

TOINE LAGRO-JANSSEN EN JEANNE MESKER-NIESTEN

## Varicosis

**Varicosis is een aandoening waarmee de huisarts frequent te maken krijgt; vooral oudere vrouwen zullen hiervoor medische hulp inroepen. Luisteren, kijken en voelen (en nadenken natuurlijk) vormen vooralsnog het belangrijkste diagnostisch instrumentarium van de huisarts. De gangbare functietests zijn onbetrouwbaar en de waarde van nieuwere methoden is nog sterk afhankelijk van de ervaring van de onderzoeker. In de meeste gevallen presenteert de patiënt zich met klinische verschijnselen van een diepe veneuze insufficiëntie. Therapeutisch zullen elastieken kousen dan ook vaak de eerst aangegeven behandeling zijn. Indien de huisarts de elastieken kousen niet zelf aanmeet, zijn opgave van de vereiste drukwaarde en controle na een aantal maanden gewenst. De toekomst wijst uit of de ingestelde therapie voldoet aan de wensen van patiënt en dokter. Vraagt de patiënt nieuwe elastieken kousen aan, dan kan deze gelegenheid gebruikt worden om de huid van de onderbenen te bekijken en te overleggen over het bereikte resultaat. Op basis hiervan kan eventueel worden gekozen voor een ingrijpendere behandeling. Slechts in een minderheid van de gevallen zal wegens diagnostische onzekerheid of vanwege aard en uitgebreidheid van de varicosis primair specialistische verwijzing nodig zijn.**

### Inleiding

De meeste patiënten met varicosis worden door de huisarts behandeld; slechts ongeveer 14 procent van hen wordt hiervoor ooit verwezen naar een specialist.<sup>1,2</sup> De aandoening spreekt niet tot de verbeelding, maar is zeker de moeite van bestudering waard; daarover waren alle deelnemers aan de Nijmeegse 'huisartsgeneeskundige conferentie' over varicosis het eens. Verschillen van inzicht waren er onder meer over de specificiteit van het klachtenpatroon, het vóórkomen van complicaties, de validiteit van vroeger geleerde tests en het therapeutisch arsenaal van de huisarts.

T. Lagro-Janssen, huisarts te Nijmegen; J. Mesker-Niessen, huisarts te Nijmegen.

Correspondentie: T. Lagro-Janssen, Groesbeekseweg 12, 6524 DA Nijmegen.

### Begrippen en pathofysiologie

Varicosis duidt op de aanwezigheid van varices. Een varix is een ader die door verlies aan elasticiteit van de vaatwand gedilateerd is. Hierdoor raken de kleppanden elkaar niet meer en functioneren de kleppen niet adequaat.

Het been bezit drie veneuze systemen:

- een oppervlakkig systeem: de buiten de spierfascie verlopende vena saphena magna en vena saphena parva met hun vertakkingen;
- een diep systeem: de binnen de spierfascie gelegen kuitspiervenene die zich via de vena poplitea verenigen tot de vena femoralis;
- de venae perforantes of communicantes. Deze venen perforeren de fasciebladen en verbinden het oppervlakkige met het diepe systeem.

Talrijke kleppen in deze systemen werken zodanig dat de bloedstroom gericht wordt van oppervlakkig naar diep en van distaal naar proximaal. Tijdens het aanspannen van de kuitspieren ontstaat er, dankzij de stugge spierfascie, een druktoename in het intrafasciale veneuze systeem. Functioneren de kleppen goed, dan kan het bloed alleen maar richting hart stromen. In de ontspanningsfase van de kuitspieren treedt in de venen een flinke drukdaling op. Deze lage druk zuigt het bloed uit het oppervlakkige systeem via de venae perforantes naar het diepe systeem.

Bij lekkende kleppen in het diepe en/of perforerende systeem ontstaat een continue te hoge druk, waardoor de afvloed van het veneuze bloed stagneert. We spreken van een *diepe veneuze insufficiëntie*. Varicosis kan een der symptomen van een diepe veneuze insufficiëntie zijn.

Een continue te hoge druk veroorzaakt tevens interstitiële vochttoename met op den duur oedeem, een gestoorde weefselperfusie en schade aan de arteriolen. Er ontstaat een *chronisch veneuze insufficiëntie*.

