

A. C. VERBEEK*

Onzekerheid over de diagnose: een alledaags probleem bij niet alledaagse ziektebeelden

Tussen de wijze waarop medici bepaalde ziektebeelden beschrijven, en de omstandigheden waaronder de huisarts bij de patiënt thuis met deze ziektebeelden geconfronteerd wordt, bestaat nogal eens enige discrepantie. In deze casusbespreking wordt dit thema nader uitgewerkt.

Inleiding

Regelmatig wordt de huisarts geconfronteerd met ziektebeelden die een onschuldige indruk maken, maar niettemin een aantal vragen oproepen. Er zijn dan symptomen waarover men graag wat meer diagnostische zekerheid zou willen hebben, bijvoorbeeld gebaseerd op laboratorium- of röntgenonderzoek. Deze vorm van diagnostiek is echter vaak belastend voor de patiënt, terwijl we tevens proberen onnodig medisch handelen zoveel mogelijk te vermijden. Gesterkt door de wetenschap dat veel onbegrepen klachten vanzelf weer verdwijnen, zal de huisarts in dergelijke gevallen meestal – en mijns inziens terecht – besluiten tot een afwachterende houding. Dat gebeurde ook in het volgende geval.

De eerste visite

Op vrijdag 9 oktober 1981 werd door een buurvrouw telefonisch een visite aangevraagd voor Y.S., die sinds kort op kamers woonde bij een van mijn patiënten. In verband met de vakantie van haar hospita was het meisje alleen thuis. Volgens de berichten van de buurvrouw had zij hoge koorts en vertoonde zij rode vlekken over het gehele lichaam. Medische gegevens van de vorige huisarts ontbraken nog. De visite werd geaccepteerd; dit zou het eerste contact met de patiënte worden.

Ik trof patiënte, een meisje van 19 jaar, in bed aan. Ze maakte een matig zieke indruk en op het eerste gezicht kwam ze me gesloten en afwerend voor. Volgens

haar verhaal was ze de vorige dag koud en rillig geworden, met koorts en keelpijn. Ze had gebraakt en had sinds de nacht ook last van waterdunne diarree. De temperatuur was bij onderzoek 39.9°C. Twee dagen tevoren was ze nog geheel gezond geweest; ze had toen nog gegymd.

Patiënte vertelde verder last te hebben van spier- en gewrichtspijnen; met name klaagde zij over pijn in haar rechter pols, die wat gezwollen was. In haar jeugd had ze meer dan eens gewrichtsklachten gehad. Naar aanleiding hiervan was ze door haar vorige huisarts op reuma onderzocht, vermoedelijk zonder dat deze tot een bevestiging van de diagnose was gekomen.

Het lichamelijk onderzoek leverde de volgende bevindingen op:

- diffuus, erythemateus, vlekkelig exantheem;
- rode pharynxbogen;
- geen halsklierzwellings;
- niet nekstijf;
- pulmones en abdomen geen afwijkingen;
- geen slagpijn in de nierloges;
- knie- en polsgewrichten wat pijnlijk, geen zwelling of roodheid, behalve een wat volle contour van de rechter pols;
- patiënte was niet uitgedroogd.

Mijn conclusie was dat het hier om een virale infectie ging. De combinatie van keelpijn met rode pharynx, temperatuur, braken en diarree, en spierpijnen kon ik hiermee goed verklaren. De pijnlijke gewrichten ook nog wel, maar de polszwelling met op de achtergrond de gewrichtsklachten in haar jeugd, brachten wat onzekerheid. Recidief van acuut reuma?

