

# Huisarts & praktijk

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

C. P. VAN HEEL

## Oxyuriasis

Sinds februari 1982 functioneert aan het Groningse Instituut voor Huisartsgeneeskunde een zogenaamde HGH-groep.\* Als eerste onderwerp werd gekozen voor een simpel probleem: oxyuriasis. Moeder ziet witte wormpjes en de dokter schrijft Vermox® voor. Eenvoudiger kan het bijna niet. Toch bleken er nog wat vragen en onduidelijkheden te zijn.

### De oxyuur

De oxyuur of aarsmade wordt door parasitologen *Enterobius vermicularis* genoemd. Huisartsen spreken gewoonlijk van *oxyuren*.

De volwassen wormen leven in de coecale streek. Zij liggen vrij in het lumen met de kop aan de mucosa gehecht. Bevruchte wijfjes migreren naar de anaalstreek en deponeren daar gemiddeld 11.000 eitjes op de perianale huid. De eitjes zijn een beetje kleverig en zeer licht van gewicht; vandaar dat ze met stof door de ruimte zweven en gevonden worden op WC's, trappen, bureaus en deurknoppen. Zij bevinden zich vooral in lijf- en beddegoed. Zo kunnen de eitjes, al dan niet via de vingers, gemakkelijk in de mond terechtkomen. Dit zal vooral voorkomen op plaatsen waar veel kinderen bijeen zijn, bijvoorbeeld op kleuterscholen en consultatiebureaus. Verder worden de eitjes natuurlijk vaak na krabben door de vingers in de mond gebracht.

De eitjes blijven onder de meest gunstige omstandigheden ongeveer veertien dagen levensvatbaar. Eenmaal weer in het darmkanaal ontwikkelt de larve zich tot een volwassen oxyuur. Deze kringloop duurt twee tot zes weken. De oxyuur is de enige worm die de mens als enige gastheer heeft. Men hoeft dus niet te vrezen dat huisdieren kinderen zullen besmetten met oxyuren.

\* De werkwijze van dit soort groepen is beschreven door Huygen<sup>1</sup>; zie ook de Handleiding voor projectgroepen van het NHG.<sup>2</sup> De HGH-groep bestond uit: J. J. Blom, E. M. ter Braak, A. P. M. Brennkemeyer, C. P. van Heel, G. R. Hoekstra, B. Meyboom-de Jong, J. Schuling, J. Stoffels, J. Talsma, L. Veehof, G. Th. van der Werf, allen huisarts.

Bij grote uitzondering blijken oxyuren zich te bevinden in een ontstoken appendix, in een eileider of in ontstekingsweefsel in het kleine bekken. Of de oxyuur in dat geval de oorzaak is van de ontsteking, is onzeker.

Wij beschouwen oxyuriasis als een onschuldige aandoening. De oxyuur is een commensaal die overal ter wereld voorkomt.

### Klachten

Wie krijgen er klachten? Is dat afhankelijk van het aantal wormen dat men herbergt? Heeft het iets met de leeftijd te maken? Heeft het te maken met gevoelens van afschuw bij het zien van een oxyuur? Zijn er nog andere factoren aan te wijzen? Op al deze vragen hebben wij geen antwoord kunnen vinden.

Huygen e.a. beschrijven een patiënt wiens klagen over maden een teken was van een recidief van zijn depressie.<sup>3</sup> Lamberts vond dat oxyuriasis tweemaal zoveel voorkwam bij gezinnen met problemen, dan in gezinnen zonder problemen.<sup>4</sup> Hoewel alle deelnemers voorstanders zijn van een meersporenbeleid – dat wil zeggen dat je in ieder contact de mogelijkheid onderzoekt of er nog andere vragen leven bij de patiënt dan de vragen die hij aanbiedt – waren er in onze groep geen ervaringen in die richting.

### Diagnose

Wij gingen ervan uit dat de diagnose gesteld was, als de patiënt klaagde over jeuk in de streek rond de anus of de vulva en als men bovendien een oxyuur had waargenomen. Geen van ons zocht

naar de eieren met de daarvoor geëigende methode (doorzichtig plakband). Geen van ons ging af op de vage symptomen die wel beschreven zijn, zoals kringen onder de ogen, neuspeuteren, buikkrampen en hangerig zijn.

