

men, waarbij de arts de rol van de tegenstanders speelt. De patiënt kan op deze wijze verschillende manieren van handelen en praten uitproberen alvorens deze in de werkelijke situatie te gebruiken.

Zowel de analyse van het conflict als de strategieën voor de oplossing ervan zijn gebaseerd op de territoriale principes beschreven door *Bakker* en *Bakker*. Voor de praktische uitvoering van dit proces is het nodig dat niet alleen de arts, maar ook de patiënt dit materiaal goed kent. In de „Adult development program” van de University of Washington, waar deze methode ontwikkeld werd, wordt dit gedaan door middel van didactische sessies in klasverband. Het is echter ook mogelijk om de patiënt het relevante materiaal te laten lezen en het zodig met hem of haar te bespreken.

Het is belangrijk het nieuwe gedrag der patiënt te bekrachtigen door een afspraak te maken voor kort na de geplande confrontatie, om verslag uit te brengen over wat plaats vond en om onvoorziene moeilijkheden te bespreken.

Als men het resultaat van deze benadering wil evalueren is het interessant om de patiënt nogmaals het dagboek te laten bijhouden nadat het conflict is opgelost. Een vergelijking van de intensiteit van de symptomen voor en na de behandelingsperiode laat dan duidelijk zien of de patiënt verbeterd is of niet.

De beschrijving van de methode is hier noodzakelijk erg summier en voor de toepassing ervan is verdere studie nodig. Hopelijk echter is het duidelijk geworden in dit betoog dat het hier gaat om een benadering die relevant is voor de huisarts en dat deze kan worden toegepast binnen de traditie van de betrekkelijk beperkte hoeveelheid tijd die de arts beschikbaar heeft voor elke patiënt.

Bakker, C. B. en M. K. Bakker. *Verboden toegang*. De Nederlandse Boekhandel, Antwerpen, 1974.

Holst, D. von (1972) *J. comp. Physiol.* 78, 236-273.

Levi, L. *Emotions*. Raven Press, New York, 1975.

## Uit de praktijk

### Kees Pietersen

Kees Pietersen is 18 jaar oud en werkt hard voor zijn eindexamen, dat hij over enkele weken moet doen. Hij woont thuis met zijn ouders en twee jongere broers. Kees is zelden ziek geweest: de laatste jaren is hij alleen met een ongeval bij de huisarts geweest. Als kind heeft hij mazelen en waterpokken doorgemaakt en enkele perioden met verkoudheid, hoesten en oorpijn tussen zijn vierde en achtste jaar.

Het is mei en mooi, warm, droog weer. De laatste tijd heerst er in de omgeving veel hooikoorts en keelontsteking. Kees komt bij zijn huisarts op het spreekuur met keelpijn, slikpijn en algemene malaise sinds één dag. Bij onderzoek blijkt hij temperatuursverhoging te hebben (38,2 °C). Kees maakt geen zieke indruk. Beide tonsillen zijn vergroot, rood en beslagen met geel exsudaat. De achterste pharynxwand is rood, gezwollen en beslagen met grijs-wit exsudaat. Enkele vergrote submandibulaire lymfklieren zijn palpabel. Er is geen exantheem.

DR. R. A. DE MELKER

#### Eerste vraag

- *wat zijn uw diagnostische overwegingen?*
- *welke drie à vier diagnoses acht u het meest waarschijnlijk?*
- *kunt u deze diagnoses rangschikken in volgorde van waarschijnlijkheid? Geef daarbij uw argumentatie aan.*

Kees vraagt de huisarts om penicilinetabletten. Hij is bang tijd te verliezen door zijn ziekte en wil snel beter zijn. „Ik weet dat u niet zo snel penicilline geeft. Mijn vriend kreeg het wel van de huisdokter en was direct weer beter.”

#### Tweede vraag

- *hoe zou u op deze opmerking reageren?*
- *is het juist dat de patiënt met penicilline sneller beter zal zijn?*
- *welke argumenten pleiten voor, wel-*

*ke tegen een behandeling met penicilline?*

- *op welke wijze zou u eventueel penicilline geven?*

De huisarts besluit om Kees een orale smalspectrum penicillinekuur te geven. Hij verzoekt hem, als hij nog last heeft, na vijf dagen terug te komen. Als Kees vijf dagen later terugkomt, voelt hij zich niet beter. Zijn keelpijn is verergerd en hij voelt zich belabberd. Hij is niet in staat om zijn werk op school en thuis te maken. Patiënt is nu zeer bezorgd voor zijn examen!

Bij onderzoek vindt de huisarts dat de pharynxwand en de tonsillen er beter uit zien. De regionale lymfklieren zijn nu echter veel groter en pijnlijker geworden. Kees transpireert veel 's nachts en slaapt slecht door de keelpijn en zijn verstopte neus.

#### Derde vraag

- *welke verklaringen kunt u geven voor het feit dat de patiënt niet hersteld is?*
- *welke diagnose lijkt nu het meest waarschijnlijk?*
- *welk verder onderzoek acht u op grond van deze diagnose nodig?*
- *wat zegt u tegen Kees?*

De huisarts verricht nader lichamelijk onderzoek, waarbij een iets vergrote milt en vergrote inguinale en axillaire lymfklieren worden gevonden, hepar niet palpabel. Tevens wordt bloedonderzoek aangevraagd. Als Kees twee dagen later terugkomt, heeft de huisarts de volgende uitslagen:

Bloedbeeld: Hb 8,8 mmol/h.

