

Enkelblessure, reflux-oesophagitis, claudicatio intermittens, uitstrijkje

Enkelblessure

Kaspar Spaandonk, 18 jaar, is een uur tevoren bij volleybal door de linker enkel gegaan. De assistente heeft hem al op de onderzoekbank in de behandelkamer gezet. Bij navraag bleek hij na een sprong verkeerd op de voet terecht te zijn gekomen. Direct na het trauma werd de voet blauw en dik. Hij kon er niet meer op staan.

Bij onderzoek wordt het volgende gevonden:

- forse, blauwkleurige zwelling ter hoogte van de malleolus lateralis en distaal daarvan;
- felle pijn bij druk ter plaatse van de zwelling;
- pijn proximaal in het onderbeen;
- pijn bij nagenoeg alle bewegingen, met name bij inversie;
- vooralsnog geen tekenen van instabiliteit.

De huisarts acht het maken van een röntgenfoto aangewezen om een fractuur uit te sluiten. Tot de fracturen die op grond van de fysisch diagnostische bevindingen te verwachten zijn, behoort/behoren:

- 1 Een fractuur van de fibula.
- 2 Een fractuur van de calcaneus.

Op de foto blijkt geen fractuur aantoonbaar te zijn. De huisarts besluit tot tapen van de enkel.

3 Het tapeverband dient binnen 24 uur te worden aangelegd.

Reflux-oesophagitis

De 53-jarige heer Arends komt op het spreekuur van de huisarts met klachten van pijn en zuurbranden retrosternaal en in het maagkuiltje. De klachten verergeren bij vooroverbuigen en liggen en verbeteren bij zitten en staan. De huisarts denkt aan een reflux-oesophagitis. Zij vraagt onder meer naar het medicijngebruik van de heer Arends omdat van bepaalde medicamenten bekend is dat zij reflux bevorderen. Dit geldt onder meer voor de volgende medicamenten:

- 4 Anticholinergica.
- 5 Benzodiazepinen.

De heer Arends gebruikt geen medicatie; ook de verdere anamnese levert geen bijzonderheden op. Bij lichamelijk onderzoek worden behoudens enige drukpijn in het maagkuiltje, geen afwijkingen gevonden. De huisarts overweegt nu óf een X-oesophagus/maag óf een oesophagoscopie te laten verrichten.

Ten aanzien van deze onderzoeken geldt:

- 6 De sensitiviteit van een X-oesophagus/maag voor het opsporen van een (reflux)-oesophagitis is groter dan die van een oesophagoscopie.

De diagnose reflux-oesophagitis op basis van een 'sliding hernia' wordt gesteld. De huisarts besluit

De toetsvragen op deze pagina zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van het IOH. Deze vragen worden gebruikt in landelijke kennistoetsen voor huisartsen-in-opleiding. Voor nadere informatie wordt verwezen naar de toelichting in Huisarts en Wetenschap 190; 33(6): 250-1 (mei-II). U kunt hiervoor ook terecht bij het Uitvoerend Bureau van het landelijk Samenwerkingsverband IOH, t.a.v. Mw. M. Pollemans of Mw. A. Kramer, Instituut voor Huisartsgeneeskunde R.U. Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

de heer Arends conservatief te behandelen. Zij raadt hem onder meer aan 's nachts een extra hoofdkussen te gebruiken.

7 Dit is een correct advies.

Zij geeft hem tevens enkele voedingsadviezen. Tot de adviezen die in dit geval aangewezen zijn behoort/behoren:

- 8 's Avonds voor het slapen gaan nog iets (bijv. een boterham) eten.

Als medicamenteuze therapie schrijft zij voor Gaviscon® (4 dd 2 tabletten).

9 Dit is een adequate therapie.

Tot de complicaties van een reflux-oesophagitis behoort:

- 10 IJzergebreksanaemie.
- 11 Chronische laryngitis.

Claudicatio intermittens

Op het spreekuur van de huisarts komt de 64-jarige heer De Leeuwe. Hij vertelt dat hij de laatste maanden na enige tijd wandelen een moe gevoel in de rechterkuit krijgt. De klachten verdwijnen wanneer hij stil blijft staan. 's Nachts heeft hij nooit pijn. De heer De Leeuwe voelt zich verder goed gezond. Hij rookt ongeveer een pakje sigaretten per dag.

De huisarts denkt aan claudicatio intermittens. Ervan uitgaande dat deze diagnose juist is, geldt dat, gezien het klachtenpatroon van de heer De Leeuwe:

- 12 De meest waarschijnlijke localisatie van de aan de claudicatio ten grondslag liggende vaatobstructie het femoro-popliteale traject is.

