

Dit probleem vraagt om een oplossing. De apotheker heeft daartoe de volgende mogelijkheden:

- hij kan het recept via de patiënt terug laten bezorgen bij de arts;
- hij kan de patiënt via de bijsluiters wijzen op het gevaar van het recept;
- hij kan de patiënt een open brief meegeven voor de arts, waarin de problemen van de betreffende prescriptie staan vermeld;
- hij kan de patiënt adviseren om naar een andere arts om te zien.

Het is duidelijk dat de apotheker door een dergelijke handelwijze op slechte voet met de arts komt te staan. De arts-patiënt relatie wordt ernstig beschadigd en de patiënt raakt in verwarring en verliest het vertrouwen in het gehele medisch handelen.

Een andere oplossing zou kunnen bestaan uit een - desnoods afgedwongen - verbetering van de contacten tussen arts en apotheker. Wanneer de arts na herhaalde verzoeken van de apotheker blijft vasthouden aan een ongewenste prescriptie, zal de apotheker deze zaak moeten aanmelden bij de PHV, in de hoop dat de halstarrige arts wél gehoor geeft aan het advies van zijn collegae. Mocht zo'n collegiale benadering geen effect sorteren, dan lijkt mij een gang naar de Inspecteur van Volksgezondheid gegrond. Een snelle en bindende uitspraak is in zo'n geval gewenst, in het belang van de gezondheid van de patiënt.

P.R.M. van Mierlo,
Teteringen

Nota Bene

Op basis van het werk van Feldstein, die het 'agent' model introduceert, waarbij de huisarts optreedt als beslissers voor de patiënt (consument) met betrekking tot de medische consumptie, ligt het voor de hand de voorschrijvende huisarts te laten betalen voor het recept in plaats van de patiënt via de zgn. medicijnknaak.

Stelling bij: Wijkkel D. Samenwerken en verwijzen [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1986.

Proctologie 1

De door *De Melker* in 'Proctologie van de huisarts I'¹ besproken aandoeningen zijn van groot belang voor de huisarts. Dit geldt zeker voor fissura ani. De meeste gevallen hiervan genezen inderdaad met eenvoudige maatregelen. Dit neemt niet weg dat sommige patiënten hardnekkige diepe pijnen blijven houden met heftige hoogtepunten bij en na de defecatie. De oorzaak hiervan is meestal de door *De Melker* beschreven vicieuze cirkel, waarbij een spasme optreedt in de sfincter, leidend tot obstipatie.

De cirkel is te doorbreken door anusdilatatie. Dit vereist niet altijd narcose, maar kan naar mijn ervaring ook zeer goed geschieden na lokale verdoving door circulaire omsputting van de sfincter. De ring van de spastische kring-spier, die men duidelijk voelt bij het rectaal toucher, kan daarna pijnloos worden opgerekt. Men moet daarbij niet schromen flinke kracht uit te oefenen om een wijde van minstens 10 cm (bij een volwassene) te bereiken; men voelt de ring daarbij geleidelijk verdwijnen. De nauwe toegang tot de fissuur wordt eveneens verwijd. Eventueel kan men de bodem hiervan cauteriseren, bijvoorbeeld met de hyfrecator.

Bij alle patiënten die ik op deze wijze heb behandeld, verdween de pijn op slag om niet meer terug te keren. Deze kleine ingreep kan zeer goed door de huisarts worden verricht; de patiëntervaart haar veelal als een 'wondergenezing'.

F. J. A. Huygen

¹ De Melker RA. Proctologie van de huisarts I. Huisarts Wet 1986; 29: 382-7.

Proctologie 2

Het is jammer dat *De Melker* niet ingaat op de psychosomatische en somatopsychische aspecten van alle aandoeningen in de anorectale regio. Slechts bij pruritus anu schrijft hij dat de huisarts ook moet ingaan op de belevingsfactoren.¹

Naar mijn mening zal de huisarts bij aandoeningen in deze met taboes omge-

ven regio er goed aan doen steeds een meersporen-beleid te volgen. Hemorroiden, eczema ani en obstipatie hebben immers bijna per definitie psychosociale aspecten en vaak zijn die dé oorzaak van de klacht. Maar ook seksueel overdraagbare aandoeningen worden nogal eens gemist, doordat we niet van meet af aan aan de mogelijkheid 'durven' denken. Mensen met deze aandoeningen melden zich nogal eens met klachten die in eerste instantie onschuldiger lijken, zeker als ze niet zeker weten hoe hun huisarts over hun seksuele gewoonten denkt.

