

# Cara, KNO, hypertensie, Soa

- papillomavirus and recurrent genital warts. *N Engl J Med* 1985; 313: 784-8.
- <sup>25</sup> Eron LJ. Update: Prevention and therapy of genital warts. *Compr Ther* 1988; 14: 7-11.
- <sup>26</sup> Krebs HB. Genital HPV infections in men. *Clin Obstet Gynaecol* 1989; 32(1).
- <sup>27</sup> Munoz N, Bosch X, Kaldor JM. Does human papillomavirus cause cervical cancer? The state of epidemiological evidence. *Br J Cancer* 1988; 57: 1-5.
- <sup>28</sup> Meisels A, Morin C, Casas-Cordero M. Human papilloma virusinfection of the uterine cervix. *Intern J Gynecol Pathol* 1982; 1: 75-94.
- <sup>29</sup> Reid R. Genital warts and cervical cancer. Evidence of an association between subclinical papillomavirus infection and malignancy. *Cancer* 1982; 50: 377-87.
- <sup>30</sup> Reid R. Genital warts and cervical cancer. Is human papillomavirus infection the trigger to cervical carcinogenesis? *Gynecol Oncol* 1983; 15: 239-52.
- <sup>31</sup> Cates W, Alexander ER, Becker TM. Condyloma infections. *JAMA* 1984; 251: 1029.
- <sup>32</sup> Chuang TY, Perry HO, Kurland LT, Ilstrup DH. Condylomata acuminata in Rochester, Minn. 1950-1978. II. Anaplasia and unfavorable outcome. *Arch Dermatol* 1984; 120: 476-83.
- <sup>33</sup> Van Voorst Vader PC, Burger MPM. Wratvirus en kanker. *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 1370-3.
- <sup>34</sup> Syrjanen K, Väyrynen M, Saarikoski S, et al. Natural history of cervical human papilloma virus (HPV) infections based on prospective follow-up. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 1086-92.
- <sup>35</sup> Anonymous. Human papillomaviruses and cervical cancer: a fresh look at the evidence [Editorial]. *Lancet* 1987; i: 725-7.
- <sup>36</sup> Skrabanek P. Cervical cancer in nuns and prostitutes: a plea for scientific continence. *J Clin Epidemiol* 1988; 6: 557-82.
- <sup>37</sup> McCance DJ. Cervical cancer: news on papillomaviruses. *Nature* 1988; 335: 27.
- <sup>38</sup> Walkinshaw SA, Dodgson J, McCance DJ, Duncan ID. Risk factors in the development of cervical intraepithelial neoplasia in women with vulvar warts. *Genitourin Med* 1988; 64: 316-20.
- <sup>39</sup> Ter Schegget J. HPV en cervixcarcinoom. *SOA-bulletin* 1988; 9(5).
- <sup>40</sup> Koutsky LA, Galloway DA, Holmes KK. Epidemiology of genital human papillomavirus infection. *Epidemiol Rev* 1988; 10: 122-63.

## Cara

Meneer Smit, een man van 50 jaar, is nieuw in de praktijk. Hij komt kennis maken en tevens een nieuw recept halen voor diverse medicijnen. Meneer Smit heeft al 20 jaar Cara-klachten. Uit de meegebrachte potjes blijkt dat hij het volgende gebruikt: salbutamol (Ventolin rotacaps<sup>®</sup>), 3× daags 0,4 mg; theofylline (Theolair retard<sup>®</sup>), 2× daags 250 mg; prednison, 1× daags 5 mg. Verder slijkt hij voor de hypertensie metoprolol (Lopresor<sup>®</sup>), 3× daags 50 mg en voor de hoofdpijn vaak carbasalaatcalcium (Ascal<sup>®</sup>-poeders) of paracetamol-tabletten.

Tot de medicamenten met een mogelijk *ongunstige* invloed op de Cara behoort/behoren:

- 1 metoprolol.
- 2 carbasalaatcalcium.

Uit de vroegere gegevens blijkt dat een jaar geleden een spirogram is gemaakt. Daarbij bleek de vitale capaciteit normaal en de expiratoire één-secondewaarde sterk verlaagd (ongeveer 50 procent van hetgeen normaal is voor leeftijd, gewicht en geslacht).

