

Bespreking van een praktijkgeval op een nascholingscursus

DOOR S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

In oktober 1968 werd in Medisch Contact verslag uitgebracht over een nascholingscursus (*Van der Meer*), waarbij de deelnemende huisartsen ter onttrekking aan praktijk- en andere beslommeringen gedurende een week in een hotel waren ondergebracht. Deze week werd hoofdzakelijk besteed aan de bespreking van een aantal ziektegevallen die door de cursisten op de eerste morgen op een „papieren spreekuur” waren behandeld. Dit Groningse voorbeeld vond nadien een aantal navolgingen, onder andere te Haamstede voor Zeeuwse en later voor Rotterdamse huisartsen (*Pel, Van Trommel*).

Aangemoedigd door de enthousiaste mondelinge en schriftelijke verslagen werd in oktober 1969 door enige Leidse huisartsen een soortgelijke cursus georganiseerd in „Den Treek”, een welbekend en voor dit doel bijzonder geschikt hotel-restaurant-buithuis dat te midden van de bossen nabij Leusden is gelegen. Daarbij werd dankbaar gebruik gemaakt van de te Warffum en Haamstede opgedane ervaringen. Tevoren was door een enquête onder de 80 leden van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging (P.H.V.) de belangstelling voor een dergelijk evenement gepeild; toen bleek dat deze vermoedelijk voldoende zou zijn werd de daadwerkelijke medewerking van een aantal Leidse universitaire docenten en een financiële bijdrage van de Landelijke Artsencursuscommissie (L.A.C.C.) verkregen.

Er werden twee cursussen met respectievelijk 21 en 22 huisartsen gehouden; de deelnemers van de twee groepen namen voor elkander de praktijk waar. Dit aantal deelnemers (43 van de 80) is voor nascholingsactiviteiten zeer hoog, het evenaart de Groningse cijfers. Dit treft te meer wanneer men in aanmerking neemt dat alle deelnemers in of dicht nabij Leiden wonen, waar reeds verschillende andere nascholingsmogelijkheden voorhanden zijn. Na afloop van de beide cursussen werd — voorafgaand aan het feestelijke slotdiner — een bespreking gehouden, waarbij de deelnemers zich unaniem zeer enthousiast betoonden. Niet òf, maar alleen het tijdstip waarop een herhaling moest plaatsvinden, vormde een punt ter discussie.

Zoals in het verslag van de cursus te Warffum reeds was aangegeven, spelen twee factoren een hoofdrol bij het succes van deze vorm van nascholing. In de eerste plaats treedt tijdens een dergelijk verblijf snel een zekere groepsvorming op. De-

ze groepsvorming komt kennelijk tegemoet aan een behoefte die bij de grotendeels alleen werkende huisartsen algemeen wordt gevoeld. Het bij elkander herkennen van gelijksoortige problemen, vreugden en frustraties is voor velen een openbaring waardoor het positief beleven van het huisartsberoep wordt versterkt. Uiteraard worden het niveau en de openheid van de discussies sterk bevorderd door een hechte groepssamenhang.

Een tweede factor vormt de methode die op deze cursussen wordt gevolgd om de te bespreken stof aan de orde te stellen. Ieder der deelnemers ontvangt na de opening van de cursus een map met dertig ziektegevallen, waarvan in een opzettelijk vrij summier beschrijving enige gegevens over de patiënt (leeftijd, geslacht, thuis of op het spreekuur gezien), de anamnese en het onderzoek worden gegeven. Op een doorschrijfformulier dient nu van iedere casus te worden opgegeven welke diagnose, differentiële of voorlopige diagnose wordt gesteld, welk verder onderzoek nodig wordt geacht, het aan de patiënt gegeven advies, met het eventueel daarbij gegeven recept. Bij de later in de week volgende bespreking met medewerking van een specialist (in „Den Treek”: een psychiater, een internist, een neuroloog, een gynaecoloog, een chirurg, een kinderarts en een apotheker) is iedere deelnemer tijdens het „spreekuur” op de eerste morgen reeds geconfronteerd geweest met het probleem, zodat hij zijn eigen oplossing kan toetsen aan die van de groep. Ter voorkoming van „teacher-pupil-relations” is tevoren uitdrukkelijk gesteld dat de aanwezige specialist niet als docent maar als „deskundig gesprekspartner” aan de discussies zal deelnemen.

