

Tabel 2 Suïcidaal gedrag. Voórkomen per 100.000 patiënten per jaar, Huisartspeilstationsysteem regio Den Haag 1989.

	Den Haag			Randgemeenten		Totaal
	1987	1988	1989	1988	1989	1989
Parasuicide	110	120	106	63	61	84
Suicide	23	14	4	15	12	8
Suïcidaal gedrag	92	132	134	111	78	72

- duidelijk de intentie had zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen;
- een dergelijk 'suïcidaal' gedrag vertoonde met andere intentie dan om zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

Epidemiologie

In 1989 zijn 75 gevallen van parasuicide en 7 suicides opgegeven door de 43 praktijken van het peilstationsysteem. Aangezien het peilstationsysteem in 1988 is uitgebreid met huisartsen uit de randgemeenten, zijn de verkregen gegevens alleen voor het Haagse deel vergelijkbaar met de gegevens van de jaren vóór 1988.

Tabel 2 laat zien dat jaarlijks ongeveer één op de duizend groot-Hagenaars suïcidaal gedrag vertoont waarvan de huisarts in kennis wordt gesteld. Op basis van deze gegevens zou een huisarts eens in de vijf jaar geconfronteerd worden met een suicide in zijn praktijk, terwijl parasuicide gemiddeld een- à tweemaal per jaar ter kennis van de huisarts komt.

Weliswaar laten de cijfers voor zowel suicide als parasuicide een dalende trend, maar bij de interpretatie ervan is voorzichtigheid geboden. Het absolute aantal suicides (7 voor de gehele regio ten opzichte van 12 in 1988) is dermate klein, dat niet kan worden gesproken van een significante afname. Voor het suïcidaal gedrag in toto zijn de aanwijzingen voor een dalende incidentie sterker en bovendien in overeenstemming met andere Haagse en landelijke registratiesystemen.

Wat betreft de verdeling naar leeftijd en geslacht komt bij de parasuicides het gebruikelijke beeld naar voren: een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten in de jongere leeftijdscategorieën. De parasuicide/suicide-ratio is bij de vrouwen veel groter dan bij de mannen, maar ook dat is een 'normaal' verschijnsel in de statistieken.

Een dodelijke afloop van suïcidaal gedrag, dat wil zeggen een hoog suïciderisico, zien we relatief vaak bij mannen op jong-volwassen leeftijd.

Het relatieve suïciderisico neemt bij mannen in de loop der jaren af en bij vrouwen juist toe.

Bij jongeren en vooral meisjes en jonge vrouwen is suicide in absolute en relatieve zin zeldzaam, maar ook dit gegeven signaleerden wij reeds eerder.

Middel en begeleiding

Bij parasuicide wordt min of meer consistent in overwegende mate gebruik gemaakt van medicijnen, al dan niet in combinatie met alcohol. In bijna de helft van het aantal gevallen werd daarbij gebruik gemaakt van medicijnen die door de huisarts aan de patiënt zelf waren voorgeschreven; in de overige gevallen ging het om aan huisgenoten voorgeschreven medicatie of patentgeneesmiddelen. Eén op de drie van alle betrokkenen had gedurende de laatste twee weken voor de (para)suicide contact met de huisarts; bij de helft van hen vond dit contact plaats wegens depressiviteit en/of suicidaliteit. De helft van alle betrokkenen stond ten tijde van de (para)suicide onder psychosociale begeleiding. Relatief meer mannen dan vrouwen werden in verband met hun parasuicide ter beoordeling en/of behandeling gezien in een (algemeen of psychiatrisch) ziekenhuis. Dit zou erop kunnen wijzen dat onder de mannen meer ernstig c.q. gevaarlijk parasuïcidaal gedrag voorkwam.

