

Bacteriële vaginose, beroerte, oogklachten, wratjes

Bacteriële vaginose

Voor de diagnose bacteriële vaginose (= aspecificke vaginitis) moet zijn voldaan aan 3 van 4 criteria die door een internationale expertgroep zijn opgesteld. Tot deze criteria behoort/behoort:

- 1 Een pH groter dan 4,5.
- 2 Het ontstaan van aminegeur (rotte-vislucht) na toevoegen van 10% KOH aan de fluor.
- 3 De aanwezigheid van clue cellen (vaginaal-epitheelcellen overdekt met bacteriën) in het (directe) preparaat.

Beroerte

In de avonddienst wordt de huisarts gebeld voor meneer Brandsma, 48 jaar. Zijn vrouw denkt dat hij een beroerte heeft. Bij aankomst thuis treft de huisarts meneer Brandsma aan op de bank. Hij kan zijn rechter arm en been niet bewegen. Wanneer hem iets gevraagd wordt, lijkt hij het wel te begrijpen, maar hij geeft geen antwoord. Hij is wat suf, maar bewusteloos is hij zeker niet. Hij kan zijn hoofd goed naar voren buigen (is dus niet nekstijf), hij heeft geen hoofdpijn en hij heeft niet gebraakt.

- 4 Het feit dat meneer Brandsma bij bewustzijn is pleit meer voor een bloeding dan voor een infarctering in de hersenen als oorzaak van zijn klachten.
- 5 De afwezigheid van hoofdpijn pleit tegen een subarachnoïdale bloeding als oorzaak van zijn klachten.

De huisarts doet neurologisch onderzoek. Meneer Brandsma kan de hand van de huisarts wel met zijn ogen naar links volgen, maar niet naar rechts. Zijn rechter arm en been zijn verlamd. De kniepees- en achillespeesreflex zijn rechts laag, links normaal. Er is rechts een Babinsky. Vóór een aandoening in het stroomgebied van de linker a. carotis (meneer Brandsma is rechtshandig) pleit:

- 6 De motorische afasie.

Mevrouw Brandsma vraagt of haar man nu snel dood zal gaan. De huisarts zegt: 'Ik denk van niet'.

- 7 Een belangrijke reden hiervoor is dat meneer Brandsma niet bewusteloos is.

De huisarts overweegt of zij iets kan doen om te voorkomen dat de uitvalsverschijnselen toeneemen bij meneer Brandsma.

- 8 In dit geval is het zinvol om dexamethason toe te dienen.

Gezien de leeftijd van meneer Brandsma besluit de huisarts hem op te laten nemen op de afdeling

neurologie van het ziekenhuis. In afwachting op de ambulance probeert de huisarts een indruk te krijgen van de voorgeschiedenis van meneer Brandsma. Hij blijkt hypertensie te hebben, waarvoor hij geen medicijnen krijgt. Zijn vader heeft een CVA gehad.

- 9 Een positieve familie-anamnese voor cerebrovasculaire accidenten (CVA's) vormt een groter risico voor het optreden van een CVA dan het hebben van een hoge bloeddruk.
- 10 Adequaat behandelen van hypertensie vermindert meer de kans op het optreden van een CVA dan de kans op het optreden van een hartinfarct.

Na 2 maanden komt meneer Brandsma thuis. Hij kan weer redelijk lopen, zijn rechter arm is echter nog geheel verlamd, het spreken lukt hem een beetje en zijn hemianopsie is niet verbeterd.

- 11 In de herstelfase na een CVA met hemiplegie past een meer volledig herstel van de beenfunctie dan van de armfunctie.

Mevrouw Brandsma vraagt aan de huisarts of haar man nog verder zal herstellen. De huisarts antwoordt dat dát moeilijk te zeggen is, maar dat in de meerderheid der gevallen tot maximaal 2 jaar na het optreden van het CVA verder herstel van verloren gegane functies mogelijk is.

- 12 De termijn van 2 jaar is correct.

Indien meneer Brandsma thuis was gebleven, had de huisarts o.a. op complicaties moeten letten. Tot de complicaties die in de eerste (1-5) dagen na het optreden van een CVA kunnen optreden behoort/behoort:

- 13 Een epileptisch insult.
- 14 Een diepe veneuze trombose in het verlamde been.

Oogklachten

Meneer Sijben, 39 jaar, komt bij de huisarts met een pijnlijke rode zwelling aan het rechter bovenste ooglid. Het zal wel weer een 'strontje' zijn, zegt hij. Inderdaad heeft hij een hordeolum. Hij heeft dit vaker. Hij heeft ook een chronische blefaritis en tevens frequent lasogen, omdat hij zijn lasserskap vaak niet opzet.

- 15 De chronische blefaritis is een predisponerende factor voor het ontstaan van hordeola.