De patiënten die op deze cursus ter bespreking werden gebracht, waren door de leden van een huisartsenstudiegroep in hun eigen praktijken verzameld, zij werden vervolgens gezamenlijk beoordeeld op hun geschiktheid voor de cursus. Aan de deelnemers stonden ongeveer vier minuten per patiënt ter beschikking.

Min of meer naar analogie van de „Klinische Conferentie”-artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde volgt nu ter illustratie van de geschetste gang van zaken een schematisch verslag van een der besprekingen.

Casus no. 2.

Visite: vrouw, 75 jaar.

Anamnese: sinds twee weken steeds kortademiger geworden; geen pijn op de borst; 's avonds dikke

voeten; kan 's nachts niet plat liggen; nycturie driemaal; 's nachts veel hoesten; niet opgeven; geen koorts; eetlust redelijk.

Onderzoek: tensie 190/110 mm Hg; pols 110 slagen per minuut, irregulair; cor: percussie iets naar links vergroot; auscultatie: geen bijzonderheden; pulmones percussie: geen bijzonderheden; auscultatie: achter onder veel vochtige rhonchi.

Laboratoriumonderzoek: niet verricht.

Bij de bespreking vroeg de discussieleider (één der deelnemende huisartsen) of huisarts A zijn visie op deze patiënte wil geven.

Huisarts A: Deze oude dame lijdt aan een decompensatio cordis, zoals blijkt uit de dyspnoe, de nycturie en de hoestprikkel; er zijn geen aanwijzingen voor longinfectie. De snelle onregelmatige pols berust vermoedelijk op atriumfibrilleren, de vochtige rhonchi wijzen op longstuwing en een dreigend asthma cardiale. Ik zou deze patiënte willen behandelen met bedrust, verder zou ik haar digitalis en een diureticum voorschrijven. Mijn recept luidt: R/ digoxine 0,25 mgr. tabl. no. 30 S. éénmaal daags één tablet; R/ hygroton tabl. no. 10 S. om de dag 's morgens één tablet.

Na enige dagen zou ik patiënte opnieuw bezoeken. Wanneer de klachten over benauwdheid en de verschijnselen van longstuwing dan niet zijn verbeterd, zou ik voor deze patiënte ziekenhuisopneming aanvragen.

Discussieleider: Zoudt u in dit geval het onderzoek willen uitbreiden of laboratoriumonderzoek verrichten?

Huisarts A: Nee, daar zou ik in eerste instantie geen behoefte aan voelen.

Huisarts B: Voor mij ligt dit geval heel wat moeilijker. In de eerste plaats lijkt het mij niet mogelijk zonder elektrocardiogram (e.c.g.) te beslissen of hier sprake is van atriumfibrilleren of van multiële extrasystolen; bovendien zou er een coronairinfarct kunnen zijn. De huisarts zou op het E.C.G. zelf kunnen beoordelen of er inderdaad een atriumfibrillatie is; in dat geval zou ik ook met digoxine willen behandelen, maar ik zou op de eerste dag zes tabletten geven en ik zou nog dezelfde avond de pols van deze patiënte gaan controleren om te zien hoe de reactie op de digitalis is. Ten tweede vind ik het een moeilijke beslissing of er in dit geval anticoagulantia moeten worden toegepast.

Internist: Het is inderdaad juist, dat digoxine reeds na een aantal uren een aantoonbare werking heeft; het lijkt mij belangrijk dat deze patiënt spoedig na het toedienen van digitalis wordt gecontroleerd. Vooral bij oudere mensen dient men op zijn hoede te zijn, omdat bij een slechte nierfunctie snel een digitalis intoxicatie kan optreden. Om die reden vind ik het beter om het soortelijk gewicht en de aanwezigheid van eiwit in de urine na te gaan, ook al wegens de toch wat hoge bloeddruk; nog beter is het om ook het creatinine gehalte van het bloed te bepalen. Men kan stellen, dat bij een creatinine gehalte van 5 mg procent

(normaal is tot 1,25 mg procent) een derde van de gebruikelijke dosis digitalis reeds hetzelfde effect heeft. Men ziet dan ook bijvoorbeeld bij prostaatlijders snel een digitalis intoxicatie. Wanneer de nierfunctie onbekend is, raad ik aan in het begin voorzichtig met digitalis te zijn.