3 Dit wijst op een restrictief longfunctieverlies.

Meneer Smit zegt dat hij het zo lastig vindt om de Ventolin rotacaps in gezelschap te inhaleren. Hij zou veel liever een pilletje nemen. Hij vraagt of hetzelfde middel in pilvorm beschikbaar is. De huisarts legt uit waarom inhaleren de voorkeur verdient boven het slikken van tabletten. Tot de redenen hiervan behoort/behoren:

- 4 Dat bij inhalatie van het medicament het gewenste effect in het algemeen met een aanmerkelijk kleinere dosis bereikt wordt dan bij oraal gebruik ervan (circa 1/10 van de orale dosis).
- 5 Dat in het algemeen het bronchusverwijdende effect na inhalatie van het medicament sneller optreedt dan na oraal gebruik ervan.

De vragen in de rubriek 'Kennistoets' zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van het IOH. Deze vragen worden gebruikt in landelijke kennistoetsen voor huisartsen-in-opleiding (zie pag. 250 van de lopende jaargang). Voor nadere informatie kunt u zich wenden tot mw. drs. M.C. Pollemans (projectleiding), mw. A.W.M. Kramer, huisarts, of J.A.H. Eekhof, huisarts, Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband-IOH, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

## KNO bij kinderen

Marietje, 4 jaar, komt met haar vader naar de huisarts. Twee-en-een-halve week geleden kreeg ze heftige oorpijn rechts. Omdat Marietje dat wel vaker heeft, zijn de ouders er *niet* mee naar de dokter gegaan. Enkele dagen na het begin van de oorpijn kwam er pus uit het rechter oor en was de oorpijn over. Maar nu komt er nog steeds pus uit het oor en dat duurt toch wel wat lang. Verder zijn er *geen* bijzonderheden.

De huisarts bekijkt het rechteroor van Marietje. Hij ziet een geperforeerd trommelvlies en gele pus in de gehoorgang. De huisarts besluit Marietje hiervoor een antibioticum (bijvoorbeeld amoxicilline) te geven.

6 Dit is een adequaat beleid.

Bram, 1,5 jaar, wordt bij de huisarts gebracht. Hij gilt en huult, schijnbaar van de oorpijn, want hij houdt zijn linker oor vast. Bram heeft *geen* koorts. Bij onderzoek vindt de huisarts beiderzijds een rood, geïnjecteerd trommelvlies.

7 Eén van de verklaringen voor dit rode trommelvlies is het feit dat Bram huult.

## Hypertensie

Een huisarts constateert bij meneer Kramer, 68 jaar, voor de derde achtereenvolgende maal binnen korte tijd een bloeddruk van 160/100 mm Hg. Meneer is verder gezond, rookt *niet* en heeft *geen* verhoogd serum cholesterolgehalte. In zijn familie komen *geen* ischemische hartziekten voor. Hij heeft *geen* overgewicht.

8 Indien een medicamenteuze behandeling zou worden ingesteld, verkleint dit meer de kans op een cerebrovasculair accident dan de kans op een cardiovasculaire aandoening.

Alvorens de huisarts besluit tot behandeling, laat hij eerst nog een ECG maken. Het ECG laat een eerstegraads AV-block zien. Dit is een *contra*-indicatie voor het voorschrijven van een:

- 9 bètablokker;
- 10 diureticum.

Meneer Kramer komt opnieuw bij de huisarts voor het verdere beleid. Bij dit bezoek vraagt hij of het laten staan van zijn borreltjes (2-3 per dag) beter is voor zijn bloeddruk. De huisarts zegt dat dit *niet* het geval is: de bloeddruk daalt *niet* bij het staken van dit alcoholgebruik.

11 Dit is correcte informatie.

Meneer Bakker, 55 jaar, komt bij zijn huisarts. Hij is bekend met hypertensie die, ondanks medicatie met een bèta-blokker, gemiddeld 150/100 mm Hg is. Verder heeft meneer Bakker een ouderdomsdiabetes, die met dieet adequaat be-

handeld wordt (glucose 2 uur na de maaltijd: 9 mmol/l). Hij klaagt nu over impotentie, die bij navraag blijkt te bestaan uit een erectiestoornis. Verder klaagt hij over slecht slapen.

Naast de diabetes als oorzaak voor de erectiestoornis, wordt deze mogelijk (mede) veroorzaakt door:

- 12 de hypertensie;
- 13 het gebruik van de bèta-blokker.

Tot de mogelijke oorzaken voor de slaapstoornis behoort:

- 14 het gebruik van de bèta-blokker.

### Soa

Mevrouw van Til, 25 jaar, komt bij de huisarts met klachten van een branderig gevoel bij het plassen. Ze is 5 maanden zwanger (primigravida). De zwangerschap verloopt voorspoedig. Ze heeft geen vaste levenspartner; wel enkele (vast?) seksuele partners.