Differentiatie: totaal aantal leucocyten 12.000 mm<sup>3</sup>; polymorfie; neutrofielen 50 procent - monocyten 10 procent; lymfocyten 40 procent, enkele atypische cellen; BSE 20 mm/h.

Reactie van Paul Bunnell negatief.

Kees is nu ongeduldig en vraagt of hij niet beter naar een internist kan gaan.

#### Vierde vraag

- *welke consequenties trekt u uit deze stap?*
- *welk onderzoek acht u nodig?*
- *wat is uw beleid?*
- *wat zegt u nu tegen Kees?*

De huisarts vraagt na een week nog verder bloed- en urineonderzoek aan. Urine: Alb. - red. -; urobiline + biliburine +.

Bloed: hb 8,6 mmol/l BSE 28 mm/h.

Bloedbeeld: totaal aantal leukocyten

18.000 mm<sup>3</sup>, neutrofielen 35 procent, monocyten 10 procent, atypische cellen 15 procent, lymfocyten 40 procent. Paul Bunnell positief.  
γ.g.t. 40u/l.

G.O.T. 60u/l.  
G.P.T. 120u/l.

### Vijfde vraag

- welke conclusies trekt u uit dit onderzoek?
- welke behandeling stelt u in?
- wat zegt u nu tegen Kees?

Het is nu drie maanden later. Kees is inmiddels toch voor zijn eindexamen geslaagd. Leverfunctieproeven en bloedonderzoek vertonen geen afwijkingen meer. Hij blijft echter over algemene malaise klagen. Bij onderzoek blijken de cervicale lymfklieren nog gezwollen te zijn. De tonsillen zijn sterk vergroot.

### Zesde vraag

- wat is de verklaring voor de klachten van Kees?
- welke maatregelen acht u thans nog nodig?

## Antwoorden

### Antwoord op de eerste vraag

Keelpijn is een veel voorkomende klacht in de huisartspraktijk. Bij zijn diagnostische overwegingen zal de huisarts in eerste instantie rekening houden met:

- epidemiologische overwegingen, zoals de incidentie van verschillende ziektebeelden, met name per leeftijds-categorie (tabel);

- het klinische beeld, dat wil zeggen de presentatie van het gehele ziektebeeld en de persoon, met name de ernst van het beeld.

Verder is van belang ook rekening te houden met de behandelbaarheid en de mogelijke consequenties (bijvoorbeeld complicaties) van een ziektebeeld. Zo zal de huisarts een zeldzaam ziektebeeld eerder in zijn diagnostische overwegingen betrekken, indien een vroegtijdige herkenning grote consequenties heeft voor het voorkomen van ernstige complicaties.

Wat betreft de incidentie komt in eerste instantie in aanmerking tonsillitis (incidentie 60 per 1000 (Oliemans)). Uit onderzoekingen is gebleken dat onge-

Tabel. Aantal gepresenteerde nieuwe gevallen van tonsillitis per duizend patiënten per jaar, 1971-1976. N = 11.990.

Leeftijd	Promillage
0 - 4	259
5 - 14	105
15 - 19	82
20 - 49	69
50 - 64	25
65 +	12
gehele populatie	78

Bron: Continue Morbiditeitsregistratie Nijmeegse Universitair Huisartsen Instituut.

veer 1/4-1/3 van de patiënten met keelpijn die de huisarts consulteren op een streptokokkeninfectie\* berust.

Zoals bekend wendt het grootste deel van de patiënten met keelpijn zich niet tot de huisarts. Morbus Pfeiffer (mononucleosis infectiosa) heeft weliswaar een veel lagere incidentie, maar komt juist bij teenagers relatief vaak voor. Veel minder waarschijnlijke diagnosen zijn: angina van Plaut-Vincent, tonsilreacties bij agranulocytose en leukemie, gonorrhoe, difterie. Op grond van epidemiologische overwegingen kan nog worden vastgesteld dat juist in droge, warme zomers vaak keelinfecties voorkomen bij kinderen tussen 4 en 8 jaar en bij teenagers.

Het klinische beeld past het meest bij een angina tonsillaris. Op grond van de symptomatologie is het niet eenvoudig om de pathogenese te kunnen vaststellen. Bij 30 procent van de patiënten met slijkpijn, keelpijn, rode keel, exsudaat op de tonsillen en lymphadenitis colli blijkt de kweek op micro-organismen negatief te zijn (Bots 1965). Bij ongeveer 55 procent van de patiënten met angina worden bij systematische kweken streptokokken gevonden, maar een positieve kweek zegt nog niet alles over de pathogenese, daar veel mensen zonder klachten bacillendragers zijn en een positieve kweek kunnen hebben. De meeste mensen met een positieve kweek tonen een stijging van de antistreptolysin-titer. Anderen hebben een lage titer en tonen geen stijging of hebben een hoge titer die deze keer niet stijgt. In het schema worden de verschillende mogelijkheden weergegeven.

Door bepaling van het verloop van de antistreptolysin-titer zou kunnen worden vastgesteld in hoeverre de gevonden streptokokkeninfectie causaal is.