Ik liet de mogelijkheid van acuut reuma-recidief voorlopig buiten beschouwing, daar het onderzoek hiernaar in het verleden klaarblijkelijk zonder verdere consequenties was gebleven. Ik vertelde patiënte, dat ze waarschijnlijk een virale infectie doormaakte en dat dit haar klachten kon verklaren. Dat haar gewrichtsklachten mij niet geheel duidelijk waren, vertelde ik eveneens. Patiënte kreeg als medicatie 3 dd 600 mg Ascal®. Deze medicatie zou in ieder geval ook de gewrichtspijn verlichten. Ik instrueerde haar bij blijvende klachten en niet dalende temperatuur opnieuw contact op te nemen. Zeker diende ze dat te doen, wanneer na drie dagen nog geen verbetering was opgetreden en ook als, na een aanvankelijke daling, de temperatuur weer zou gaan stijgen.

Wat napiëkerend over die gewrichtsklachten, verliet ik het huis. Een dergelijk klinisch beeld bij acuut reuma-recidief kwam me in ieder geval onwaarschijnlijk voor. Ik had het meisje niet ongerust willen maken, maar anderzijds had ik ook uitgesproken, dat de gewrichtsklachten mij niet geheel duidelijk waren. Het ontbreken van de gegevens van de vorige huisarts was nu toch wel vervelend. In ieder geval had ik patiënte duidelijk verteld, dat ze weer contact moest opnemen bij blijvende klachten. De volgende dag had ik zelf weekenddienst en als er dan nog problemen waren zou het klinische beeld misschien duidelijker zijn.

De tweede visite

De volgende dag werd om 15.30 uur opnieuw opgebeld door de buurvrouw. Zij vertelde dat de koorts weliswaar was afgenomen, maar dat ze toch bezorgd was: het meisje maakte een erg zieke indruk. Daar kwam dan nog bij, dat ze het grootste deel van de dag alleen lag. Ze klaagde nog steeds over pijnlijk gezwollen polsen. Patiënte vond het zelf niet zo nodig dat ik kwam, maar de buurvrouw zou een visite erg op prijs stellen.

Mijn echtgenote kende de buurvrouw goed en nam op grond daarvan haar ongerustheid over. Ik besloot daarop nog een visite te maken.

Omstreeks 16.00 uur werd de deur geopend door een 20-jarige jongen, die me naar de kamer van de patiënte begeleidde. Een klasgenoot, die met schoolopgaven kwam?

Patiënte maakte inderdaad een veel

* Huisarts te Alkmaar.

ziekere indruk dan de vorige dag. Haar gezicht was wat gezwollen, ze was suf, apathisch, lag onrustig in bed en toonde volstrekt geen belangstelling voor het gedoe om haar heen. De koorts bleek wel gedaald (temperatuur 38.2°C), maar de gewrichtsklachten waren toegenomen. Verder klaagde ze over spierpijnen, stijfheid en een pijnlijke buik. Bij verdere navraag vertelde ze dat de diarree was afgenomen, maar dat de mictie branderig was met een oranje-gele kleur.

Bij onderzoek trof ik wederom het erythema, vlekkelig exantheem aan; de vlekkerigheid was bovendien ditmaal meer uitgesproken. De pharynxbogen waren nog steeds rood. Patiënte was niet duidelijk nekstijf. Aan cor en pulmones werden geen bijzonderheden gehoord. De buik was thans echter uitgesproken pijnlijk bij palpatie, zonder dat gesproken kon worden van lokale of diffuse défense. De overige bevindingen luiden als volgt: pols 96 per minuut regulair; zwelling polsen, rechts meer dan links; zwelling knieën beiderzijds, rechts enige hydrops; schouders pijnlijk zonder bewegingsbeperking. Mede in verband met de aanwezigheid van de jongen werd geen vaginaal en/of rectaal toucher verricht. Niet dat ik verwachtte daarbij veel te zullen vinden, maar gezien de noodzaak tot verwijzing zou het prettiger zijn geweest, een complete indruk van de patiënte te hebben.

Conclusie na dit tweede consult:

- Een snel verergerd ziektebeeld met verschijnselen van cerebrale prikkeling, zonder dat een echte diagnose gesteld kon worden.

