

R. A. COUTINHO

Pelvic inflammatory disease en herpes genitalis

In 1984 bezochten ongeveer 1700 vrouwen in Amsterdam hun huisarts met PID, de meesten in de leeftijdsgroep 20-44 jaar. Circa 750 patiënten wendden zich tot hun huisarts met een primaire herpes genitalis en het aantal recidief-consulten bedroeg ongeveer 650.

Pelvic inflammatory disease

Inleiding

Pelvic inflammatory disease (PID) is een verzameldiagnose, waaronder ook salpingitis of eileiderontsteking vallen. In het Nederlands zou men kunnen spreken van ontsteking van het kleine bekken.

Uit onderzoek in onder meer Zweden en de Verenigde Staten is gebleken dat de frequentie van PID de laatste jaren nogal is toegenomen. Dit is zeer waarschijnlijk het gevolg van de toeneming van het aantal patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening. Naar schatting 60-80 procent van alle gevallen van PID wordt veroorzaakt door een seksueel overdraagbare micro-organisme. Chlamydia trachomatis speelt daarbij de belangrijkste rol, gevolgd door de gonokok. Ongeveer 10-20 procent van de vrouwen die een gonokokken- of chlamydia-infectie doormaken, krijgen op basis daarvan een PID. Over de betekenis van mycoplasma hominis als oorzaak van PID zijn de meningen verdeeld. Een minderheid van de gevallen van PID wordt veroorzaakt door anaërobe bacteriën, die niet seksueel overgedragen worden.

PID kan leiden tot afsluiting van de tubae en derhalve tot infertiliteit. Uit Zweedse onderzoeken is gebleken dat van de vrouwen met één episode van PID ongeveer 11 procent onvruchtbaar is, ten gevolge van tuba-afsluiting. Na

twee episoden loopt dit percentage op tot 23 procent en na drie of meer episoden zelfs tot 54 procent.

Een andere belangrijke complicatie van PID is de extra-uteriene graviditeit. Voor vrouwen die nooit een PID hebben gehad, wordt de kans op een ectopische zwangerschap geschat op 1:300. Voor vrouwen met een PID in de anamnese is dit risico ongeveer 12 keer zo hoog, namelijk 1:25. Een ander gevolg van PID kan chronische onderbuikspijn zijn.

Overigens is bekend dat de kans op PID bij vrouwen ook samenhangt met de gebruikte anticonceptie. Zo is de frequentie bij vrouwen die een spiraaltje hebben drie tot vijf keer zo hoog als bij pilgebruiksters.

Vrouwen die een PID hebben door gemaakt, hebben een verhoogde kans opnieuw een PID op te lopen. Dit zou zeer goed verband kunnen houden met het feit dat zij door hun manlijke partners opnieuw worden besmet. Gebleken is dat manlijke partners van vrouwen met een PID ten gevolge van gonorrhoe, heel vaak een asymptomatische gonorrhoe hebben. Over Chlamydia trachomatis is wat dit betreft niets bekend, maar het is aannemelijk dat dat ook voorkomt. Contactopsporing bij vrouwen met een PID ten gevolge van gonokokken of Chlamydia trachomatis is derhalve van groot belang en zou de kans op een recidief-PID kunnen verminderen.

Definitie

In het peilstationonderzoek is gekozen voor de volgende definitie: Patiënte die komt met acute pijn onder in de buik; bij lichamelijk onderzoek, wordt gevonden: drukpijn in de onderbuik en bij vaginaal toucher slingerpijn en pijnlijke adnaxen. Koorts (> 38 graden C rectaal), leukocytose en een verhoogde bezinking ondersteunen de diagnose. Criterium om patiënte mee te tellen is dat antibiotica werden voorgeschreven, hetzij door de huisarts, hetzij door de gynaecoloog.

Deze definitie neigt tot een overschatting van het aantal gevallen. Uit

vergelijkende onderzoeken is bekend dat bij deze klinische definitie in 20-30 procent van de gevallen laparoscopisch geen afwijkingen te zien zijn aan de tubae en derhalve ten onrechte de diagnose PID werd gesteld. Aan de andere kant kan PID zo licht verlopen, dat de vrouw niet naar de arts gaat, of dat het ziektebeeld niet door hem wordt herkend.

Resultaten peilstation-onderzoek

In 1984 werden door de peilstationartsen in totaal 171 gevallen van PID gemeld. Voor alle leeftijdsgroepen tezamen was de incidentie 48,7 per 10.000 vrouwen; de hoogste incidentie werd gevonden in de leeftijdsgroep 25-34 jaar (123,9). Beneden de 15 jaar kwam PID niet voor. Verschillen in incidentie per seizoen waren er niet. Wel waren er verschillen in incidentie per wijk, doch of dit een werkelijk verschil is, dan wel berust op verschillen in de diagnostiek per wijk, is niet na te gaan.

Bespreking

Bij deze resultaten dient men te bedenken dat de gebruikte definitie leidt tot een overschatting van het aantal gevallen van PID. Er zullen echter ook patiënten met PID zijn die zich niet tot de huisarts wenden, maar bijvoorbeeld naar de geslachtsziektenpolikliniek van de GG & GD gaan, waar ze ambulante behandeld worden (in 1984: 66 gevallen).

De in 1984 gevonden incidentie (49 per 10.000 vrouwen) komt goed overeen met die in 1983 (42 per 10.000). Dat betekent dat in 1984 ongeveer 1.700 vrouwen met PID bij de Amsterdamse huisartsen kwamen, grotendeels in de leeftijdsgroep 20-44 jaar.

Herpes genitalis

Inleiding

Genitale herpes is niet aangifteplichtig en er zijn voor Nederland weinig epidemiologische gegevens over deze seksueel overdraagbare aandoening beschikbaar. Vandaar dat besloten werd dit onderwerp in 1984 (en in 1983) op te nemen in het peilstationonderzoek.

Herpes genitalis wordt veroorzaakt door het herpes simplex virus (HSV), waarvan twee typen bekend zijn. Het HSV-2 vindt men vooral onder de gordel en het wordt overgedragen via sek-

Dr. R. A. Coutinho, hoofd afdeling Volksgezondheid, GG en GD, Amsterdam. Deze bijdrage is ontleend aan het Jaarverslag over 1984 van het Amsterdams Peilstation Project.

Correspondentie-adres: GG en GD Amsterdam, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.

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.