De urine bevat 5-10 leukocyten per gezichtsveld. De eveneens nagekeken fluor bevat veel leukocyten. De huisarts laat voor de zekerheid een kweek op *Chlamydia trachomatis* doen. Deze is positief.

- 15 In de meerderheid der gevallen is de diagnose chlamydia-infectie ook op grond van het microscopisch preparaat te stellen.

De huisarts schrijft mevrouw erythromycine voor.

- 16 Dit is in dit geval een goede keuze.
- 17 Indien mevrouw *niet* zwanger was geweest, zou metronidazol het middel van eerste keuze zijn geweest.

Mevrouw vraagt of de infectie de vrucht beschadigd kan hebben. De huisarts zegt, dat *geen* aangeboren afwijkingen bekend zijn als gevolg van deze infectie.

- 18 Deze bewering is correct.

De huisarts vertelt, dat de besmettingskans voor het kind bij een onbehandelde chlamydia-infectie tijdens de baring het grootst is.

- 19 Deze bewering is correct.

### Antwoorden op pag. 529

#### Literatuur

*Vragen 1 t/m 5*  
Farmacotherapeutisch Kompas 1989: 163, 342, 688.

*Vragen 6 en 7*  
Appelman CLM, et al. Otitis Media Acuta [Standaard]. Huisarts Wet 1990; (33)6: 242-5.

*Vragen 8 t/m 11*  
Farmacotherapeutisch Kompas 1989: 149-50, 362-5.

*Vragen 12 t/m 14*  
Farmacotherapeutisch Kompas 1989: 149-50.

*Vragen 15 t/m 19*  
Diagnostiek en therapie van lage urogenitale infecties bij vrouwen. SOA-bulletin 1985: 6: 9-12.  
Chlamydia trachomatis en andere genitale infecties. SOA-bulletin 1987: 8: 3-5.  
Vademecum Permanente Nascholing Huisartsen 1987; 5(15).

**Effects of hemipancreatectomy on insulin secretion and glucose tolerance in healthy humans**  
Kendall DM, Sutherland DER, Najarian JS, Goetz FC, Robertson RP. *New Engl J Med* 1990; 322: 898-903.

Normalisatie van de bloedglucosespiegel bij patiënten met diabetes mellitus is met transplantatie van een gedeeltelijke (of gehele) pancreas beter te bereiken dan met de conventionele therapieën. Welke gevolgen heeft echter hemipancreatectomie voor de insulinesecretie en koolhydraatstofwisseling van een donor?

Bij 28 patiënten, bij wie ongeveer 50 procent van het pancreasweefsel was weggenomen, werd voor en na de operatie een orale glucosetolerantietest gedaan. Bij ruim de helft van hen werd ook een compleet 24-uurs serumglucose-profiel gemaakt en werd de hoeveelheid C-peptide in de 24-uurs urine gemeten (als indicator voor de totale 24-uurs insulinesecretie).

Na de operatie werden geen tekenen gezien van exocriene insufficiëntie van de pancreas, beoordeeld aan de hand van de fecale vet-excretie. De nuchtere bloedglucosewaarde en de waarde 2 uur na orale toediening van glucose waren een jaar na de hemipancreatectomie significant hoger: gemiddeld respectievelijk 5,4 mmol/l post-operatief ten opzichte van 4,9 pre-operatief en 8,7 mmol/l post-operatief ten opzichte van 6,5 pre-operatief. Post-operatief was de gemiddelde insulinespiegel in het bloed significant lager dan pre-operatief. Bij 7 van de 28 donoren was de glucosetolerantie een jaar na de operatie zodanig gestoord, dat ze volgens de gangbare criteria diabetisch te noemen waren.

Bij 17 van de 28 donoren werd ook een 24-uurs serumglucose-profiel gemaakt (zonder extra glucosebelasting dus). De meeste glucosewaarden waren post-operatief hoger dan pre-operatief, maar het gemiddelde bleef binnen de normale waarden. De hoeveelheid C-peptide, gemeten in de 24-uurs urine, was post-operatief significant lager dan pre-operatief.

Enkele donoren konden ook verscheidene jaren na de operatie nog eens bekeken worden. Zij toonden geen verdere stijging van hun nuchtere glucosewaarde.