\* Waar hier over streptokokkeninfectie wordt gesproken, wordt bedoeld: groep A bèta hemolytische streptokokken.

Dit blijkt in ongeveer de helft van de gevallen zo te zijn. Dit percentage neemt overigens in Europa af. Het is duidelijk dat dit alles voor de praktiserende huisarts weinig houvast biedt. Alleen wanneer zich een scarlatina ontwikkelt, heeft de huisarts de zekerheid met een streptokokkeninfectie te maken te hebben.

Toch is een zekere differentiatie op grond van het klinische beeld mogelijk. Koorts, exsudaat, adenitis komen bij een streptokokkeninfectie vaker voor dan bij een virale infectie. Het voorkomen van een exsudaat blijkt het meest indicatief voor een streptokokkeninfectie te zijn. De stijging van het aantal leukocyten - meestal boven de 12.000 - komt bij streptokokkeninfectie vaak, bij virale infecties zelden voor.

Op grond van bovenstaande overwegingen is een streptokokkeninfectie hier het meest waarschijnlijk. De rangschikking van de waarschijnlijkheidsdiagnose is als volgt:

1. tonsillitis acuta ten gevolge van streptokokkeninfectie
2. viraal infectie
3. morbus Pfeiffer

Van de overige vermelde waarschijnlijkheidsdiagnosen komt ook angina van Plaut Vincent in aanmerking. Deze door fusiforme bacteriën en spirochaeta veroorzaakte infectie gaat met hevige slijklachten en een vieze smaak gepaard. De tonsillen zijn rood en bedekt met een grijs beslag dat gemakkelijk is af te vegen. Kenmerkend zijn:

- unilateraal begin, met uitbreiding naar andere zijde;
- het optreden van ulceraties.

### Antwoord op de tweede vraag

De huisarts zou geneigd kunnen zijn op deze vraag defensief te reageren door het geven van een rationeel op zich juist antwoord over de waarde van het voorschrijven van antibiotica. Veel meer gaat het hier om het ingaan op de emotionele betekenis van deze opmerking. Het is begrijpelijk, dat Kees zich ongerust maakt over de afloop van zijn examen en de huisarts zal hierop ingaan door begrip voor zijn situatie te tonen. Hij zal Kees uitleg kunnen geven en in overleg met hem het juiste beleid bepalen. Het is daarbij van belang om de voor- en nadelen van het geven van antibiotica aan Kees duidelijk te maken, zodat deze tegen elkaar afgewogen kunnen worden. Het is even onjuist het verzoek om antibiotica zo maar af te wijzen of zonder meer te honoreren.

Wat zijn overwegingen ten aanzien van

het voorschrijven van antibiotica? Voor alles dienen we ons te realiseren dat we niet zeker weten of er van een virale of bacteriële genese sprake is. In het eerste geval gelden uiteraard slechts nadelen van antibiotica. Als er sprake is van een streptokokkeninfectie moeten we ons realiseren dat een streptokokkenkeelinfectie een „self limiting” ziekte is die binnen vijf tot zes dagen geneest. Anderzijds zal de patiënt 24 à 48 uur na het toedienen van antibiotica verbeteren, zo niet dan dient aan de diagnose streptokokkeninfectie te worden getwijfeld. In dit geval is, gezien het examen en het feit dat de klachten sinds kort bestaan, de bekorting van de ziekteduur met hoogstens een tot drie dagen als een voordeel aan te merken.

Een tweede argument vóór zou de beperking van de infectie binnen het gezin kunnen zijn. Dit argument is van betrekkelijke waarde, daar pas circa 48 uur na de penicillinekuur de patiënt niet meer infectieus is.

Een derde argument vóór heeft betrekking op acute rheuma dat door adequate behandeling te voorkomen is. De frequentie van deze complicatie is echter laag: in de continue morbiditeitsregistratie van het Nijmeegs Huisartsen Instituut 0,16 procent van de aan de huisarts gepresenteerde tonsillitiden. Bovendien is gebleken dat ca. 85 procent van de streptokokkeninfectie met zeer geringe of geen verschijnselen gepaard gaat, zodat de patiënt de arts niet raadpleegt. Het geven van penicilline aan die patiënten die wel de huisarts raadplegen, levert dus slechts een geringe bijdrage aan de preventie van acute rheuma.

