

Huisarts & praktijk

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

L. WIGERSMA*

Seksueel overdraagbare aandoeningen in de huisartspraktijk

Huisartsen worden in toenemende mate geconfronteerd met seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's). Ondanks de schijn van het tegendeel behoren diagnostiek en behandeling van deze aandoeningen tot het gebied van de huisartsgeneeskunde; alleen voor AIDS en lues zal veelal een verwijzing noodzakelijk zijn. In de hulpverlening op dit delicate terrein krijgt de huisarts te maken met angst, schaamte, schuldgevoelens en morele weerstanden; de normen en waarden van patiënt én huisarts zijn hierbij in het geding. De huisarts moet in deze situatie in staat zijn een schatting te maken van het risico dat sommige patiënten lopen. Ook moet hij op de hoogte zijn van bepaalde vroege symptomen en dient hij een open oog te hebben voor angst voor een SOA. Tenslotte vormt ook voorlichting een belangrijk onderdeel van zijn hulpverlening.*

Inleiding

SOA (seksueel overdraagbare aandoening) is een betrekkelijk nieuwe term, die meer ziekten omvat dan het begrip „geslachtsziekten”. Dit laatste begrip heeft in de geneeskunde bovenal een topografische betekenis gehad: ziekten aan de geslachtsorganen. SOA is een ruimere omschrijving, die beter correspondeert met de grote diversiteit in symptomatologie en besmettingswijzen en met de verruimde inzichten in de epidemiologie (tabel 1).

Hepatitis B is een goed voorbeeld van een ziekte die niet tot de geslachtsziekten wordt gerekend, maar wel een SOA is. De ziekte werd lange tijd Serumhepatitis genoemd, omdat ze via besmet bloed zou worden overgedragen (bloedtransfusies, injecties met verontreinigde naalden e.d.). Ruim tien jaar geleden bleek echter de aanwezigheid van hepatitis B-antistoffen in de bevolking zo hoog, dat overdracht via seksueel contact als de belangrijkste besmettingswijze moest worden aangemerkt; besmetting vindt plaats doordat het virus via sperma wordt overgebracht.

Het vóórkomen van antistoffen tegen hepatitis B – het bewijs dat men de infectie heeft doorgemaakt – hangt sa-

men met seksuele gewoonten. In groepen of subculturen waarin wisselende seksuele partners gewoon zijn, komen meer mensen voor met antistoffen dan in de gemiddelde bevolking. Coutinho stelde bijvoorbeeld vast dat een hoog percentage van de promiscue homoseksuele mannen antistoffen heeft, en dat de besmettingskans (*attack rate*) in deze groep 27,6 procent per jaar bedraagt.¹ In de gehele bevolking heeft 5 à 10 procent van de mensen antistoffen tegen hepatitis B.

De meeste mensen bij wie antistoffen worden aangetroffen, zijn nooit geel of zelfs maar ziek geweest, waaruit afgeleid kan worden dat de infectie in een groot aantal gevallen weinig of geen klachten geeft.²

Voor hepatitis B en voor andere seksueel overdraagbare virusziekten (hepatitis A, cytomegalie, AIDS) geldt, dat ze niet uitsluitend via seksueel contact worden overgedragen en ook niet aan de geslachtsorganen zijn gelokaliseerd; het zijn in meerdere of mindere mate systeem-aandoeningen.

Seksueel overdraagbare darminfecties zijn een andere nieuwkomer op het geslachtsziektenpodium. De recente wetenschappelijke aandacht voor dit fenomeen hangt waarschijnlijk samen met de toegenomen openheid over seksuele technieken die altijd al wel ge-

praktiseerd, maar tot voor kort angstvallig werden verzwegen. Het is immers niet aannemelijk dat het likken van de anus — de voor directe overdracht van pathogene darmbacteriën verantwoordelijke liefkozing — een nieuw bedachte seksuele techniek is. Gegevens over deze groep ziekten zijn tot nog toe vooral verzameld onder homoseksuele mannen, dank zij hun relatieve openhartigheid over hun seksuele gewoonten.^{1 3-5}

Incidentie

SOA's zijn geen frequent verschijnsel in de huisartspraktijk. Wel loopt de morbiditeit geografisch sterk uiteen en zijn er soms zelfs tussen huisartspraktijken binnen een beperkte regio aanzienlijke verschillen. Dit laatste wordt waarschijnlijk veroorzaakt door verschillen in interesse en vaardigheid tussen de betrokken huisartsen.