Het feit dat zeven donoren hogere glucosepiegels hadden bij de glucosetolerantietest, maar even hoge insulinespiegels, duidt mogelijk op een inadequaat functioneren van de overgebleven eiland bèta-cellen. De gelijke hoeveelheden insuline bij de 7 en 21 donoren is ook suggestief voor een mogelijke insulineresistentie bij de afwijkende glucosetolerantie. Ondanks dit alles wordt benadrukt dat de nuchtere glucose- en insulinespiegels en de dagelijkse fluctuaties van de serumglucosewaarden wel allen binnen de normale waarden bleven bij alle donoren.

### NOTA BENE

Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn voldoende gekwalificeerd voor de postoperatieve zorg aan vervoegd ontslagen patiënten.

Stelling bij: Swinkels MAA. Eerder thuis – beter af? [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1990.

De klachten pijn bij het plassen en urethrale afscheiding bij mannen hebben een zo hoge voorspellende waarde voor urethritis, dat behandeling zonder microbiologische diagnostiek gerechtvaardigd is.

Stelling bij: Wigersma L. Het huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit [Dissertatie Universiteit van Amsterdam]. Lelystad: Meditekst, 1990.

Er worden zeer veel onderwerpen aangesneden en er wordt veel informatie gegeven over mogelijke ingangen voor preventieve zorg. Interessant is de 'preventiekaart' en de 'preventiefiche'. De eerste is een kaart waarop kan worden aangegeven wanneer een bepaald onderzoek bij de patiënt zou moeten worden uitgevoerd. De fiche bevat de daarbij verkregen gegevens en kan gemakkelijk worden opgeborgen. Deze twee voorzieningen zijn reeds vanaf 1987 bij de WVVH verkrijgbaar en de preventiekaart 'biedt de huisarts een unieke kans in de preventieve gezondheidszorg een glansrol te spelen'. Ik vroeg mij hierbij af in hoeverre de bruikbaarheid van deze kaarten in de praktijk vast stond. Ook in Nederland zijn al verschillende soorten kaarten die vanachter het bureau door deskundigen waren ontworpen, aan huisartsen aangeboden, waarna bleek dat ze in de praktijk niet werkten.

Bij het hoofdstuk over de vroegtijdige opsporing van risicofactoren moeten enige kanttekeningen worden geplaatst. Hoewel de schrijver in de inleiding zelf ook de nodige slagen om de arm houdt, is hij in de adviezen over opsporingsindicatie en vooral de daarbij gebruikte methode en het te volgen beleid vaak te stellig. Van verschillende opsporingsmethoden is de voorspellende waarde vaak onduidelijk en soms, zoals in het geval van opsporingmethoden van occult bloed in de faeces, zelfs uitgesproken gering. Ook als we aannemen dat dit boek vooral praktische hulp moet bieden, zouden kritische kanttekeningen juist op deze plaats, waar de verbinding van praktische invulling van preventie en wetenschappelijke onderbouwing zou kunnen plaatsvinden, erg goed zijn geweest. Vanuit Nederlands gezichtspunt is het ook bevredigend dat in een van de aangehaalde voorbeelden ook sprake is van fenacetine-abusus. Dit verfoeide middel, dat al zoveel nierinsufficiënties heeft veroorzaakt, is in Nederland al jaren verboden. Mocht dat in België niet het geval zijn, dan lijkt mij het verbieden hiervan een prima preventieve maatregel.

Enkele verwarrende onvolkomenheden moeten worden vastgesteld, zoals het gebruik van verschillende criteria voor adipositas: het relatieve gewicht en de Quetelet-index.

Het feit dat zoveel onderwerpen door zoveel auteurs worden besproken, maakt het onvermijdelijk dat het boek een wat fragmentarische indruk maakt. Ook is de inhoudelijke kwaliteit van de hoofdstukken nogal gevarieerd. Bij de hoofdstukopbouw is niet steeds hetzelfde stramen aangehouden. Hierdoor wordt de indruk van verbrokkeling versterkt. Een ronduit zwak punt is het slordig hanteren van de lijst met literatuurverwijzingen. Terwijl er in het ene hoofdstuk rechtstreeks naar wordt verwezen, wordt hij in een ander hoofdstuk als een soort

lijst met leesadviezen gehanteerd. In de tekst is dan vaak het gebruik en de betekenis van een in de lijst opgenomen artikel moeilijk terug te vinden. Ook is het wetenschappelijke niveau van de gerefereerde artikelen niet altijd voldoende om een beleid of een advies te ondersteunen. Bij sommige hoofdstukken staat geen enkele literatuurverwijzing.

