

dat van de opstandigheid, waarin de verwijten komen in de zin van: „Hadden zij dat niet kunnen voorkómen”. „Hadden zij maar zus of zo gedaan”. Die „zij” kunnen de artsen zijn, maar ook allerlei anderen, bijvoorbeeld de baas, de collega’s, enzovoort. Het is goed zich te realiseren, dat meestal niemand of niets er iets aan kan doen of zou hebben kunnen doen. Iets dergelijks ziet men ook bij een plotseling sterfgeval. Eerst: „Het kan niet waar zijn, oh, zeg dat het niet waar is”, en dan is het helaas maar al te waar. Dan komen de opstandigheid, de verwijten, vaak ook zelfverwijt in de geest van: „Had ik maar niet dit of dat gezegd of gedaan”, soms ook aan anderen gericht.

Niettemin moet men, als men hierbij niet rechtstreeks is betrokken, beseffen hoe onterecht, hoe onwaar dit (zelf)verwijt is. Men kan de mensen vaak veel beter helpen als men weet dat dit eigenlijk een normale reactie is: men gaat er niet heftig tegenin, in-

tegendeel, men laat de leeddragenden dan geworden, zoals dat wel wordt genoemd.

Kijken wij nu wat er gebeurt bij de geboorte van een gehandicapt kind, dan krijgt men eveneens deze stadia van: „Het kan niet waar zijn, neen, het is niet waar”, tot de verwijten, de agressie: „Waarom moet ons, waarom moet mij dat gebeuren?” Het zelfverwijt, maar ook hier vaak het verwijt aan de anderen in de geest van: „Hadden ze dat nu niet kunnen voorkómen?”

Als wij nu maar niet op de loop gaan voor deze verwijten, maar juist dan vol begrip bij en naast deze verdriet- en moeite-dragende medemensen blijven staan, juist dan kunnen wij ze straks ook helpen als zij in de volgende fase komen, die van de aanvaarding, sterker nog, wij kunnen deze mensen juist dan, en nogmaals: niet meewarig, niet zielig doend, maar welbewust, met kennis van zaken en daarom vol liefde en begrip begeleiden tot deze aanvaarding, die

van de positieve opbouw van een nieuwe fase in gezin en leven.

Wij noemen dit bij de ongeneeslijk zieke mens de „begeleiding van sterwenden”, een moeilijk, maar dankbaar werk. Zo zou men dit in een gezin waar een gehandicapt kind is geboren, „begeleiding bij het opgroeien vanaf de wieg” kunnen noemen.

En als je de mensen ziet als zij bewust dit kind hebben aanvaard, hoeveel rijker, hoeveel wijzer hun leven is geworden, dan wanneer zij in de ontkenningfase of in die van de opstandigheid blijven steken, dan weet en begrijpt men ook iets van het feit dat het hebben van een gehandicapt kind bijzonder levensverrijkend kan zijn, hoe triest overigens het feit van het gehandicapt zijn ook is. Want, ook al is het verdriet aanvaard en is het tot een stimulans geworden in een gezin, het verdriet blijft er echt verdriet om, maar dan op een ander, beter niveau.

Gonorroe bij de vrouw

DOOR E. W. LOENDERSLOOT* en W. J. M. W. PADMOS, ARTS

Gonorroe neemt over de gehele wereld schrikbarend toe. Nog slechts 25 jaar geleden meende men, dat de gonokok — „de voor penicilline meest gevoelige bacterie” — tot verdwijnen was gedoemd. Nu echter zijn er jaarlijks in de Verenigde Staten en in Engeland al meer patiënten dan tijdens de piek kort na de tweede Wereldoorlog. In Nederland wordt het jaarlijks aantal nieuwe patiënten geschat op twee per duizend inwoners, verdeeld over alle lagen van de bevolking. In tegenstelling tot lues zijn de patiënten in overgrote meerderheid jonger dan dertig jaar.