De beschikbare morbiditeitscijfers geven een indruk van het aantal diagnoses, maar schetsen geen representatief beeld van wat er door patiënten aan klachten en vragen wordt aangeboden. Naar alle waarschijnlijkheid overtreft het aantal consulten waarin op al dan niet versluiserde wijze angst en vragen betreffende SOA's aan de orde komen, verre het aantal geregistreerde diagnoses. De schakel tussen klacht en diagnose is datgene wat zich tussen arts en patiënt afspeelt; juist op het delicate terrein van seksualiteit en SOA vertoont deze schakel zwakke plekken of ontbreekt ze voor het wetenschappelijk oog zelfs geheel. Het zichtbare resultaat — de morbiditeitsstatistiek — kan daarom nooit de betekenis van deze groep klachten en ziekten voor het handelen van de huisarts accuraat weergeven.

Daar komt nog bij, dat de incidentie van SOA in de huisartspraktijk moeilijk in kaart te brengen is. De volgende factoren zijn daaraan mede debet:

- In de grote steden bestaan geslachtsziektenpoliklinieken, meestal van de plaatselijke GGD, waar men kosteloos en anoniem behandeld wordt: een derde (Den Haag) tot twee derde (Amsterdam) van de mensen met een SOA gaat daar naar toe.^{6 7}

- Circa 40 procent van alle SOA's in Nederland komt in Amsterdam voor; het is echter volstrekt onduidelijk, in hoeverre dit cijfer vertekend is door het feit dat Amsterdam veelvuldig wordt bezocht door niet-Amsterdammers, zowel voor hun lusten als voor hun lasten.

- De registratie van SOA's is onoverzichtelijk. Terwille van de landelijke statistiek voor infectieziekten moeten

* Huisarts te Amsterdam.

alleen gonorrhoe, lues en scabies bij de gezondheidsdiensten worden gemeld. Huisartsen doen dit slechts in 15-25 procent der gevallen; de GGD-poliklinieken registreren automatisch alle gevallen, en van andere voorzieningen (dermatologen, gynaecologen, NVSH, etc.) zijn de percentages niet bekend.^{6,7}

• De meeste andere SOA's hoeven niet te worden aangegeven; hiervan zijn dan ook geen betrouwbare landelijke cijfers die een indruk kunnen geven van incidentie en geografische spreiding. Bij hepatitis A en B, die wel aangegeven moeten worden, is het percentage gevallen van seksuele overdracht uiteraard niet vast te stellen.

Deze lacunaire kennis kan worden aangevuld met gegevens uit diverse morbidityonderzoeken onder huisartsen. Daaruit blijkt onder meer hoe groot de geografische verschillen in incidentie zijn, terwijl van een aantal SOA's geen morbiditygegevens beschikbaar zijn (tabel 2).

Tabel 3 geeft een overzicht van gonorrhoe in Amsterdam, Den Haag en de „periferie” in noordelijk Zuid-Holland. Opvallend is dat huisartsen in Den Haag een groter aandeel hebben in de behandeling van gonorrhoe dan huisartsen in Amsterdam, terwijl huisartsen in de „periferie” circa 80 procent van de gevallen voor hun rekening nemen. Dat neemt niet weg dat een huisarts in de grote stad gemiddeld drie- tot vijfmaal zo vaak patiënten met een SOA ziet dan zijn collega's elders.

Huisartsgeneeskundig handelen

Kennis van geslachtsziekten, inzicht in de epidemiologie en aandacht voor hetgeen de patiënt te vertellen heeft: dit zijn de instrumenten die in principe elke huisarts ter beschikking staan bij de beoordeling en behandeling van SOA's. Daarmee is echter nog niets gezegd over de effectiviteit en sensitiviteit waarmee hij die instrumenten gebruikt, noch over zijn vermogen ze te gebruiken op een zinvolle en op het individu afgestemde wijze.

Het is zeer wel mogelijk dat huisartsen in grote steden meer gewend zijn aan een vrijere seksuele moraal, grotere seksuele variabiliteit en de daarmee gepaard gaande variatie in SOA's dan hun collega's elders. Hoezeer echter gewenning en ervaring ook medebepalend zijn voor het werk van de huisarts, er zijn, zeker in dit geval, andere belangrijke invloeden. Geslachtsziekten en seks zijn immers morele kwesties, en

moraal kan een grote hindernis vormen voor het tot stand komen van een adequate en gevoelvolle hulpverlening.¹⁰