De huisarts onderzoekt de vaatpulsaties aan de benen. Zij palpeert daarbij o.m. de voetarteriën. Indien slechts één van de voetarteriën palpabel zou zijn geldt dat:

- 13 Het niet-palpabel zijn van de arteria dorsalis pedis meer voor de diagnose perifeer arterieel vaatlijden pleit dan het niet-palpabel zijn van de arteria tibialis posterior.

Uitstrijkje

Een 32-jarige vrouw heeft een cervixuitstrijkje laten maken in het kader van een preventief onderzoek. Zij heeft geen klachten op gynaecologisch gebied en behoort niet tot een risicogroep voor baarmoederhalscarcinoom. De uitslag van het uitstrijkje luidt: matige dysplasie, pap IIIA, trichomonas-infectie.

- 14 Tot de mogelijke verklaringen voor de matige dysplasie behoort de trichomonas-infectie.

- 15 De termijn waarop er (volgens de huidige richtlijnen) in dit geval opnieuw een uitstrijkje gemaakt dient te worden is ongeveer 3 maanden na het laatste uitstrijkje.

De huisarts ontvangt de uitslag van een baarmoederhalsuitstrijkje: klasse PAP IIIB (sterke dysplasie).

- 16 Bij deze uitslag is histologisch onderzoek meer op zijn plaats dan herhaling van de uitstrijk.

Antwoorden op pag. 292.

Literatuur

Vragen 1 t/m 3

De Wolf AN. Onderzoek van het bewegingsapparaat. Alphen a/d Rijn, Samsom Stafleu, 1987: 135-7.

Vragen 4 t/m 11

Van de Weg Z, Collet JT. Bovenbuikklachten [Practicum Huisartsgeneeskunde]. Utrecht: Bunge, 1981: 50-2.
Tijtgat, GNJ, et al, red. Leerboek maag-, darm- en leverziekten. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1985.

Vraag 12

Boutens EJ, Eikelboom BC, Lawson JA. Perifere vaataandoeningen [Practicum Huisartsgeneeskunde]. Utrecht; Bunge, 1988: 2.

Vraag 13

Criqui MH, Franek MPH, Klauber MR, et al. The sensitivity, specificity and predictive value of traditional clinical evaluation of peripheral arterial disease: results from non-invasive testing in a defined population. Circulation 1985; 71: 516-22.

Vragen 14 en 15

Bremer GJ, Hoekstra GR. Anamnese en onderzoek in de huisartspraktijk (hoofdstuk 'Het fertiliteitsonderzoek').

Vraag 16

Robbins. Pathologic basis of disease. 2nd ed. blz.19.

en infectieziekten blijft nog laag. Het vaardigheidsonderwijs voor de start van de beroepsopleiding lijkt redelijk wat betreft het zien doen en matig tot slecht ten aanzien van het zelf doen. Met name de rubrieken oog, KNO en urogenitaal apparaat van man en vrouw scoorden zeer laag. Gedurende de beroepsopleiding wordt dit in het algemeen tot een redelijk niveau gebracht, zij het dat er onvoldoende aanbod bleef in de rubrieken urogenitaal apparaat van man en vrouw.

Dit gedegen promotie-onderzoek over een moeilijke onderwerp munt ook uit in de beschrijving van de methodologie. Bovenal bevat het veel relevante informatie voor de betrokken onderwijsmakers en -gevers. En dat zijn er velen: de staven van de instituten, een kwart van alle praktiserende huisartsen en het grote aantal docenten van de basisopleiding. Een wens zou nog kunnen zijn, dat voor hen de onderzoeksresultaten in een beknopte, toegankelijker vorm beschikbaar zouden komen. Dit verhoogt de kans dat de gesignaleerde tekorten zullen worden meegenomen in de verdere vormgeving van de basisopleiding en de – inmiddels ingevoerde – meerjarige beroepsopleiding.

M.P. Springer

Skin manifestations of AIDS Penneys NS. London: Martin Dunitz, 1990; 210 bladzijden, prijs GBP 39.95. ISBN 1-85317-013-5.

De symptomen van Hiv-infecties zullen door de meeste huisartsen voorlopig slechts incidenteel worden waargenomen. Een klein aantal huisartsen krijgt wel al regelmatig met Hiv geïnfecteerde patiënten te maken. Voor hen is het van belang kennis te hebben van het uiteenlopende spectrum van huidafwijkingen die kunnen samenhangen met een Hiv-infectie. Aan de huid kunnen immers relatief vaak bij Hiv-geïnfecteerden afwijkingen worden vastgesteld, juist ook in de vroege stadia van de infectie. Bovendien is de huid voor de huisarts gemakkelijk toegankelijk voor diagnostiek. Tenslotte vormen de huidverschijnselen voor veel patiënten een belangrijke bron van last, verontrusting of schaamte.

