

R. A. DE MELKER

Proctologie van de huisarts I

Anorectale ziekten zijn verantwoordelijk voor 3 procent van de totale incidentie in de huisartspraktijk. Het ziektepatroon hangt nauw samen met leeftijd en geslacht. Verreweg de meeste anorectale ziekten zijn van niet-ernstige aard en worden behandeld door de huisarts. Deze eerste bijdrage is gewijd aan diagnostiek, behandeling en eventuele verwijfsindicaties bij de 'gewone' anorectale aandoeningen: hemorroiden, fissura ani, perianaal abces/fistula ani, pruritus ani, eczema ani, obstipatie en anorectale seksueel overdraagbare aandoeningen.

Inleiding

Anorectale ziekten ziet de huisarts bijna dagelijks: het gaat om circa 3 procent van de totale incidentie, dat wil zeggen 70-100 nieuwe patiënten per jaar.

Het ziektepatroon hangt als volgt samen met geslacht en leeftijd:

- voornamelijk bejaarden;
- bij kinderen vooral oxyuren;
- bij volwassenen vooral aambeien;
- bij bejaarden voornamelijk obstipatie en aambeien;
- bij vrouwen (meer dan mannen): aambeien, obstipatie, oxyuren.

In ruim 90 procent van de nieuw gepresenteerde gevallen gaat het om een niet-ernstig ziektebeeld, dat behandeld kan worden door de huisarts. Dat gebeurt in de praktijk ook: het verwijfspercentage voor de meeste anorectale aandoeningen bedraagt 10 procent van de gepresenteerde morbiditeit (tabellen 1-3).

In dit eerste artikel komen aan de orde:

- de diagnostiek van veel voorkomende anorectale aandoeningen en de behandeling daarvan, meestal met behulp van eenvoudige adviezen.
- de verwijfsindicaties bij deze gewone ziekten, bijvoorbeeld een falende conservatieve behandeling.

Prof. dr. R. A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Utrecht.

Correspondentie-adres: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

In een tweede artikel zal worden ingegaan op de vroege diagnostiek bij ziekten waarvoor specialistische diagnostiek en behandeling primair geïndiceerd is.

Hemorroiden

Diagnostiek. Vier symptomen zijn bij aambeien van belang: bloeding, prolaps, pijn, jeuk/irritatie.^{4,7}

Pijn en bloedverlies treden op in 70 procent van de gevallen. De pijn is soms continu, soms alleen bij defecatie aanwezig. Prolaps van het hemorroid kan bij langer bestaande klachten optreden en kan weer tot jeuk, trombose en zelfs tot ulceratie leiden. Jeuk treedt frequent op.

Bij de diagnostiek onderscheiden we vier graden:

- I Alleen zichtbaar bij rectoscopie; geen prolaps bij persen.
- II Prolaberen bij persen, spontaan teruggaan.
- III Prolaberen ook spontaan, maar te reponeren.
- IV Prolaberen continu en niet reponeren.

Bij de diagnostiek van alle anale afwijkingen is een zorgvuldig onderzoek van belang:

- **Inspectie**
 - in rust: littekens, fistels, prolaps, hemorroiden, fissura ani, kleur (b.v. eczeem, krabeffecten);
 - persen: prolaps.
- **Palpatie**
 - in rust: tonus, sensibiliteit;
 - aanspannen van de sfincter: tonus nagaan, bijvoorbeeld tonusverhoging;
 - persen: palpatie eventueel prolabeering voorwand nagaan.

Behandeling. Indien de patiënt niet te veel klachten heeft, is in de meeste gevallen symptomatische behandeling van aambeien zinvol.^{4,5} Elke patiënt is in ieder geval gediend met een aantal eenvoudige adviezen:

- vezelrijke voeding; veel fruit, groenten, zemelen; geen vermicelli, corn flakes, koekjes;

- regelmatig voedings- en leefpatroon: regelmatige maaltijden, vochtopname, regelmatige beweging;
- bewegingen, geen tilwerk;
- zitbaden;
- toilethygiëne.

Het is zinvol om met de patiënt het leefpatroon door te nemen. Daarnaast is uitleg over de aard en het ontstaan van aambeien verhelderend en motiverend. Lokale therapie is discutabel. Met name benzocaïne zalven en dergelijke kunnen contacteczeem en sensibilisatie geven.

Een trombose van hemorroiden externa zal meestal binnen een week verdwijnen. Bij heftige pijn kan de trombus na lokale anesthesie met 1 procent xylocaïne verwijfsd worden door middel van een kleine incisie. De wond kan open blijven om hernieuwde stolling te voorkomen.