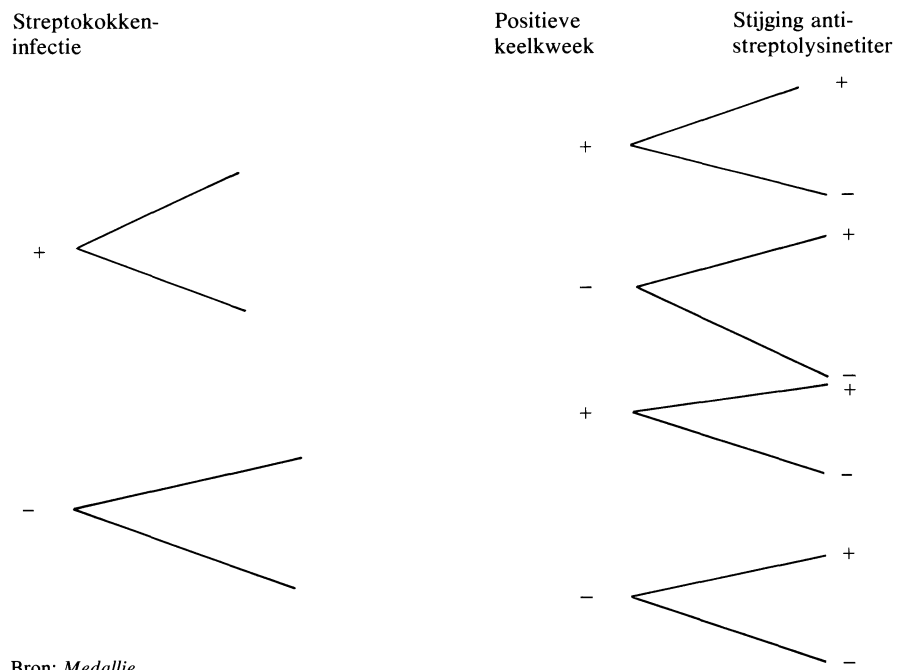
Over het voorkomen van acute glomerulonephritis door het geven van antibiotica zijn de meningen nog verdeeld. Of andere complicaties (bijvoorbeeld peritonsillitis abces) door het geven van penicilline kunnen worden voorkomen, lijkt discutabel.

Andere argumenten die tegen behandeling met penicilline pleiten zijn:

- penicilline kan sensibilisatie veroorzaken;
- door het geven van penicilline kan selectie van penicilline resistente bacteriën plaatsvinden, met als gevolg een toename van deze stammen;
- door het geven van penicilline wordt wellicht het afweermechanisme geremd.

Uiteraard zal nagegaan moeten worden of er geen andere indicatie voor penicillinetherapie bestaat, bijvoorbeeld anamnese met acuut rheuma, cho-

Schema. Streptokokkeninfectie, keelkweek en antistreptolysineter.



Bron: Medallie

reaminor, acute glomerulonephritis, aangeboren of verworven klepgebreken, immunodeficiënties. Als men besluit penicilline te geven vanwege het voorkomen van complicaties dient dit goed gedoseerd en veertien dagen lang gegeven te worden. Indien het gaat om een snellere genezing kan met een week worden volstaan. Het is zeer de vraag of een patiënt zeven of tien dagen trouw zijn medicatie zal innemen als hij geen klachten (meer) heeft. Overwogen kan worden om de patiënt te behandelen met één injectie penidural DF (= i.m. injectie van mengsel van 600.000 E procaine penicilline - G. 300.000 E kalium penicilline - G.). Het nadeel hiervan is de kans op allergische reacties.

Bij verdenking op de ziekte van Pfeiffer is penicilline gecontra-indiceerd in verband met de grote kans op het ontstaan van een ernstig exantheem.

#### Antwoord op de derde vraag

Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor het niet verbeteren van de toestand van onze patiënt:

- in de eerste plaats kan er sprake zijn van een virale oorzaak van zijn tonsillitis acuta. De koorts duurt daarbij meestal niet zo lang, wel kan langdurig pijn met slikklachten blijven bestaan;
- ook is mogelijk dat de patiënt zijn medicatie niet goed heeft gebruikt; gezien zijn situatie en zijn verzoek om deze therapie is dit niet erg waarschijnlijk;

- een andere veronderstelling is dat geen adequate dosering is voorgeschreven;

- ook zou te overwogen zijn dat stress van het examen het genezingsproces negatief beïnvloedt.

Meyer en Haggerty hebben aangetoond dat het begin van keelinfectie ten gevolge van streptokokken verband houdt met een acute gezinscrisis. Men kan zich voorstellen dat een stress-situatie het genezingsproces nadelig beïnvloedt.

Omdat tonsillitis acuta een self-limiting disease is, is het echter waarschijnlijk dat we te maken hebben met Morbus Pfeiffer = mononucleosis infectiosa. Deze ziekte wordt gekenmerkt door de trias:

- koorts;
- (gegeneraliseerde)lymfklierzwellung, meestal milt- en soms ook leverzwellung;
- kenmerkende afwijkingen van het bloedbeeld.

Er bestaan verschillende vormen, onder meer tonsillaire, glandulaire en abdominale. Zeer vaak begint Morbus Pfeiffer met een angina van het lacunaire type. Soms kan het op Plaut Vincent lijken. Naast de genoemde trias is vaak sprake van uitgesproken algemene malaise. Zoals al vermeld komt de ziekte veel voor bij teenagers. Soms ontstaat een vluchtig morbilliform exantheem. Als men op grond van een angina ampicilline voorschrijft, geeft

dit in 70 procent van de gevallen genoemd exantheem.

Onze patiënt toont een vrij typisch verloop van deze ziekte. Nader onderzoek kan omvatten:

– keel en mond: er kan sprake zijn van tonsillitis met een pseudo membranous beslag, sterke zwelling regionale lymfklieren;

– lymfklieren: kenmerkend is de rij van lymfklieren achter de M. sternocleido mastoideus („rozenkrans”); verder zijn vaak de klieren van achterhoofd, oksels en liezen vergroot;

– abdomen; in de helft van de gevallen is de milt vergroot, de lever minder vaak (15-25 procent).