In de Vrouwenkliniek van het Wilhelmina Gasthuis werd in 1973 bij 108 patiënten gonorroe vastge-

steld. De leeftijd varieerde van 17 tot 70 (!) jaar; slechts twaalf patiënten waren ouder dan 30 jaar. Overige bijzonderheden bij deze patiënten waren:

- Gonorroe in de anamnese: 27.
- Bezoekers polikliniek verloskunde: 14.
- Vooronderzoek bij aanvraag zwangerschapsonderbreking: 5.
- Salpingitis: 23.
- Bartholionitis acuta: 4.
- „Anamnestic” sterk afwijkende portio-cytologie of carcinoma in situ: 10.
- Tevens trichomonas infectie: 27.
- Tevens positieve lues-serologie: 3.

Opvallend was met name het grote aantal bezoeksters van de polikliniek verloskunde, waar onderzoek op

Samenvatting. Gonorroe neemt in de laatste jaren vooral onder jeugdige personen in zeer sterke mate toe. De gevoeligheid voor penicilline en verschillende andere antibiotica is duidelijk afgenomen; in ons land vormen de weinig gevoelige stammen overigens nog geen groot probleem. Bij de vrouw verloopt de infectie meestal asymptomatisch; deze asymptomatische vrouwelijke patiënten vormen tevens het reservoir waaruit steeds nieuwe gevallen voortkomen.

De diagnose bij de vrouw moet bij voorkeur worden gesteld — en het resultaat van de behandeling zeker worden gecontroleerd — door middel van een grampreparaat en kweek van cervixlijm en rectumsecreet. De beste behandeling is Bicilline 4,8 miljoen eenheden intramusculair, een half uur voorafgegaan door het innemen van twee tabletten Benemid. Bij penicilline-overgevoeligheid is het alternatief Delspectin 3 gram intramusculair of bij zwangeren Erythrocine totaal 9 gram per os.

* Destijds arts-assistent Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam; thans Elisabeth Gasthuis te Haarlem.

gonorroe uitsluitend plaatsvond bij verdachte anamnese of symptomen. Voor ons rechtvaardigt dit zeker het continueren van het profylactisch in-druppelen van de ogen bij de langs vaginale weg geboren kinderen met een 1 procent zilvernitraatoplossing.

SYMPTOMEN

Gonokokken hebben een duidelijke voorkeur voor met cylinder-epitheel beklede slijmvliezen (urethra, cervicaalkanaal, rectum en tonsillen). In de geslachtsrijpe periode komt een door gonokokken veroorzaakte kolpitis niet voor, al kan deze wel door een vaak ook aanwezige trichomonasinfectie veroorzaakt worden, die dan vaak de gonorroe zal maskeren! Bij de overgrote meerderheid van de vrouwen verloopt de infectie geheel symptoombloos; bij de overigen geeft ongecompliceerde gonorroe meestal ook weinig klachten.

Na een incubatietijd van twee tot veertien dagen ontstaat:

— Kortdurende, spontaan verdwijnende, dysurie.

— Fluor vaginalis tengevolge van cervicitis gonorrhoea. Deze geeft meestal weinig klachten en verdwijnt soms ook zonder enige therapie. Wel kunnen, zoals bij elke chronische fluor, hinderlijke spitse condyloemen ontstaan, vooral in de vulvairstreek.

— Zeker 30 procent van de patiënten krijgt proctitis gonorrhoea, meestal door het contact van de anaalstreek met de fluor, soms ook door een anale coitus. De klachten zijn meestal gering, zoals branderig gevoel, pijn bij defaecatie, zelden tenesmi ad ani.

COMPLICATIES

De sinds de behandeling met antibiotica veel minder dan vroeger voorkomende complicaties zijn:

— Acute Bartholinitis. Het is overigens een misverstand te menen, dat deze specifiek is voor gonorroe; ook in ons materiaal bleek dit slechts zelden het geval!