Er is een grote variatie in de wijze waarop huisartsen en patiënten met elkaar omgaan als het gaat over geslachtsziekten. Deze variatie is niet terug te voeren op diagnostische of therapeutische onzekerheden; die zijn er immers nauwelijks, afgezien van de problemen rond herpes genitalis en chlamydia. De oorzaak moet veeleer gezocht worden in het feit dat emotionele en morele factoren in wisselende mate het gesprek tussen huisarts en patiënt medebepalen, meestal zonder expliciet geuit te worden. De associaties tussen seks en SOA enerzijds en schuld en schaamte anderzijds zijn legio, en zelfs wanneer het gesprek over seksualiteit op gang komt, is dat nog geen garantie voor een goede verstandhouding. De (huis)arts moet zich ervoor hoeden, zijn eigen normen en waarden op het gebied van seksualiteit impliciet in het gesprek in te brengen. Dat betekent dat hij zich van die normen en waarden bewust moet zijn en op zijn minst andermans waarden dient

te respecteren. Een open en belangstellende houding, goed luisteren en simpelweg vragen naar hetgeen onbekend of onduidelijk is: dit zijn de principes die het gesprek verder in goede banen kunnen leiden.

Risicogroepen en risico's

Het medisch-diagnostisch denken van de huisarts bij SOA's wordt in belangrijke mate gedragen door kennis van de epidemiologie en alertheid op de symptomatologie van de diverse SOA's.

Er worden tegenwoordig „risicogroepen” onderscheiden: groepen mensen met gemeenschappelijke seksuele gewoonten, waarbinnen epidemiologisch gezien een verhoogde incidentie van SOA bestaat.

Anders gezegd: er bestaat binnen deze groepen statistisch gezien een verhoogd risico voor het oplopen van een SOA, corresponderend met de frequentie waarmee van sekspartner wordt gewisseld. De belangrijkste risicogroepen zijn jongeren, prostitué(e)s en homo-seksuele mannen; vroeger waren dat prostitués, soldaten en zeelieden.

Tabel 1. *Overzicht seksueel overdraagbare aandoeningen met de aard van de verwekker.^a*

Micro-organisme	Ziekteverwekker	Ziekte
Bacterie	Neisseria gonorrhoea (gonokok)	Gonorrhoe
	Chlamydia trachomatis	Niet-specifieke genitale infecties, waaronder urethritis
	Gardnerella vaginalis	Fluor vaginalis
	Salmonella	Seksueel overdraagbare darminfectie
	Shigella	Idem
Virus	Treponema pallidum	Lues (Syphilis)
	Herpes simplex virus	Herpes genitalis
	Hepatitis A virus	Hepatitis A
	Hepatitis B virus	Hepatitis B
Protozo	Cytomegalovirus	Cytomegalie
	Papillomavirus	Condylomata acuminata (venerische wratten)
	HTLV III/LAV-virus	AIDS
Epizoönose	Trichomonas	Trichomoniasis vaginalis/urethralis
	Entamoeba histolytica	Seksueel overdraagbare darminfectie idem
	Giardia Lamblia	idem
Gist	Sarcoptes scabiei (schurftmijt)	Schurft
	Phthirus pubis (schaamluis)	Schaamluis (Pediculosis pubis)
	Candida albicans	Candidosis urogenitalis

^a In deze tabel ontbreken enkele „klassieke” geslachtsziekten: ulcus molle, dat van weinig belang is voor de huisarts, en lymfogranuloma venereum en granuloma inguinale, die geen praktische betekenis hebben voor de huisarts.

Bron: Stolz en Suurmond.²

Het besef dat er risicogroepen bestaan, kan in individuele gevallen de weg wijzen naar de ziekte die achter de klacht, of de angst die achter de hulpvraag schuilgaat. De huisarts die zijn kennis en inzicht op dit gebied genuanceerd toepast, en het scala van seksuele mogelijkheden en moeilijkheden overziet, kan snel op het juiste spoor komen zonder in kwetsende en schadelijke generalisaties te vervallen.

