

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.^{3,6}

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.

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

² Werkgroep Projekten. Handleiding voor huisartsenprojectgroepen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, Huisartsenpers, zj.

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

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

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

⁶ 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.

Zes dagen later komt mevrouw B, zoals was afgesproken, op het spreekuur. Ze voelt zich een heel stuk beter, met name is het zweverige gevoel weg, maar ze blijft nog wel over moeheid klagen. Een blik op de werkkaart laat zien dat het bloedsuikergehalte 1 uur na ontbijt 6 mmol/l en het Hb 7,3 mmol/l bedraagt.

Waarschijnlijk toch de reactie op de bevalling. Functionele klachten? We spreken af dat zij terug zal komen, indien de klachten blijven aanhouden. Zij is hiermee akkoord. In een kort praatje, aan het eind van het consult, vertelt ze vóór haar huwelijk operatiezuster te zijn geweest bij de chirurg die haar heeft geholpen aan haar panaritium. Ik laat haar uit en verzoek de volgende patiënt binnen te komen...

Hyperventilatie?

Begin juli 1977 is zij bij mijn associé geweest met klachten over doofheid. Bij onderzoek bleek zij sterk ingetrokken trommelvliezen te hebben. Zij kreeg een recept Nasapert[®] mee.

Eind augustus 1977 zie ik haar op het spreekuur voor een pilrecept. Haar gewicht bedraagt 61 kg, bloeddruk 120/75 mm Hg. Vaginaal toucher en speculumonderzoek laat ik achterwege; zij heeft immers eind juni een nacontrole gehad, zes weken post partum. Zij krijgt een recept Microgynon[®] 50 mee. Zij geeft bij pilcontrole verder geen klachten aan.

Begin november heeft zij opnieuw een afspraak. Terwijl ik haar uitnodig te gaan zitten; vraag ik wat er aan hapert. „Nou dokter”, zegt ze, „ik heb toch weer geregeld last van duizeligheid, een misselijk gevoel en een neiging tot flauwvallen.” Ze had hier vooral 's morgens last van, zo één tot twee maal per week.

Zou er misschien sprake van hyperventilatie zijn? Ik leg haar het beeld van hyperventilatie uit, in de hoop dat zij via herkenning zichzelf zou kunnen helpen. Wel beкроop mij allengs een *niet-plus*-gevoel. Ik stel haar voor uitgebreider bloedonderzoek te laten verrichten, waarna zij bij mij zou komen voor een geheel lichamelijk onderzoek. Dit vond zij een prima idee.

Vier dagen later heb ik de uitslagen van het laboratorium op mijn bureau liggen: BSE 3, Hb 8,8 mmol/l, leuko's $4,9 \times 10^9$, differentiatie normaal, natrium 137 mmol/l, kalium 4,3 mmol/l, thymoltroebelingsstest 4,1, bloedglucose 5,8 mmol/l, ureum 6 mmol/l en creatini-

ne 88 mmol/l. Alle waarden dus binnen de norm!

Op 10 november komt zij op het spreekuur voor de bloedsuitslagen en de alghele check-up. Bij het onderzoek vind ik wederom totaal niets, onder andere een normale bloeddruk, geen nystagmus, Romberg negatief, enzovoorts. Ik bespreek met mevrouw B de situatie en vertel haar dat ik de klachten niet kan duiden, maar dat gezien de bevindingen van het onderzoek, een ernstige oorzaak mij zeer onwaarschijnlijk lijkt. Ik schrijf haar voor de duizeligheidsaanvallen Cinnirazin[®] 25 mg 3 × daags 1 tablet voor; indien de klachten half december niet over zullen zijn, zal ik haar naar een internist verwijzen.

Eind november, als ik tijdens het visitarijden langs haar huis rijd, zie ik haar in de voortuin van haar huis aan het werk. Met een grote houten hamer slaat zij paaltjes in de grond. Zie je wel, denk ik, het valt allemaal reuze mee, en mijn diagnose hyperventilatie krijgt weer wat meer steun. Bovendien is ze drie weken niet op het spreekuur geweest.

Plotselinge dood

Het wordt 23 december. Tijdens mijn spreekuur zoekt de assistente mij op en ze verbindt me door met de heer B: „Kunt u snel komen; mijn vrouw heeft het weer, maar ze is nu zo benauwd en er komt wat bloed uit de mond”.

Ogenblikkelijk onderbreek ik mijn spreekuur en ik spoed mij plankgas naar het huis van de familie B. Mijn hart klopt als een gek in mijn keel: wat heb ik over het hoofd gezien. De deur van het huis staat open en ik ren naar boven. De heer B zit op het bed en houdt zijn vrouw levenloos in zijn armen. Een reanimatiepoging mag geen resultaat hebben.