Functioneren alleen de kleppen van het oppervlakkige systeem slecht, dan zal dit zelden tot veneuze circula-

tiestoornissen leiden. Het betreft een *oppervlakkige varicosis*.

In de ontstaanswijze van defecte kleppen zijn erfelijke familiale factoren en de leeftijd van invloed.<sup>3</sup> Doorgemaakte graviditeiten zijn van belang, omdat progesteron de elasticiteit van de vaatwand verlaagt. Orale anticonceptiva hebben dit effect waarschijnlijk niet.<sup>4</sup>

Als oorzaak voor klepgebreken in het diepe systeem wordt meestal gewezen op een doorgemaakte diepe veneuze trombose. Onderzoek toont anderzijds aan dat de helft van de patiënten met diepe veneuze insufficiëntie geen diepe veneuze trombose heeft doorgemaakt.<sup>5,6</sup> Ook atrofie van de kuitspier door bijvoorbeeld gewrichtsaandoeningen, en toename van de arteriële toevoer zoals bij warmte kunnen het spierpompmechanisme ontregelen.

### Presentatie

Patiënten met varicosis consulteren de huisarts met pijn in de benen of omdat ze zelf vinden dat ze spataderen hebben.<sup>7</sup> Daarbij vragen sommige mensen voor minimaal zichtbare afwijkingen behandeling, terwijl anderen met uitgebreide varicosis hun huisarts niet eens consulteren. Voorts kunnen patiënten met een ernstig verlies van de pompfunctie slechts geringe varicosis hebben, terwijl indrukwekkende varices gepaard kunnen gaan met een goed functionerende pomp.<sup>8</sup> Er bestaat dus geen vanzelfsprekend verband tussen de aanwezigheid van varices, het optreden van klachten en de presentatie aan de huisarts.

Uit epidemiologische studies blijkt dat ruim de helft der volwassenen varices heeft, vrouwen meer dan mannen. Hierbij gaat het in 20 procent van de gevallen om uitgebreide afwijkingen, waarbij mannen en vrouwen elkaar weinig ontlopen.<sup>3</sup> Op oudere leeftijd stijgt de kans op stoornissen in het diepe systeem, terwijl ook de presentatie aan de huisarts met de leeftijd van de patiënt toeneemt (figuren 1 en 2).

Aangezien vrouwen op alle leeftijden vaker dan mannen voor deze aandoening medische hulp inroepen, krijgt de huisarts hoofdzakelijk met oudere vrouwelijke patiënten te maken. Patiënten met varicosis klagen nogal eens over een moe, gespannen gevoel met pijn in de benen, nachtelijke kramp in voeten of

kuiten en *restless legs*. Deze klachten zijn echter weinig specifiek en komen ook bij een derde van de mensen zonder varicosis voor.<sup>3</sup> Is er tevens vocht in de benen met pijn op de voorzijde van het scheenbeen, dan worden veneuze stoornissen waarschijnlijker. Een chronische veneuze insufficiëntie kan leiden tot huidstoornissen; in het bijzonder het *ulcus cruris* geldt als een specifiek teken van chronische veneuze insufficiëntie.

**Onderzoek**

Het in de leerboeken beschreven onderzoek bij de patiënt met varicosis is gericht op het onderscheid tussen oppervlakkige en diepe veneuze insufficiëntie. Functietests als de proeven van Trendelenburg en Tourniquet zouden tussen beide differentiëren. Nieuwe onderzoekstechnieken, zoals de Dopplermethode, hebben inmiddels aangetoond hoe weinig betrouwbaar deze functietests zijn.<sup>10 11</sup>

Hiermee ontvalt de huisarts een diagnostisch hulpmiddel voor het onderscheid tussen diepe en oppervlakkige veneuze stoornissen. Omdat dit onderscheid consequenties heeft voor de behandeling, lag het voor de hand om de bruikbaarheid van de Doppler-methode in de huisartspraktijk te verkennen. De

sensitiviteit van dit onderzoek schat men rond de 75 procent. Het is echter een tijdrovende methode, die grote betrouwbaarheid sterk afhangt van de ervaringen van de onderzoeker.<sup>10</sup> Daarom beschouwen we het Dopplersonderzoek voor veneuze circulatiestoornissen voorlopig als ongeschikt voor de huisartspraktijk.