– soms een morbilliform exantheem;  
– laboratoriumonderzoek; van groot belang is het onderzoek van het bloedbeeld; meestal is het aantal witte bloedlichaampjes verhoogd, terwijl meer dan 50 procent uit lymfocyten bestaat, waarvan dan meer dan 10 procent atypisch van structuur. De bse zal meestal verhoogd zijn. De diagnose kan bevestigd worden door een positieve reactie van Paul Bunnell of de monosticon.

De huisarts zal Kees kunnen uitleggen dat hij denkt dat hij „klierkoorts” heeft, een op zich onschuldige ziekte (geen kwaadaardige ziekte), maar met als consequentie een langdurige periode van moeheid en algemene malaise. De huisarts zal met Kees nader overleg plegen over de consequenties voor zijn examen. De huisarts zal uitleggen dat hij over enkele dagen de uitslag zal hebben, die hij dan met Kees zal bespreken.

#### Antwoord op vraag vier

De door de huisarts verkregen nadere gegevens zijn in overeenstemming met de diagnose morbus Pfeiffer: met name de vergrote milt, de gegeneraliseerde lymfklierenzwelling en het bloedbeeld. Het feit dat de reactie van Paul Bunnell negatief is, is (nog) geen reden de diagnose te verwerpen. De antilichamen ontstaan bij de ziekte van Pfeiffer op de vierde dag, ze zijn op de eenentwintigste dag in het merendeel van de gevallen aanwezig. De reactie van Paul Bunnell blijkt echter in circa 30 procent van de gevallen vals negatief te zijn. Als regel is de reactie vanaf de tiende dag positief. Daar de ziekte van Kees pas ongeveer zeven dagen bestaat, is er de kans dat de reactie bij herhaling na zeven tot tien dagen alsnog positief uitvalt.

De M-test (of monosticon) is een ver- (1979) huisarts en wetenschap 22, 208

eenvoudigde vorm van de reactie van Paul Bunnell. Meestal is deze reactie eerder positief dan de reactie van Paul Bunnell De LHD-3 is vrijwel altijd bij een Morbus Pfeiffer verhoogd; deze reactie mag alleen na machtiging door het ziekenfonds door de huisarts worden aangevraagd.

Het is gebleken dat de hoogste diagnostische score wordt bereikt door de beoordeling van een bloeditstrijkje door een ervaren microscopist(e). Het lijkt dus goed beleid de reactie van Paul Bunnell (of eventueel de M-test) na circa tien dagen te herhalen en de diagnose thans (nog) niet te verwerpen. Gezien het feit dat in 15 procent van de gevallen ook de lever meedoet (zwelling, stijging G.O.T., G.P.T.), is het zinvol tevens een G.O.T., G.P.T. te laten bepalen, eventueel  $\gamma$ .g.t., urine, eiwit, reductie, urobiline, bilirubine).

Differentieel diagnostisch komt ook toxoplasmose in aanmerking. Toxoplasmose kan bij volwassenen een vergelijkbaar ziektebeeld geven waarbij met name pathologische lymfocyten in het perifere bloed aanwezig zijn. Het ziektebeeld bij volwassenen bestaat uit een koortsige ziekte met algemene malaise, voornamelijk in de hals gelokaliseerde kleine lymfklierzwellingen, enige vergroting van lever en milt, soms een maculeus exantheem. Ook hier kan moeheid weken duren.

Voor het ongeduld van Kees zal de huisarts begrip moeten tonen; hij zal moeten ingaan op zijn zeer begrijpelijke angst het examen te missen. Hij zal hem moeten uitleggen dat de diagnose vrijwel vaststaat en dat alleen herhaling van onderzoek de onzekerheid kan wegnemen. Tevens zal hij moeten wijzen op de langdurige reconvalescentieperiode en het niet bestaan van een behandeling, die de oorzaak van de ziekte bestrijdt. Het lijkt echter mogelijk dat Kees met de school overleg pleegt over een speciale regeling voor zijn examen.

De huisarts zal kunnen verzekeren dat specialistisch onderzoek geen nieuwe gezichtspunten zal opleveren. Het lijkt niet in het belang van de patiënt meer onderzoek te verrichten dan thans is gebeurd. Eventueel zou de huisarts ter geruststelling van Kees een internist consultatief kunnen raadplegen teneinde een „second opinion” te verkrijgen.

#### Antwoord op vraag vijf

De verkregen gegevens bevestigen de diagnose Morbus Pfeiffer. Er bestaat een lichte leverbeschadiging. Voor

Morbus Pfeiffer is geen specifieke behandeling bekend. Het is niet nodig om absolute bedrust te adviseren. In het begin zal de patiënt uit zichzelf bedrust houden vanwege de algemene ziekteverschijnselen; op geleide van de algemene toestand en de laboratoriumuitslagen kan de patiënt weer volledig gemobiliseerd worden. Wel is gewenst dat de patiënt voldoende nachtrust krijgt, zeker zolang de leverfuncties nog niet genormaliseerd zijn. Als dieetvoorschrift geve men een „roborerend” dieet met weinig vet, aangepast aan de patiënt en de ernst van het ziektebeeld. Hoewel soms corticosteroiden worden voorgeschreven, is het nuttig effect bij Morbus Pfeiffer niet aangetoond. Te verwachten is dat spontaan herstel optreedt, ook van de gevonden leverfunctiestoornissen. Kees zal duidelijk gemaakt moeten worden dat het een goedaardige ziekte betreft met spontaan herstel. In deze fase kunnen ook remissies voorkomen. De periode van algemene malaise kan langdurig (tot drie maanden) zijn. Het is zinvol Kees hierop te wijzen, daar anders ongerustheid is te verwachten. De huisarts kan erop wijzen dat de ziekte via het speeksel en intiem contact wordt overgebracht („kissing disease”). De ziekte is slechts in betrekkelijk geringe mate besmettelijk. Wel kunnen regelmatig in de omgeving enkele contacten worden opgespoord, zelden binnen het gezin. Al met al betekent deze ziekte in deze situatie een emotionele belasting voor Kees en zijn ouders. Het lijkt zinvol in een gesprek met het gezin de situatie te bespreken.