Verwijfsindicaties - chirurgische behandeling. Bij hemorroiden zal de huisarts in twee situaties een verwijfsing overwegen:

- diagnostische overwegingen: zo kan bij bloedverlies rectum/coloncarcinoom overwogen worden;
- therapeutische overwegingen, indien conservatieve behandeling faalt of indien operatieve therapie primair is geïndiceerd vanwege de ernst van de hemorroiden.

Verwijfscriteria zijn sterk afhankelijk van de deskundigheid van de huisarts, bijvoorbeeld of hij al of niet zelf scleroserende injecties kan toedienen. Ook de belangstelling/deskundigheid van de chirurg speelt een grote rol.

Er zijn in hoofdzaak zes operatieve behandelingsmethoden (tabel 4). Daarvan kunnen de eerste twee zeker ook door de huisarts worden uitgevoerd. Dit vereist enige bijscholing, maar geen bijzondere apparatuur. Van de chirurgische methoden lijkt anusdilatie, gezien de veel voorkomende complicaties, een ongeschikte methode. De klassieke hemorroidectomie wordt slechts zelden toegepast, en dan vooral bij graad IV.

Fissura ani

Diagnostiek. Na de perianale trombose is fissura ani de meest voorkomende oorzaak van anale pijn.⁷ Bij de ontstaanswijze is er een vicieuze cirkel, waarbij door pijn spasme van de sfincter internus optreedt, hetgeen het herstel vertraagt c.q. de pijn versterkt, enzo-

Tabel 1. Proctologie in de huisartspraktijk. Incidenties per 1000 patiënten per jaar.

	Totaal	Leeftijd in jaren					
		0-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65+
Carcinoom van de tractus digestivus ^a	< 0,7	–	–	–	0,1	0,9	2,8
M.Crohn, colitis ulcerosa	0,4	–	–	–	0,8	0,4	0,4
Fistula, fissura ani	2,2	1,0	1,3	2,0	2,8	2,5	2,0
Anaal abces, oxyuren, ascaris	3,3	7,9	9,5	3,4	2,0	1,6	1,4
Hemorroiden	7,9	–	0,6	5,6	8,6	11,2	11,3
Obstipatie	8,3	5,9	2,1	5,4	5,3	7,2	24,4
Proctitis, rectale en anale pijn	0,6	–	0,4	0,2	1,0	0,5	0,6
Rectale bloeding e.c.i.	0,8	–	–	0,4	0,8	1,0	1,6
Haematemesis, melaena	0,5	–	–	–	0,4	0,1	2,3
Totaal excl. colon-rectumca.	24,0	13,8	14,9	17,0	21,7	24,5	44,0

^a Bij deze classificatie kunnen colon-rectumca. niet apart onderscheiden worden. De incidentie is dus lager dan de vermelde getallen.
Bron: Lamberts.¹

voort. De diagnostiek berust op de klassieke anamnese en nauwkeurige inspectie.

De fissura ani komt voor op alle leeftijden, maar voornamelijk bij volwassenen. De oorzaak is een verwonding ten gevolge van harde faeces, spasme M. sphincter internus, vertraging genezing, enz. Symptomen zijn:

- scherpe snijdende pijn bij en kort na defecatie;
- onbehaaglijk gevoel na defecatie;
- streepje bloed bij faeces;
- soms slijmverlies en pruritus ani.

Bij inspectie ziet men soms een anus-poliop (een door oedeem gezwollen papil) of een skintag (huidaanhangsel aan buitenzijde anus). Rectaal toucher moet worden uitgesteld tot na genezing, in verband met de pijn.

Van Vroonhoven en Schouten ontraden conservatieve therapie, omdat nooit blijvend succes zou optreden.⁸ Dit advies berust echter op klinische ervaring bij een geselecteerde populatie. Uit tabel 3 is gebleken dat de huisarts meer dan 90 procent van de patiënten met fissura ani zelf behandelt; alleen de 10 procent die wordt verwezen, bestaat uit gevallen waarin conservatieve behandeling niet succesvol is geweest.

Behandeling. Evenals hemorroiden zijn allereerst anale hygiëne en dieetadviezen van belang. Gezien de ontstaanswijze van fissura ani, is deze behandeling ook rationeel. Lidocaïne-zalf kan als pijnbestrijding zinvol zijn, maar kan deze adviezen niet vervangen. Bij een goede uitleg en nauwkeurige controle zal de huisarts verreweg de meeste patiënten zelf kunnen behandelen.

Verwijsindicaties – specialistische behandeling. Indien conservatieve behandeling faalt, kan verwijzing worden overwogen.

Schouten en Van Vroonhoven bepleiten laterale interne sfincterotomie als chirurgische behandelingsmethode bij

fissura ani. Deze methode kan poliklinisch worden uitgevoerd onder lokale anesthesie en zou in vrijwel alle gevallen succesvol zijn (recidiefpercentage ongeveer 3 procent). Anusdilatatie vereist narcose, terwijl oprekking van de sphincter externus onnodig is.⁹

Tabel 2. Proctologie in de huisartspraktijk. Aantal nieuwe patiënten per jaar in een 'standaardpraktijk'.

