

J. RELYVELD, A. H. BERGINK EN H. G. J. NIJHUIS

Ulcus cruris, wratten en sterfsituatie

In het kader van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag werden in 1987 zeven ziektebeelden/gebeurtenissen geregistreerd door 28 huisartsen, die samen ongeveer 13 procent van de Haagse bevolking in hun praktijk hebben. Qua leeftijdopbouw, sociaal-economisch niveau en percentage migranten is deze groep representatief voor de totale Haagse bevolking. Een selectie uit het jaarverslag.

Ulcus cruris

Het ulcus cruris is een chronisch huiddefect aan het (onder)been. Het komt voornamelijk voor bij bejaarden, werkt sterk invaliderend en kent een vaak moeizaam genezingsproces. In verreweg de meeste gevallen (90 procent) berust het ulcus op chronische veneuze insufficiëntie. Vijf procent komt voor rekening van arteriële stoornissen, het overige deel kent een pluriforme verzameling van oorzaken.

In totaal zijn in 1987 84 patiënten (17 mannen en 67 vrouwen) met een ulcus cruris geregistreerd. Dit betekent een prevalentie voor Den Haag van 1,7 per 1000 inwoners. Omdat ulcus cruris nauwelijks gezien wordt beneden de 40 jaar, is het beter dit cijfer te relateren aan de bevolking boven de 40 jaar. De prevalentie voor deze groep bedraagt 3,2 per 1000 inwoners.

Opvallend is de duidelijke stijging, met name bij vrouwen, bij het vorderen van de leeftijd. De cijfers komen redelijk overeen met een Engelse studie van Cornwall *et al.* uit 1981-1982, waarin aantallen worden vermeld van respectievelijk 1,8 (alle leeftijden) en 3,8 (>40 jaar) per 1000.¹ Vergeleken met de - eveneens Engelse - studie van Callam *et al.* blijkt dat de prevalentie van ulcus cruris voor patiënten boven de 40 jaar bij vrouwen ongeveer 2,5 maal zo hoog ligt als bij mannen.² In Den Haag is deze man/vrouw verhouding 1:3.

Door het ontbreken van gegevens over de effectiviteit van de verschillende therapieën bestaat er geen consensus over

de behandeling voor ulcus cruris. Het aantal therapeutische mogelijkheden is dan ook zeer groot.

Essentieel bij de behandeling is het alert zijn op onderliggende oorzaken als diabetes, ischemie, hypertensie en decompensatio cordis. In de meeste gevallen ontstaat het ulcus cruris door een veneuze insufficiëntie, en de behandeling moet dus in eerste instantie gericht zijn op een verbetering van de circulatie, hetzij door mobiliseren van de patiënt, hetzij door hoogleggen van het been. Het effect hiervan kan nog versterkt worden door het aanbrengen van compressie in de vorm van zwachtels of steunkousen. Aangaande de gebruikte compressiemethode (n=84) kan worden gemeld, dat het meest gebruik is gemaakt van een elastische zwachtel (33 procent) of kous (19 procent). In 17 procent van de gevallen viel de keus op een bandage.

Naast deze basisvoorwaarden voor wondgenezing bestaan er vele therapieën om de genezing te ondersteunen. Ook in het peilstationsstelsel is het ulcus cruris op diverse wijzen behandeld. Voor de 84 geregistreerde patiënten zijn in totaal 24 verschillende therapieën gebruikt, al dan niet in combinatie; 20 maal zijn twee middelen gecombineerd en in 14 gevallen is een combinatie van drie of meer middelen toegepast.

In totaal 45 gevallen van ulcus cruris werden voor het eerst behandeld door de huisarts. Bijna de helft (22) zag de huisarts in de laatste vier maanden van het jaar voor het eerst. Bij vijf patiënten was een onderliggende aandoening de oorzaak van het ulcus of de stagnerende wondgenezing: de combinatie adipositas met hypertensie, diabetes, en oedeem op basis van decompensatio cordis. De huisarts verwees ongeveer een vijfde deel van de patiënten met ulcus cruris naar de specialist voor verdere behandeling.

Ruim de helft (52 procent) van de patiënten kon zelf hun ulcus verzorgen. De overigen waren aangewezen op dagelijkse hulp van wijkverpleegster, be-

jaardenverzorgster en/of mantelzorg.