- Symptomatie die differentieel-diagnostisch de volgende mogelijkheden bood:

- een virale gastro-enteritis;
- een recidief acuut reuma ten gevolge van een secundair streptokokkeninfect;
- een tevens bestaande urineweginfectie.

De ernst van de ziekteverschijnselen maakte definitieve diagnostiek gewenst. Patiënte verkeerde bovendien in zo'n toestand dat continue observatie noodzakelijk was. Hierdoor ontbrak de mogelijkheid van een expectatief beleid thuis met nadere diagnostiek.

Door mij gewenst onderzoek was op dat moment:

- albumen, reductie, sediment en urinekweek;
- volledig bloedbeeld met BSE en leukotelling;
- AST, reumaseroïe;

- faeceskweek;
- lumbaalpunctie;
- uiteraard ook een rectaal en vaginaal toucher.

Min of meer tot mijn ergernis kon ik mij tijdens het verwijzingsgesprek niet onttrekken aan een zekere dwang tot etikettering: na een korte beschrijving van het ziektebeeld en het verrichte onderzoek gaf ik ook een overzicht van de reeds vermelde diagnostische mogelijkheden.

Het verzoek tot opname werd vlot gehonoreerd. Ontevreden over mijn onvermogen de diagnose te stellen, koerste ik naar de volgende patiënt. Ik had het gevoel dat het gehele beeld onder één diagnostische noemer zou moeten vallen. Zouden een vaginaal en rectaal toucher me diagnostisch verder hebben geholpen?

Opname

Patiënte werd dus opgenomen en verliet na zeven dagen geheel hersteld het ziekenhuis. De opname had de volgende relevante gegevens opgeleverd, naast de reeds door mij genoemde:

- *Nadere anamnese.* De menstruatie was vier dagen voor de opname begonnen. Patiënte gebruikte OB-tampons, zowel overdag als 's nachts en gedurende de gehele menstruatie. Ze verwisselde de tampons twee- tot driemaal per dag.

- *Algemeen lichamelijke onderzoek.* Patiënte maakte een toxisch zieke indruk, was niet geheel helder van geest en wat onrustig, pols 92 per minuut; RR 105/70 en temperatuur 38.2°C; lichte conjunctivitis, keel geïrriteerd (deze bevindingen waren conform de mijne). Verder constateerde de specialist een *strawberry tongue*. Patiënte leek wat nekstijf te zijn. Kernig en Brudzinsky waren negatief.

Vaginaal toucher (door de gynaecoloog); uterus in anteflexie, geen afwijkingen. Er was geen tampon in situ; deze had ze thuis al verwijderd. In speculum veel etterige fluor.

- *Overige bevindingen.* BSE 37/68 mm, Hb 8,5, duidelijke leukocytose, toxisch bloedbeeld, creatinine licht verhoogd (105 $\mu\text{mol/l}$); CPK licht verhoogd (148 u/l); leverintegraal normaal.

- *Urine.* Eiwit zwak +; sediment vol leuko's, wat bacteriën, 10-15 ery's en enkele leukoklonten. AST, Rosetest en RA test waren negatief. Urine en bloedkweken negatief, faeceskweek negatief.

- *Cervixkweek.* Matig staphylococcus aureus, opgestuurd voor faag-typering.

- *Consult neuroloog.* Patiënte is niet duidelijk nekstijf. Lumbaalpunctie geen afwijkingen.

De internist overwoog op grond hiervan de diagnose toxisch shock syndroom (TSS). Patiënte kreeg een waakinfluus om eventuele tensiedaling en shock te bestrijden. Zonder antibioticum knapte zij spontaan op.

De gekweekte stafylokok behoorde tot het faag-type dat verantwoordelijk is voor het TSS. Drie dagen na opname was het exantheem verdwenen. Vier dagen na opname – zes dagen na het begin van de ziekte – liep patiënte alweer rond en begon de typische vervelling die bij TSS altijd optreedt. Patiënte kreeg profylactisch Floxapen®.