Beschouwing

Op grond van onze gegevens kan het volgende worden opgemerkt:

- er zijn aanwijzingen voor een zekere afname van het voórkomen van suïcidaal gedrag in de regio Den Haag;
- parasuicide komt in Den Haag relatief vaker voor dan in de randgemeenten;
- suicide onder jongeren blijft (gelukkig) een zeldzaam verschijnsel, terwijl parasuicide ook onder de jongere leeftijdsgroepen niet verder lijkt toe te nemen;
- er zijn nog steeds onvoldoende aanwijzingen om te veronderstellen dat de huisarts veel meer zou kunnen bijdragen aan de preventie van suïcidaal gedrag. ■

Diabetes mellitus

Mevrouw Wagemakers, 65 jaar oud, komt bij haar huisarts met de mededeling dat haar longarts 'een beetje suiker' bij haar geconstateerd heeft. Ze wordt al jaren door de longarts behandeld voor Cara. Ze gebruikt 10 mg prednison per dag, 2 dd 250 mg theofylline (Theolair retard®). Lengte 1,72 m, gewicht 80 kilo. De longarts heeft haar naar een diëtist gestuurd. Ze kreeg een vetbeperking voorgeschreven. Suiker is haar niet absoluut verboden. Ze snapt er niets van. De huisarts legt haar uit dat vetbeperking effectiever is om af te vallen dan koolhydraatbeperking.

1 Dit is correcte informatie.

De huisarts legt uit dat het prednisongebruik suikerziekte kan uitlokken.

2 De oorzaak hiervan is dat het glucosetransport in het bloed wordt bemoeilijkt.

De huisarts legt vervolgens uit dat een absoluut suikerverbod tegenwoordig *niet* meer gegeven wordt. Hij zegt: 'Als u rekening houdt met het aantal calorieën dat u op een dag mag gebruiken, mag u best af en toe een Marsreep hebben.'

3 Dit advies is conform de huidige inzichten met betrekking tot behandeling van diabetes.

Mevrouw Wagemakers laat de dokter een potje sorbitol-tabletten zien. Hoeft ze die dan ook niet te gebruiken? De huisarts raadt haar dit inderdaad af. Hij vertelt dat dit soort suikervervangende middelen te veel calorieën bevatten.

4 Dit is correcte informatie.

Patiënte vraagt of bruin brood en rauwkost goed voor haar zijn. De huisarts bevestigt dit.

5 De reden hiervoor is dat vezelrijke voeding de resorptie van koolhydraten in het maagdar kanaal vertraagt.

Urologie

De huisarts maakt 's avonds een spoedvisite bij de heer Van der Stoel, 69 jaar. De heer Van der Stoel heeft hevige pijn in de onderbuik en kan niet plassen, hoewel hij wel flinke aandrang heeft. Bij navraag blijkt dat hij al lang moeite heeft met plassen, dat wil zeggen dat de urine er met moeite uitkomt. Pijn heeft hij niet bij het plassen. Vandaag was er een familiefeest, waar hij meer alcohol gedronken heeft dan hij gewend is (circa 10 consumpties) en veel gegeten heeft. Door de drukte is hij slechts één maal naar de WC gegaan. Toen hij bij thuiskomst wilde plassen, lukte het niet meer.

De heer Van der Stoel gebruikt atenolol (Tenormin®) 1 dd 100 mg voor zijn hypertensie. De huisarts overweegt een acute urineretentie op

basis van prostaathypertrofie. Tot de mogelijke factoren die de urineretentie bij de heer Van der Stoel hebben uitgelokt, behoort/behoren:

- 6 Het verhoogde alcohol gebruik.
- 7 Het feit dat hij overdag slechts één maal urine geloosd heeft.
- 8 Het atenolol-gebruik.

De huisarts vindt bij lichamelijk onderzoek percutoir een volle blaas en bij rectaal toucher een licht vergrote, week-elastische prostaat. Verder zijn er geen bijzonderheden.

- 9 De bevindingen bij rectaal toucher pleiten tegen prostaathypertrofie als oorzaak van de urineretentie.

Atopie en allergie

Bij de 42-jarige mevrouw Smit, taxichauffeur van beroep, wordt op grond van anamnese, onderzoek en een huidtest de diagnose allergie voor graspollen gesteld. De huisarts schrijft een antihistaminicum voor.