Het ulcus cruris is een chronische, vaak recidiverende aandoening waarvoor dikwijls de hulp van de huisarts wordt ingeroepen. In 1987 eiste 10 procent van de patiënten ruim 30 procent van het totaal aantal consulten voor ulcus cruris voor zich op en meer dan 30 procent van de totale behandelingsduur. Deze groep had gemiddeld 12 consulten met een gemiddelde behandelingsduur van 126 minuten. Tegenover deze kleine, arbeidsintensieve groep staat een groep van 60 procent, die gemiddeld iets meer dan twee consulten nodig heeft en gemiddeld 18 minuten totale behandelingsduur.

De verdeling van de behandelingsduur voor het ulcus cruris tussen huisarts en praktijkassistente toont dat de artsen hiervan 87 procent voor hun rekening nemen. Van de consulten vond 37 procent plaats bij de patiënt thuis.

¹ Cornwall JV, Doré CJ, Lewis JD. Leg ulcers: epidemiology and etiology. *Br J Surg* 1986; 73: 693-6.

² Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J* 1985; 290: 1855-6.

Wratten

Verrucae De registratie is verricht op grond van het klinische beeld: verrucae vulgares, verrucae planae, verrucae filiformes en verrucae plantares. Het totaal aantal opgaven bedroeg 971. Dit houdt in dat de Haagse huisartsen in 1987 per 10.000 cliënten ongeveer 200 gevallen van verrucae in behandeling hebben genomen, dat zijn in totaal bijna 9.000 patiënten.

Bijna evenveel jongens en mannen als meisjes en vrouwen zijn geregistreerd. Ruim 47 procent van alle patiënten met wratten was jonger dan 15 jaar. Boven de 44 jaar was er een duidelijke afname van de hulpvraag om wratten te laten wegnemen, al waren er ook oudere

Deze aflevering van Epidemiologische notities is ontleend aan Epidemiologisch Bulletin (Den Haag) 1988; 23(2), een uitgave van de GG en GD Den Haag. J. Relyveld, arts, Stafbureau Epidemiologie, schreef 'Ulcus cruris'; A.H. Bergink, jeugdarts, afdeling Jeugdgezondheidszorg, schreef 'Wratten'; H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd stafbureau Epidemiologie, schreef 'Sterfsituatie'.

mensen die hun huisarts voor deze aandoening consulteerden.

Verrucae kwamen over het gehele lichaam voor. In meer dan 80 procent van de gevallen zaten de wratten aan de handen, inclusief de vingers, en aan de voeten, inclusief de hiel en de tenen.

Condylomata acuminata Condylomata acuminata of genitale wratten worden tot de seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) gerekend. De diagnose is gesteld op het klinische beeld: dicht opeengedrongen roze/rode papels met een spits papillomateus oppervlak.

In totaal zijn 62 patiënten met condylomata acuminata geregistreerd, 39 mannen en 23 vrouwen. Dit betekent dat in Den Haag in de huisartspraktijk per 10.000 patiënten bijna 13 gevallen van condylomata acuminata werden gediagnostiseerd. De man/vrouw verhouding bedroeg 1,7/1. De leeftijdpiek lag bij mannen en vrouwen tussen de 20 en 30 jaar.

Mollusca contagiosa Ook bij deze aandoening beruiste de registratie op het klinische beeld: solitaire of regionair gegroepeerde, glanzende, parelmoerachtige, rond-ovale papels met een centrale inzinking.

In totaal zijn in 1987 197 gevallen van mollusca contagiosa in behandeling genomen; dat is 41 gevallen per 10.000 patiënten per jaar. Er werden geen duidelijke geslachtsverschillen gevonden. In 90 procent van de gevallen ging het om kinderen van 0-14 jaar, met een piek bij de 5-9-jarigen. De Haagse huisartsen behandelden in 1987 dus zo'n 1400 kinderen van 0-14 jaar met mollusca contagiosa. Dat betekent dat één op de drie kinderen in de leeftijdfase van 0-14 jaar vroeg of laat met deze aandoening bij de huisarts komt.

Mollusca contagiosa komen over vrijwel het gehele lichaam voor. Zij werden het meest waargenomen aan de armen, inclusief pols, oksel en schouder, aan de romp en aan de benen, inclusief enkel en lies. De voorkeurslokalisaties blijken duidelijk anders te zijn dan bij verrucae: aan handen en voeten, de voorkeursplaatsen bij verrucae, zijn weinig of geen mollusca waargenomen.