#### Antwoord op vraag zes

Het bestaan van algemene malaiseklachten was te verwachten. Het lijkt zinvol Kees erop te wijzen dat deze klachten bij de ziekte behoren en zeker spontaan zullen verdwijnen. Het feit dat de leverfunctieproeven zijn genormaliseerd is een ondersteuning voor het herstel van de ziekte. Soms klagen teenagers over recidiverende keelpijn na een Morbus Pfeiffer. Aan de vergrote tonsillen mag geen betekenis worden toegekend. De beoordeling van tonsillen op het aspect heeft nauwelijks betekenis.

#### Beschouwing

De beschreven ziektegeschiedenis is een voorbeeld van een veel voorkomend probleem in de huisartspraktijk, waarbij zich zowel diagnostisch als op

therapeutisch gebied diverse beslissingsmomenten voordoen. Ondanks het alledaagse karakter van deze patiëntenbespreking blijkt voor veel van deze beslissingsmomenten geen pasklare oplossing te bestaan. Dit maakt overigens het huisartsberoep zo interessant en creatief. Ook een simpele casus biedt talloze belangwekkende aspecten en dit, des te meer daar in de werkelijkheid de omstandigheden van de patiënt veel duidelijker naar voren komen dan op papier.

De oorzaken van het feit dat voor veel beslissingsmomenten geen pasklare oplossingen bestaan zijn van verschillende aard.

In de eerste plaats ontbreekt ons vaak de voor een gefundeerde keuze noodzakelijke kennis. Zo is denkbaar dat we in de toekomst over meer kennis beschikken, die het mogelijk maakt om op basis van specifieke criteria gemakkelijker een virale van een bacteriële oorzaak van tonsillitis te onderscheiden. Juist echter over de alledaagse problemen is in de geneeskunde relatief weinig bekend. Het onderzoek van *Bots* is dan ook van groot belang; het geeft een schat aan gegevens die van betekenis zijn voor de door de huisarts te nemen beslissingen. Zo wordt soms nog geadviseerd om bij elke tonsillitis zonder meer penicilline voor te schrijven, met als argument de preventie van acuut rheuma.

Een tweede oorzaak van het niet bestaan van pasklare oplossingen hangt samen met het integrale karakter van de diagnostiek en de behandeling door de huisarts. Bij zijn overwegingen spelen immers niet alleen medisch-technische aspecten een rol, maar ook de omstandigheden van de patiënt (beroep, gezin). Zo was in dit geval het examen voor de huisarts een argument dat voor het geven van penicilline pleitte. De bekorting van de ziekte duur was voor hem in zijn situatie een doorslaggevend argument, dat opwoog tegen de vele tegenargumenten. In het algemeen is de huisarts te weinig geneigd om bij dergelijke beslissingsmomenten bewust alle voor- en tegenargumenten samen met de patiënt tegen elkaar af te wegen. Dit houdt het risico in dat hij zich door preoccupaties laat leiden en bepaalde aspecten of argumenten verwaarloost. Deze casus leert ons dan ook een op zich simpel probleem wel degelijk een groot aantal keuzen met zich brengt.

Een derde oorzaak hangt samen met de situatie van de huisarts als eerstelijns hulpverlener. Bij veel diagnostische problemen heeft de huisarts letterlijk

„geen tijd” om beslissingen uit te stellen. Gegeven het grote aantal patiënten met keelpijn dat mogelijk een streptokokkeninfectie heeft, kan zijn diagnostiek niet uitputtend zijn. Het behoort bijvoorbeeld theoretisch tot de mogelijkheden bij elke patiënt met keelpijn een keeluitstrijk te maken en tweemaal de antistreptolysineter te laten bepalen. Op het moment dat grotere diagnostische zekerheid is verkregen (bijvoorbeeld een titerstijging) is de meerderheid van de patiënten inmiddels klachtenvrij. Bovendien zou volledige diagnostiek tot een enorme hoeveelheid overbodig laboratorium- en röntgenonderzoek leiden. Bij Kees had de huisarts reeds bij het eerste consult een bloedbeeld kunnen laten uitvoeren. Dit had een onnodige behandeling met penicilline voorkomen en in een eerder stadium de vermoedelijke diagnose kunnen verschaffen. Juist echter het feit dat de huisarts de patiënt in een vroeg stadium ziet, heeft als consequentie dat het ziektebeeld zich niet volledig heeft ontwikkeld. Kees moest aanvankelijk in onzekerheid worden gelaten, omdat de reactie die de diagnose moest bevestigen, nog niet positief was.