Voor de huisarts bestaat het onderzoek bij de varicosispatiënt vooralsnog uit goed kijken naar de elementen die van invloed zijn op de in te stellen therapie: de uitgebreidheid van de varices, het type varices en tekenen van een chronische veneuze insufficiëntie (*pagina 57*).

**Behandeling**

In de huisartspraktijk bestaat de behandeling van varicosis uit adviezen, elastieken kousen, medicamenteuze therapie en compressiesclerotherapie.

**Adviezen**

De adviezen zijn gebaseerd op inzichten in de pathofysiologie van varicosis. Op grond daarvan en op grond van ervaringen kent men ze gewicht toe. Wetenschappelijk onderzoek naar het bereiken van de gewenste effecten op de

lange termijn ontbreekt. Men gaat ervan uit dat ze een gunstige invloed uitoefenen op de veneuze terugvloed en zodoende stuwingsverhinderen. Geen preventie dus, maar het tegengaan van klachten en van progressie van de aandoening. De belangrijkste en voor alle varicosispatiënten geldende adviezen zijn samengevat op *pagina 57*.

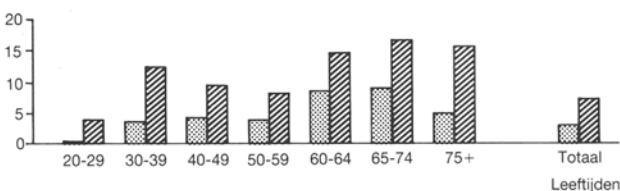
**Elastieken kousen**

De belangrijkste indicaties voor elastieken kousen zijn een diepe veneuze insufficiëntie en alle situaties waarin profylaxe is aangewezen. Naast het verlichten van klachten voorkomt de elastieken kous de gevolgen van een langdurige veneuze hypertensie. Uitgebreid onderzoek heeft het gunstige effect van compressie aangetoond.<sup>12 13</sup> Tevens ligt het in den rede dat daarmee ook de kans op een *ulcus cruris* verkleind wordt.

De elastieken kous dient een zodanige druk op het been uit te oefenen dat het oedeem wordt weggedrongen, de veneuze afvloed wordt gestimuleerd terwijl de arteriële circulatie niet wordt belemmerd. Dit betekent dat de druk van enkel naar proximaal geleidelijk moet afnemen (drukgradiënt). Aangezien vorm en omvang van het been per individu sterk kunnen verschillen, dienen elastieken kousen op maat te

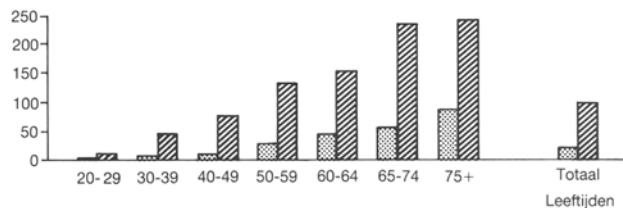
**Figuur 1** Incidentie van varicosis in de huisartspraktijk. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

(FIGUUR 1)



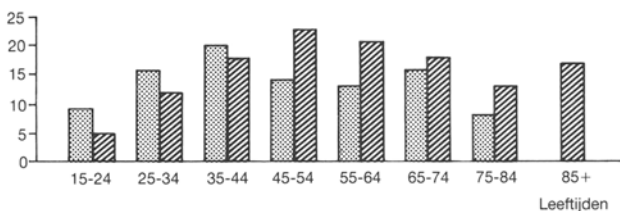
**Figuur 2** Prevalentie van varicosis in de huisartspraktijk. Aantallen per 1000 patiënten per jaar.