Bespreking

Mijn handelen in dit geval was uiteraard niet gebaseerd op kennis van de diagnose en dat heb ik ook in mijn verslag tot uiting laten komen. Het verslag van de internist is daarentegen wél min of meer geschreven vanuit zijn kennis van de diagnose. Voor mij belangrijke en verwarrende symptomen (de gewrichtsklachten, de mictiestoornis) komen in zijn bespreking niet aan de orde. Laboratoriumonderzoek met betrekking tot deze symptomatologie blijkt wel verricht, maar heeft negatieve bevindingen opgeleverd.

Verder heeft verbreding van de diagnostiek plaatsgevonden door het inschakelen van een neuroloog en een gynaecoloog.

Bekendheid en ervaring met in de huisartspraktijk weinig voorkomende ziektebeelden en de mogelijkheid deze in alle rust te beoordelen, zijn mogelijk verantwoordelijk voor een verslaggeving die geen verklaring biedt voor een aantal symptomen en dan ook geen antwoord geeft op de aanvankelijke punten van twijfel.

Bij het medisch handelen van de huisarts speelden de volgende factoren een rol:

1. Acceptatie aanvraag eerste visitie

- Bezorgde buurvrouw belde. Was patiënte zelf te ziek om te bellen?
- Een onbekende patiënte betekent dat de huisarts nog geen oordeel over haar kan hebben; kennis over haar ziektegedrag ontbrak.

2. Eerste visitie

- De waarschijnlijkheidsdiagnose virale infectie werd gesteld. De huisarts ziet

deze beelden vaak. Hij kent de prognose en beschouwt deze aandoening als spontaan genezend.

Aspecifieke klacht: de lichte polszwelling met daarbij de dubieuze reumaanamnese in de jeugd. Dit gaf een „waakvlam-effect”: hoe past dit symptoom bij de waarschijnlijkheidsdiagnose?

• **Beleid:** uitleg, geruststelling, symptomatische therapie voor de gewrichtspijnen, schetsen van het vermoedelijke beloop (prognose), en een afspraak over wat te doen bij afwijkend beloop.

3. *Acceptatie aanvraag tweede visite*

• Koorts gedaald en toch een ziekere indruk. Toename gewrichtsklachten.

• Bezorgde buurvrouw.

Het beloop wijkt af van de prognose die de huisarts heeft gegeven. De gewrichtsklachten waarover diagnostisch onzekerheid bestond, zijn toegenomen. Beide factoren wakkeren de „waakvlam” aan. In een ander geval – als de eigen huisarts van de patiënt een viraal infect had gediagnostiseerd – zou je als weekend-waarnemer echter geneigd zijn geweest iets langer af te wachten.

4. *De tweede visite*

• Veel ziekere patiënte.

• Cerebrale prikkelingsverschijnselen (suf, apathie, „vreemde onrust”).

• Gewrichtszwellingen (hydrops knie).

• Meer uitgesproken exantheem.

• Spierpijnen verergerd.

• Peritoneale prikkeling?

• Branderige mictie.

De waarschijnlijkheidsdiagnose van de eerste visite stond met deze bevindingen op losse schroeven. Meest imponerend was de veel ziekere indruk die de patiënte maakte. De cerebrale prikkelingsverschijnselen hierbij betekenden voor mij, dat opname geïndiceerd was. Een diagnostisch patroon werd in deze symptomen niet herkend. Toch bestond intuïtief de indruk, dat deze reeks van klachten onder één noemer zou moeten vallen. Patronen van ziektebeelden als viraal infect, acuut reuma, een urineweginfectie en eventueel een beginnende acuut buikbeeld waren weliswaar aanwezig, maar de waarschijnlijkheid dat deze aandoeningen zich gelijktijdig zouden voordoen, was uiteraard niet groot. Afgezien daarvan pleitte de snelle ontwikkeling van het ziektebeeld ook voor één diagnose.