Deze casus laat nog andere belangrijke aspecten van de huisartsgeneeskunde zien. In de eerste plaats blijkt hoe belangrijk anamnese en gericht lichamelijk onderzoek is om tot een waarschijnlijkheidsdiagnose (hypothese) te komen. Door het verloop van de ziekte, de gepresenteerde klachten en zijn eigen kennis en ervaring wordt de huisarts op het goede spoor gezet. Daarbij spelen onder meer epidemiologische overwegingen en het feit dat patiënt tot een risicogroep behoort – zoals zo vaak in de huisartspraktijk – een rol.

Laboratoriumdiagnostiek is nodig als toetsing van de hypothese. Deze casus leert ook hoe voorzichtig laboratoriumgegevens geïnterpreteerd moeten worden: een negatieve. Paul Bunnell zegt aanvankelijk nog niets over de juistheid van de hypothese. Een positieve keelkweek zegt nog niet dat een streptokokkeninfectie de oorzaak van de keelpijn is.

Omgekeerd komen waarschijnlijk veel vals negatieve keeluitstrijken voor (circa 30 procent). *Merenstein* en *Rogers* vonden dat patiënten met duidelijke ontstekingsverschijnselen van de pharynx en de tonsillen en met een negatieve kweek (ongeveer de helft) met penicilline toch sneller genazen dan diegenen die een placebo kregen. Vol-

gens hen zou dit op de vele vals negatieve keelkweken berusten.

Een ander huisartsgeneeskundig aspect betreft de interactie arts-patiënt; op diverse momenten van deze casus blijkt hoe belangrijk de hulpverleningsrelatie is. Reeds bij het eerste contact zal de huisarts niet primair vanuit zijn referentiekader de oorzaak van de klacht moeten opsporen. Zijn allereerste taak is om vanuit het referentiekader van de patiënt informatie te verzamelen omtrent datgene wat voor de patiënt van belang is. Wat deze verheldering van de vraag om hulp in dit geval inhoudt, is nogal voor de hand liggend: zo snel mogelijk herstel om examen te kunnen doen. Het gaat daarbij niet om het verstandelijk begrijpen van deze vraag, maar om het gevoelsmatig kunnen inleven in de patiënt. Dit aspect is later in deze casus nog van veel meer belang. Als de huisarts wel een juist beleid zou voeren, maar geen begrip zou tonen voor het begrijpelijk verzoek om een verwijzing, zou hij als hulpverlener falen. De patiënt zou daarvan de dupe zijn. Het probleem is dan ook niet of een dergelijke patiënt al of niet verwezen zou moeten worden; wel of de huisarts de vraag begrijpt en invoelt wat achter dit verzoek ligt. Kan de huisarts hierop inspelen door de patiënt zich te laten uiten en zijn gevoelens en gedachten te ordenen, dan ontstaat een therapeutische relatie. Binnen deze therapeutische relatie is de huisarts dan in staat mét de patiënt te bepalen of een verwijzing zinvol is of niet. Deze therapeutische relatie is ook zeer belangrijk bij de verdere begeleiding van Kees.

Voor Kees zal het moeilijk te verwerken zijn dat de moderne geneeskunde geen specifieke therapie te bieden heeft. De verleiding om Kees met overbodige of zelfs gevaarlijke medicamenten of andere methoden te behandelen is hier zeer groot (bijvoorbeeld het geven van corticosteroiden, het verrichten van een tonsillectomie).

Men kan zich afvragen of bedrust geïndiceerd is in verband de leverparynchymafwijkingen. Nooit is aangetoond dat dit nodig en zinvol zou zijn. Het lijkt het beste om dit door patiënt zelf te laten bepalen.

Het beleid bij een duidelijke tonsillitis acuta kan als volgt worden samengevat. In het algemeen wegen de voordelen van penicilline niet op tegen de nadelen. Absolute indicaties voor het geven van penicilline zijn onder meer: anamnese met acuut rheuma, chorea minor, acute glomerulonephritis, aangeboren of verworven klepgebreken,

immunodeficiënties etcetera. Dit geldt ook bij het bestaan van een verhoogd risico bij gezinsleden van de patiënt. Verder indien men zeker weet dat een streptokokkeninfectie bestaat, met name bij een scarlatina.

Het geven van penicilline kan worden overwogen:

- indien verkorting van de ziekte duur gewenst is;
- bij grotere kans op complicaties bijvoorbeeld bij recidiverend karakter;
- indien sprake is van gezinsinfecties.

Bij twijfel kan de huisarts zekerheid krijgen door de combinatie van een positieve keelkweek en een stijging van de antistreptolysineter.

Hoewel de reeds vermelde ziekten die met keelpijn gepaard gaan minder vaak voorkomen, dient de huisarts rekening te houden met Morbus Plaut Vincent, leukemie, agranulocytose, gonorrhoe en dergelijke. Wat betreft Morbus Pfeiffer dient opgemerkt te worden dat hier waarschijnlijk sprake is van een infectieuze ziekte door intensief persoonlijk contact, speciaal bij jongeren („kissing disease”). De verwekker is het Epstein-Barrvirus. De ziekte treedt meestal sporadisch op.