(FIGUUR 2)



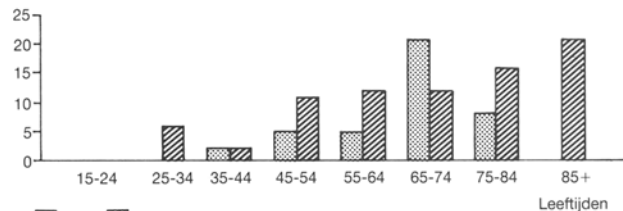
**Figuur 3** Tromboflebitiden bij patiënten met geregistreeerde varicosis. Percentages per leeftijdscategorie.

(FIGUUR 3)



**Figuur 4** *Ulcus cruris* bij patiënten met geregistreeerde varicosis. Percentages per leeftijdscategorie.

(FIGUUR 4)



Bron Continue Morbiditeits Registratie NUHI, 1978-1982.

■ mannen ■ vrouwen

worden voorgeschreven. De drukwaarde kan door de voorschrijvend arts eenvoudig op het klinisch beeld worden ingeschat. De drukwaarden zijn onderverdeeld in vier klassen (*kader*). Meestal komt de huisarts met klasse II uit.

In de huisartspraktijk komen nogal wat patiënten voor elastieken kousen in aanmerking. Het gaat daarbij vooral om twee belangrijke groepen:

• *Oudere patiënten*. Vooral ouderen met varicosis komen hiervoor bij de huisarts. Het betreft in deze leeftijd-

klasse bijna altijd een chronisch veneuze insufficiëntie.

• *Zwangeren*. Zowel profylactisch als therapeutisch is een elastieken kous de eerste keus. Vrouwen met een positieve familie-anamnese met betrekking tot varicosis kunnen in de zwangerschap de eerste varices krijgen. Invloed van progesteron op de veneuze vaatwand en toename van bloedvolume spelen hierbij een rol. In opeenvolgende graviditeiten kunnen de varices verergeren. Sclerotherapie of chirurgische therapie is

tijdens de graviditeit gecontraïndiceerd. Gezien de etiologie moet het aanmeten en dragen van elastieken kousen vroeg in de graviditeit geschieden. Indien er geen kinderwens meer bestaat is het zinvol tot 6 maanden na de laatste partus te wachten alvorens tot invasieve therapie over te gaan.

Het aanmeten geschiedt door een erkende leverancier in het bezit van een vakopleiding, zoals die van de Nederlandse Orthopedisten en Bandagisten. Dit is een voorwaarde om voor vergoe-

### Varicosis

#### Onderzoek

- Uitgebreidheid van de varices.
- Aanwezigheid van een duidelijke buisvormige varix van de vena saphena magna, hetgeen wijst op tubulaire stamvaricosis.
- Aanwezigheid van netvormige varices, de zogenaamde reticulair varicosis.
- Aanwezigheid van blauw doorschemerde verhevenheden, wijzend op insufficiëntie venae perforantes ('blow-outs').
- Aanwezigheid van kleine blauwe of rode teleangiëctasieën in het enkelgebied, de zogenaamde 'Besenreiser- en Penselvarices'.
- Afwijkingen aan de onderbenen als tekenen van een chronische veneuze insufficiëntie zoals:
  - hyperpigmentatie, roestachtige vlekken door hemosiderine stapeling in het distale deel van het onderbeen;
  - 'atrophie blanche': witte plekken ter hoogte van enkel en voorzijde tibia;
  - oedeem en induratie vooral pretibiaal en op de enkels;
  - statisch eczeem en cellulitis, droge schilferende of natte rode plekken meestal rond de mediale enkel; ter hoogte van de enkel bevinden zich enkele klepeloze venae communicantes, voorkeurslokalisatie voor het ulcus cruris.
- Aanwezigheid van arteriële stoornissen: onderzoek van de arteriële pulsaties, warme voeten en capillair refill.
- Conditie kuitspieren en de stand van de (enkel)gewrichten.

#### Adviezen

- Gebruik zoveel mogelijk de kuitspieren. Lopen en bewegen zijn dus goed, zitten en staan heeft een nadelige uitwerking op de spataderen.
- Ga af en toe overdag met de benen in de hoogte zitten, zeker als u in uw beroep veel moet staan of zitten. Het bevordert de terugstroom van het bloed.

