

## 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.)

<sup>1</sup> 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'<sup>1</sup> wordt gesteld dat vrouwen met een gediagnosticeerde 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.<sup>2</sup> 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

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

<sup>2</sup> 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.

<sup>17</sup> 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).

<sup>18</sup> 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.