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Ernstgraad ^a
Coloncarcinoom	0,5	0,5	0,5	1
Rectumcarcinoom	0,1	0,2	0,1	1
Fissura ani	1,2	1,6	1,4	3
Hemorroiden	11,0	13,2	12,1	3
Oxyuren	19,8	24,3	22,1	3
Ascaris	0,1	0,5	0,3	3
Obstipatie	3,4	6,8	5,1	3
Melaena	0,0	0,1	0,1	4
Helminthiasis				
Intestinalis	0,5	0,6	0,6	3
Andere ziekten darm	2,1	1,9	2,0	2
Totaal	38,7	49,7	44,3	

Bron: CMR Nijmegen.²

Tabel 3. Prevalentie en verwijspercentage van een aantal anorectale ziekten in de periode 1978-1982.

	Geslacht	Absoluut	Per 1000 patiënt jaren	Aantal verwijzingen per 100
Fissura ani	M	36	1	8
	V	50	2	4
Overige darm- en peritoneumziekten	M	144	5	17
	V	186	6	13
Obstipatie	M	97	3	5
	V	197	7	1

Bron: CMR Nijmegen.³

Periaanaal abces – fistula ani

Diagnostiek. De patiënt met een periaanaal abces klaagt over pijn, vaak gepaard gaande met een anale zwelling. Andere verschijnselen zijn een algemeen ziektegevoel en koorts. Fistelopeningen waaruit afscheiding of etter komt, zijn weliswaar kenmerkend, maar in de praktijk moeilijk op te sporen.

De oorzaak van periaanaal abces en fistula ani is een niet genezen infectie van de anale klieren. Deze kliergangen eindigen blind in de ruimte tussen interne en externe sfincter. De ontsteking is het gevolg van verhoogde intraluminale druk tijdens de stoelgang en verstopping met faeces. Het abces wordt zichtbaar als perianale zwelling. Als het abces doorbreekt, ontstaat een fistelgang. Hierdoor ontstaat een vicieuze cirkel, hetgeen het hoge recidiefpercentage van het perianale abces verklaart.¹⁰

Behandeling. De huisarts kan zelf een abces incideren; het is belangrijk om een drain achter te laten. Met deze behandeling is het probleem echter zelden definitief opgelost: in 70 tot 90 procent van de gevallen treedt een recidief op; soms ook zijn de fistels chronisch.¹⁰

Antibiotica zijn gecontraïndiceerd, omdat zij wel de ontstekingsverschijnselen, maar niet het ziekteproces beïnvloeden.

Verwijsindicaties. Vanwege het hoge recidiefpercentage kan het nodig zijn de geïnfecteerde anale klieren te verwijderen. Of de huisarts om deze reden alle patiënten primair zou moeten verwijzen, is de vraag; het lijkt verantwoord eerst zelf de behandeling te beginnen door middel van incisie en goede drainage. Bij proctoscopie kan een 'vissnoer' door de fistel worden gehaald. De uiteinden worden buiten de anus verbonden en met vislood verzwaard. Door de continue rek wordt de fistelwand langzaam doorgesneden en in het anale kanaal opgenomen.

Bij het optreden van recidieven is verwijzing naar de chirurg nodig. Deze kan dan een partiële of distale interne sfincterectomie uitvoeren. Meestal wordt dan wel volledig herstel bereikt.¹⁰ Sommige chirurgen bepleiten primair verwijzing, omdat de chirurg beter in staat zou zijn de eventuele fistelopeningen op te sporen.

Pruritus ani

Diagnostiek. Pruritus ani is naast een dermatologisch soms ook een proctologisch probleem. Williams meent dat verwijzing naar de proctologisch deskundige vaak overbodig is, omdat met eenvoudige behandelwijzen meestal goede resultaten geboekt worden.¹¹

Pruritus ani komt bij veel anale afwijkingen voor en zou mogelijk ook met sfincterdysfunctie samenhangen.¹² Bij pruritus ani kunnen psychische factoren vaak een rol spelen. Jeuk is een veel voorkomende klacht in de huisartspraktijk. Naast diverse organische factoren zal de huisarts door middel van het ingaan op klachtbeleving nagaan in hoe-

Tabel 4. Operatieve behandeling van aambeien.