- Draag stevige, platte schoenen.
- Te veel gewicht is ongunstig voor spataderen.
- Bij noodgedwongen langdurig zitten bijvoorbeeld lange vlieg- of autoreizen, kunnen oefeningen van het enkelgewricht stuwings helpen voorkomen. Beweeg uw voeten beurtelings van u af en naar u toe. U kunt ook een paar maal achter elkaar op de tenen gaan staan en langzaam terugzakken.

#### Elastieken kousen

Voor het aanmeten van een elastieken kous moet het been oedeem-vrij zijn. Men bereikt dit door middel van een compressieverband met bij voorkeur een niet-elastische zwachtel. De patiënt wordt tegelijkertijd aangemoedigd zoveel mogelijk te wandelen.

Het voorschrijven van de kousen vereist een opgave van de drukwaarde, die op basis van het klinische beeld en de hieronder beschreven indicaties wordt geschat. Er worden vier klassen onderscheiden, overeenkomend met verschillende drukwaarden. Klasse I (< 25 mm Hg) wordt vooral toegepast als profylaxe, bijvoorbeeld in de graviditeit en bij belastende beroepen en lichte varicosis zonder oedemen. Klasse II (25-35 mm Hg) is geschikt voor lichte oedeemvorming bij diffuse varicosis, graviditeit met oedeemvorming en oedeem na traumata. Nabehandeling van variceuze ulcera en fors oedeem behoeven klasse III (35-45 mm Hg). Klasse IV (45-55 mm) zal de huisarts zelden hoeven voor te schrijven. De indicaties zijn lymfoedeem en nabehandeling van posttrombotische ulcera cruris met sterke neiging tot oedeemvorming.

Hoewel het ziekenfonds vanaf klasse II eerst twee paar kousen toestaat met daarna elke negen maanden een nieuw paar, is het handiger om aanvankelijk slechts één paar

voor te schrijven en de patiënt te vragen na een paar maanden voor controle te komen. Het voordeel van deze handelwijze is dat men opnieuw kan bekijken of de voorgeschreven drukwaarde van de kous voldoet. Soms ook slinkt het been zodanig, dat een nieuw maatschema gewenst is. Bovendien voorkomt men dat beide kousen gelijktijdig versleten zijn, terwijl men slechts één nieuw paar vergoed krijgt. De meeste ziekenfondsen vergoeden 90 procent, zodat de eigen bijdrage momenteel tussen de 8 en 18 gulden ligt.

#### Scleroseren

Bij de liggende patiënt brengt men een stuwband om het bovenbeen en pompt deze op tot boven de diastolische bloeddruk. Op de gestuwde varix stukjes van circa 5 cm aangetekend. Men prikt de varix distaal aan, strijkt met de vinger het vat leeg, maakt de stuwband los en injecteert van distaal naar proximale met een scleroserende vloeistof (aethoxysklerol 3 procent). Per injectie wordt 0,2-0,3 cc gebruikt; aan- en afvoerend venae houdt men dicht tussen twee vingers.

Na de injectie brengt men een pelotte aan op de injectieplaats of laat men de assistente het geïnjecteerde gebied gedurende 1 à 2 minuten dichtdrukken met een gaasje. Afwisselend injicerend en dichtdrukend, werkt men van distaal naar proximale. Daarna wordt het been vanaf de voet gewachteld.

Na een week komt de patiënt voor controle waarbij de vene als een harde streng palpabel moet zijn. Meestal is een week compressieverband voldoende.

Kleine uitgezette venulae (Besenreiser en dergelijke) kan men met een klein insuline-naaldje aanprikken in het centrum en inspuiten met 0,1 cc. Na een dag kan het compressieverband verwijderd worden.

ding van ziekenfonds en verzekering in aanmerking te komen. Ook de dokter-assistente kan zich hierin specialiseren, zoals in onze groep bij twee huisartsen het geval is.

Er kleven ook praktische problemen aan de kous. Bij ouderen met een arthrosis van heupen en/of knieën is het aan- en uittrekken van de kousen een struikelblok. Een alternatief bestaat uit het over elkaar aandoen van twee lichte-re steunkousen. Wellicht werkt de drukgradiënt zelfs cumulatief. Men kan ook de hulp van de wijkverpleegkundige inroepen om te gaan bekijken of de patiënt met de elastieken kous overweg kan.