Het is soms moeilijk deze laatste valkuil te vermijden en tegelijk ook andere klippen te omzeilen. Niet iedere homoseksuele man behoort tot de risicogroep en daarom zijn werktuigelijke associaties tussen homoseksualiteit en SOA misplaatst. Anderzijds is het wel aannemelijk dat de meeste homoseksuele mannen bang zijn voor AIDS, ook wanneer ze gezien hun leefwijze weinig of geen risico lopen. Deze angst kan zich ook in verholde vorm aandienen, bijvoorbeeld

via allerlei vage klachten. De huisarts dient daar alert op te zijn.¹¹

Bij aandoeningen die soms wel, soms niet seksueel worden overgedragen, is grote voorzichtigheid geboden bij het bespreken van oorzaken en gevolgen. Dit geldt bij verschillende verwekkers van fluor vaginalis (gardnerella, candida) en hepatitis. Ook hier is generalisatie uit den boze. Als de huisarts de patiënt ten onrechte meedeelt dat het om een SOA gaat, kan dat ernstige consequenties hebben binnen de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Beter is de patiënt uit te leggen wat er aan de hand is, en te informeren naar de mogelijkheid van seksuele overdracht.

Voorts kunnen patiënten bij de huisarts komen met klachten die ze zelf in verband brengen met SOA, zonder dat daartoe objectief aanleiding blijkt te bestaan. Onverwerkte schuldgevoelens ten aanzien van seks, angsten en onwe-

tendheid zijn de belangrijkste achtergronden van een dergelijke klachtpresentatie. Angst voor SOA is bijvoorbeeld vaak een belangrijk element bij klachten over fluor vaginalis. Deze angst wordt vooral nogal eens versterkt door patiëntenvoorlichting.¹²

Het verdient aanbeveling in dergelijke gevallen voorzichtig, maar wel intensief na te gaan wat de context van de klacht is. Te snel benoemen van de klacht en te voortvarend medisch ingrijpen zijn schadelijk, terwijl individueel aangepaste voorlichting over het ontstaan en de transmissie van SOA vaak orde in de chaos kan scheppen.¹³

Opsporing van partners

Indien de huisarts bij een patiënt een SOA heeft geconstateerd, moet ter sprake komen of de partner ook besmet kan zijn. Wanneer de patiënt een vaste partner heeft, dient deze te worden onderzocht en zo nodig behandeld.

Het opsporen van de bron van infectie is geen probleem, als daar voldoende openheid over bestaat en als de patiënt bereid is de persoon in kwestie in te lichten. Wanneer deze onbekend is (prostituté(e), anoniem contact), is contactopsporing niet mogelijk.

Wanneer een patiënt met een SOA niet wil dat de partner dat te weten komt, zal de huisarts op de consequenties wijzen. De betreffende patiënt is verantwoordelijk voor de eventuele schadelijke gevolgen voor zijn partner, die zeer aanzienlijk kunnen zijn, bijvoorbeeld in geval van lues, of bij gonorrhoe bij een vrouw. Overigens kan de huisarts zich in voorkomende gevallen wenden tot de sociaal verpleegkundige van de gemeentelijke gezondheidsdienst, die kan adviseren of bemiddelen bij de contactopsporing.

Wanneer een patiënt steeds terugkomt met dezelfde klachten, ondanks adequate behandeling, moet de mogelijkheid van een asymptomatische infectie bij de partner worden overwogen. Met name vaginale en rectale infecties met gonokokken en chlamydia verlopen vaak ongemerkt en fungeren daardoor als permanente besmettingsbron.

Onderzoek en behandeling

In principe zijn de meeste SOA's door de huisarts vast te stellen en ook te behandelen. Voor de bacteriële en virale aandoeningen is verdergaand laboratoriumonderzoek vereist om tot de juiste diagnose te komen. Bij sommige bacteriële infecties die met uretrale, vaginale

Tabel 2. Incidentie volgens diverse morbiditeitsonderzoeken in de huisartspraktijk: aantallen gevallen per 1000 patiënten per jaar.

Micro-organisme	Ziekte	Monitoring-project ⁸ (Rotterdam)	CMR-NUHI ⁹ (Nijmegen)	Amsterdams peilstationproject ⁶		
				totaal	man	vrouw
Bacterie	Gonorrhoe	0,9	1,0	4,0		
	Niet-specifieke urethritis	0,2	1,0			
	Lues alle stadia	0,2	0,05			
Virus	Herpes genitalis I			1,2	1,6	0,85
	idem, recidief			1,0	1,2	0,9
	Herpes simplex totaal	3,5	4,0			
	Hepatitis A		0,8			
	Hepatitis B					
	Hepatitis totaal	0,6				
Protozo	Trichomoniasis	2,5		2,0	1,6	8,0
Epizoönose	Schurft	0,5		3,7	4,6	2,9
	Schaamluis			2,3	3,1	1,3
Gist	Candidosis urogenitalis	3,2				

Tabel 3. Aantallen gevallen en incidentie (aantallen gevallen per 1000 per jaar) in de huisartspraktijk en in de totale bevolking, in Amsterdam, Den Haag en de „periferie” van noordelijk Zuid-Holland⁴.