Scleroserende injecties	
- indicaties	1 ^e en 2 ^e graads hemorroiden
- succespercentage	70 - 80%
- voordeel	eenvoudig, goedkoop
- poliklinische uitvoering	3 - 5 ml van een scleroserende stof in submucosa van basis inwendige aambeien spuiten geeft ontstekingsreactie en fixatie op onderlaag
Bandligatuur	
- indicaties	1 ^e t/m 3 ^e graads hemorroiden
- succespercentage	± 90%
- voordeel	poliklinisch, pijnloos
- nadeel	verschillende zittingen nodig
- uitvoering	met bandje wordt de aambeï afgesnoerd, waardoor necrose en later verlittekening en fixatie optreedt
Cryochirurgie	
- indicatie	1 ^e t/m 3 ^e graads hemorroiden
- succespercentage	± 80%
- voordeel	pijnloos
- nadeel	kostbare apparatuur, stinkende afscheiding uit anus
- uitvoering	met speciale sonde bevroering van de aambeien, verlittekening, fixatie
infrarood coagulatie	
- indicatie	1 ^e en 2 ^e graads hemorroiden
- succespercentage	90%
- voordeel	pijnloos, weinig tijdrovend
- nadeel	kostbare apparatuur
- uitvoering	infrarood licht op basis aambeien, necrose en fixatie
Laterale interne sfincterectomie	
- indicatie	1 ^e t/m 3 ^e graads, eventueel 4 ^e graads hemorroiden
- succespercentage	75 - 90%
- voordeel	poliklinisch - lokale verdoving, eenvoudig
- uitvoering	opheffen verhoogde druk anale kanaal ten gevolge van hypertonie sfincter internus, waardoor veneuze obstructie wordt tegengegaan
Anusdilatatie	
- indicatie	alle hemorroiden
- succespercentage	± 75%
- voordeel	eenvoudige techniek
- nadeel	oprekken externe sfincter incontinentie, zeker bij ouderen gecontra-indiceerd
- uitvoering	oprekken anus onder narcose

verre er een samenhang bestaat tussen pruritus ani en conflictsituaties en stressvolle levenssituaties. Daarbij is een meersporen-benadering van belang. Soms zal er sprake zijn van een somatische afwijking met psychische bovenbouw.¹³

Perianale dermatitis is een kruising tussen een 'huideczeem', een *athlete's foot* en een zelf-toegebracht trauma. De hygiënische factor – hetzij overmatig, hetzij slecht en ondoelmatig schoonmaken – is de belangrijkste. Door de gevoeligheid van de huid ontstaan jeuk en pijn, hetgeen een neiging tot krabben oproept, waardoor het epitheel verder wordt beschadigd. Als de natuurlijke afweer van de perianale huid is aange-tast, kunnen bacteriële infecties en schimmelinfecties gemakkelijk optreden. Deze vicieuze cirkel wordt vaak door polypragmasie – gesteund door de industrie – nog versterkt. Zelfen met corticosteroiden, lokale anaesthetica en antibiotica zullen de huidgevoeligheid alleen maar verhogen. De huisarts heeft dan ook vooral een preventieve, voorlichtende taak, waarmee meestal verwijzing voorkomen kan worden.

Pruritus ani wordt nog versterkt door een vochtige perianale huid ten gevolge van fluor albus, incontinentie, excessief zweten (bijvoorbeeld bij obesitas), frequente defecatie, zeker bij waterige diarree, orale medicatie zoals antibiotica en diverse anale ziekten (bijvoorbeeld anale fistels, prolaps van hemorrhoiden). Ook de huidige mode speelt daarbij een rol (strakke kleding, synthetische, niet poreuze kleding). Daarnaast spelen werkomstandigheden een rol (warmte, plastic stoelen). Tenslotte moet altijd aan een predisponerende ziekte worden gedacht: diabetes mellitus, scabies, anogenitale herpes, molluscum contagiosum, oxyuren, enz. Bij vrouwen komen schimmelinfecties veelvuldig voor.¹⁵

Behandeling. De behandeling is gericht op het doorbreken van de beschreven vicieuze cirkel en bestaat uit schoonmaken, drooghouden en beschermen tegen traumata. Een eenvoudig proefje met vochtige watten leert dat een droog schoonmaakmiddel zoals wc-papier nog veel faecesresten achterlaat. Idealiter zou de anus met overvloedig water of een nat lapje gereinigd moeten worden.

Daarnaast zijn de volgende adviezen van belang:

- WC-papier vermijden, natte tissues gebruiken;
- anale regio droog houden;
- niet-poreuze kleding vermijden;
- korte vingernagels, niet krabben;
- geen zeep gebruiken;
- geen zalf in verband met maceratie; geen lotion in verband met koeken;
- crèmes tot een minimum beperken; geen corticosteroiden-houdende crèmes;
- regelmatige stoelgang;
- specifieke dieetmaatregelen zoals: geen koffie, chocola, cola, melk;
- kortdurend antihistaminicum;
- ingaan op de klachtbeleving, zo nodig psychotherapie.