Soms vinden patiënten de kousen niet erg mooi of zitten deze oncomfortabel aan de benen. Vooral in de zomer, wanneer juist door de warmte de veneuze insufficiëntie verergert, blijven de kousen niet zelden in de kast. Cijfers over de compliantie zijn niet voorhanden. Onze ervaring leert dat naarmate kousen naar druk en maat beter zijn voorgeschreven, de patiënt ze positiever zal beleven en ze consequenter zal dragen.

### Medicatie

Het nut van diuretica is twijfelachtig. Niettemin worden deze regelmatig voorgeschreven bij oedemen. Naar onze mening zijn diuretica hoogstens als hulpmiddel intermitterend te gebruiken bij neiging tot oedeemvorming tijdens warme zomers en, in de beginfase, ter ondersteuning van een compressieverband. De werking van geneesmiddelen met een venentoniserend effect is nooit duidelijk bewezen.<sup>14</sup> Sulfas chinini voor spierkrampen en *restless legs* blijkt evenzeer een curiosum zonder aange-toonde werking, maar velen zweren erbij. Aan zwangeren mag het in geen geval worden gegeven.

### Compressiesclerotherapie

Compressiesclerotherapie, uitgevoerd door de huisarts, leverde veel geschilpunten op. De essentie van de behandeling is de onderbreking van de reflux van het diepe naar het oppervlakkige systeem door uitschakeling van insufficiënte venen. In onze groep scleroseren drie huisartsen zelf; zij vinden het scleroseren een vaardigheid, die de huisarts zich na enig oefenen gemakkelijk eigen kan maken. Het belangrijkste bezwaar is echter het ontbreken van goed instru-

mentarium ter uitsluiting van diepe veneuze insufficiëntie.

Bij een ondoorgankelijk diep systeem vormt het oppervlakkige stelsel de belangrijkste uitwijkmogelijkheid voor het veneuze bloed. Verwijdert men in deze situatie de varices, hetzij operatief hetzij door middel van scleroseren, dan kan men gevoelig aannemen, dat de capaciteit van de veneuze afvoer ernstig te kort schiet. Er ontstaat stuwning en het gevaar op trofische huidstoornissen neemt aanzienlijk toe.

Een functionerend diep systeem is dus een voorwaarde alvorens oppervlakkige varices uit te schakelen. Theoretisch zouden dan alleen Besenreiseren en Penselvarices, altijd uiting van een oppervlakkige varicosis, overblijven. De voorstanders wierpen tegen, dat het in de praktijk gaat om patiënten met een enkele varix in het onderbeen. Vanwege het ontsierende karakter wordt hiervoor hulp gevraagd. Klachten van een veneuze insufficiëntie zijn in den regel afwezig. Beperkt men zich tot deze groep patiënten, dan kan men weinig schade berokkenen.

Er bestaan verschillende 'scholen' in de uitvoering van de sclerotherapie. De techniek van het scleroseren naar voorbeeld van de huisartsen in onze groep wordt vermeld op *pagina 57*.

Sclerotherapie is zinloos indien het niet mogelijk is om tot een goede compressie te komen, zoals bij zeer dikke benen of als de patiënt niet in staat is om te lopen. Uitgebreide varicosis dient naar onze mening niet door de huisarts behandeld te worden. Ook de stamvaricosis reageert onvoldoende op sclerotherapie. Men bereide een patiënt erop voor dat het scleroseren nogal eens herhaald moet worden, omdat zich voortdurend nieuwe insufficiënte venen kunnen ontwikkelen. Bovendien kan een bruine verkleuring van de injectiegebieden optreden, wat des te storender is indien cosmetische verfraaiing wordt nagestreefd. De gevaren van sclerotherapie zijn het niet correct spuiten (intra-arterieel of extra-vasaal) en het ontstaan van een anafylactische shock op het sclerosans.