- 10 Met het oog op bijwerkingen is in dit geval Polaramine® (dexchlorfeniramine) te verkiezen boven Triludan® (terfenadine).

Twee jaar later komt mevrouw Smit opnieuw op het spreekuur. Ze zegt liever een 'spuitenkuur' te willen dan elk jaar tabletten te moeten slikken. De huisarts stelt een hyposensibilisatiekuur voor van drie prikken, aan te vangen in maart van het jaar (preseasonal hyposensibilisatie).

- 11 De werkzaamheid van de door de huisarts voorgestelde kuur is even groot als die van een het gehele jaar doorlopende kuur (perennial hyposensibilisatie).

De huisarts maakt een spoedvisite bij de 31-jarige mevrouw Vos. Zij is niet goed geworden na een wespsteek. De huisarts treft een verwarde, angstige vrouw aan met een rood gelaat. Bij onderzoek is de pols snel (circa 120/min) en week en de tensie onmeetbaar. De huisarts stelt als diagnose anafylactische reactie op de wespsteek.

- 12 Het medicament dat in dit geval als eerste is geïndiceerd, is adrenaline (subcutaan).

Een week later komt mevrouw Vos bij de huisarts op het spreekuur. Ze is erg geschrokken van het gebeuren en vraagt wat ze kan doen om een dergelijke reactie op een wespsteek in de toekomst te voorkomen. De huisarts raadt haar onder meer aan in het 'wespenseizoen' een noodsetje medicamenten bij zich te dragen.

- 13 Voor een dergelijk noodsetje is een corticosteroid (bijvoorbeeld prednisonol, Di-adreson F®) meer aangewezen dan een antihistaminicum (bijvoorbeeld clemastine, Tavgil®).

De toetsvragen in deze rubriek 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.

Duizeligheid

Op de eerste dag na de vakantie ziet de huisarts op haar spreekuur een 55-jarige man met klachten van draaiduizeligheid, die sinds een week bestaan. De man vertelt dat de draaisensaties continu aanwezig zijn, wisselend in intensiteit. Houdingsveranderingen van hoofd of lichaam hebben geen specifieke invloed op de klachten. De huisarts vindt anamnestiche geen aanknopingspunten voor afwijkingen op oogheelkundig of vasculair gebied. De patiënt heeft geen problemen met het gehoor. Hij rookt en drinkt niet, en gebruikt geen medicatie.

De huisarts doet een lichamelijk onderzoek. Zij verricht onder meer de proef van Romberg (de patiënt wordt gevraagd met aaneengesloten voeten te gaan staan en zodra hij stabiel staat de ogen te sluiten).

- 14 Een positieve (afwijkende) proef van Romberg pleit voor een aandoening van het cerebellum.

Tevens wordt de proef van Unterberger uitgevoerd. De huisarts vraagt daartoe aan de patiënt twintig passen op de plaats te maken, waarbij hij de knieën zo hoog mogelijk heft. Hij blijkt 20 procent te draaien om zijn lichaamsas. Op grond van dit resultaat concludeert de huisarts dat de proef van Unterberger niet afwijkend is.

- 15 Dit is een correcte conclusie.

Vervolgens doet de huisarts een oogbewegingsonderzoek. Hierbij valt haar op dat zowel bij het naar links als bij het naar rechts kijken een instelnystagmus (een kortdurende nystagmus aan het begin van de zijdelingse fixatie) ontstaat.

- 16 Dit is een pathologische bevinding.

Nu laat zij de patiënt de vinger fixeren, terwijl deze horizontaal en verticaal heen en weer wordt bewogen over een hoek van 45°. De patiënt houdt het hoofd tijdens deze test in dezelfde

stand. Bij ongeveer 20° zijwaarts kijken (in beide richtingen) ontstaat een nystagmus (blikrichtingsnystagmus).

- 17 Dit is een pathologische bevinding.