Er treedt geen eosinofilie op: de worm komt immers gewoonlijk niet buiten het darmkanaal. Men moet er wel op bedacht zijn dat jonge kinderen jeuk niet als zodanig benoemen, maar praten over „pijn”, of zich alleen maar onrustig gedragen. Men moet dan de billen van het kind spreiden en de anaalstreek inspecteren.

De klachten worden veroorzaakt door de bewegende worm. Die is 8 tot 13 mm lang en eigenlijk met niets anders te verwarren. Huygen e.a. noemen als bron van verwarring de proglottide van de lintworm en de made (larve) van een vlieg.<sup>3</sup> De laatste komt echter niet in de anaalstreek voor en de eerste is veel platter, niet beweeglijk en veroorzaakt geen jeuk.

### Behandeling

Sommige deelnemers behandelen alleen als de patiënt jeuk heeft, andere ook als men geen klachten heeft maar wel een wormpje heeft gezien. Na onze beraadslagingen was iedereen ervan overtuigd dat het meebehandelen van familieleden onnodig is. Overigens kwam Hofmans reeds in 1947 tot deze conclusie.<sup>5</sup> Alleen bij herhaalde en snelle recidieven zou meebehandelen zijn aangewezen.

Alle deelnemers gebruiken mebendazol 100 mg (Vermox®). Mebendazol grijpt in op de opname van glucose door de worm, die daardoor snel verhongert. De reeds afgezette eieren kunnen dan nog voor infectie zorgen. De vlugste worm begint na twee weken eieren af te zetten, terwijl de levensvatbaarheid van het langzaamste ei eveneens twee weken zou zijn. Daarom dient twee weken na de eerste tablet een tweede tablet mebendazol te worden gegeven.

Mebendazol is het soevereine middel bij oxyuriasis. Het werkt voortreffelijk, komt praktisch niet in de bloedbaan en heeft mede daardoor zeer weinig bijwerkingen. Sporadisch zou misselijkheid voorkomen, maar in onze groep kende men die bijwerking niet. Voor iedere leeftijd geldt dezelfde dosering. Alle deelnemers laten de tabletten zonder kauwen innemen. Dat blijkt even effectief als met kauwen, wat op de bijsluiter wordt genoemd. De tabletten vallen binnen 1 minuut in de maag uit.

Alle deelnemers geven hygiënische adviezen. Goed „van onderen” wassen met water. Handen wassen na defecatie, nagels kort houden. Sommigen geven ook de raad te slapen met een strakke broek aan. Het nut hiervan en de *compliance* in dezen van de patiënt werden echter in twijfel getrokken.

Om klachten te voorkomen, eventueel te bestrijden, geven sommigen van ons de raad om dagelijks een rauwe wortel of een stuk rauwe ui te eten. Knoflook, haringsla en „veel” karnemelk werden ook genoemd. In Soefi-kringen kauwt men ongekookte rijst en stelt men de volgende maaltijd zo lang mogelijk uit. Er bestaan vele plantaardige aftreksels tegen wormen. Over de werkzaamheid hiervan bestaan echter geen cijfers.

Niemand liet de anaalstreek deppen of insmeren met zalf, hoewel in de literatuur wordt gesteld dat de eitjes zich daarna niet aan de huid kunnen hechten.<sup>3,6</sup>

Wij stelden met enige verbazing vast dat er zoveel verschillende handelwijzen bleken te bestaan bij zo'n simpele aandoening. Ook in de literatuur vonden wij uiteenlopende adviezen, met name over het behandelen van familieleden en het behandelen als er geen klachten over jeuk zijn.

<sup>1</sup> Huygen FJA. Huisartsgeneeskundige conferenties. Huisarts en Wetenschap 1980; 23: 13-5.

<sup>2</sup> Werkgroep Projekten. Handleiding voor huisartsenprojectgroepen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, Huisartsenpers, zj.

<sup>3</sup> Huygen FJA, Rijpstra AC. Swellengrebel NH. Enterobius (Oxyuris) vermicularis. Ned Tijdschr Geneesk 1960; 104: 1887-91.

<sup>4</sup> Lamberts H. De morbiditeitsanalyse-1972 door de groepspraktijk Ommoord. II. Huisarts en Wetenschap 1975; 10: 7-39.

<sup>5</sup> Hofmans A. De behandeling van de actieve oxyuriasis. Ned Tijdschr Geneesk 1947; 91: 1389-92.