— Opstijgen van de infectie vanuit de cervix. Dit zal vooral plaatsvinden aan het einde van de menstruatie (ontbreken van de bactericide slijmprop), na een bevalling en na intra-uteriene handelingen zoals (zuig-)curettagage, maken van een hysterosalpingogram of — minder — het plaatsen van een IUD. Deze ingrepen moeten dan ook bij voorkeur worden voorafgegaan door bacteriologisch onderzoek van het cervixslijm. Vertrouwen op de helderheid van de slijmprop, een normale bezinkings-snelheid van de erythrocyten of het „onbesproken gedrag” van de patiënten is onvoldoende. Ontbreekt de mogelijkheid voor bacteriologisch onderzoek, wat bij abortus provocatus vaak het geval is, dan is het raadzaam profylactisch antibiotica te geven, bijvoorbeeld Vibramycine (4 capsules van 100 mg, verdeeld over twee giften bij opeenvolgende maaltijden). Bij het opstijgen van de infectie ontstaat eerst een voorbijgaande endometritis, die meestal weinig verschijnselen geeft: tussentijds bloedverlies, vervroegd optreden van de menstruatie en/of dysmenorroe.

Vervolgens ontstaat — meestal dubbelzijdige — acute salpingitis, gepaard gaande met koorts, hevige onderbuikpijn en peritoneale prikkeling, welke reflectoïr mictie- en defaecatiebemoelijkking geeft. Deze hevige verschijnselen duren slechts enkele dagen; door het verklevan van de fimbriae ontstaat zelden een echte pelveo-peritonitis. Bij onderzoek worden naast de uterus pijnlijke, worstvormige, zwellingen gevoeld.

Bij behandeling met bedrust en antibiotica is nu nog een volledig herstel van de tubafunctie mogelijk, Gebeurt dit niet, dan kunnen steriliteit en vergrote kans op buitenbaarmoederlijke zwangerschappen het gevolg zijn.

— Hematogene uitzaaiing — zelden met het beeld van een echte sepsis — komt veel minder voor en wordt dan ook vaak niet herkend: gegeneraliseerd exantheem (overgevoeligheidsreactie?), arthritus gonorrhoea (vooral bij zwangere vrouwen en met

voorkeur voor knie- en polsgewrichten) en uiterst zelden endocarditis, glomerulonephritis en meningitis.

— Direct contact kan tenslotte conjunctivitis en tonsillitis gonorrhoea veroorzaken.

DIAGNOSTIEK

Het stellen van de diagnose gonorroe op grond van verschijnselen als „typische” cervicitis, condylomata accuminata enzovoort, is onmogelijk. Bij een aantal patiënten zal zelfs bij uitgebreid onderzoek de diagnose worden gemist! Kan bij de man vaak worden volstaan met een methyleenblauw of liever grampreparaat, bij de vrouw is dit absoluut onvoldoende. In het grampreparaat van het cervixslijm manifesteren de roodgekleurde gramnegatieve diplokokken zich meestal als in de leukocyten gelegen „koffieboontjes”. Beoordeling van het grampreparaat is alleen na veel ervaring mogelijk en ook dan blijken slechts in ongeveer de helft van de gevallen de gonokokken in het grampreparaat aantoonbaar. Betere resultaten worden verkregen door middel van kweek van het cervixsecret. Fout-negatieve resultaten ontstaan hierbij vooral als het afgenomen materiaal niet snel genoeg op speciale voedingsbodems — bijvoorbeeld Thayer-Martin VCN — wordt geënt. Transport kan het beste geschieden door het steriele wattenstokje met cervixslijm in een buis met Stuart-medium te plaatsen. Duurt het verblijf hierin echter langer dan zes uur, dan wordt het resultaat minder betrouwbaar; na 24 uur is de uitslag zelfs in meer dan 30 procent van de gevallen fout-negatief (*Huysmans-Evers* en *Hoogendijk*).

Bij het vermoeden van gonorroe moet, gezien de grote frequentie waarin alleen in het rectumsecret de gonokokken aantoonbaar blijken, ook altijd een grampreparaat en kweek van het rectum afgenomen worden. Bij de nacontrole is dit zelfs essentieel, omdat bij onvoldoende behandeling een reïnfectie vaak vanuit hier zal optreden.