Antwoorden op pag. 406.

Literatuur

Vragen 1 t/m 5

Zuidweg J, et al. Kennispakket voor de behandeling van diabetes mellitus in de huisartspraktijk. Utrecht: NHG-publikaties deskundigheidsbevordering, nr. 1, 1990.

Vragen 6-8

Klaassen EJ, De Voogt HJ. Prostaatklachten. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1988: 13-14.

Vraag 9

Klaassen EJ, De Voogt HJ. Prostaatklachten. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1988: 35-7.

Vragen 10 en 11

Wentgens RThR. Rinopathie met hyperreactiviteit. Bijblijven 1985; 6: 40-47.
Bruggink TM. Vademecum permanente nascholing, nr. 12, maart 1990.

Vragen 12 en 13

Van de Lisdonk EH. Allergieën in de huisartspraktijk: een verkenning. Huisarts Wet 1988; 31: 171-5.

Vraag 14

Oosterhuis HGJH. Klinische neurologie. 5e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema: 24.

Vraag 15 en 16

Oosterhuis HGJH. Klinische neurologie. 5e dr. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema: 73.

Vraag 17

Oosterveld WJ. Vademecum Permanente Nascholing Huisartsen 1984, nr. 20.

OUDE JAARGANGEN

Gevraagd

Aanstaande huisarts wil graag oude jaargangen van *Huisarts en Wetenschap* overnemen, liefst van een huisarts in het zuiden des lands. Huisartsen die oude jaargangen van de hand willen doen, wordt verzocht zich *schriftelijk* te wenden tot het redactiesecretariaat: Postbus 14015, 3508 SB Utrecht; beide partijen worden dan met elkaar in contact gebracht.

Keelpijn, uitstrijken

In de standaard 'Acute Keelpijn' mis ik bij de behandeling van het (peri)tonsillair abces de aspiratie van het abces door middel van spuit en naald (1,0 mm), eventueel na aanstippen met Lidocaine®. Ik heb deze methode geleerd van Dr. H.D. Vuyck, KNO-arts in ziekenhuis Gooi-Noord. Door zijn eenvoud is deze behandeling weinig belastend voor patiënt én huisarts. Naar mijn ervaring geeft een eenmalige aspiratie meestal direct verlichting van de pijn. Soms is een tweede punctie nodig, soms toch een verwijzing.

Toepassing van deze behandeling verandert overigens niets aan de richtlijnen van de standaard

J.J.M. van der Werf,
huisarts te Laren (N.H.)

¹ Balder FA, Dagnelie CF, De Jong LJ, Kootte H. Acute keelpijn [Standaard]. Huisarts Wet 1990; 33(8): 323-6.

Cervixuitstrijken: een commentaar

In de standaard 'Cervixuitstrijken'¹ wordt gesteld dat vrouwen met een gediagnostiseerde afwijking in het verleden vaak onvoldoende gecontroleerd zijn. Wij willen wijzen op een dreigend tegenovergesteld effect: steeds lichtere afwijkingen worden steeds intensiever gecontroleerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor het herhalen van een uitstrijk na één jaar bij een cytologische beoordeling PAP-II. Dit lijkt ons een twijfelachtig advies. Laboratoria verschillen aanzienlijk in de percentages afgegeven beoordelingen PAP-II. Zeker is echter dat deze aantallen in geen verhouding staan tot het aantal mogelijk progressieve voorstadia van cervixcarcinoom die zich hierin kunnen bevinden. Ook het zeer lange tijdsverloop voordat deze lichte laesies eventueel tot moeilijk behandelbare macro-invasieve carcinomen zijn uitgegroeid, pleit tegen een herhalingsadvies van één jaar.