Bij onderzoek blijkt er een fors abces van het bovenooglid. De huisarts besluit tot incideren.

- 16 De plaats van voorkeur van incisie is aan de conjunctivale zijde van het bovenooglid.

Een week later komt patiënt terug voor behandeling van zijn blefaritis. De huisarts besluit de ooglidranden te 'poetsen' met een mengsel van wasbenzine en tetrachloorkoolstof (ana).

- 17 Deze therapie wordt toegepast, omdat het mengsel een bacteriostatisch effect heeft.

Als nabehandeling geeft de huisarts een adstringerende oogdruppel.

- 18 Deze handelwijze is correct.

Wratjes

Marc, 8 jaar, komt bij de huisarts op het spreekuur met de mededeling, dat hij al enkele maanden 'wratjes' heeft in de knieholte. Het worden er steeds meer. Bij onderzoek ziet de huisarts een achttal parelwitte, bolronde papulae met een centrale delle. Bij druk komt brij tevoorschijn.

- 19 De diagnose mollusca contagiosa is waarschijnlijker dan de diagnose verrucae planae.

Antwoorden op pag. 334.

Literatuur

Vragen 1 t/m 3

Boeke J, Faas A. Vaginitis in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1985; 28: 392-4.

Vragen 4 t/m 14

Oosterhuis HJGH. Klinische neurologie. 9e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1987.

Verkuy A. Huisarts en revalidatie. Utrecht: Bunge, 1980.

Hackinsky V, Norris JW. The acute stroke. Philadelphia: Davis, 1985.

Dijksterhuis PH, Van Heel CP. Transient ischaemic attack in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1984; 27: 205-9.

Vademecum voor de huisarts, nr.21. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1988.

Vragen 15 en 16

Gill K. Kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1472.

Vragen 17 en 18

Van Bijsterveld OP, Van Es JC. Oogheelkundige problemen. Utrecht: Bunge, 1983: 33-5.

Vraag 19

Van Everdingen/Sillevis-Smit. Dermatologie in de eerste lijn. 1986: 199.

De toetsvragen op deze pagina zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van het IOH. Voor nadere informatie wordt verwezen naar de toelichting in Huisarts en Wetenschap 190; 33(6): 250-1 (mei-11).

onderzoek eerder de helft dan een derde van de tijd te nemen.

Het boek is het resultaat van samenwerking tussen een huisarts cursusleider en een aantal sociologen, hetgeen bijna identiek is met de auteursconstellatie van het CWO/NHG boek 'Wetenschappelijk onderzoek in de huisarts-geneeskunde'. Bij vergelijking valt de praktische bruikbaarheid, ondanks het Engels, in het voordeel van het Britse boek uit. Het Nederlandse is een betere inleiding tot de algemeen gebruikelijke methodologische kennis, bijvoorbeeld door het stramen van de empirische cyclus. Dat wordt vooral van belang bij communicatie met wetenschappers van een andere signatuur dan de strikt huisarts-geneeskundige, waaraan op den duur toch niet te ontkomen valt. Gerekend naar de drijfveren die in 'Research methods' worden aangegeven voor het verrichten van onderzoek in het algemeen – 'Of course most of us do it for fame, fortune and foreign travel...' – is aansluiting bij algemene methodologische kennis toch wel een aspect om rekening mee te houden.

Zeker de beginner, voor wie het boek geschreven is, maar ook de wat meer gevorderde huisarts-onderzoeker zal aan dit boek genoeg beleving.

W.A. Meyboom

Family problems Williams PR. Oxford, etc.: Oxford University Press 1989; 108 bladzijden, prijs GBP 12.50. ISBN 0-19-261604-8.

Over gezinnen en gezins- en systeembenadering in de medische praktijk is veel meer gepubliceerd vanuit Amerika en Canada dan vanuit Engeland. Daarbij lag meestal een zwaar accent op een gedragswetenschappelijke benadering. Dit heeft met zich meegebracht dat veel van de ervaringen die aldaar zijn opgedaan niet direct toepasbaar zijn in – of vertaalbaar zijn naar – de huisartspraktijk zoals wij die kennen. Voor deze paperback uit de Oxford General Practice Series geldt dit bezwaar niet. De auteur is een Engelse huisarts die zeer dicht bij onze praktijksituatie staat.

In tegenstelling tot veel van de literatuur uit de Verenigde Staten gaat de inhoud meer over gewone gezinnen met veel voorkomende problemen dan over uitgesproken probleemgezinnen. De herkenning van deze problemen, het begrijpen van de mechanismen die daarbij een rol spelen, en een adequate benadering hiervan door huisartsen kan door lezing van dit boekje stellig worden bevorderd. Het is bewonderenswaardig helder en beknopt geschreven.