De belangrijkste verschillen tussen het eerste en het tweede consult waren:

- snelle toename van het ziek zijn;
- cerebrale prikkelingsverschijnselen;

– aspecifieke klachten en symptomen, waardoor er geen diagnose en dus ook geen basis voor een therapeutisch beleid was.

Duidelijker en beter ware het geweest, op basis van deze drie punten, waarover de huisarts zekerheid had, opname te vragen. De door mij genoemde differentieel-diagnostische overwegingen hebben niets verduidelijkt aan de specialist en mijzelf kwamen ze gezocht voor.

Op basis van observatie en onderzoek van patiënte op twee opeenvolgende dagen werd patiënte dus op het diagnostische niveau „niet pluis” gediagnostiseerd.

We kunnen ons vervolgens afvragen of hier diagnostiek ontbroken heeft, en zo ja welke. Heeft dit ook consequenties gehad voor het handelen?

Bij het eerste consult zou je kunnen denken aan AST en reumaseroïe en eventueel een faeceskweek. Het ziektebeeld dat op dat moment bestond, rechtvaardigde een dergelijke diagnostiek mijns inziens zeker niet. Consequenties voor het beleid zou dit onderzoek niet hebben gehad, mede in verband met de vlotte genezing die door mij werd verwacht.

Het rectaal/vaginaal toucher ontbrak. De bevinding peritoneale prikkeling had door middel van dit onderzoek meer steun kunnen krijgen. De vaststelling dat patiënte menstrueerde en daarbij ook tampons gebruikte, had mogelijk dit aspecifieke klachtenpatroon in een ander licht geplaatst (voorwaarde is kennisnemen van specialistische casuïstiek uit medische tijdschriften). Beide factoren zouden het diagnostisch niveau hebben kunnen verhogen; beleidsconsequenties ontbraken, achteraf gezien. Sedimentonderzoek, faeceskweek, en AST waren in mijn ogen de meest gewenste onderzoeken, maar pas bij de tweede visite. Patiënte was toen al te ziek, tijd ontbrak en opname was geïndiceerd. Laboratoriumonderzoek zou geen consequenties voor het beleid gehad hebben.

Uit de geraadpleegde literatuur wil ik de symptomen waarop de huisarts moet varen bij de diagnostiek van dit ziektebeeld, samenvatten:

1. Koorts boven de 39.0°C.
2. Een gegeneraliseerd maculeus, erythematous exantheem.
3. Braken, waterdunne diarree en buikpijn.
4. Conjunctivitis, pharyngitis, vaginitis.
5. Ernstige myalgieën met drukpijn.

6. Gegeven de koorts onevenredig sterke desoriëntatie en bewustzijnsveranderingen.

Dit zijn symptomen die de huisarts kan waarnemen, of die door patiënte worden genoemd. Belangrijk hierbij is dat patiënte uit volle gezondheid snel ernstig ziek wordt. Zeer belangrijk is, dat bij deze klachten wordt gevraagd naar de menstruatie-anamnese en naar het gebruik van tampons tijdens de ongesteldheid. Als de zes kernsymptomen optreden tijdens of direct na de menstruatie, moet de huisarts bedacht zijn op TSS.

De vraag blijft dan nog hoe sensitief en hoe specifiek deze criteria zijn en dus hoe relevant vanuit diagnostisch oogpunt. Waarschijnlijk zijn ze wel relevant vanuit handelingsoogpunt: de huisarts wordt geforceerd om tot een diagnose respectievelijk een therapie te komen, waarvoor dan opname nodig is.