Er zijn patiënten die vanwege hun karakter geneigd zijn tot obstipatie. Het zou hier te ver voeren de origine daarvan, in de eerste kinderjaren bij de zindelijkheidsstraining bijvoorbeeld, nader uit te werken. Ook het eczeem rond de anus, in de bilspleet en op het perineum is heel vaak uitsluitend een signaal van de ernst van de problemen die de patiënt heeft in zijn werk of zijn relatie, waar hij zijn opgekropte gevoelens niet kan uiten, of waarin hij dreigt te falen.

Ook de somatopsychische kant verdient onze aandacht. Mensen met klachten, zoals door *De Melker* beschreven, komen nogal eens in een vicieuze cirkel terecht. Ze maken zich zorgen om, of schamen zich over hun lijfelijke klacht en krijgen daardoor weer meer klachten. Ook kan het zijn dat ze zo geobsedeerd worden, dat hun dagelijks functioneren eronder gaat lijden.

Tenslotte zou ik nog twee somatische opmerkingen willen maken:

Als er sprake is van of gedacht wordt aan schimmels bij eczeem, jeuk, hemorroiden of wat dan ook in de anorectale regio, dan is een antimycoticum het middel van de eerste keuze. Ik lees uit de tekst van *De Melker* dat je daarmee ook weleens succes hebt, terwijl de rollen meestal juist omgekeerd liggen.

Fissura ani bij babies en volwassenen zijn heel goed te bestrijden met het aanstippen met helse steen (zilvernitraatstift). Als ze een uiting zijn van een schimmelinfectie, wat nogal eens het geval is, dan komt natuurlijk weer een antimycotische therapie als eerste in aanmerking.

Jan Moors,
huisarts te Rosmalen

¹ De Melker RA. Proctologie van de huisarts I. Huisarts Wet 1986; 29: 382-7.

Naschrift

Beide inzendingen beschouw ik als belangrijke aanvullingen op mijn artikel(en). Huygen geeft vanuit zijn grote praktische ervaring een belangrijke suggestie. Hoewel ik hiermee zelf (ondanks vijf Lentse jaren) geen ervaring heb, lijkt mij pijnloos oprekken onder lokale anesthesie praktisch goed uitvoerbaar. Hiermee kan het aantal verwijzingen nog verder worden verminderd. Het zou interessant zijn te weten of meer huisartsen hiermee (goede) ervaringen hebben.

Moors heeft volkomen gelijk dat de psychosomatische en somatopsychische aspecten in de artikelen te weinig aandacht krijgen. Alleen bij de inleiding van beide artikelen wordt hier terloops op ingegaan. Juist bij deze 'gewone' klachten en ziekten is het 'ijsbergfenomeen' van belang. Niet de vraag 'wat is het?' maar 'waarom komt deze patiënt nu juist bij de huisarts?' vormt het uitgangspunt van het hulpverleningsproces. Moors heeft gelijk door de meersporen-benadering te bepleiten in een regio die nog sterk met taboe beladen is.

Dat schimmelinfecties met een antimycoticum behandeld moeten worden, is natuurlijk juist; wel dient dit dan deel uit te maken van het meersporen-beleid.

Het behandelen van fissura ani met zilvernitraatstift lijkt mij noch nodig, noch gewenst. In de meeste gevallen kan met de in het artikel beschreven adviezen worden volstaan. Zo niet, dan zou ik aan anusdilatie de voorkeur geven. De pijn en mogelijke littekenvorming lijken mij een nadeel.

Helaas ontbreken op het gebied van de proctologie huisartsgeneeskundige onderzoeksgegevens. Wellicht een goed onderwerp voor een (promotie)onderzoek.

R. A. de Melker

Richtlijnen voor auteurs

Bijdragen voor *Huisarts en Wetenschap* dienen te voldoen aan de *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals* (de 'Vancouverstyle'). Een samenvatting van deze richtlijnen is afgedrukt op pagina 96 van het maartnummer van de lopende jaargang.

Family conciliation services [Editorial]. *Fisher Th. J R Coll Gen Pract* 1986; 36; 300-1.

Men voorziet in Groot-Brittannië dat één op de drie huwelijken in een scheiding zal eindigen. In de periode die vooraf gaat aan een scheiding, hebben de ouders weinig oog voor de moeilijkheden van hun kinderen. Echtparen die met echtscheiding bezig zijn, kunnen hulp vragen bij een bureau van de National Family Conciliation Council (NFCC). Deze dienstverlening wordt verzorgd door vrijwilligers en een professionele staf. Tien procent van de echtparen verzoent zich als gevolg van deze gesprekken en vele echtparen komen tot overeenstemming over voogdij en bezoeke-regeling.

Huisartsen worden vaak geconfronteerd met huwelijksproblemen en scheiding en moeten van deze mogelijkheid op de hoogte zijn. In Nederland kan men over dergelijke bureaus inlichtingen krijgen bij de Raden voor de Kinderbescherming.