Uitstrijken van de urethra, zoals in

de meeste leerboeken nog wordt aanbevolen, levert over het algemeen geen nieuwe aspecten op en kan dus worden nagelaten.

Het nadeel van het bacteriologisch onderzoek is, dat de uitslag eerst na drie tot vier dagen bekend is. Bij de bekendste immunologische reactie, de fluorescentie-antilichaamreactie tegen specifieke antigenen in het kapsel van de gonokok, is het resultaat al na enkele uren bekend; de betrouwbaarheid blijft voortsnog achter bij die van de kweek. Nog onbetrouwbarder is de complementbindingsreactie, die eerst na enkele weken positief wordt, maar dat dan ook blijft. Gehoopt werd, dat men met deze reactie de vele asymptomatische vrouwelijke patiënten zou kunnen opsporen. Aangezien de test echter ook positief blijft na een afdoende behandeling, is hij voor dat doel ongeschikt.

BELEIDSLIJN VOOR DE HUISARTS

Indien de mogelijkheden tot het (laten) maken van een grampreparaat en doen van een kweek ontbreken, is behandeling van een patiënte alleen verantwoord als zij seksueel contact heeft gehad met een man, bij wie de diagnose gonorrhoe op zijn minst door middel van een uitstrijkpreparaat is gesteld. In dat geval is namelijk de kans dat de patiënte ook besmet is vrijwel 100 procent. Aangezien de nacontrole toch moet geschieden met behulp van een grampreparaat en kweek van cervix en rectum, moet de patiënte dan alsnog worden verwezen.

Gelukkig is het voor de huisarts steeds vaker mogelijk adequate diagnostiek te bedrijven. In Amsterdam bijvoorbeeld houdt de G.G. & G.D. spreekuren alwaar verwezen patiënten worden uitgestreken, waarna de uitslag aan de huisarts wordt medegedeeld. Vindt het bacteriologisch onderzoek plaats in een Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid met de specifieke vraagstelling „gonorrhoe”, dan zijn hieraan geen kosten verbonden.

THERAPIE

Het grote probleem is de aanzienlijke „treatment-failure”, veroorzaakt door de volgende factoren:

1 De gevoeligheid voor vrijwel alle antibiotica (alleen spectinomycine vormt een uitzondering) is sterk verminderd. Was aanvankelijk de minimale remmingsconcentratie voor penicilline 0,003 tot 0,03 E./ml, nu zijn er in Azië reeds stammen die een 1500 maal hogere dosering nodig hebben! Werkelijke resistentie voor penicilline bestaat overigens niet en indien de dosering voldoende hoog is, daalt het percentage „treatment failure” van 50 tot minder dan 5 procent.

2 Gonokokken bevinden zich vaak in voor antibiotica slecht bereikbare plaatsen, zoals tuba-ovariële abscessen, terwijl bij de behandeling van proctitis gonorrhoeica van belang is, dat ter plaatse ook veel penicillinase vormende microorganismen aanwezig zijn.

3 Bij eenzelfde behandeling kunnen de serumspiegels van de antibiotica sterk variëren.

4 Er bestaat een grote „patient-failure”; bij een langdurige orale behandeling wordt de kuur vaak niet afgemaakt of worden de antibiotica gedeeld met de mogelijk besmette partner(s), terwijl bij een in verschillende doses toe te dienen intramusculaire behandeling de patiënten soms wegblijven wegens de pijnlijkheid van de injecties. Om deze redenen verdient een „one-dose-treatment” de voorkeur.

5 Tenslotte is er de „doctor-failure”. In de Verenigde Staten waar vrij duidelijke richtlijnen bestaan over de behandeling, bleek slechts minder dan de helft van de artsen zich daaraan te houden!

Recent verscheen een advies van de Geneeskundige Hoofdingpectie over de behandeling van patiënten met gonorrhoe; onderstaande richtlijnen zijn hieraan voor de praktijk aangepast.