Eczema ani

Diagnostiek. De vier belangrijkste typen eczema ani zijn:

- allergisch contacteczeem, waarbij aan geparfumeerd toilet papier, kleurstoffen en zalven gedacht moet worden;
- primair obligaat toxisch contacteczeem: eczeem ten gevolge van een primair irritans, waarbij direct celbeschadiging optreedt;
- microbiel eczeem ten gevolge van bacteriën en schimmels; het ontstaan van dit type is onduidelijk, terwijl de rol van micro-organismen omstreden is; toch is in veel gevallen het voorschrijven van antibiotica c.q. antimicotische middelen succesvol;
- atopisch eczeem; acute vorm: erytheem, papels, vestikels; chronische vorm: papels, lichenificatie.¹⁶

Kenmerkend is de jeuk, soms zelfs pijn. Soms komt deze vorm in het anale gebied voor, meestal zijn er ook elders eczeemplekken. Ook hier is de anamnese van belang (hooikoorts, CARA).

Behandeling. De oorzaak dient zoveel mogelijk weggenomen te worden. Daarnaast kunnen corticosteroidhoudende crèmes worden voorgeschreven of bij chronisch eczeem zalven.

Anorectale seksueel overdraagbare ziekten

Sommige anorectaal overdraagbare ziekten (tabel 5) zal de huisarts relatief zelden zien. Vooral bij bepaalde patiëntencategorieën, bijvoorbeeld met oraal-anaal contact, en bij min of meer kenmerkende klachten, zal de huisarts hieraan denken. Hoe zeldzamer de aandoening is, des te alerter moet de huis-

arts zijn. Hij zal bijvoorbeeld bij fissura ani niet altijd syfilis overwegen; bij patiënten met anaal-genitaal contact zal hij de diagnose wél overwegen. Bij sommige van deze aandoeningen is specialistisch onderzoek voor de juiste diagnose nodig.¹⁷

Obstipatie

De huisarts ziet jaarlijks gemiddeld ongeveer 15-20 patiënten met obstipatie, zonder dat van een ziekteproces sprake is. Ook als wel van een ziekteproces sprake is, gaat het meestal om niet levensbedreigende ziekten, zoals fissura ani en hemorrhoiden. Daar tegenover staan 1 à 2 patiënten met een rectum- of coloncarcinoom.² Tenslotte kan obstipatie ook wijzen op psychische problemen, zoals een depressie.

Diagnostiek. *Hennink* onderzocht het beleid van 15 huisartsen ten aanzien van de defecatiestoornissen. Tot de belangrijkste anamnestiche gegevens behoorden vragen naar de duur van de klachten, veranderd defecatiepatroon, frequentie, consistentie en aspect van de ontlasting, pijn, voedingsgewoonten, geneesmiddelengebruik en laxantia. In de helft van de gevallen kwamen psychosociale factoren ter sprake. Opvallend was dat slechts een derde van de huisartsen aan gewichtsverlies aandacht besteedde; veel van de ernstige ziekten die de huisarts vroegtijdig wil opsporen, gaan immers gepaard met gewichtsverlies. Verder bleken vrijwel alle huisartsen wel een onderzoek van de buik uit te voeren, terwijl de helft een rectaal toucher uitvoerde.

Bij voortduren van de klachten voerde de helft een algemeen onderzoek uit, terwijl vrijwel alle artsen dan wel tot een rectaal toucher besloten. Geen enkele huisarts verrichtte nader laboratoriumonderzoek of röntgenonderzoek na het eerste consult. Ook bij blijvende klachten werd slechts in een minderheid van de gevallen nader onderzoek zoals faecesbloedtest, bloed- en röntgenonderzoek uitgevoerd.¹⁸

Als symptoom is obstipatie weinig specifiek voor bepaalde ziekten. Naast de vraagverheldering zijn dan ook de exploratie van de klacht (duur, verloop) en de anamnese van groot belang. Indien een patiënt de klacht obstipatie presenteert, zal de huisarts zich allereerst het volgende afvragen:

Tabel 5. Anorectale seksueel overdraagbare ziekten en enteriden.