	Huisartspraktijk			Totale bevolking		
	Amsterdam	Den Haag	Periferie	Amsterdam	Den Haag	Periferie
Absoluut aantal	ca. 3000	2357	1364	ca. 8000	4237	1711
Incidentie	4,0	4,0	1,7	12	8,5	2,4

⁴ Onder de „periferie” worden alle gemeenten buiten Den Haag in het betreffende gebied verstaan.

Bron: Nijhuis e.a.⁷

of rectale afscheiding gepaard gaan (met name gonorrhoe en niet-specifieke infecties, waarbij in circa 60 procent der gevallen het micro-organisme chlamydia trachomatis de oorzaak is) staat de wenselijkheid van microscopisch onderzoek door de huisarts zelf ter discussie. Het is mogelijk in een uitstrijkje van het ontstekingsmateriaal dat gekleurd is volgens Gram, microscopisch gonokokken aan te tonen. Voor de huisartspraktijk is dit echter tamelijk bewerkelijk, terwijl het rendement laag is: de meeste huisartsen hebben onvoldoende routine in het beoordelen van een dergelijk preparaat. Daar komt bij dat in 20 à 30 procent der gevallen sprake is van menginfectie met gonokokken en chlamydia.¹⁴ Chlamydia is microscopisch niet aantoonbaar.

Gonorrhoe, chlamydia en andere niet-specifieke genitale infecties

Bij een aangetoonde, ongecompliceerde gonorrhoe is een eenmalige dosis amoxicilline (3 gram) met 1 gram probenecid de voorkeursbehandeling, maar chlamydia en andere verwekkers van niet-specifieke genitale infecties reageren daar niet op. Deze gegevens, alsmede het feit dat gonorrhoe inmiddels in frequentie is voorbijgestreefd door niet-specifieke infecties, zouden kunnen pleiten voor een eenvoudiger benadering in de huisartspraktijk. Met tetracycline zijn beide soorten infectie afdoende te bestrijden, zij het dat de niet-specifieke verwekkers vaak een langduriger behandeling vereisen (1-3 weken 2 gram tetracycline per dag) dan gonokokken (5 dagen lang 2 gram per dag). Afname van materiaal voor een kweek en resistentiebepaling dienen in elk geval aan een behandeling vooraf te gaan, om penicillinase producerende *Neisseria gonorrhoea* (PPNG) aan te tonen of uit te sluiten.

Het kweken van chlamydia is tijdrovend, bewerkelijk en duur. Een eenvoudige, snelle en goedkope onderzoeksmethode met behulp van monoklonale antilichamen is inmiddels ontwikkeld.¹⁵ Het belang daarvan voor de huisartspraktijk lijkt echter gering, indien de bovengenoemde praktische benadering wordt aangehouden.

Een bezwaar tegen deze benadering is, dat de luesserologie langdurig (3-6 maanden) gemaskeerd wordt door een tetracyclinebehandeling, terwijl dat bij de eenmalige dosis amoxicilline niet het geval is. Aangezien bij verdenking op SOA routinematig bloedafname voor de bepaling van de luesserologie behoort te worden verricht bij het eerste onder-

zoek en nog eens na drie maanden, is het tijdig vaststellen van een en passant opgelopen lues echter toch al onmogelijk, evenals tijdige preventie van verdere verspreiding. Of deze termijn nu drie of zes maanden belooft, is hooguit van belang wanneer het een ongecompliceerde gonorrhoe betreft die behandeld had kunnen worden met middelen die de luesserologie niet maskeren. In alle andere gevallen (niet-specifieke infecties, menginfecties en twijfelgevallen), die naar schatting 60-70 procent van alle met afscheiding gepaard gaande bacteriële genitale infecties uitmaken, gaat het om een academische vraag die in de praktijk niet ter zake doet.

Een ander bezwaar dat naar voren kan worden gebracht, betreft het langer dan strikt noodzakelijk innemen van medicijnen. Een tetracyclinekuur duurt langer dan een behandeling met amoxicilline. Hoewel dit bezwaar gerechtvaardigd is indien een aangetoonde ongecompliceerde gonorrhoe met een tetracyclinekuur wordt behandeld, heeft deze medaille een keerzijde. Wanneer patiënten die met amoxicilline zijn behandeld en daarna klachten houden, weer moeten terug komen om alsnog een andere behandeling te ondergaan, is dat voor velen een teleurstelling en een extra belasting. Het is aannemelijk dat deze groep, gezien de onzekerheden bij het microscopisch onderzoek door de huisarts en gezien de incidentie van niet-specifieke verwekkers, veel groter is dan de groep die ten onrechte met tetracycline wordt behandeld.