Acute ongecompliceerde gonorrhoe bij vrouwen kan het beste en veruit

het goedkoopste worden behandeld met Bicilline en wel: 4,8 miljoen E. (1,2 miljoen E. kort - en 3,6 miljoen E. langer werkende penicilline), waartoe vier flacons Bicilline van 1,2 miljoen E. moeten worden opgelost in de bijgevoegde ampullen aqua bidest, totaal 20 ml. De intramusculaire injectie kan het beste worden verdeeld over beide billen. Een half uur tevoren moet 1 gram probenecid (2 tabletten Benemid) worden ingenomen, waardoor de uitscheidingsdrempel voor penicilline wordt verhoogd en dus de serum piekconcentratie verlengd.

Geeft men de voorkeur aan een orale penicilline-therapie, dan verdient het nieuwe ampicilline-derivaat Clamoxyl de voorkeur: acht capsules (totaal 3 gram), tezamen met twee tabletten Benemid in eenmaal in te nemen.

Bij penicilline-overgevoeligheid, buiten de zwangerschap, is behandeling mogelijk of met het nieuwe, zeer dure, antibioticum spectinomycine (Delspectin, 1,6 gram per 10 ml., totaal 30 ml intramusculair, verdeeld over beide billen), of eventueel met Vibramycine (twee capsules van 100 mg in te nemen met een lichte maaltijd en eenzelfde dosering bij een volgende lichte maaltijd).

In de zwangerschap verdient penicilline onverminderd de voorkeur; bij overgevoeligheid geve men dan erythromycine per os (Erythro-cine capsules van 250 mg, aanvangsdoses zes capsules tegelijk en vervolgens viermaal daags twee capsules tot een totaal van negen gram is gegeven).

Onderzoek naar lues kan het beste tegelijkertijd gebeuren, aangezien veel patiënten niet voor nacontrole terugkomen. De behandeling met 4,8 miljoen E. Bicilline is overigens voldoende om een beginnende luetische infectie afdoende te behandelen.

Een ander probleem vormen de contactpersonen, die ook moeten worden behandeld. Een positief bacteriologisch onderzoek, uitgevoerd in een Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid, wordt doorgegeven aan de Geneeskundige Inspectie,

waarna eventuele verdere opsporing en behandeling van de contactpersoon geschiedt door aan de Consultatiebureaus voor Geslachtsziekten verbonden verpleegsters. Vaak zullen de contactpersonen zich wenden tot de huisarts van de behandelde patiënte, wat het voordeel heeft dat de behandeling in één hand blijft. Soms, bijvoorbeeld bij promiscuïteit, is het nodig ook de (onwetende) echtgeno(o)t(e) te behandelen; in die gevallen is de eigen huisarts de meest geschikte persoon om dit te regelen.

De schrijvers danken collega B. W. Ketting, gynaecoloog en J. L.

Hoogendijk, bacterioloog, voor de gegeven adviezen.

Summary. Gonorrhoea in the female. Gonorrhoea has been markedly on the increase in recent years, particularly in younger age groups. The sensitivity to penicillin and various other antibiotics has unmistakably diminished; strains with reduced sensitivity, however, are as yet no grave problem in The Netherlands. In females, the infection usually takes an asymptomatic course; these asymptomatic female patients are the source from which fresh cases arise.

The diagnosis in female patients is preferably to be established, and the result of treatment verified, by means of a Gram preparation and culture of mucus from the cervix uteri and rectal secretion. The treatment of choice is

intramuscular injection of 4.8 million U Bicilline (procaine-penicillin) 30 minutes after ingestion of two tablets Benemid (500 mg probenecid). The alternative in the case of penicillin hypersensitivity is intramuscular injection of 3 g Delspectin (spectinomycin sulphate); that in the case of pregnancy is a total of 9 g Erythrocin (erythromycin) orally.

Douglas O'Clark. Gonorrhoea, changing concepts in diagnosis and management (1973) Clin. Obstet. Gynec. 16, nummer 2.

Huysmans-Evers, A. G. M. en J. B. Hoogendijk. (1974) Ned. T. Geneesk. 118, 370-373.