Uit dit registratieonderzoek kan de conclusie worden getrokken dat de Haagse bevolking op grote schaal hulp vraagt aan de huisarts voor wratten en aanverwante aandoeningen die het gevolg zijn van infecties met epidermotrope DNA-

virussen, de zogenaamde humane papilloma virussen (HPV). Voor deze aandoeningen gezamenlijk geldt dat de Haagse huisartsen jaarlijks per 10.000 cliënten 255 patiënten op hun spreekuur krijgen. Dit houdt in dat elke huisarts ieder jaar tientallen patiënten behandelt of naar een dermatoloog verwijst.

Noch voor verrucae en mollusca contagiosa, noch voor condylomata acuminata kunnen aan de hand van dit registratieonderzoek seizoenschommelingen worden aangetoond.

Sterven in Den Haag

Wij hebben ons afgevraagd in welke omgeving mensen in Den Haag sterven en of deze omgeving door hen en door hun naasten als gewenst wordt ervaren. De peilstationartsen is daarom verzocht alle sterfgevallen, die zij begeleiden of waarvan zij achteraf in kennis zijn gesteld, te registreren, en te beoordelen of de situatie waarin mensen doodgingen door henzelf en hun naaste omgeving als gewenst werd ervaren. De waarneming en interpretatie van de huisarts vormen dus het fundament van dit onderzoek.

Om na te gaan of de peilstationregistratie enigszins volledig en betrouwbaar is geweest, hebben we de gegevens van dit systeem vergeleken met de officiële sterftecijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Daarbij is gebleken dat de sterfte-analyses op basis van de peilstationregistratie geen volledig valide beeld geven van de feitelijke mortaliteit. Niettemin achten wij de registratie adequaat voor een explorerend onderzoek naar de gewenstheid van de sterfsituatie.

Zoals te verwachten was, bleken zeer oude mensen eerder terecht te komen in een laatste levensfase waarin terminale verzorging moest worden geboden. Minder oude bejaarden gingen vaker dood zonder terminale zorgperiode, dat wil zeggen na een acuter verlopend ziekteproces (bijvoorbeeld een acuut myocardinfarct).

De meeste terminale zorggevallen stierven in het ziekenhuis, gevolgd door thuis, verzorgingshuis en verpleeghuis. Bij 30 van de 216 sterfgevallen met terminale verzorging werd de plaats van overlijden als ongewenst beoordeeld. Bij verreweg het grootste deel van de ongewenste situaties ging het om sterven in het ziekenhuis (63 procent) en in

het verpleeghuis (30 procent). Sterven thuis en in het verzorgingshuis werd het minst als ongewenst ervaren. Bij 19 procent van de sterfgevallen in het ziekenhuis werd deze plaats als ongewenst gekarakteriseerd. Voor het verpleeghuis was dat 29 procent. Het thuis sterven werd slechts in 2 procent van de gevallen als ongewenst ervaren.

De hier neergelegde informatie vormt een belangrijk signaal. Er zijn te veel mensen die de laatste fase van hun leven doorbrengen op een plaats, in een omgeving, die zij niet verkiezen.

Vervolg van pag. 263

- ⁴ Style A. Intuition and problem solving. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 71-4.
- ⁵ Touw-Otten F. Wat doet de dokter? De bijdrage van medische beslistkunde en protocollen hierbij. In: *Nieuw kompas voor de huisarts*. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.
- ⁶ Knottnerus JA. Diagnostische hypothesen en a priori kansen in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1986; 29: 269-73.
- ⁷ Van Es JC. Patiënt en huisarts. Een leerboek huisartsgeneeskunde. Utrecht: Oosthoek, 1974.
- ⁸ Wulff HR. Principes van klinisch denken en handelen. Utrecht: Scheltema & Holkema, 1980.
- ⁹ Moser RH. The first five minutes. *JAMA* 1975; 231: 1169-70.
- ¹⁰ Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. *Huisarts Wet* 1983; 26: 125-8.
- ¹¹ Kuyvenhoven MM, Spreeuwenberg C. Huisarts en diagnostisch proces. *Metamed* 1984; 63: 18-34.
- ¹² Hobus PPM, Schmidt HG, Boshuisen HPA, Patel V. Contextual factors in the activation of first diagnostic hypotheses: expert-novice differences. *Med Educ* 1987; 21: 471-6.
- ¹³ Berwick DM, Fineberg HV, Weinstein MC. When doctors meet numbers. *Am J Med* 1981; 71: 991-8.
- ¹⁴ Grol R, Smits A, Franssen H, Huygen F, van Weel C. Continuïteit in de huisartsgeneeskunde. *Huisarts Wet* 1986; 30: 275-9.