Verdere onderbouwing van deze overwegingen door onderzoek in de huisartspraktijk is noodzakelijk, voordat meer definitief gekozen kan worden voor de hier voorgestelde eenvoudige benadering van bacteriële SOA's die met afscheiding gepaard gaan. Een eventueel alternatief voor tetracycline, co-trimoxazol, dat eveneens werkzaam is tegen zowel gonokokken als niet-specifieke organismen en dat de luesserologie niet maskeert, lijkt minder aantrekkelijk, gezien het hoge percentage betrekkelijk ernstige bijwerkingen.¹⁵

Aparte vermelding verdient de behandeling van gonorrhoe bij die een verhoogd risico lopen op PPNG, te weten prostituées en hun klanten, en patiënten die in het Verre Oosten zijn besmet. Aanbevolen wordt deze patiënten direct te behandelen met een middel dat tegen PPNG werkzaam is (Cefotaxim).

Hepatitis, lues

Voor de diagnostiek van sommige SOA's (hepatitis, lues) is serologisch bloedon-

derzoek noodzakelijk. Dit geschiedt in samenwerking met een arts-laboratorium of een streeklaboratorium voor de volksgezondheid.

Met betrekking tot de behandeling van lues door de huisarts kan het volgende als praktische richtlijn dienen:

Wanneer er laesies zijn waaruit infectieus materiaal kan worden verzameld (primair affect, huidlaesies bij lues II), wordt de diagnostiek uitgebreid met donkerveld-microscopie. Daarmee kan de verwekker van lues, de *treponema pallidum*, direct worden aangetoond. Aangezien het meestal specialisten en geslachtsziekten-poliklinieken zijn die over deze techniek beschikken en voldoende vaardigheid hebben voor de beoordeling van het preparaat, worden deze manifestaties van lues door hen gediagnostiseerd en behandeld. De overige stadia van -vroeg!- lues (zonder symptomen) kunnen desgewenst door de huisarts zelf worden gediagnostiseerd en behandeld. Regelmatige nacontrole van de serologie is daarbij vereist.

Overige SOA's

Met betrekking tot de overige SOA's geldt dat de huisarts door eigen onderzoek en/of laboratoriumonderzoek elders de diagnose kan stellen en zelf een behandeling kan instellen. De meeste virale SOA's kunnen alleen symptomatisch worden behandeld. Voor condylomata acuminata bestaat een lokale behandeling, die echter vaak langdurig en pijnlijk is. Bij herpes genitalis kan in zeer ernstige gevallen een behandeling met het antivirale middel acyclovir worden overwogen. Acyclovir bekort de duur van de klachten bij zowel primaire als recidief-infecties, maar elimineert het virus niet; recidief blijft mogelijk.¹⁶ Voor de epizoönoten, de protozoösen en de gistinfecties bestaan simpele en afdoende behandelingsmogelijkheden. Een globaal overzicht van diagnostische en therapeutische richtlijnen wordt gegeven in tabel 4.

Voorlichting en preventie

In alle gevallen is een goede voorlichting noodzakelijk, afgestemd op de klacht, de specifieke situatie en de seksuele gewoonten van de patiënt. Deze voorlichting omvat het bespreken van de wijze van overdracht van de aandoening, de periode van seksuele onthouding tijdens de behandeling, de werking en bijwerking van de verstrekte medicijnen en het maken van een afspraak voor nacontrole.

Indien gewenst, kan de huisarts ook dieper ingaan op de risico's van bepaalde seksuele gewoonten. Dat is met name bij homoseksuele mannen een actu-

eel en belangrijk thema, gezien de grote dreiging die van AIDS uitgaat en gezien de reële risico's op het oplopen van het HTLV-III-virus, dat vermoedelijk verant-

woordelijk is voor AIDS.¹¹ Zeker bij homoseksuele mannen, maar ook bij andere patiënten die regelmatig een SOA hebben, moet gewezen worden op niet-

Tabel 4. Globale richtlijnen voor diagnostiek en therapie van SOA's in de huisartspraktijk.¹⁷