Ziekten/ enteriden	Ontstaan	Klachten	Onderzoek	Differentiële diagnose	Therapie
Rectale gonorrhoea	♀ na vaginale fluor ♂ anogenitaal contact	– mucopurulente anale afschei- ding – milde rectale pijn – pruritus ani – loze drang – vaak geen klachten	rectale gonorro- e-kweek		– Cefuroxim Na 1,5 g i.m. – Cefotaxim Na 1,5 g i.m. – Bicilline 2 × 2,4 ml E i.m. 1 g probenicide
Herpes simplex	bij homoseksuele mannen na gonor- roe meest fre- quente oorzaak proctitis	– hevige ano- rectale pijn – loze drang – koorts – pijnlijke lies lymfeklieren	– vesikels omge- ven door ery- theem – soms opper- vlakke ulcera	– chlamydia- infecties	– 3 weken self-limiting – analgetica, zitbaden – ernstige gevallen acy- clovir oraal – Cave resistentie – ongunstig beloop: ver- wijzen
Condylo- mata acuminata	anogenitaal contact	– jeuk – pijnlijke defe- catie – soms bloeding	– bloemkool- aspect – roze-bruine papels – verruceus	– aambeien – condylomata lata – vlakke peri- anale papels	– cryotherapie – elektrocoagulatie – scherpe lepel – podophylline 5-30%: niet succesvol
Chlamydia trachomatis		– hevige ano- rectale pijn – bloederige ette- rige afscheiding – pijnlijke defe- catie – loze drang – koorts	– proctoscopie – oedeem, ery- theem – ulcera: grillig purulent beslag – soms lymfeklier zwellings Cave: fistels, stric- turen	Cave	– tetracycline 4 × 0,5 g (7 dagen) – doxycycline 200 mg dd (7 dagen)
Syfilis	anogenitaal contact NB: vaak gemist	– rectale bloe- ding – slijmerige af- scheiding – milde ano- rectale pijn – obstipatie	– ulcus – erosies – papilleuze ery- thematheuze efflorescenties	fissura ani traumata	– Penidural DF 2,4 mil- joen E per week, 3 weken
Bacterie	Fecaal-anaal con- tact/via fecaal ver- ontreinigde peria- nale regio		– kweek		– Shigella: symptoma- tisch, evt. trimoxazol 2 dd 960 mg – Compylobacter: sym- ptomatisch, erythromy- cine 2 dd 0,5 g
Parasitair	Als bij bacterie		– faecesonder- zoek op para- sieten		– Entamoeba histolytica: metronidazol 3 dd 750 mg (5 dagen); daarna clioquinol 3 dd 250 mg (10 dagen) – Giardia lamblia: metronidazol 3 dd 500 mg (5 dagen); tinidazol 4 dd 500 mg

Bron: Blog.¹⁹

- om welke redenen raadpleegt de patiënt de huisarts; wat betekent de klacht obstipatie voor de patiënt;
- wat verwacht de patiënt van de huisarts;
- is in medische zin sprake van obstipatie;
- wat is de betekenis en de ernst van deze klacht bij deze patiënt gezien zijn/haar voorgeschiedenis, leeftijd, leef- en voedingspatroon?

De antwoorden op deze vragen bepalen of en in welke mate de huisarts nader onderzoek zal instellen.

Wat betreft het lichamelijk onderzoek lijkt het gewenst om naast het onderzoek van de buik een rectaal toucher uit te voeren, zeker bij blijvende klachten.

Behandeling. In alle gevallen is de patiënt gebaat bij adviezen betreffende de voeding en een regelmatige stoelgang. Betreffende het dieet gaat het om vezelrijke voeding en het vermijden van obstiperende voedingsstoffen (zie bij *hemorroïden*). Veel patiënten zijn verder vooral gebaat bij voorlichting over defecatie. Het misverstand dat dagelijkse stoelgang noodzakelijk is, zal daarbij ter sprake komen.

¹ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

² Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.

³ Continue Morbiditeits Registratie NUHI 1971-1978, Werkgroep Epidemiologie in de huisartspraktijk. Gewone ziekten. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1980.

⁴ Hellemans S. Ambulante behandeling van inwendige haemorrhoiden met behulp van lokale infrarood coagulatie en elastische bandigaturen. *Patient Care*; 9: 5-11.

⁵ Abcarian HA, Muldoon JP, et al. Wanneer aambeien dreigen op te spelen. *Patient Care* 1982; 9: 15-8.

⁶ Van Vroonhoven ThJM. Haemorrhoiden. In: *Proctologie van de huisarts [Syllabus]*. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1985.

⁷ Knight PR. Problems and prevention in proctology. *Can Fam Physician* 1982; 28: 1139-43.

⁸ May RE. Perianal problems. Update 1982; 25(suppl 9): 1285-90.

HANS MANDERS

Automatisering van de patiëntenregistratie

In deze aflevering van de automatiseringsserie is een pionier aan het woord. Hij begon in 1980 met een homecomputer en een cassette-recorder en bracht daarin zijn hele groene kaartenregistratie onder. In de loop van vijf jaar werd hij geconfronteerd met vrijwel alle ellende die op dit gebied denkbaar is, maar zijn uiteindelijke oordeel was niettemin positief. Inmiddels is hij overgestapt op een personal computer en werkt hij eindelijk met een systeem dat volledig voldoet. De pioniersfase is voorbij.

Inleiding

In 1975 heb ik mij vrij gevestigd als huisarts in een kleine gemeente van iets meer dan 10.000 inwoners. Daarbij fungeerde mijn echtgenote als doktersassistente, wat uit financieel oogpunt noodzakelijk was.