Vervolg van pag. 265

- 1 Hodgkin K. Towards earlier diagnosis in primary care. 4th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1978.
- 2 Smit PTh. Spoedeisende gevallen in een huisartsenpraktijk. Utrecht: Bohn, 1976.
- 3 Anoniem. Jaarboek Landelijke Medische Registratie. Utrecht: Stichting Medische Registratie, 1985.
- 4 Potter J, Clarke P, Gale EAM, et al. Insulin-induced hypoglycaemia in an accident and emergency department; the tip of an iceberg? *Br Med J* 1982; 285: 1180-5.
- 5 Cale E. Hypoglycemia. *Clin Endocrinol Metab* 1980; 9: 461-75.
- 6 Miller EC. Diabetic emergencies. *Am Fam Physician* 1978; 18: 115-21.
- 7 Cejka V, Bruining GJ, Hulst SGTh. Acute complicaties bij diabetes mellitus. Vraag en antwoord journal 1983; 3: 10-4.
- 8 Cejka V. Diabetes mellitus. In: *Bijblijven*. Amsterdam: Elsevier, 1985.
- 9 Meyboom WA. Het ampullenétui – een toetsingsproject. *Huisarts Wet* 1988; 31: 81-8.
- 10 Van der Veen EA. Spoedeisende situaties bij diabetes mellitus. *Practitioner (NI)* 1984; 1: 1327-34.
- 11 Marble A, et al. Joslin's diabetes mellitus. 1971.
- 12 Cost WS, Mandema E. Spoedeisende gevallen in de interne kliniek. 4e dr. Amsterdam, Brussel; Agon Elsevier, 1972.
- 13 Isselbacher KJ, Adams RD, Braunwald E, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 10 ed. Tokyo, etc.: McGraw-Hill, 1980.
- 14 Blomhert G. Behandeling van hypoglykemie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1972; 116: 262-4.
- 15 Anoniem. Registratie-erkenning glucagon Novo (Aquaject verpakking). Amsterdam: Novo Industri BV, z.j.
- 16 De Loeff AJA, Van Proosdij C. Dokters, diabetes en de dood. *Ned Tijdschr Geneesk* 1977; 121: 1945-8.
- 17 De Baere H, Decraene P, De Leeuw I, e.a. Hypoglykemie door orale antidiabetica. *Ned Tijdschr Geneesk* 1973; 117: 1021-4.
- 18 Seltzer HS. Efficacy and safety of oral hypoglycemic agents. *Ann Rev Med* 1980; 31: 261-72.
- 19 Mehnert H, Schofflink K. *Diabetologie in Klinik und Praxis*. Stuttgart: Thieme, 1974.
- 20 Wahl P. Unerwünschte Arzneiwirkungen van Antidiabetika. *Therapiewoche* 1970; 29: 4654-8.

Impact of a screening family genogram on first encounters in primary care Rogers JC, Cohn O. *Fam Pract*; 4: 291-301.

Een familiegenogram is een stamboom van een familie waarin belangrijke feiten uit de medische en sociale voorgeschiedenis zijn aangegeven. Bovendien bevat het de sociale relaties van het woonverband van de patiënt. Het genogram kan dus helpen bij het onderzoeken van de medische en sociale familie-anamnese en bij het ontrafelen van relatieproblemen in gezinnen. Volgens de auteurs zou de arts zich meer bewust worden van psychosociale problemen, als hij nieuwe patiënten bij hun eerste bezoek een genogram zou laten opstellen.

Deze hypothese werd getoetst met behulp van een groep proefpersonen en een controlegroep. Bij de patiënten uit beide groepen werd beoordeeld in hoeverre hun dokter bij het eerste contact gezinsproblemen exploreerde, andere gezinsleden opriep voor het spreekuur, en aanbod hulp te verlenen of te verwijzen bij psychische problemen.