C. H. A. Westhoff

Identifying men at high risk of heart attacks: strategy for use in general practice. *Shaper AG, Pocock SJ, Phillips AN, Walker M. Br Med J* 1986; 293: 474-9.

Van 7735 mannen in de leeftijd van 40-59 jaar en afkomstig uit 24 steden in Groot-Brittannië, werd een cardiovasculaire status opgesteld met behulp van vragenlijsten, lichamelijk onderzoek, eenvoudig laboratoriumonderzoek en electrocardiografie. Op basis van dit materiaal werden voor iedere deelnemer een 'risicoscore' en het relatieve risico op het krijgen van een myocardaandoening berekend. Daartoe maakte maakte men gebruik van leeftijd, aantal jaren sigaretten-roken, gemiddelde bloeddruk, serumcholesterol, vóórkomen van angina pectoris, myocardaandoening of ischemie op het ECG in rust, vóórkomen van diabetes mellitus en overlijden van een van de ouders aan een hartaandoening. Lichaamsgewicht en lengte maakten de score niet gevoeliger, doordat ze gerelateerd bleken aan de hoogte van de bloeddruk.

Bij toepassing van deze score op de 276 mannen die in de onderzoeksperiode een myocardaandoening hadden doorgemaakt, bleek dat 59 procent van deze groep in de categorie met het hoogste risico belandde.

De score verloor weinig aan waarde, wanneer de gegevens van het ECG en het serumcholesterol werden weggelaten; de berekening werd hierdoor echter aanzienlijk vereenvoudigd. De auteurs doen de aanbeveling alle mannelijke patiënten van 40-59 jaar die de huisartspraktijk om welke reden dan ook bezoeken, te screenen met deze gemodificeerde methode. Indien men vervolgens een reductie van 20 procent van het risico kan bewerkstelligen, betekent dit één myocard-

infarct per vijf jaar minder per praktijk. Dit is driemaal het aantal CVA's dat men kan voorkomen door hypertensie te bestijden.

De scoreberekening staat in het artikel beschreven en is met behulp van een zakrekenapparaat eenvoudig uit te voeren.

E. Lamfers

Aortic calcification as a predictor of cardiovascular mortality. *Witteman JCM, Kok FJ, Van Saase JLCM, Valkenburg HA. Lancet* 1986; ii: 1120-2.

In het kader van het EPOZ-onderzoek waren in de jaren 1975-1978 bij 1359 mannen en 1598 vrouwen röntgenfoto's gemaakt van prelumbale gebied. In de daaropvolgende negen jaren overleden uit deze groep 50 mannen en 33 vrouwen aan hart- en vaatziekten. Verkalking van de aorta werd bij ongeveer 10 procent van de proefpersonen van middelbare leeftijd gezien; dit percentage nam toe met de leeftijd tot een maximum van 45 procent bij de mannen en 75 procent bij de vrouwen. Bij 45-jarige mannen ging een sclerotische aorta samen met een zesmaal verhoogd risico om aan een hart-vaatziekte te overlijden; daarna nam het risico jaarlijks met 6 procent af. Het sterftecijfer bij vrouwen van middelbare leeftijd was te laag om een risico vast te kunnen stellen.

Mogelijk heeft atherosclerose van andere vaten dan die van hart en hersenen een voorspellende waarde voor het risico om aan een hart-vaatziekte te overlijden.

M. Sanders

Course of angina pectoris after an acute coronary event. *Day LE, Hickey N, Mulcahy R. Br Med J* 1986; 293: 653-6.

Het beloop van angina pectoris werd nagegaan bij 555 mannen onder de 60 jaar, die een eerste hartinfarct of een periode van instabiele angina pectoris hadden overleefd. De follow-up was gemiddeld 8,8 jaar, met een maximum van 17 jaar. De patiënten werden voornamelijk conservatief behandeld met nitraten en bij zeer ernstige angina pectoris ook met bètablokkers. Daarnaast werden eventuele risicofactoren gecorrigeerd; bij slechts 25 personen was een coronaire bypass noodzakelijk.

Na één jaar had 25 procent angina pectoris en na vijf jaar 39 procent. Na vijftien jaar was de helft nog steeds vrij van angineuze klachten en zeventien jaar na de 'coronaire crisis' had een derde van de patiënten nog nooit een aanval van angina pectoris gehad.

Soms gingen de angina-pectorisklachten weer voorbij, want van de patiënten met angina pectoris na één jaar had ongeveer een derde na tien jaar geen last meer. Patiënten met angina pectoris direct na het hartinfarct hadden minder vaak klachtenvrije perioden