<sup>6</sup> Anoniem [Vraag en antwoord]. Ned Tijdschr Geneesk 1965; 109: 1351.

## Nota bene

Zowel de patiënt als de gemeenschap zou ermee gediend zijn, wanneer de specialist een gerichte vraag van de huisarts zou pogen te beantwoorden.

Stelling bij: Hofman A. Blood pressure in childhood [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1983.

## Uit de praktijk

F. P. M. J. GROENEVELD\*

### Een onvermijdelijke dood?

Elke diagnose is een waarschijnlijkheidsdiagnose. Naarmate de waarschijnlijkheid kleiner wordt, neemt de onzekerheid van de (huis)arts toe. Deze gevoelens verdringt hij dan door „schijndiagnosen”, onder de dekmantel van functionele klachten. In deze bijdrage wordt – naar aanleiding van een aangrijpende casus – een poging gedaan het begrip functionele klachten wat meer reliëf te geven.

#### Eerste contact

Het is eind mei 1977. Ik ben twee jaar geassocieerd met een collega, die onze praktijk is begonnen in augustus 1974. Wij zijn beiden huisarts voor de bij ons ingeschreven patiënten. Het was een gesteunde vrije vestiging, wat inhoudt dat alle nieuw ingeschreven patiënten onbekend voor ons zijn.

Het ochtendspreekuur is afgelopen en zoals gebruikelijk, verdelen wij de visites. Zo heb ik mevrouw B op mijn route. Zij en haar echtgenoot zijn sinds kort ingeschreven; ze zijn een paar maanden geleden naar onze woonplaats verhuisd.

Ik heb nog geen contact met hen gehad. Bij navraag aan onze assistente wat de reden van de visite is, blijkt dat mevrouw B zich „zo naar” heeft gevoeld en dat ze niet in staat is naar de praktijk te komen. Tijdens de koffiepauze worden de pas binnengekomen gegevens van het gezin doorgenomen. Twee-en-eenhalve week geleden heeft ze onder leiding van een verloskundige een gezonde zoon ter wereld gebracht. Twee dagen voor de bevalling is zij door een gynaecoloog gezien voor amnioscopie in verband met serotiniteit. De gynaecoloog meldt in zijn brief: de amenorroe bedraagt thans 42 weken en 6 dagen; bij prenatale controles was de groei conform de duur van de amenorroe, de bloeddruk steeds binnen de norm en in de urine kwam nimmer eiwit voor. Bij onderzoek een bloeddruk van 140/80 mm Hg. Einde brief.

Bij verder doorlezen van haar gegevens

bleekt dat zij door de chirurg in 1975 is geholpen aan een panaritium van haar rechter wijsvinger. In 1976 heeft zij een curettage onder narcose ondergaan in verband met hevig bloedverlies na een abortus incompletus. Het verloop na de curettage is ongestoord.

Met deze kennis gewapend ga ik op weg naar mevrouw B. Het gezin woont twee straten bij mij vandaan. Haar man doet de deur open; blijkbaar is hij van zijn werk thuisgebleven. Hij gaat mij voor naar de slaapkamer. Daar stel ik mij aan beiden voor en feliciteer hen met hun pasgeboren zoon.

Al pratende informeer ik naar haar klacht. Ze komt wat rechter op in bed zitten en zegt: „Ik voelde me een tijdje zweverig en viel bijna flauw. Nu gaat het wel weer, hoewel ik erg moe ben.” Verder uitvragen levert niets op, geen koorts, geen braken, mictie en defecatie normaal, geen pijnklachten.

Wat een vreemd verhaal, denk ik. Een algemeen oriënterend onderzoek levert evenmin wat op, behoudens een wat snelle pols van 80/min., maar ja, misschien is ze wat gespannen door deze eerste kennismaking. De bloeddruk is 140/80 mm Hg en over het hart hoorde ik misschien een derde toon.

Ik kan niet tot een duidelijke diagnose komen. Toch vermoeidheid na de bevalling? Of heeft ze een beginnende diabetes mellitus? Haar zoontje was bij de geboorte zwaarder dan 8 pond. Een anemie is ook niet uitgesloten. Uit verlegenheid dan maar een tonicum FNA. Morgen zou ze naar het laboratorium gaan ter bepaling van bloedglucose (na ontbijt) en Hb.

\* Huisarts te Krimpen aan den IJssel.