Enkele jaar later, na een stormachtige groei van de praktijk, werd het steeds moeilijker voor mijn echtgenote om al het werk binnen de praktijk te combineren met haar gezinstaken. Het aantrekken van een full-time doktersassistente was echter nog steeds onmogelijk, doordat we flink hadden moeten investeren in een nieuw praktijkpand.

Min of meer bij toeval kwam ik in een gesprek met mijn broer, die automatiseringsdeskundige is, op het onderwerp computer. Zou dat het ei van Columbus kunnen zijn?

Analyse en doelstelling

Om te kunnen beoordelen of aanschaf zinvol was, maakten we eerst een analyse van de praktijkwerkzaamheden, vooral gericht op het deel van de praktijkvoering dat onder de verantwoordelijkheid van mijn vrouw viel. Dat leverde het volgende beeld:

- *Patiëntgebonden activiteiten*
 - groene kaarten opzoeken;
 - telefonische contacten;
 - receptverlenging;

- medisch-technische handelingen (BSE, Hb, verband, laboratorium, etc.).

- *Niet patiënt gebonden activiteiten*

- administratie;
- schoonhouden praktijk.

Met name voor het inschrijven van de patiënten en voor het opzoeken van de groene kaarten was voortdurende assistentie gewenst; de andere activiteiten deden zich wisselend voor en maakten een voortdurende aanwezigheid minder noodzakelijk. Als we een computer zouden gaan gebruiken, moest hij dus vooral verlichting brengen bij de activiteiten rondom de groene kaart.

Na allerlei overwegingen en overdenkingen kwamen we tot een aantal doelstellingen:

- registreren zonder groene kaarten;
- visualiseren van patiëntgegevens zonder tussenkomst van een assistente;
- een betere praktijkorganisatie waardoor mijn vrouw meer tijd zou krijgen voor diverse gezinstaken;
- snelle en overzichtelijke verwerking van patiëntgegevens;
- sterke tijdsbesparing bij het vervaardigen van de kwartaalnota's;
- inzicht in de morbiditeit van de praktijk.

Daarna volgde overleg met de automatiseringsdeskundige die ons overtuigde dat deze doelstellingen door automatisering waren te bereiken. Tenslotte hebben we in 1979 de knoop doorgehakt.

Tegenwoordig is er een grote markt van krachtige personal computers en uitgebreide homecomputers, maar zes jaar geleden was het aanbod zeer mager. Personal computers bestonden nog niet, zodat ik mijn toevlucht moest zoeken tot een wat uitgebreide homecomputer met een 64 Kb RAM geheugen en een cassetterecorder. Het feit dat ik voor de aanschaf naar Den Haag moest, terwijl je nu om de hoek net zo gemakkelijk de meest geavanceerde PC koopt als een ons ham, geeft al aan dat er nog geen echte gebruikersmarkt bestond. Ook de prijs stond in geen enkele ver-

sueel contact. HSV-1 ziet men voornamelijk rond de mond en de primaire infectie vindt doorgaans plaats op de kinderleeftijd. Door veranderingen in seksuele technieken ziet men tegenwoordig ook wel HSV-1-infecties onder de gordel en HSV-2 erboven.

De symptomen van een primaire herpes genitalis beginnen enkele dagen tot een week na het seksuele contact. Op de contactplaats ontstaat een jeukende rode plek. Dan volgen de typische heldere blaasjes die pijnlijk zijn. Later worden de blaasjes troebel en gaan ze over in zweertjes. De laesies drogen – indien er geen secundaire bacteriële infectie bijkomt – op binnen enkele weken en laten geen littekens achter.

Tijdens de infectie zijn de regionale lymfklieren gezwollen en pijnlijk. Overigens verlopen primaire genitale herpesinfecties in bijna de helft van de gevallen zonder enig symptoom. Een enkele keer kunnen de symptomen ernstig zijn; er kan bijvoorbeeld een blaasparese optreden. Bij homoseksuele mannen met anaal contact kan de primaire infectie zich uiten als een herpetische proctitis.

Na de primaire infectie blijft het virus doorgaans latent in de ganglia aanwezig en van daaruit recidiveert de infectie van tijd tot tijd. De frequentie van deze recidieven is per individu zeer verschillend. De cellulaire immuniteit speelt daarbij de belangrijkste rol, doch de precieze oorzaak van deze recidieven is niet goed bekend.

Genitale HSV-1-infecties recidiveren minder vaak dan HSV-2-infecties. De symptomen van de recidief-infecties zijn niet zo hevig als die van de primaire infectie en duren ook korter. De recidieven kunnen ook asymptomatisch verlopen.

De besmettelijke periode – de tijd dat het virus geïsoleerd kan worden – is bij een primaire infectie tot ongeveer twee weken na het begin van de symptomen en bij recidieven ongeveer een week.

