

Onychomycose, stomatitis herpetica, decompensatio cordis, dementie, knieklachten

Onychomycose

De heer Pieterse, 45 jaar, bezoekt het spreekuur van de huisarts in verband met geelverkleuring van zijn teennagels. Hij heeft er weliswaar al geruime tijd last van, maar wil er nu toch echt vanaf.

Bij onderzoek vindt de huisarts verdikte teennagels, die distaal geel verkleurd zijn. Tevens is er interdigitaal een nattende huidafwijking. De huisarts veronderstelt dat er sprake is van een mycose en maakt een preparaat van zowel de nagelafwijking als de huidafwijking. Voor het preparaat van de nagelafwijking gebruikt hij KOH 20%.

1 Dit is in dit geval de correcte concentratie (sterkte).

De huisarts ziet in beide preparaten schimmelraden. Hij besluit de heer Pieterse oraal te behandelen.

2 Met het oog op bijwerkingen heeft behandeling met ketoconazol 1 dd 200 mg de voorkeur boven behandeling met griseofulvine 1 dd 500 mg.

De huisarts raadt de heer Pieterse aan zoveel mogelijk schoenen met leren zolen te dragen.

3 Dit is in dit geval een correct advies.

Tevens raadt hij hem aan bij voorkeur sokken van synthetisch materiaal te dragen.

4 Dit is in dit geval een correct advies.

Stomatitis herpetica

De huisarts wordt gevraagd een visite te rijden bij Mark, 4 jaar oud. Hij heeft hoge koorts (39°C) en wil niet eten of drinken, omdat dat zo'n pijn in zijn keel doet. De huisarts ziet bij onderzoek een groot aantal blaasjes op gehemelte, tong en tandvlees en hier en daar erosies en oppervlakkige ulceraties. Submandibulair zijn enkele druk-pijnlijke lymfeklieren palpabel.

5 De meest waarschijnlijke diagnose is een stomatitis herpetica.

Decompensatio cordis

De huisarts wordt gebeld voor een visite bij de heer Roelofs, 85 jaar, bekend met decompensatio cordis, status na hartinfarct (drie jaar geleden). Hij gebruikt digoxine 1 dd 0,25 mg en furosemide 40 mg 's ochtends. Zijn vrouw vertelt dat ze vannacht nogal geschrokken is van haar man. Hij ademde raar, soms snel, dan weer heel lang niet. Toen ze hem wakker maakte, reageerde hij verward. Hij dacht dat ze zijn moeder was. Dit duurde ongeveer een uur. Inmiddels is hij weer helemaal normaal. Meneer Roelofs herin-

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. Voor nadere informatie kan men 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.

nert zich niet veel van het gebeurde. Hij zegt wel zich al langer niet lekker te voelen: misselijk en moe. Ook zijn zijn enkels weer wat dikker dan normaal. De huisarts verklaart de ademhaling als Cheyne-Stokes-ademhaling. De huisarts overweegt de diagnosen (toegenomen) decompensatio cordis of digitalis intoxicatie.

Bij beide diagnosen past/passen:

6 De Cheyne-Stokes-ademhaling.

7 De nachtelijke verwardheid.

Dementie

De huisarts wordt voor een huisbezoek geroepen bij mevrouw Van Ekelon, een 73-jarige vrouw. Sinds twee jaar gebruikt ze in verband met chronisch boezemfibrilleren 1 dd 0,125 mg digoxine. Hiermee is de kamerfrequentie bevredigend gereguleerd (laatste jaar 60-80/min, irregulier).

De huisarts kent haar als een nerveuze vrouw, die vergeetachtig wordt. Haar vader is ongeveer op deze leeftijd dement geworden en ze maakt zich zorgen, dat dit haar ook boven het hoofd hangt. De huisarts vertelt haar dat de twee meest voorkomende typen van dementie de ziekte van Alzheimer en de 'multi-infarct'-dementie zijn. De huisarts zegt haar dat bij de ziekte van Alzheimer eerstegraads familieleden een verhoogde kans hebben dit zelf ook te krijgen.

8 Dit is correcte informatie.

De huisarts denkt aan de mogelijkheid van een digitalisintoxicatie als oorzaak van de geestelijke achteruitgang.

9 Bij de mogelijke verschijnselen van een digitalisintoxicatie hoort desoriëntatie in tijd en plaats.

De huisarts overweegt ook andere oorzaken voor de geestelijke achteruitgang.

10 Van de metabole oorzaken is hypothyreoïdie waarschijnlijker dan hyperthyreoïdie.

Als de huisarts mevrouw van Ekelon wil onderzoeken, valt hem op dat ze erg onhandig manoeuvreert bij het losmaken van de knoopjes van haar blouse. De huisarts denkt aan een apraxie.

11 Dit verschijnsel past bij dementie.

Verder neurologisch onderzoek brengt aan het licht dat patiënte een lichte parese aan het linker been heeft.