Wat deze variabelen betreft waren er tussen de proefgroep en de controlegroep geen significante verschillen; men zou dus kunnen veronderstellen dat een 'screenings'-genogram geen zin heeft. De auteurs wijzen echter op enkele methodologische moeilijkheden bij dit onderzoek, waardoor een dergelijke conclusie niet zonder meer gerechtvaardigd zou zijn. Zij pleiten voor een herhaling van het onderzoek, maar dan met een ander onderzoeksprotocol.

D.W. Meijer Timmerman Thijssen

Minor burns: a review Trilling JS. *Fam Pract* 1987; 4: 235-9.

In dit literatuuroverzicht worden kleine brandwonden gedefinieerd als tweedegraads brandwonden met een oppervlakte van minder dan 15 procent van het lichaamsoppervlak of derdegraads brandwonden met een grootte van minder dan 2 procent van het lichaamsoppervlak. Aan de orde komen: de behandeling in het acute stadium, het al of niet intact laten van blaren, de kans op infectie, de waarde van open behandeling tegenover de behandeling met verbanden, en de vraag hoe vaak de verbanden moeten worden gewisseld.

De waarde van koude, natte omslagen in het acute stadium wordt nergens betwijfeld. Het merendeel van de literatuur steunt de opvatting dat intact laten van de blaren de wondgenezing bevordert. Infectie blijkt bij kleine brandwonden in minder dan 2 procent van de gevallen voor te komen en lokale antibiotica worden dan ook afgeraden. Verbanden blijken volgens de meeste auteurs beter te werken dan een open behandeling. Over de noodzakelijke frequentie van ver-

band wisselen waren uit de beschikbare literatuur geen conclusies te trekken. Gezien de geringe infectiekans lijkt een frequente verbandwisseling niet nodig. Bovendien maakt dit de behandelkosten hoger en beschadigt het mogelijk het regenererende epitheel.

D.W. Meijer Timmerman Thijssen

Survival with the acquired immunodeficiency syndrome. Experience with 5833 cases in New York City Rothenberg R, Woelfel M, Stoneburner R, et al. *N Engl J Med* 1987; 317: 1297-1302.

Dit artikel geeft een analyse van de mortaliteit en morbiditeit van 5833 personen uit New York City bij wie vóór januari 1986 Aids werd gediagnostiseerd.

Het overlevingspercentage van de gehele groep was na één jaar 50 procent en na vijf jaar 15 procent. Blanke homoseksuele mannen tussen de 30 en 34 jaar bij wie Aids zich presenteerde met het Kaposi sarcoom, bleken met een overlevingspercentage van 80 procent de gunstigste prognose te hebben. Deze groep werd als referentiegroep gebruikt om het effect op de overlevingsduur van een aantal variabelen te bestuderen.

De uitingsvorm van de ziekte bij het stellen van de diagnose bleek de belangrijkste variabele met betrekking tot de overlevingsduur. Daarop volgden: leeftijd, ras/etnische achtergrond, wijze van besmetting en geslacht. Een zeer slechte prognose hadden patiënten met een opportunistische infectie op het moment dat de diagnose Aids werd gesteld. Andere onafhankelijke factoren die de overlevingsduur verkortten, waren: hogere leeftijd, vrouwelijk geslacht, zwart ras en Spaanse nationaliteit.

Bij vergelijking van de subcohorten gebaseerd op het jaar van diagnose (1981-1985) bleek er alleen een significante verbetering van de eenjaarsoverleving te zijn bij de Aids-patiënten met een pneumocystis-carinii-infectie.

Jan Groot

Risk of secondary cancer after treatment for Hodgkin's disease Tucker MA, Coleman CN, Cox RS, Varghes A, Rozenberg SA. *N Engl J Med* 1988; 318: 76-81.

In dit artikel wordt nagegaan hoe groot het risico op een secundair neoplasma is voor patiënten die eerder zijn behandeld voor de ziekte van Hodgkin. Gedurende een periode van 20 jaar werden ruim 5000 patiënten met de ziekte van Hodgkin met succes behandeld. De gemiddelde leeftijd was op het moment van de diagnose 29 jaar, met een spreiding van 2-82 jaar. De gemiddelde observatieperiode was zes jaar. Ruim de helft van de patiënten werd minder dan vijf jaar