Op zo'n moment zou je willen dat alles een nare droom was. Je denkt dan dat de mensen wel zullen zeggen: „Ach, die jonge dokters van tegenwoordig”. Nadat ik haar heb goedgelegd, gaan de heer B en ik naar beneden. Verdwaasd zitten we enige tijd naast elkaar en dan zegt hij: „Ze is vandaag jarig, 29 jaar is ze geworden. Haar ouders zijn misschien al onderweg”, en hij vervolgt: „Waarom is zij nu eigenlijk overleden dokter?” Het antwoord op deze vraag moet ik schuldig blijven. „Misschien wel aan een bloedprop in de longen”, zeg ik tegen hem.

Sectie kan misschien enigszins licht op de situatie werpen, denk ik. Maar ja, het is vrijdag, twee dagen voor de kerst. Hoewel het voorstellen van een sectie in

zo'n situatie mij verschrikkelijk moeilijk valt, bespreek ik toch deze mogelijkheid met de heer B. Hij wil eerst met haar ouders overleggen. Ze was immers hun enig kind. We gaan samen naar boven en kijken naar haar. Het is onvoorstelbaar...

Later op de ochtend belt hij mij op en geeft hij toestemming tot het verrichten van een sectie, mits ze dezelfde dag weer thuis zal zijn. Ik bel de patholoog-anatoom op, die de situatie goed begrijpt en bereid is diezelfde dag sectie te verrichten.

De PA-diagnose

Hoe ik de rest van de dag spreekuur heb gedaan, weet ik niet meer, wel dat ik een enorme angst had voor de uitslag van de sectie. Omstreeks 4 uur 's middags zoekt de assistente mij op: „Dokter P voor u aan de lijn”. Nog nooit van mijn leven heb ik met zoveel angst de telefoonknop ingedrukt. Hier volgt het relaas van de patholoog anatoom:

Hij had een feochromocytoom gevonden, 6,5 cm in doorsnede. De directe doodsoorzaak was herseninklemming. Bovendien bestond er longoedeem.

Later volgde op schrift zijn epicrisis: Bij de 29-jarige vrouw, die plotseling en onverwacht is overleden, werd een tumor van de rechter bijnier gevonden. Het microscopisch beeld toonde de kenmerken van een pheochromocytoma. Er worden geen kenmerken van een persisterende hypertensie gevonden (in de zin van linkszijdige harthypertrofie). Er worden ook geen metastasen van de tumor gevonden. Het betreft hier misschien een zogenaamd benigne vorm van pheochromocytoma, die klinisch asymptomatisch kan zijn. Bij deze tumoren kunnen de patiënten plotseling overlijden, vaak ten gevolge van zeer kleine traumata, geringe stress, anoxie, hyperventilatie, enzovoort.

Daar zaten we dan met een totaal niet te verwachten uitslag. Een feochromocytoom zonder hypertensie en hartkloppingen, dat had ik niet geleerd. Volgens het PA-rapport klinisch asymptomatisch, maar dit was niet zo. Achteraf bezien heeft zij een half jaar klachten gehad, maar deze waren zo specifiek, dat ik ze als functioneel heb bestempeld. Maar goed, een zeldzame aandoening, dat wel. Een schrale troost.

Op het einde van de dag ging ik bij de familie langs; een buurvrouw opende de deur. In de woonkamer zaten de heer B, zijn ouders en zijn schoonouders. Hun ogen doorboorden mij.

Ik vertelde de bevindingen van de patholoog-anatoom, mijzelf verontschuldigend dat het een zeer zeldzame aandoening was, die bovendien een uiterst afwijkend verloop had gehad. Ik zag de ouders van mevrouw B denken: „Ja, ja klets maar, wij zijn onnodig onze dochter kwijtgeraakt”. In latere gesprekken met de heer B bleek dit gevoel te kloppen.

Kerst 1977, onvergetelijk. Een gelukkig toeval was dat een zuster van de heer B bijna voor neurochirurgie was afgestudeerd. Zij heeft erg bijgedragen bij het verwerken van zijn verdriet.

In de daarop volgende maanden heb ik nog geregeld contact met de heer B gehad. Hij bleek geen rancunes jegens mij te hebben. Zijn zoonje zag ik geregeld op het zuigelingenconsultatiebureau, een paar maal met de moeder van wijlen mevrouw B. Na ruim een jaar is de heer B hertrouwd. Zij hadden mij een trouwkaart gestuurd en ik ben naar hun receptie gegaan. Ik zag in deze uitnodiging een teken dat de continuïteit in de zorg niet was verstoord.

Bespreking

Als we nu deze geschiedenis met zo'n trieste afloop achteraf bezien, denken we wellicht dat er nu eenmaal onvermijdelijke valkuilen bestaan.