Mali, J. W. H. Geslachtsziekten. Dekker en Van de Vegt, Nijmegen, 1973.

Symposium on Venereal Diseases; (1972) Med. Clin. N. Amer. 56, nummer 5.

Pessimistische gedachten over het hartinfarct

DOOR DRS. A. P. W. M. APPELS, PSYCHOLOOG

Dit is mijn vierde poging een artikel voor dit blad te schrijven. Een jaar geleden kreeg ik de uitnodiging een artikel, dat verschenen was in een psychologisch vakblad, uit te werken voor huisartsen. Drie keer ben ik vastgelopen op de vraag wat de huisarts aan een cultuurpsychologische studie over het hartinfarct zou kunnen hebben. De vriendelijke, drukbezette doener van de eerste lijn weet ook wel, zonder het artikel van *Russek* gelezen te hebben, dat een leven, waarin steeds moet worden geaccellerend, niet zo goed voor het hart is. *Russek* vond dat het binnen de medische professie juist de huisartsen zijn, die de meeste hartinfarcten krijgen, in afnemende mate gevolgd door anesthesisten, pathologen en dermatologen. Bij een kleine enquête, gehouden onder huisartsen in Den Haag, gaf een grote meerderheid aan te geloven dat psychologische factoren een rol in de pathogenie van het myocardinfarct spelen. Men weet het wel. Maar wat kunnen we eraan doen?

Dat ik nu voor de vierde keer begin, vindt zijn oorzaak in de sceptische overtuiging dat we ons binnen

* Medewerker van de afdeling preventie en sociale psychiatrie van de Medische Faculteit Rotterdam

de studeerkamer van een medische faculteit even machteloos en onbekwaam voelen als de huisarts, die wederom met de plotselinge dood van een te jonge vader wordt geconfronteerd. (En hij was kort daarvoor nog wel bij u geweest.)

Wie kwam er eigenlijk bij u? Een wat vermoeide man met klachten over vage pijnen in borst of buik. Hij is wat mat en met een depressief coloriet klaagt hij over het 's nachts vaak wakker worden, over de wereld die harder is geworden, over de vakantie, waaraan hij eigenlijk hard toe is, maar wat gezien zijn werk niet kan. Hij is wat anders geworden en hij kan zijn werk niet zo goed meer doen, omdat hij zich te zwak voelt. Niet dat hij zich nu echt ziek voelt, maar ja, ook zijn vrouw zei hem, dat hij toch maar eens naar de dokter moest.

Het is niet zeker, dat u deze man al goed kende. Misschien was u wel eens bij hem thuis geweest, maar dan was het niet voor hem. Hij klaagde niet gauw. Hij is een voorkomend en actieve man, een harde werker; een goed gezin. Wat is er met hem gebeurd?

HET ZOGENAAMDE A-TYPE

Dat harde werken, dat is welbekend. Het wetenschappelijk onderzoek bevestigt wat alle mensen denken. Het belangrijkste onderzoek is uitgevoerd door de Amerikaanse cardiologen Friedman en Rosenman, die twintig jaar geleden door een stoffeerder erop werden geattendeerd, dat in hun wachtkamer alleen het puntje van de stoel was versleten. Zij gingen er eens op letten en constateerden dat hun patiënten werden gekenmerkt door een jachtige, haastige en ambitieuze levenswijze. Dit gedragspatroon manifesteert zich het duidelijkst in de stijlkenmerken van het gedrag. Zij die dit „coronary prone behavior pattern” vertonen, worden door hen A-types genoemd, degenen, bij wie dit gedragspatroon afwezig of slechts zwak ontwikkeld is, B-types.

Het A-type wordt vooral gekenmerkt door zijn haast. Hij luistert een vraag niet uit, maar geeft het antwoord zodra hij de vraag heeft begrepen. Argumenten of mededelingen onderstreept hij met krachtige gebaren of door het ballen van een vuist. Tijdens een gesprek zit hij niet gemakkelijk achterover, maar met een