Er zijn ook wel punten van kritiek te noemen. Naar mijn mening wordt onvoldoende aandacht

geschonken aan interferentie met problemen die de huisarts zelf in het vroegere ouderlijk huis en het huidige eigen gezin kan hebben ervaren. Ook is het jammer dat niet meer aandacht wordt besteed aan gezinsbeschouwing en -aanpak bij gewone medisch-somatische onderwerpen. Verder is er in de Nederlandse huisartsopleiding en in de literatuur meer ervaring opgedaan in de samenwerking met vertegenwoordigers van de gedragswetenschappen.

Een en ander neemt echter niet weg dat dit boekje van harte kan worden aanbevolen voor (toekomstige) huisartsen.

F.J.A. Huygen

Huisarts en hulpverlening aan migranten Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1989. Prijs NLG 35,—. Te bestellen bij het NHG.

Deze ringband bevat het cursusmateriaal voor tien nascholingsbijeenkomsten voor huisartsen en huisartsen-in-opleiding. Het doel van de cursus is om huisartsen beter toe te rusten voor de hulpverlening aan Turkse en Marokkaanse patiënten. Naast het opvullen van leemtes in kennis wordt aandacht besteed aan een open, positieve houding. Er is een versie voor docenten (NLG 35,00) en één voor deelnemers (NLG 25,00). Per bijeenkomst is omschreven welk huiswerk gedaan moet worden en wat er in de groep behandeld wordt. Steeds treft men suggesties voor een alternatieve aanpak van een onderwerp aan. Er is veel ruimte voor het inbrengen van eigen ervaringen en opvattingen. In een *reader* zijn artikelen opgenomen die kennis en inzicht bijbrengen. Voor onderdelen van de cursus is aanvullend materiaal nodig (met name videobanden); de cursus bevat geen toets, wel een summere evaluatiemogelijkheid.

De inhoud van de cursus lijkt goed doordacht. Achtergronden van cultuur en communicatie krijgen terecht veel aandacht. De medische valkuilen (specifieke ziektebeelden en verschillen in morbiditeitspatroon) worden wel genoemd, maar niet 'uitgediept'. Een geïnteresseerde cursist zal veel inzicht kunnen verwerven in de achtergronden van 'lastig' gedrag bij buitenlanders (het 'overall pijn'-syndroom, niet op tijd komen voor een afspraak, veel medicijnen vragen, enz.). Het begrijpen van dergelijk gedrag helpt de huisarts in zijn aanpak; het kan echter ook frustrerend werken, wanneer men gaat beseffen hoe groot een cultuurkloof of een psychosociaal probleem eigenlijk is. Met andere woorden: ik verwacht van de cursus naast verbetering in de hulpverlening ook af en toe een toename van frustraties.

Naar de vorm is de cursus een voorbeeldig project. Onderwijskundig klopt het allemaal.

Per bijeenkomst zijn doelen geformuleerd en is een schema opgenomen met programmaonderdelen, instructies, tijdsplanning. In de opzet wordt verondersteld dat cursisten zelf ervaringen kunnen inbrengen. Hier schuilt een moeilijkheid: huisartsen die veel met migranten omgaan, zullen af en toe de mindere ervaren collega's op sleeptouw moeten nemen. Ook vraag ik me af of het reëel is om maar liefst tien bijeenkomsten aan te bieden. Het belang van het onderwerp wettigt een grondige aanpak, maar een drukke huisarts zou zich kunnen laten afschrikken. Deze ene cursus slurpt de tijd op voor bijna een heel jaar nascholing.

Ik mis in de cursus een politieke of maatschappelijke stellingname ten aanzien van de rol van de huisarts in de hulpverlening aan migranten. Impliciet wordt erop gehamerd dat men zijn vooroordelen moet kennen en overwinnen, en dat men discriminatie moet bestrijden. Prima! Maar laat ook duidelijk worden dat zelfs de 'ideale' hulpverlener niet over de oplossing van alle problemen beschikt. In somatisch opzicht leert de huisarts omgaan met onoplosbare problemen zoals kanker, rheuma, Aids. Het probleem van ontheemding is niet oplosbaar binnen de huisarts-geneeskunde. Een huisarts die zich vrij maakt van de gedachte, dat hij Turken en Marokkanen moet genezen van de ontheemding, kan migranten optimaal helpen om in te zien, waar sommige problemen liggen en waar dus ook de oplossingen gezocht moeten worden. Bij die problemen die wortelen in maatschappelijke afspraken of keuzes, zal de patiënt (migrant of Nederlander) gestimuleerd kunnen worden tot maatschappelijke actie. Het feit dat in een deel van mijn eigen praktijkgebied slechts 4 procent van de buitenlandse kiesgerechtigden hun stem had uitgebracht bij de gemeenteraadsverkiezingen, geeft aan dat er nog werk aan de winkel is.

Marten de Haan

KENNISTOETS

Antwoorden pag. 327.

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