Toch heb ik er veel van geleerd. Allereerst de waarde van een obductie, hoe moeilijk het ook is hiervoor toestemming aan de nabestaanden te vragen. De obductie kan ons laten zien hoe diep een valkuil is. Zodoende kan men tot een betere emotionele verwerking van het gebeurde komen; dat geldt zowel voor de familie, als voor de (huis)arts. Een en ander heeft weer een direct gevolg voor de continuïteit in de zorg, zo karakteristiek voor de huisartsgeneeskunde. Bovendien kan obductie door huisartsen aangevraagd, bijdragen tot het aanbrengen van nuances in de symptomatologie waarmee de huisarts wordt geconfronteerd (het grijs krijgt meer kleur). Het vele zwart en wit dat wij in onze opleiding hebben geleerd, maakt slechts een klein deel uit van onze dagelijkse huisartsgeneeskunde.

De paradox van deze geschiedenis is, dat men meer moet doen dan alleen maar naar de somatische kant van het klagen kijken, juist om eventuele somatische ziekten (tijdig) te herkennen. Dit brengt ons tenslotte tot enkele overwegingen aangaande functionele stoornissen en de vraag of de dood van mevrouw B te vermijden was geweest.

Ten aanzien van functionele stoornissen kan het volgende worden gesteld:

1. Zij kunnen niet worden verklaard uit een lichamelijk aantoonbare afwijking.
2. Zij ontstaan onder invloed van stress. Deze stress kan zowel somatisch als psychogeen van oorsprong zijn.
3. Het individu zelf bezit een zekere „predispositie” voor het reageren met functionele stoornissen in het algemeen of van een bepaald orgaanstelsel in het bijzonder.¹

Aan de eerste voorwaarde heeft mevrouw B steeds voldaan en in het begin van haar klachten ook aan de tweede. Later verdween de stress ten gevolge van de bevalling en de verhuizing. Dit gaf mij blijkbaar het *niet-pluis* gevoel. Voorwaarde 3 heb ik niet getoetst. Dit kon ik ook moeilijk, omdat ik haar slechts een half jaar kende. Het blijkt dan ook hoe nauw het heden is verbonden met het verleden. Wel had ik met haar vorige huisarts contact kunnen opnemen om zodoende meer te weten te komen van haar „predispositie”. Hiervoor zou ik dan ook sterk willen pleiten in geval van twijfel of een klacht al dan niet functioneel is.

Kortom, men mag pas van functionele klachten spreken als aan bovenvermelde drie voorwaarden gelijktijdig wordt voldaan. Hoewel de moeilijkheid blijft bij beginnende functionele stoornissen. Ik zou willen eindigen met de opmerking: Collegae, ga nu niet bij vage duizeligheidsklachten iedere keer VMA-bepalingen aanvragen. Dat heb ik reeds twee jaar voor u gedaan, zonder ook maar één feochromocytroom te ontdekken.

¹ Es JC van. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1980.

Ingezonden

NHG-congres 1983

Zoals de paus thans de grond van Sicilië niet zal kussen, omdat Gods hete tongen hem op zijn aardse bestaan en op zijn beperktheden wijzen, zo zal menig huisarts zijn vingers niet willen branden aan een gezin waarin vrouwen- of kindermishandeling voorkomt.

De mensen die rond de Etna wonen, nemen de paus zijn lafheid niet kwalijk, omdat hier hogere krachten het lot der mensen bepalen. Je moet je wel schikken in je lot; zo'n uitbarsting van vloeïend steen is almachtig, onaantastbaar, maar gelukkig zeldzaam. Je moet dus wel erg „boffen” om op je levenspad deze goddelijke destructie te beleven en de gevolgen ervan de rest van je leven mee te dragen. Het is niet alleen zeldzaam, maar ook voor mensen als groep onbelangrijk, omdat het voortbestaan der homo sapiëns niet wordt bedreigd. Individueel zal een bewoner van de Etnahelling anders oordelen, evenals een mishandeld kind of vrouw.

Gemeten naar de voorpublicatie over het NHG-congres op 4 en 5 november 1983 zal een huisarts eenmaal per jaar een nieuw geval van mishandeling in het gezin tegenkomen, en deze frequentie lijkt te laag om een heel congres aan te wijden. Wanneer huisartsen echter wel regelmatig technische controles doen om zo bij verdachte klachten of symptomen tijdig een ernstige ziekte – bijvoorbeeld het coloncarcinoom – op te sporen, terwijl tevens blijkt dat de incidentie van deze ziekte één per drie jaar is, dan loont het zeker de moeite het NHG-congres te bezoeken om althans beter geoutilleerd te zijn om deze voor het individu ernstige bedreiging op te sporen en te behandelen. Het grote probleem van vrouwen- en kindermishandeling is de herkenning van een zeer specifiek klachtenpatroon en de aarzelende hulpverlener het gesloten systeem van het gezin te doorbreken en tot actie over te gaan.

Het uitdagende en belangrijke thema verleidt hopelijk vele mijner collega's tot deelname aan het congres.

C. Root, huisarts

Moors J, Wemekamp H. Geweld, gezin, huisarts. Huisarts en Wetenschap 1983; 26(5): 206-7.