Ziekte	Laboratoriumdiagnostiek	Therapie
Gonorrhoe	Kweek en resistentiebepaling – bewezen ongecompliceerde gonorrhoe – vermoede of bewezen PPNG – penicilline-overgevoeligheid	Tetracycline 4 dd 500 mg gedurende 5 dagen Amoxicilline 3 g + Probenecid 1 g in 1 gift Cefotaxim 1 g intramusculair Tetracycline als boven
Niet-specifieke urethritis, vaginitis en proctitis	Kweek en resistentiebepaling	Tetracycline 4 dd 500 mg gedurende 1-3 weken, afhankelijk van klachten en symptomen
Lues recens zonder symptomen	Blijkt uit luesserologie	Penidural 2,4 miljoen E op dag 1, 8 en 15
Gardnerella vaginitis	KOH-preparaat („fishy odour”) en fysiologisch zoutpreparaat („clue cells”)	Metronidazol 4 × 500 mg op dag 1 en 3
Salmonella-diarree	Kweek en resistentiebepaling	Symptomatisch, tenzij zeer ernstig
Shigella-diarree	Idem	Afhankelijk van gevoeligheid: Ampicilline of Tetracycline 4 dd 500 mg gedurende 5 dagen
Herpes genitalis	Klinische diagnose; eventueel viruskweek	Symptomatisch. In zeer ernstige gevallen Acyclovir (via specialist)
Hepatitis	Serologie: antigeen/antistoffen	Symptomatisch
Cytomegalie	Eventueel serologie	Geen
Condylomata acuminata	Klinische diagnose	Podophylline 5-20% in coll. elast. 1-2 × per week, omgevend gebied eerst zinkzalf Cauterisatie onder lokale verdoving
AIDS	Alleen wanneer klinisch zeer verdacht: HTLV-III antistoffen in gespecialiseerd laboratorium	Geen
Trichomoniasis	Fysiologisch zoutpreparaat (vers); eventueel kweek	Metronidazol 4 × 500 mg in 1 gift
Amoebendiarree	Verse faeces binnen 1 uur doen onderzoeken; gewoon faecesmonster voor cysten	Metronidazol 3 dd 750 mg gedurende 5 dagen
Giardia Lamblia	Gewoon faecesmonster	Metronidazol 2 dd 1 g gedurende 3 dagen
Scabies (schurft)	Klinische diagnose/gangetje uitgraven en materiaal onder microscoop bekijken	Hexachloorcyclohexaan 1% op dag 1 en 8
Pediculosis pubis (schaamluis)	Klinische diagnose	Malathion lotion 5 mg/ml
Candidosis urogenitalis	KOH-preparaat/Nickerie medium	Vaginitis: Clotrimazol vaginaaltabletten à 200 mg, tab. I gedurende 3 dagen Balanitis: Miconazol crème 2 × daags
Aspecifieke balanitis		Betadine jodium/KMnO ₄ badjes

riskante seksuele technieken (geen slijmvliescontact) en op de beschermen- de werking van condooms bij genitaal- vaginaal en genitaal-anaal contact.

Een recente verworvenheid op het gebied van primaire preventie is de vaccinatie tegen hepatitis B. Voor mensen die op grond van hun seksuele gewoonten een verhoogd risico lopen op het verkrijgen van hepatitis B, is vaccinatie zeer aan te bevelen. Een voorstel om deze (dure) vaccinatie op te nemen in het ziekenfondspakket, ligt al geruime tijd bij de staatssecretaris ter goedkeuring, hetgeen onnodige vertraging betekent bij de preventie van een potentieel gevaarlijke ziekte en bovendien forse besparingen aan ziekteverzuim en ziektekosten verhindert.

Voor alle voorlichting en adviezen geldt, dat ze zinloos zijn als er geen behoefte aan bestaat. De huisarts zal dit dus eerst na moeten gaan. Er kan overigens best aanleiding bestaan om voorlichting te geven, zonder dat de patiënt er expliciet om gevraagd heeft. De zwijgzaamheid en haast waarmee seksuele problemen en geslachtsziekten vaak worden afgehandeld, kunnen mijns inziens als signalen worden opgevat dat er grote behoefte aan openheid en informatie op dit gebied bestaat.

¹ Coutinho RA. Sexually transmitted diseases among homosexual men; studies on epidemiology and prevention [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1984.

² Stolz E, Suurmond D. Seksueel overdraagbare aandoeningen. Alphen aan den Rijn, Brussel: Stafleu, 1982.

³ Coester C, Feldmann J, e.a. (Nederlandse bewerking: Blog F, e.a.). Mannenkoorts. Amsterdam: De Woelrat, 1984.