Bij goede nierfunctie zal vermoedelijk op de duur een dosis van 1 tot 2 tabletten digoxine nodig blijken. Men dient te streven naar een polsfrequentie van 60 tot 90 slagen per minuut; om niet door een polsdeficit te worden misleid is het noodzakelijk met de stethoscoop boven het hart het aantal slagen te tellen. Vroeger meende men een frequentie van 70 te moeten nastreven, tegenwoordig neemt men aan dat ook bij een frequentie van omstreeks 90 contracties per minuut een optimale hartfunctie valt te verwachten. Omdat digoxine sneller wordt uitgescheiden dan digitaline, verdient het eerste mijns inziens in dit geval de voorkeur, maar het is verstandig zich tot het voorschrijven van één digitalispreparaat te beperken. Van de deelnemers gebruiken 32 artsen digoxine, de overigen digitaline.

Het voert te ver om in te gaan op het al of niet gebruiken van de elektrocardiografie door huisartsen. In dit geval lijkt het mij wel verantwoord om zonder E.C.G. de diagnose aan te nemen. Bij atriumfibrilleren is de pols totaal irregulair en inequaal, dit laatste kan men ook met de bloeddrukmeter vaststellen. Een E.C.G. is wel betrouwbaarder.

Huisarts B: Men zou kunnen proberen met chinidine een normaal ritme te herstellen, maar dan zal in elk geval eerst antistolling noodzakelijk zijn.

Internist: Chinidine mag nooit worden gegeven zolang er insufficiëntia cordis bestaat; een mogelijke uitzondering op deze regel is, wanneer het wordt gebruikt om ventrikelfibrilleren te voorkomen. Toegediend in hoge doses zou chinidine een asystolie met uiteraard letale afloop kunnen veroorzaken; ook bestaat het gevaar dat het fibrilleren overgaat in een flutter. Mij lijkt het de vraag of een regelmatig ritme veel voordeel biedt. Indien men het probeert, moet eerst de frequentie worden verlaagd door digitalis; er mag niet hoger worden gegaan dan drie- tot viermaal 200 mg sulfas chinidini. Het is noodzakelijk dat eerst antistolling wordt toegepast, omdat bij overgang van fibrillatie naar regelmatige contracties thrombi uit het atrium kunnen loslaten en in de circulatie terecht komen. Een normaal ritme kan soms ook spontaan of door de digitalis terugkeren; daarom is er veel voor te zeggen om bij elk recent opgetreden atriumfibrilleren anticoagulantia te geven.

Huisarts C: Zijn de bloeddruk en de leeftijd bij deze patiënte geen contra-indicaties tegen antistolling?

Internist: Het lijkt me dat dit geen bezwaar hoeft te zijn.

Huisarts D: Als oudere huisarts zou ik er de nadruk op willen leggen dat deze patiënte een dieet krijgt voorgeschreven. Met een zoutloos dieet

wordt de vochtretentie vaak succesvol bestreden, misschien zijn de diuretica op de duur wel overbodig.

Internist: In de kliniek geven wij deze patiënten gedurende 24 uur een vruchtensapdieet, eventueel met een mariakaakje, daarop aansluitend een zout-arm dieet. Wanneer men een dieet voorschrijft waarbij geen extra zout aan het voedsel wordt toegevoegd en weinig brood wordt gegeten, dan is het opnemen van keukenzout ongeveer 5 gram per dag.

Huisarts D: Als gevolg van de diuretica kan bovendien een te grote kaliumuitscheiding optreden.

Internist: Inderdaad. Zelfs kan door een kaliumtekort een verhoogde toxische werking van digitalis optreden, zonder dat een tekort aan kalium in het serum kan worden vastgesteld. Maar men kan extra kalium toedienen; in dat geval geve men liever geen dragees die ulcera van de dunne darm kunnen veroorzaken, maar een drank: R/ kalii chloridi 20; aqua ad 300; S. 3x daags 1 eetlepel.