Het belang van goed uitvragen van de klachten door degene die de telefonische visite-aanvragen ontvangt, wordt door deze casus nog eens onderstreept. Hospitalisatie lijkt bij het toxisch shock syndroom geïndiceerd in verband met de gerapporteerde 8 procent sterfte bij dit ziektebeeld ten gevolge van irreversibele shock. Bij deze patiënte is het ziektebeeld betrekkelijk mild verlopen. In dit verband rijst de vraag hoe vaak het voorkomt dat we vrouwelijke patiënten op ons spreekuur zien met vervellingen aan de handen, terwijl zij ongeveer een week tevoren, tijdens of in aansluiting op een menstruatie, een als viraal infect, acute salmonellose of urosepsis geduid ziektebeeld hebben door-gemaakt.

Conclusie

Ondanks het feit dat ik de drie artikelen over het toxisch shock syndroom die in 1981 zijn verschenen¹⁻³, had gelezen, stelde ik de diagnose niet. Zou dit anders zijn geweest, als ik een vaginaal toucher had verricht?

De huisarts zal door clinici beschreven ziektebeelden op een speciale wijze moeten lezen. Met name moet hij letten op de vroege symptomatologie van de ziektebeelden. Veelal zal de patiënt hem immers reeds in dat stadium van de ziekte consulteren.

De ontwikkeling van het toxisch shock syndroom heb ik zelf meebeleefd. Tussen het eerste en het tweede consult kwamen de overtuigende „presenting symptoms” naar voren. Het medisch handelen was meer gebaseerd op de ontwikkeling van het ziek-zijn, dan op

de associaties met de classificatie van het ziektebeeld. Dit zou in zijn algemeenheid ook hebben gegolden voor andere ziekten uit de exotische sfeer. Het vaak zien van een aandoening is voor iedere huisarts gerelateerd aan geruststelling, terwijl klachten of ziektebeelden die hij zelden tegenkomt, hem ongerust en alert doen zijn.

Een goed voorbeeld van dit fenomeen zien we tijdens griepiepidemieën. De eerste patiënten presenteren zich dan bijvoorbeeld met alarmerende symptomen, zoals hoge koorts en hevige hoofdpijn in samenhang met een scala van andere klachten. De houding van de huisarts is in dit stadium van de epidemie onzeker en alert. Na ongeveer vijf dagen en een tiental confrontaties met dezelfde „presenting symptoms” kent hij de prognose van het ziektebeeld en gaat hij hiermee om met een hoge graad van diagnostische zekerheid.

Omdat het ziek-zijn zo'n belangrijke aanwijzing voor het handelen vormt, zijn factoren als het „afwerend gedrag” van de patiënte tijdens het eerste consult, het zelf weekenddienst hebben, het gezonde verstand van de bellende buurvrouw van zoveel betekenis. Kennis van het ziektegedrag van de patiënt, het zelf vervolgen van de ontwikkeling van de ziekte en het juist beoordelen van de observaties van het lekensysteem van de patiënt zijn factoren die in de huisartsgeneeskunde van groot belang voor de besluitvorming zijn.

De vraag blijft, welke betekenis de *diagnose*, in dit geval toxisch shock syndroom, voor de huisartsgeneeskunde heeft.

Naschrift

Met dank aan Dr. C. van Weel, huisarts te Rotterdam, en T. S. J. V. M. Fréquin, huisarts te Alkmaar, voor hun kritische opmerkingen.

¹ Geus JP de. Het toxisch shock syndroom („tamponziekte”). Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 95-8.

² Ketel RJ van. Tamponziekten in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 1981; 125: 93-5.

³ Wemekamp H. Het toxisch shock syndroom en het (voor)oordeel over tampons. Huisarts en Wetenschap 1981; 24: 293-9.

Ingezonden

Andriol

Bij het artikel *De rol van de huisarts in het menopauzale gezin* van K. Gill willen wij graag enkele kanttekeningen plaatsen.