Concluderend is te zeggen dat de WVVH met dit boek een forse inspanning heeft geleverd en een handboek met voldoende praktische waarde heeft gemaakt. De nodige twijfels blijven bestaan over de haalbaarheid van al deze acties in de huisartspraktijk. Mogelijk is deze scepsis onterecht en vooral een uiting van een typisch Nederlandse houding. In Nederland zit de huisarts immers in een geheel andere positie met betrekking tot het aanbieden van diensten dan in België. Wat ook voor onze Vlaamse collegae moet gelden, is de onderbouwing van het beleid op preventief gebied met zoveel mogelijk wetenschappelijke argumenten of in ieder geval met goed onderbouwde redelijke aannames. Ik moet zeggen dat dit in dit boek niet altijd terug te vinden is.

Het boek is zeker aan te bevelen voor de kritisch lezende huisarts die wat informatie en hulp wil hebben bij het opzetten van een preventief beleid in zijn of haar praktijk.

J.W. van Ree

**A basic formulary for general practice 2nd ed.** Grant GB, Gregory DA, Van Zwanenberg TD. Oxford: Oxford University Press, 1990; 80 pagina's, prijs GBP 6.50. ISBN 019-261951-9.

Twintig ervaren huisartsen, verbonden aan de Universiteit van Newcastle, bereikten consensus over wat een rationeel voorschrijfgedrag is bij 90 procent van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. In enkele gevallen werd daartoe een specialist geraadpleegd. Het aldus ontstane formularium wordt gepresenteerd in de vorm van een alfabetische lijst van diagnosen/symptomen met de bijbehorende medicamenteuze behandeling, inclusief dosering en prijs. Iedere paragraaf is bovendien voorzien van enige zeer relevante opmerkingen inzake diagnostiek en therapie. Geneesmiddelen die nog geen vijf jaar op de markt zijn of die alleen bij spoedgevallen worden gebruikt, zijn niet opgenomen.

Het resultaat is bijzonder geslaagd. Alle informatie staat overzichtelijk gerangschikt, is up-to-date en perfect op de praktijk van de huisarts gericht. De auteurs wijzen er terecht op dat huisartsen optimale medische zorg kunnen leveren met een beperkt scala medicamenten. Een analoge opgezette Nederlandse versie, bijvoor-

beeld als vervolg op het wijd verspreide Nijmeegs Formularium, zou kunnen dienen als 'standaard' voor de farmacotherapie en bij iedere huisarts bekend (en gekend) moeten zijn.

G. Rutten

**Urgentieschema's voor huisartsen 3e herz. dr.** Buntinx F, red. Leuven, Amersfoort: Acco, 1990; 144 pagina's, prijs NLG 18,50. ISBN 90-334-2203-4.

Dit boekje vormt de weerslag van discussies onder twaalf huisartsen uit het Belgische Maasmechelen. Iedere huisarts schreef één of meer van de 18 hoofdstukken, die betrekking hebben op spoedgevallen als myocardinfarct, longoedeem, acute pijnen, coma's, epilepsie, verbrandingen, verdrinking en intoxicaties. De richtlijnen zijn bedoeld als hulpmiddel om de eigen handelwijze 'voortdurend te preciseren, te vergelijken en aan te vullen'.

In opzet leent het handzame boekje zich daar goed voor. Het soms typische taalgebruik vormt geen bezwaar. Het probleem zit in de kwaliteit: die is voor veel onderdelen beneden de maat. Het literatuur-referentiekader is te beperkt. Enkele voorbeelden: 'bij bejaarden met nachtelijke onrust kan een boterham op het nachttafeltje veel problemen voorkomen'; voor de behandeling van acuut lumbago wordt als pijnstillert Fortral amp. i.m. aangeraden, en 'eventueel corticoïden i.m.'; 'een bejaarde heeft na een ongeval of een val een dijbeenfractuur tot radiologisch bewijs van het tegendeel'.

Een meer doorwrochte uitgave zou welkom zijn. Ik ben benieuwd of de volgende alinea dan ook nog gedrukt staat: 'Om deze vaardigheid (reanimatie, GR) te behouden, is het strikt noodzakelijk ten minste jaarlijks te oefenen. Oefenpoppen zijn beschikbaar bij het Rode Kruis. Wij hebben goede ervaringen met het betrekken van huisartsechtgenoten bij deze trainingen.'

G. Rutten

## KENNISTOETS

### Antwoorden pag. 526

1 juist; 2 juist; 3 onjuist; 4 juist; 5 juist; 6 juist; 7 juist; 8 juist; 9 juist; 10 onjuist; 11 juist; 12 onjuist; 13 juist; 14 juist; 15 onjuist; 16 juist; 17 onjuist; 18 juist; 19 juist.