Huisarts B: Als snelwerkend diureticum geef ik bij dergelijke patiënten wel 1 of 2 tabletten Lasix, die ik in de tas bij mij heb; Lasix kan trouwens ook ingespoten worden. Later gaat de patiënt over op hygroton, om de dag een tablet.

Internist: 22 huisartsen schrijven Lasix voor, 18 Hygroton, 2 Dyta-urese.

Huisarts D: Ik vind het ook nodig, dat de patiënte een duidelijke instructie ontvangt betreffende het al of niet houden van bedrust. In dit geval zou ik haar wel uit bed laten komen, maar een zogenaamde armchair-treatment geven. Het komt erop neer, dat zij uit bed komt en dat haar geringe lichaamsbeweging wordt toegestaan, zoals de gang naar het toilet. Zo nodig moet worden gezorgd voor bejaardenhulp of gezinsverzorging en eventueel voor een warme maaltijd.

Internist: Daar ben ik het mee eens. Stringente bedrust is bij oudere mensen niet gunstig.

Huisarts E: Hoe lang moet de digitalis worden gegeven?

Internist: Zeker enige maanden. Er is veel voor te zeggen om er bij deze oude patiënte mee door te gaan; anderzijds is het niet onmogelijk dat een aanvaardbare functie of zelfs een regelmatig ritme blijft bestaan na staken van de digitalis.

Discussieleider: Zijn er verder naar aanleiding van deze patiënte nog vragen of opmerkingen?

Internist: Ik zou nog iets willen zeggen over de handelwijze van de diverse huisartsen. Acht huis-

artsen vonden een elektrocardiogram noodzakelijk; de meesten van hen verwijzen de patiënte na korte of lange tijd naar een internist of cardioloog. In mijn gegevens worden nog enige behandelingsmethoden genoemd die nog niet werden besproken. Door sommige huisartsen worden eufyllinezepillen (éénmaal met opial) voorgeschreven tegen de nachtelijke benauwdheid. Een huisarts wil bij benauwdheid gewaarschuwd worden.

Twee huisartsen schrijven reserpine voor ter bestrijding van de hypertensie. Mij lijkt dit in eerste instantie niet nodig, te meer daar ook de diuretica al bloeddrukverlagend werken. Overigens is bij deze onregelmatige hartwerking een bloeddruk van 190/110 wel aan de hoge kant; misschien zal na opheffen van de decompensatie inderdaad tensiedaling gewenst zijn.

De doseringen van digoxine lopen sterk uiteen. Velen begonnen met 1 of 2 tabletten per dag, een dosis waarbij pas na 3 tot 4 dagen voldoende werking wordt bereikt. Ook de controle vindt wisselend plaats. Enkelen gaan dezelfde avond nog kijken, sommigen laten zich dagelijks bellen, anderen komen pas na 5 dagen terug. Mij lijkt dagelijkse controle toch wenselijk. Men zou de vochtuitscheiding kunnen nagaan door patiënte te wegen. Niet onvermeld wil ik laten dat één huisarts vermeldt patiënte tevens te willen geruststellen.

Discussieleider: Uit de bespreking van deze patiënte blijkt weer hoe vruchtbaar het is elkaars handelwijze te vergelijken. Ik vermoed dat voor velen van ons nieuwe aspecten naar voren zijn gekomen.

Moge dit verslag een verhelderend beeld geven van deze aantrekkelijke vorm van nascholing. Een probleem uit de dagelijkse praktijk wordt aan een aantal huisartsen voorgelegd, waarna gezamenlijk de optimale oplossing wordt gezocht met behulp van deskundig advies. De nadruk ligt daarbij steeds op de realiseerbaarheid in de praktijk, in tegenstelling tot de soms idealistische maar niet altijd haalbare adviezen op cursussen waar de deelnemende huisartsen minder zelf werkzaam zijn.

Op deze wijze dragen deze cursussen tevens bij aan de opbouw van de huisartsgeneeskunde als discipline met een eigen karakter.

Meer, J. H. van der (1968) Medisch Contact 23, 1093.

Pel, J. L. S. (1969) huisarts en wetenschap 12, 276.

Trommel, M. J. van (1969) huisarts en wetenschap 12, 201.