Uit het gestelde in de vierde alinea van pagina 146 zou men kunnen afleiden dat het preparaat Andriol[®], in tegenstelling tot Proviron[®], een negatieve invloed op de spermatogenese zou hebben. Van de voor het indicatiegebied van Andriol[®] in aanmerking komende doseringen is dit zeker niet juist, zoals moge blijken uit het volgende:

Een negatief effect op de spermatogenese zoals hier bedoeld komt tot stand via remming van de hypofyse. Dit effect kan gebruikt worden als parameter voor de biologische activiteit van androgenen en is dosis-afhankelijk. Bij androgeen-deficiënte mannen voor wie Andriol[®] in principe geïndiceerd is, heeft het een gunstige werking, in de therapeutisch effectieve doseringen, op de abnormaal veranderde gonadotrofinespiegels.¹ Bij normale mannen heeft Andriol[®] geen hypofyseremmende werking.² Een slechts zeer onvolledige remming van de spermatogenese werd gevonden na toediening van de hoge dosering van 250 mg/dag gedurende langere termijn (12 weken) aan gezonde mannen.^{3 4}

De preparaten Andriol[®] (testosteronundecanoaat) en Proviron[®] (mesteron) zijn ten aanzien van de spermatogenese niet vergelijkend onderzocht.

Terecht wordt gesteld, dat Andriol[®] en Proviron[®] in rode letters in het Farmacotherapeutisch Kompas zijn vermeld. Op 19 oktober 1982 hebben wij bij de Ziekenfondsraad hiertegen bezwaar aangetekend. Op 15 november 1982 deelde de Ziekenfondsraad ons mede: „De Commissie is het met U eens, dat gezien de invloed op de leverfuncties van de C-17-gealkyleerde steroïden niet meer gesteld kan worden dat Andriol geen voordelen zou hebben boven Neo-Hombreol (17-methyltestosteron).”

„De Commissie heeft het advies dan ook als volgt gewijzigd: CMPC-advies: Andriol kan bij bovenvermelde indicaties voor ziekenfondsrekening worden voorgeschreven”.

„Dit advies zal worden opgenomen in de 1983-editie van het Farmacotherapeutisch Kompas en – indien van toepassing – bij een eventuele zending tussentijdse adviezen.”

Het is ons bekend, dat de fabrikant van Proviron[®] een identieke brief van de Ziekenfondsraad heeft ontvangen, met dien verstande dat in deze brief de merknaam Andriol vervangen was door Proviron.

Op vrijdag 14 januari 1983 publiceerde de Nederlandse Staatscourant een Wijziging Besluit farmaceutische hulp ziekenfondsverzekering. Deze wijziging hield onder andere in dat in bijlage 4 de geneesmiddelen Andriol[®] en Proviron[®] vervielen, welk besluit met ingang van 1 februari 1983 in werking is getreden. Zoals bekend, zijn op bijlage 4 van het Besluit Farmaceutische Hulp Ziekenfondsverzekering die preparaten vermeld waarvoor vooraf toestemming van het ziekenfonds is vereist.

De conclusie luidt derhalve, dat Andriol[®] en Proviron[®] zonder voorafgaande machtiging aan ziekenfondsverzekerden kunnen worden voorgeschreven.

Organon Nederland BV,
H. van der Zee

Gill K. Het menopauzale gezin. Huisarts en Wetenschap 1983; 26(4): 144-7.

¹ Franchimont P, Kicovic P M, Mattei A, Roulier R. Effects of oral testosterone undecanoate in hypogonadal male patients. Clin Endocrinol 1978; 9: 313-20.

² Mies R, Kicovic P M. Effects of testosterone undecanoate administration on LH and FSH response during the standard LH-RH test in healthy male volunteers. Andrologia 1977; 9: 233-6.

³ Nieschlag E, Hoogen H, Beulk M, Schuster H, Wickings E J. Clinical trial with testosterone undecanoate for male fertility control. Contraception 1978; 18: 608-14.

⁴ Kloer H, Hoogen H, Nieschlag E. Trial of high dose testosterone undecanoate in the treatment of male infertility. Int J Androl 1980; 3: 121-9.