De resultaten bij verwezen patiënten zijn blijkens twee grote prospectieve studies het gunstigst bij operatieve behandeling. Op korte termijn deden sclerotherapie en chirurgische behandeling weliswaar weinig voor elkaar onder, maar na respectievelijk zes en tien jaar

bleven nog 35 procent en 10 procent goede resultaten in de gescleroseerde groep over. In de geopereerde groep bedroegen de percentages 80 en 66 procent.<sup>15 16</sup> Er zijn ons geen onderzoeksgegevens bekend over het effect van sclerotherapie in de huisartspraktijk.

### Beleid

De belangrijkste gevolgen van varicosis zijn enerzijds de symptomen van een chronische veneuze insufficiëntie, zoals oedeem, huidveranderingen en een *ulcus cruris*. Anderzijds behoren oppervlakkige thromboflebitiden en een bloedende varix tot de mogelijke complicaties. *Hobbs* komt tot de conclusie dat 72 procent van de varicosis ongecompliceerd verloopt.<sup>17</sup> In 3 procent van de gevallen ontstaat een *ulcus cruris*, terwijl in 10 procent oedemen en in 15 procent eczeem en andere huidaandoeningen als gevolg van varicosis optreden.

Van alle patiënten bij wie de huisartsen varicosis registreerden, is met behulp van de CMR het percentage berekend dat ooit in de periode 71-86 tevens voor een *ulcus cruris* of een thrombophlebitis hulp van de huisarts heeft gezocht. In de *figuren 3 en 4* ziet men dat de huisarts bij ongeveer 20 procent van de varicosispatiënten ook te maken krijgt met een thrombophlebitis of een *ulcus cruris*. Bij vrouwen met varicosis komen in deze registratie zowel thromboflebitiden als *ulcera cruris* ruim drie keer zo vaak voor vergeleken met vrouwen zonder varicosis. Bij mannen is het optreden van deze complicaties met en zonder varicosis gelijk. Beide diagnoses zijn per patiënt slechts eenmaal geteld. Opvallend is het overigens dat het *ulcus cruris* niet alleen een aandoening van ouderen blijkt te zijn. Men moet hierbij bedenken dat eventuele interventies niet in deze cijfers zijn verdisconteerd.

Voor de huisarts lijkt een zinvolle taak weggelegd in het voorkomen van de gevolgen van een chronisch veneuze insufficiëntie. Er zijn echter weinig voorspellende factoren bij voorbaat aan te wijzen die op den duur tot deze complicaties leiden. De huisarts kan wel de patiënt instrueren om bij eczeem, ontstekingen en zeker in geval van een 'open' been de huisarts te raadplegen. Ook kan het moment van aanvraag van nieuwe elastieken kousen gebruikt wor-

den om te informeren naar klachten en om de huid van de onderbenen te inspecteren.

Ontegengesteld zijn satisfactie en wensen van de patiënt bij de begeleiding van groot belang. Het gaat immers niet om een levensbedreigende ziekte, maar om een aandoening waarbij klachten, cosmetische en preventieve aspecten met elkaar verweven zijn. Het tijdstip van een specialistische verwijzing is dan ook meer afhankelijk van het samenspel van deze factoren dan van wel omschreven somatische criteria.

### Verwijzing

Welke patiënten komen voor verwijzing in aanmerking? Allereerst de patiënten met stamvaricosis. Vervolgens patiënten met uitgebreide varicosis en cosmetische bezwaren, bij wie alleen het oppervlakkige systeem insufficiënt is. Tenslotte de groep patiënten waar het de huisarts niet duidelijk is of de insufficiëntie alleen het oppervlakkig systeem betreft. Zij behoeven nadere diagnostiek alvorens een juiste therapie geboden kan worden. Deze laatste groep vormt voor de huisarts de belangrijkste indicatie tot verwijzing. Bestaat in deze situaties tevens een insufficiënt diep systeem, dan ontkomt patiënt niet aan het dragen van elastieken kousen.

Als men een patiënt verwijst, wordt de keuze tussen dermatoloog of chirurg in onze groep vooral bepaald door de ingeschatte deskundigheid van desbe-

treffende op flebologisch gebied en door plaatselijke samenwerkingsverbanden. Welke vorm van therapie de specialist kiest, hangt voornamelijk af van de uitkomsten van het Doppler-onderzoek, eventueel aangevuld met een plethysmografie. De winst van het Doppler-onderzoek schuilt in het kwalitatief zichtbaar maken van de veneuze reflux op diverse niveaus in het diepe systeem waarvan de popliteale en safenofemorale reflux de belangrijkste zijn. Momenteel wordt steeds vaker een chirurgische verwijdering van deze refluxen gecombineerd met sclerotherapie, hetgeen het voordeel van een behandeling poliklinisch biedt.