Een hoge opkomst is zeer belangrijk voor de effectiviteit van bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, aangezien er een verband bestaat tussen niet-opkomen en een verhoogd risico op baarmoederhalskanker. Bij de huidige opzet zijn er twee mogelijkheden om de opkomst efficiënt te bewaken: óf de huisarts óf het laboratorium stuurt een bericht naar de uitnodigende instantie als een vrouw geweest is. Vervolgens kan deze instantie herhalingsuitnodigingen sturen naar de vrouwen die niet zijn gekomen. De huisarts kan proberen de vrouwen die niet opgekomen zijn, alsnog via een persoonlijke uitnodiging of op een consult een uitstrijk aan te bieden.

Wij hebben een onderzoek uitgevoerd naar de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek bij verschillende leeftijdsgrenzen en met verschillende intervallen tussen de uitnodigingen.² Onze conclusie is dat 35-53 jaar een te smalle leeftijdsgroep is. Een goede range is van 30 tot ongeveer 70 jaar. Het nu gehanteerde interval van drie jaar is daarentegen te kort; dat zou minstens vijf jaar moeten bedragen.

Het maken van uitstrijken bij vrouwen onder de 30 jaar die geen symptomen hebben die zouden kunnen wijzen op baarmoederhalskanker, moet worden afgeraden; op deze jonge leeftijden zullen veel cytologische laesies spontaan verdwijnen. Veel overdiagnostiek en overbehandeling is een gevolg van het maken van uitstrijken op jonge leeftijden. De balans tussen kosten, baten en risico's valt op deze jonge leeftijden ongunstig uit. Mede hierdoor zijn we niet gelukkig met de algemene aanbeveling in de standaard dat case-finding kan worden gebruikt om bevolkingsonderzoek aan te vullen naar andere leeftijdsgroepen.

Namens de onderzoeksgroep,
Prof.dr. J.D.F. Habbema

¹ Appelman CLM, Boer A, Bruinsma M, et al. Cervixuitstrijken [Standaard]. Huisarts Wet 1989; 32: 473-7.

² Habbema JDF, Lubbe JThN, Van Agt HME, et al. Bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Med Contact 1988; 26: 807-11.

Met de standaard als maatstaf

Vervolg van pag. 383.

¹⁷ Rutten GEHM, Van Eijk JThM, De Nobel E, Beek MML, Van der Velden HGM. Feasibility and effects of a diabetes type II protocol with bloodglucose self monitoring in general practice. J Fam Pract (in press).

¹⁸ The Diabetes Control and Complications Trial. Are continuing studies of metabolic control and microvascular complications in insulin dependent diabetes mellitus justified? New Eng J Med 1988; 318: 246-9. ■

Abstract

Reenders K, Rutten GEHM, De Nobel E, Van den Hoogen HJM, Van Weel C. The standard as criterion. Diagnosis and treatment of diabetes mellitus in 19 general practices. Huisarts Wet 1990; 33(10): 379-83, 406.

The incidence of late complications of type-II diabetes was investigated by 19 general practitioners in and around Hoogeveen (North-east Netherlands). Diagnosis and treatment of these patients were assessed using as criteria the 'standard' Diabetes Mellitus Type II of the Dutch College of General Practitioners (NHG standard). Fifteen percent of the 400 patients not treated with insulin were not diabetic according to the NHG standard criteria. When the calculation is based on the number of patients treated with diet alone, the percentage increases to 36. Insulin treatment was used in 101 of the 507 'real' type-II diabetics.

A one-year-long follow-up study of complications involved 387 type-II diabetics. Fasting glucose correlated well with HBA1c. According to the standard criteria (fasting glucose <8 mmol/l), regulation was not acceptable in 70 percent of these patients that were treated by general practitioners. Half of the patients were overweight (QI >27). Strict application of the criteria would lead to more prescribing of oral hypoglycaemic agents and insulin and a shift of medical care to. Treatment criteria should possibly be relaxed. Also, the College could produce, together with specialists, guidelines for the treatment of type-II diabetics with insulin.

Keywords Diabetes mellitus, Type 2; Family practice; Quality control.

Correspondence K. Reenders, 44 Jhr. de Jongestraat, 7902 HB Hoogeveen, The Netherlands.

KENNISTOETS

Antwoorden pag 404-5.

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