Recent heeft *Van der Wedden* erop gewezen dat Morbus Pfeiffer en mononucleosis infectiosa volgens sommigen niet synoniem zijn. Morbus Pfeiffer zou epidemisch voorkomen voornamelijk bij jonge kinderen, de besmettelijkheid zou groot zijn. Er zou nog geen serologische reactie bekend zijn. Mononucleosis infectiosa zou sporadisch voorkomen bij jonge volwassenen met een lage besmettelijkheid. De Paul Bunnell zou altijd positief zijn. Al met al bestaat in de literatuur geen eenstemmigheid over dit ziektebeeld.

Bij deze casus is vooral aandacht besteed aan de meest waarschijnlijke diagnoses. Van de meer zeldzame diagnoses kan het volgende worden opgemerkt. De ziekte van Hodgkin kan vals positieve reactie van Paul Bunnell opleveren (*Roshdahl* en *anderen*). Ook het klinische beeld kan hier aanvaardbaar op lijken. Op grond van het bloedbeeld, de bezinkingssnelheid en het beloop van de ziekte is differentiatie mogelijk. Toxoplasmose kan een beeld geven dat op Morbus Pfeiffer lijkt, al zal met name koorts meestal niet op de voorgrond staan. Ook hier kan nader bloedonderzoek ons diagnostisch verder behulpzaam zijn. Bij twijfel kan een eventuele titerstijging ons op het goede spoor zetten.

(1979) huisarts en wetenschap 22, 210

## Wat is een paradigma?

R. H. VAN DER BURG\*

Het beoefenen van wetenschap is als fietsen: men kan het, ook al is men zich niet bewust van de regels of past men ze niet bewust toe. Maar hoe veranderen die regels? En is de huisartsgeneeskunde in het bezit van eigen regels? Een tweede reactie op het Paradigmanummer.\*\*

Ligt aan de huisartsgeneeskunde een eigen paradigma ten grondslag, dat is te onderscheiden van het gangbare paradigma der specialistische geneeskunde? Met deze en aanverwante vragen hielden enkele vertegenwoordigers der huisartsgeneeskunde zich bezig in het Paradigmanummer van „huisarts en wetenschap”. Voordat men deze vraag kan beantwoorden dient men naar mijn mening dieper in te gaan op de vraag wat een paradigma nu eigenlijk is en hoe het functioneert, zodat enkele onjuiste opvattingen (met name in het artikel van Van Es) gecorrigeerd kunnen worden.

Hoewel *Kuhn* het begrip „paradigma” nogal inconsequent hanteert, duidt dit begrip in al zijn verschillende betekenissen toch op diverse aspecten van één en hetzelfde verschijnsel. Allereerst zou men kunnen opmerken dat alle leden van een bepaalde school of gemeenschap van wetenschappers in grote lijnen hetzelfde „vertrouwensprogramma” hebben, dat wil zeggen dat ze uitgaan van dezelfde fundamen-

\* Psycholoog; als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de Beroepsopleiding huisartsgeneeskunde te Groningen.

\*\* Aan de vier paradigma-auteurs – Huygen, Van Es, Gill en Lamberts – is gevraagd te zijner tijd een weerwoord te leveren.

tele vooronderstellingen of axioma's omtrent (bepaalde aspecten van) de „werkelijkheid”. Gewoonlijk zijn de leden van zo'n school of gemeenschap zich niet of nauwelijks van hun vertrouwensprogramma bewust. Het is als met fietsen: hoewel we de regels ervan niet bewust kennen en bewust toepassen, kunnen we toch fietsen. Hoewel we ons niet of nauwelijks bewust zijn van ons vertrouwensprogramma, kunnen we toch wetenschap bedrijven. Anders geformuleerd: het is als met een bril waardoor we naar de werkelijkheid kijken; zonder zo'n bril zien we niets, met een andere bril zien we alles anders. En . . . gewoonlijk vergeten we dat we zo'n bril ophebben.

In zekere zin is dat maar goed ook! Om naar de vergelijking van het fietsen terug te keren: als we er voortdurend bij na moeten denken of we het stuur naar links of naar rechts moeten draaien om ons evenwicht te bewaren en hoevéél naar links of naar rechts, bestaat een grote kans dat we omvallen of ergens tegenop rijden. Als we niet meer op ons vertrouwensprogramma vertrouwen, kunnen we de wetenschapsbeoefening voorlopig wel vergeten.

Hoe verandert zo'n vertrouwensprogramma nu? Meestal blijkt aan een verandering een periode van frustratie

Bots, A. W. De keelontsteking in de huisartsenpraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1965.

Bots, A. W. De patiënt met keelpijn. In: S. A. Duursma, I. Ph. L. Koperberg en W. J. Zweerts de Jong (red.). Kompas voor de huisarts. Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1974.

Merenstein J. H. and D. K. Rogers (1974) J. Amer. med. Ass. 227, 127.

Medallie, J. H. (ed.). Family Medicine. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1978.

Meyer, R. J. and R. J. Haggerty (1962) Pediatrics 29, 539.

Oliemans, A. P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.

Rosdahl, N., S. Olesen Larsen and J. Clemmesen (1974) Brit. med. J. II, 253.

Wedden, D. A. A. (1978) Ned. T. Geneesk. 122, 815

Bij het opstellen van deze casus is gebruik gemaakt van de rubriek „clinical challenge” (1977) Update 16, 143.