Indien een vrouw een genitale herpesinfectie heeft tijdens de bevalling, kan het kind tijdens de passage door het baringskanaal besmet worden. Dergelijke neonatale HSV-infecties verlopen zeer ernstig met een hoge sterfte. In de Verenigde Staten wordt de frequentie van herpes neonatorum geschat op 1 op de 7.500 levend geboren.

Definitie

De definitie van herpes genitalis, zoals

die gebruikt is in het peilstationonderzoek, is gebaseerd op het klinische beeld. Dit kon zo nodig bevestigd worden door een virologische celkweek, doch in de praktijk werd hiervan geen gebruik gemaakt. Herpes genitalis is klinisch redelijk te herkennen, vooral wanneer het recidieven betreft. Dat neemt niet weg dat er een marge rond de cijfers moet worden ingebouwd ten gevolge van een onjuiste diagnose.

Resultaten peilstation-onderzoek

Er werden door de peilstationartsen in totaal 132 gevallen van genitale herpes gemeld, waarvan 70 primaire infecties en 62 recidieven. Bij de mannen was de incidentie voor primaire herpes genitalis 12,9 en bij de vrouwen 8,0 per 10.000. Voor de recidieven waren deze cijfers respectievelijk 13,8 en 4,8. De hoogste incidentie bij de primaire infecties en de recidieven bij de mannen werd gevonden in de leeftijdsgroep 25-34 jaar en bij de vrouwen tussen 20-24 jaar.

Er waren geen verschillen in de incidentie naar jaargetijde. Wel waren er grote verschillen in incidentie naar wijk, doch het is niet met zekerheid te zeggen of dit op werkelijke verschillen berust.

Bespreking

De cijfers van 1984 kwamen goed overeen met die uit 1983. Voor de primaire infecties was de incidentie voor beide geslachten tezamen in 1984 10,3 en in 1983 11,9 per 10.000; voor de recidieven in 1984 9,1 en in 1983 10,3 per 10.000.

Uitgaande van een incidentie van ongeveer 11 per 10.000 inwoners voor de primaire infecties, betekent dit dat in 1983/1984 per jaar ongeveer 750 patiënten met een primaire herpes genitalis zich wendden tot een Amsterdamse huisarts. Bij de recidief-infecties gaat het om ongeveer 650 consulten per jaar. Bij deze laatste groep kunnen ook herhalingen zitten, aangezien dit niet apart werd opgegeven.

Men bedenke hierbij dat niet alle patiënten met een herpes genitalis bij de huisarts komen. Sommigen gaan direct naar één van de geslachtsziektenpoliklinieken of worden verwezen naar een dermatoloog.

De leeftijdsverdeling van de herpesgenitalispatiënten is zoals men die verwacht bij een seksueel overdraagbare aandoening. De hogere incidentie bij de mannen ten opzichte van de vrouwen wordt waarschijnlijk veroorzaakt door

het feit dat bij vrouwen de infectie (van de cervix) vaker asymptomatisch verloopt.

Vervolg van pag. 387

- ⁹ Van Vroonhoven ThJM, Schouten WR. Fissura ani. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1273-5.
- ¹⁰ Schouten WR, Van Vroonhoven ThJM. Fissura ani, behandelingsresultaten na laterale interne sfincterotomie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 540-3.
- ¹¹ Van Vroonhoven ThJM, Periaanaal abces – fistula ani. In: Proctologie van de huisarts [Syllabus] Enschede: Van Hoytema Stichting, 1985.
- ¹² Williams AJA. Pruritus ani. Br Med J 1983; 287: 159-60.
- ¹³ Gill K, Musaph H. Psychische make-up voor pruritus ani. Huisarts en Wetenschap 1986; 29: 15-7.
- ¹⁴ Eyers AA, Thornson JPS. Pruritus ani, is anal sphincter dysfunction important in aetiology? Br Med J 1979; ii: 1549-51.
- ¹⁵ Butholf ME, Stafford MJ. Colonization of Candida albicans in vagina, rectum and mouth. J Fam Pract 1983; 16: 919-24.
- ¹⁶ Blog FB. Anorectale sexueel overdraagbare aandoeningen. In: Proctologie van de huisarts [Syllabus]. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1985.
- ¹⁷ Stolz E. Pruritus ani en eczema ani. In: Proctologie van de huisarts [Syllabus]. Enschede: Van Hoytema Stichting, 1985.
- ¹⁸ Hennink Mp. Het beleid van de huisarts bij patiënten met defaecatiestoornissen. Huisarts en Wetenschap 1978; 2: 9-12.

Nota bene

Door het systematisch inschakelen van de doktersassistente krijgt de huisarts meer tijd beschikbaar voor specifiek medisch-inhoudelijk werk waarvoor hij eigenlijk is opgeleid.

Stelling bij: De Haan J. De doktersassistente. Delegeren van taken in een huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.