Enige kennis van zaken zal de huisarts kunnen helpen te differentiëren tussen de vele huidsymptomen en al dan niet een therapie of verwijzing kunnen doen overwegen. Deze goed verzorgde kleurenatlas met 267 illustraties en overzichtelijke tekst kan daarbij goede diensten bewijzen. Overigens illustreren de afbeeldingen beter dan laboratoriumuitslagen en incidentiecijfers de dramatische vormen die een Hiv-infectie kan aannemen.

Frans J. Meijman

O&O

Werkboek beleid maken voor de werkgroep deskundigheidsbevordering huisartsen (WDH) Willink AE, Van Herrewegen-van Kimmenade MPS. 1989; 40 pagina's, prijs NLG 7,50. ISBN 90-5218-008-3.

Thuiszorg, een inventarisatie Duijn J. 1989; 75 pagina's, prijs NLG 19,90. ISBN 90-5218-012-1.

Werkboek voor Farmacotherapie-overleg Samenwerking Huisarts-Apotheker Terra R, Vermuë R, De Kroon A, Kolker L. 1989; 155 pagina's, prijs NLG 29,50. ISBN 90-5054-053-8.

Basisboek: Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut Smit G, Lubbers MAI. 1989; 31 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-5054-052-X.

Werkboek basale organisatie van de samenwerking. Samenwerking Huisarts-Fysiotherapeut Smit G, Lubbers MAI. 1989; 72 pagina's, prijs NLG 17,50. ISBN 90-5054-054-6.

Starten van Samenwerking. Samenwerking Huisarts-Specialist Ten Have JJIM, Buwalda JD. 1989; 35 pagina's, prijs NLG 12,50. ISBN 90-5054-051-1.

Ontwikkelen van ouderenbeleid in eerstelijns samenwerkingsverbanden Van Weerden AB, Van Bokhoven RFM, Dekker C, Koenis H. 1989; prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-018-0.

Werkafspraken in de ouderenzorg. Werkboek voor begeleiders Dekker C, Van Bokhoven RFM, Koenis H, Van Weerden AB. 1989; 54 pagina's, prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-020-2

Werkafspraken in de ouderenzorg. Cursusboek voor deelnemers Dekker C, Van Bokhoven RFM, Koenis H, Van Weerden AB. 1989; 32 pagina's, prijs NLG 14,90. ISBN 90-5218-019-9.

Te bestellen bij: O&O, Postbus 1555, 3500 BN Utrecht; telefoon 030-332.113.

Amsterdam VU

AIDS-voorlichting. Deynum G, Van het Leven M. 40 pagina's, prijs NLG 10,-. Verslag van een schriftelijke enquête onder 287 huisartsen.

Huisarts en hemangioom [Scriptie]. Brans R. 24 pagina's, prijs NLG 5,-. Literatuuronderzoek.

Richtlijnen voor patiënten-voorlichting door de huisarts

Vervolg van pag. 277

- ⁵ Pendleton D, Hasler J, eds. Doctor-patient communications. London: Academic Press, 1983.
- ⁶ Hall J, Roter D, Katz N. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
- ⁷ Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring I. The definition of quality and approaches to its assessment. An Arbor: Health Administration Press, 1980.
- ⁸ Fink A, et al. Consensus methods. Characteristics and guidelines for use. *Am J Publ Health* 1984; 74: 979-83.
- ⁹ Turoff M. The Policy Delphi. In: Linstone HA, Turoff M. The Delphi method: techniques and applications. Boston (Ma): Addison-Wesley, 1975.
- ¹⁰ Van Eijk J. Patiëntenvoorlichting en eigen verantwoordelijkheid. In: Van Eijk J, Cuisinier M, Grol R, Jonkers R, red. Patiëntenvoorlichting in de eerst lijn. Rijswijk, Uitgeverij voor Gezondheidsbevordering, 1989.
- ¹¹ Toemen T, Grol R. Patiëntenvoorlichting door de huisarts: ontwikkeling van een beoordelingsinstrument voor het handelen van de huisarts op het gebied van patiëntenvoorlichting [Intern rapport]. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1987.
- ¹² Grol R, Van Beurden W, Binkhorst T, Toemen T. Standaard en consensus. Hoe informeert de huisarts zijn patiënten? *Med Contact* 1989; 44: 435-7.
- ¹³ Grol R, Mesker P, red. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bunge, 1986.
- ¹⁴ Van Dalen J, Kraan H, Crijnen A. MAAS: Maastrichtse Anamnese en Advies Scoringslijst. Scoringshandleiding vaardigheidstoetsversie. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1986.
- ¹⁵ Van Aalderen H, e.a. *Methodisch werken*. Amsterdam: Huisartsen Instituut Vrije Universiteit, 1981.

KENNISTOETS

Antwoorden pag. 286

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