⁴ Wigtersma L, Van Wijngaarden JK, Brühl K. Homoseksualiteit en gezondheidszorg in Nederland. *Modern Medicine* 1984; 8: 1267-77.

⁵ Meijman FJ. Homoseksuelen in de huisartspraktijk. *Huisarts en Wetenschap* 1980; 23 (suppl Huisarts & Praktijk 4): 45-9.

⁶ Amsterdams peilstationproject huisartsen. Jaarverslagen 1980 t/m 1983. Amsterdam: Gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdienst, 1981-1984.

⁷ Nijhuis HGJ, Struben HWA, Verkade-Burger I, Petit ML. Het voorkomen van geslachtsziekten in noordelijk Zuid-Holland; epidemiologische informatie voor het management van de bestrijding. *SOA-bulletin* 1984; 5 (4): 2-7.

⁸ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

Vervolg literatuur op pag. 206.

Een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten

A. SANDERS, J. SCHIPPER EN Y. KNOPF*

In dit artikel wordt bericht over een klein bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten onder de mannen van 30-33 jaar in de gemeente Leek. De opkomst was redelijk (62 procent), zij het kleiner dan bij eerdere screeningsrondes. In twee opzichten waren de uitkomsten van deze screening en de follow-up echter teleurstellend: in de eerste plaats werden bij een vrij groot aantal mannen een of meer verhoogde risicofactoren vastgesteld, en in de tweede plaats was de respons bij de verdere begeleiding opvallend gering.

Inleiding

In 1976, 1979 en 1982 heeft in de gemeente Leek (16.000 inwoners) onder auspiciën van de Raad voor de Gezondheidszorg Leek een bevolkingsonderzoek naar risicofactoren voor hart- en vaatziekten plaatsgevonden. In 1976 werd de mannelijke bevolking van 30-40 jaar oud gescreend, in 1979 en 1982 was het onderzoek gericht op de mannen die toen 30-33 jaar oud waren. Doel van het onderzoek was het opsporen en vervolgen verwijzen (naar huisarts en/of diëtiste) van alle mannen met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. In deze bijdrage wordt verslag uitgebracht van het bevolkingsonderzoek van 1982.

Methoden

Het onderzoek werd uitgevoerd in een periode van twee weken in november 1982. De afdeling bevolking van de gemeente verzorgde de oproep door middel van een kaartje, waarop tevens de nodige instructies voor het onderzoek waren vermeld. In totaal werden 428 mannen opgeroepen.

Anamnese en onderzoek hadden betrekking op:

– aanwezigheid van hartziekte, trom-

* Respectievelijk huisarts, huisarts en diëtiste te Leek.

** In het recente rapport van de Gezondheidsraad wordt een bovengrens van 30,0 gehanteerd; het aanhouden van de grens van 25,0 – de grens van de oranje/groene zone op de *Waagschaal* van de Hartstichting – maakt echter vergelijking met eerdere onderzoeken mogelijk.

bose, beroerte, hoge bloeddruk, vaatvernauwing in de benen en suikerziekte (ook in de familie);

- roken van sigaretten;
- dagelijkse lichaamsbeweging;
- lengte, tibiamaat, gewicht;
- bloeddruk;
- bloed (cholesterol, triglyceriden);
- urine (albuminurie, glucosurie).

Overgewicht was gedefinieerd als een score van 25,0 of meer op de Quetelet Index: gewicht in kg/(lengte in m)²; bij de berekening van deze score werd rekening gehouden met de invloed van geslacht, lengte en skeletbouw volgens de maatstaven van de *Waagschaal* van de Nederlandse Hartstichting.**

De bloeddruk werd zittend aan de linker arm gemeten. De meting werd verricht door speciaal geïnstrueerde doktersassistenten. Als normale waarden zijn aangehouden: systolisch < 140 mm Hg en diastolisch < 95 mm Hg. Werd een te hoge waarde gevonden, dan werd na 15 minuten een tweede meting uitgevoerd. Indien ook dan nog een te hoge waarde werd vastgesteld, werd de bloeddruk na enkele dagen nogmaals gemeten. Als norm voor cholesterol werd < 5,80 mmol/l aangehouden en als norm voor triglyceriden < 1,94 mmol/l. Tenslotte is bij deze screeningsronde een risicoscore-ratio berekend volgens de in de *Framingham-study* toegepaste methode. Dit gebeurde op basis van de systolische bloeddruk, de leeftijd, het geslacht, het serumcholesterol en het al dan niet roken van sigaretten; twee andere variabelen – het al dan niet hebben van een gestoorde GTT en eventuele