch proefschrift. Van Gorcum en Comp., Assen, 1964.
Burger, H. Leerboek der Ziekten van Oren, Neus, Mond,

Keel, Slokdarm en hogere luchtwegen. Erven F. Bohn, Haarlem, 1947.
 Dishoek, H. A. E. van (1960) Ned. T. Geneesk., 104, 513.
 Flottes, L., P. Clerc, R. Rius en F. Devilla. La physiologie des sinus. Librairie Arnette, Paris, 1960.
 Franssen, M. C. C. (1956) Ned. T. Geneesk. 100, 741.
 Gerlings, P. G. (1959) Ned. T. Geneesk. 103, 2249.
 Loghem, J. J. van. Algemene Gezondheidsleer. Kosmos, Amsterdam-Antwerpen, 1947.
 Lundberg, C., K. Gullers en A. S. Malmberg (1968) Lancet II, 107.

Rombach, J. J. (1960) Ned. T. Geneesk. 104, 43.
 Spoor, A. en A. A. J. C. Norden (1965) Ned. T. Geneesk. 109, 1366.
 Veenklaas, G. M. H. (1948) Ned. T. Geneesk. 92, 2886.
 Veenklaas G. M. H. (1950) Ned. T. Geneesk. 94, 243.
 Versteegh, R. M. en J. Swieringa (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 1434.
 Vraag en Antwoord (1957) Ned. T. Geneesk. 101, 588.
 Vraag en Antwoord (1963) Ned. T. Geneesk. 107, 251.
 Wibaut, F. De methode der geneeskunde. Erven F. Bohn, Haarlem, 1962.

De toediening van Dyta-urèse* bij bejaarden**

DOOR J. SCHOUTEN, INTERNIST***

Ontgiftiging en uitscheiding van geneesmiddelen verloopt bij oudere mensen langzamer dan op jongere leeftijd. Bovendien herstelt het eenmaal verstoorde evenwicht bij bejaarden zich moeilijker (*Schreuder*). Zeker voor de toediening van diuretica bij bejaarden gelden de woorden van *Freeman*: „The use of drugs, like the application of diplomacy, is the art of the possible”.

Zoals bekend blokkeren de moderne diuretica de resorptie van natrium en obligaat daarmee ook de resorptie van water, in het eerste gedeelte van het nephron. Dit leidt ertoe dat aan het laatste gedeelte van de distale tubulus of volgens andere onderzoekers aan de ductus colligens, meer natriumionen worden aangeboden. Daar ter plaatse wordt de resorptie van natrium „betaald” met de afgifte van kaliumionen. Hieruit volgt dat de toediening van diuretica onverbrekkelijk is verbonden met verlies van kalium. (*Geneesmiddelenbulletin*).

Vooraf voor oude mensen die met digitalispreparaten worden behandeld, is kaliumverlies ongunstig. Bovendien bevorderen niet alleen de diuretica het ontstaan van secundair hyperaldosteronisme maar ook de decompensatie zelf werkt zulks in de hand. Ook via dit mechanisme kan het lichaam kalium verliezen. Zeker voor bejaarde patiënten bestaat er dus behoefte aan een diureticum dat wel de uitdrijving van natrium en uiteraard water bevordert, doch dat het kalium-evenwicht ongemoeid laat.

Sinds 1961 is een diureticum voorhanden dat voornamelijk op het laatste gedeelte van het nephron werkt, namelijk 2,4,7-triamino-6-fenylpteri-

dine, kortweg triamteren genoemd. *Wiebelhaus* en medewerkers meenden aanvankelijk dat triamteren een aldosteron-antagonist was; later konden *Baba* en medewerkers echter aantonen, dat triamteren ook werkte bij ratten na verwijdering van de bijniere.

Uit klinische onderzoeken bij gedecompenseerde patiënten bleek, dat toediening van triamteren alléén een geringere uitscheiding van natrium en urine veroorzaakte dan toediening van een thiazidepreparaat. Door combinatie van thiazide met triamteren bleek echter een potentiëring op te treden in die zin, dat de combinatie gunstiger werkte op de uitscheiding van natrium en urine, terwijl het kaliumverlies geringer was dan wanneer uitsluitend het thiazidepreparaat werd toegediend.

Zoals was te verwachten bleek het niet alleen zinloos, maar zelfs gevaarlijk om aan patiënten die met triamteren werden behandeld, extra kalium te geven. Bij verdere onderzoeken bleek bovendien, dat triamteren diurese kon opwekken bij patiënten die niet meer reageerden op andere diuretica (*Joossens en medewerkers, Ypersele en medewerkers*).

Hoewel triamteren geen echte aldosteronantagonist is, kan het vermoedelijk toch als zodanig werken (*Spiekerman en medewerkers*). *Saarimaa*, die vijftig gedecompenseerde patiënten behandelde met de combinatie triamteren-thiazide, zag bij geen enkele patiënt hyperkaliëmie ontstaan. Laatstgenoemde onderzoeker meent dan ook dat deze combinatie vooral van voordeel is, indien een geregelde controle van het kaliumgehalte in bloed en urine onmogelijk is.

Uiteraard kan een te hoge dosering triamteren, die te lang wordt voortgezet, leiden tot hyperkaliëmie (*Sevelius en Colmore, Cohen*). Wij zagen echter, evenals andere auteurs, geen hyperkaliëmie of nierinsufficiëntie ontstaan indien het voorschrift triamteren om de dag toe te dienen werd aangehouden. De algemene ervaring is dan ook, dat met de combinatie triamteren-thiazide een

* Een capsule Dyta-urèse bevat 50 milligram triamteren en 4 milligram epithiazide. Dit preparaat werd ons welwillend ter beschikking gesteld door de firma R.I.T.

**Uit de afdeling geriatrie der Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Amsterdam, directeur: K. Ittmann.

*** Met medewerking van Mevrouw R. A. I. Sloothaak-Notosotarso, Dr. L. Koekenheim en H. Rengelink, artsen, mejuffrouw A. Bouman en mejuffrouw G. Gijzenberg, doktersassistenten.