<sup>1</sup> Voorn ThB. Chronische ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1983.

<sup>2</sup> Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

<sup>3</sup> Kamber V, Widmer LK, Madar G. Veneuze en arteriële ziekten en aandoeningen van de kransslagaders bij de beroepsbevolking. (Basler Studie 1959-1978). Symposium 1984; 2: 1-5.

<sup>4</sup> Anonymous. Varicosis, orale anti-conceptie en thrombosebeen. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 22: 1014.

<sup>5</sup> Lindhagen A, Bergqvist D, Hallbook T. Deep venous insufficiency after post-operative thrombosis diagnosed with L-labelled fibrinogen uptake test. Br J Surg 1984; 71: 511-5.

<sup>6</sup> Kistner RL. Primary venous valve incom-

petence of the leg. A J Surg 1980; 140: 218-24.

<sup>7</sup> Lamberts H, Brouwer H, Groen ASM, Huisman H. Het transitie-model in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 105-13.

<sup>8</sup> Keeman JN. De behandeling van varicosis. Ned Tijdschr Geneesk 1976; 49: 2156-66.

<sup>9</sup> Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmegen University Department of General Practice, 1985.

<sup>10</sup> Aelvoet G, Dockx P. Invasie en niet-invasie evaluatie van perifere vaatafwijkingen. In: Van Es JC, Joossens JV, Mandema E, Olthuis G, red. Het medisch jaar 1985. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1985; 318-29.

<sup>11</sup> Kappert A. Diagnose arterieller, venöser und lymphatischer Erkrankungen. Bern, etc.: Huber, 1981.

<sup>12</sup> Burnand KG, Laver GT. Graduated elastic stocking. Brit Med J 1986; 293: 224-5.

<sup>13</sup> Stemmer R, Maresceux J, Furderer C. Compression treatment of the lower extremities particularly with compression stockings. Dermatologist 1980; 31: 355-65.

<sup>14</sup> Kuiper JP. Ulcus cruris venosum. Behandeling naar hedendaagse inzichten. In: Gerlings PG, Birkenhäger WH, Van Es JC, Joossens JV, red. Het medisch jaar 1978. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1978; 311-27.

<sup>15</sup> Hobbs JT. The management of varicose veins. Surg Annu 1980; 12: 169-71.

<sup>16</sup> Jakobsen BH. The value of different forms of treatment for varicose veins. Br J Surg 1979; 66: 182-4.

<sup>17</sup> Frey F. Clinical profiles. Varicose veins. Update 1979; december: 1274-5.

### Struikelblok

## Een dubbele helix

*Op een lome middag vertelt een vrouw op het spreekuur over buikpijn en toegenomen, stinkende afscheiding. Zij is begin 30, heeft twee kinderen en draagt sinds acht jaar een IUD, dat drie jaar geleden door een specialist door een nieuw exemplaar is vervangen. Zij is gewend tampons te gebruiken.*

*In het speculum zie ik twee nylondraadjes van ongeveer vier centimeter lengte uit de*

*portio komen en twee donkere, strengvormige corpora aliena, het geheel badend in fluor. De draden van een achtergebleven tampon, flitst het door me heen. Terwijl ik een vraag in die richting probeer te formuleren, toont een wending van het speculum lege fornicies. Bij nader inzien blijken ook de donkere draden in de portio uit te monden.*

*Aan de korentang komen uit de baarmoeder*

*der twee verstregelde IUD's tevoorschijn, één verveerd en één fris exemplaar. De rest lijkt routine: bevindingen die de werkhypothese eileider- c.q. eierstokontsteking waarschijnlijk maken, behandeling en voorspoedige genezing.*

*Maar wie durft nog te spreken van routine in een vak waarin het onmogelijk geachte toch gebeurt?*