12 Dit past bij een dementie type Alzheimer.

Knieklachten

Evert van Wiel, 33 jaar, lange-afstandloper, heeft sedert enkele weken pijn aan de laterale zijde van zijn linker knie. De pijn treedt met name op bij heuveltraining en dan vooral wanneer hij een heuvel afloopt. De huisarts vindt bij onderzoek drukpijn op de laterale femur epicondylus wanneer hij de knie actief vanuit 90° flexie laat strekken. Het verdere knie-onderzoek is zonder afwijkingen. De huisarts denkt onder meer aan een tractus iliotalibialis frictie syndroom (frictioneren distale einde tractus iliotalibialis over laterale femur epicondyl). Voor deze diagnose pleit/pleiten:

13 Het feit dat Evert een lange afstandloper is.

14 Het optreden van de pijn bij heuvel aflopen.

Bas Puijm, 18 jaar, fanatiek amateur-voetballer, komt hinkend bij de huisarts binnen. Bij een sliding tijdens de wedstrijd die zojuist gespeeld is, heeft hij zijn linker knie geblesseerd. Deze werd acuut dik en is heftig pijnlijk. Hij kan er niet meer op staan.

De knie is dik en door de pijn nauwelijks te onderzoeken. De huisarts twijfelt tussen een haemarthros en een hydrops.

15 Vóór een haemarthros pleit het feit dat de zwelling onmiddellijk na het trauma ontstond.

De huisarts besluit de knie te punteren.

16 Het punteren van de knie is bij een mogelijke haemarthros af te raden.

Jorrit Janssen, 25 jaar, komt bij de huisarts op het spreekuur met pijn in de rechter knie. Hij speelt fanatiek volleybal. Tijdens de trainingen heeft hij vooral bij springen in toenemende mate last van de rechter knie, ter hoogte van de knieschijf. Er is nooit sprake geweest van een trauma. Hij heeft nooit eerder last gehad. Hij zakt niet door de knie. Deze zit ook nooit op slot. Bij onderzoek wordt als enige symptoom drukpijn ter hoogte van de aanhechting van de patellapees aan de patella gevonden.

17 De meest waarschijnlijke diagnose is een apexitis patellae. ('jumpers knie').

Antwoorden op pag. 435.

Literatuur

Vragen 1-5

Van Everdingen JJE, Brouwer A.
Huidaandoeningen. Utrecht: Bunge, 1985.

Vragen 6-7

Dunning AJ, et al. Nederlands leerboek der cardiologie. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1983: 248-50.

Vragen 8-12

Van Crevel H. Diagnostiek bij dementie. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1065-8.
Schulte BPM. Consensus diagnostiek bij het dementiesyndroom. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 981-5.

Vragen 13-14

Winkel D, et al. Weke delen aandoeningen van het bewegingsapparaat. Deel 2, diagnostiek. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema, 1984: 292.

Vragen 15-16

Van de Lisdonk EH, Van den Bosch WJHM, Huygen FJA, Lagro-Janssen ALM, red. Ziekten in de huisartspraktijk. Utrecht: Bunge, 1990: 300.

Vraag 17

Winkel D, Fisher S, Vroege C. Weke delen aandoeningen van het bewegingsapparaat. Deel 2: Diagnostiek. Utrecht, Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema 1984: 287.

A child with cancer; a family in crisis Morr MG. *Br Med J* 1990; 301: 133-4.

Impact of childhood cancer on return to normal schooling Larcombe JJ, Walker J, Charlton A, Meller S, Jones PM, Mott MG. *Br Med J* 1990; 301: 169-71.

Mensen die betrokken zijn bij een kind met kanker worden geconfronteerd een gevoel van onzekerheid en onveiligheid. De ouders kunnen prioriteiten en toekomstplannen radicaal zien veranderen. Ook de meest stabiele echtparen kunnen overstelpt worden door gevoelens van angst, verdriet, boosheid en schuld. De huisarts moet alert zijn op ouders die zo verlamd zijn, dat ze niet meer normaal kunnen functioneren. Ervaren begeleiding is noodzakelijk. Juist nu hebben de ouders elkaars steun nodig en blijken zij vaak niet in staat die te geven. De moeder is veel bij het kind in een vaak verafgelegen kinderziekenhuis; de vader heeft zijn werk en is verantwoordelijk voor het huishouden en de overige kinderen. In het bijzonder kunnen zich problemen voordoen als de man zijn gevoelens niet uit en er niet over kan praten met zijn vrouw, die op haar beurt onvoldoende gehoor vindt voor haar verdriet en zorgen. Communicatiestoornissen en libidoverlies zijn niet zeldzaam.

Ook als het met het kind goed lijkt te gaan, blijven de onzekerheid over de prognose, de bijwerkingen van de behandeling en de steeds terugkerende spanning van het wachten op uitslagen en röntgenfoto's. Van alle kinderen die na een ziekenhuisopname weer op school komen, geven die met kanker de meeste problemen. Veel leerkrachten voelen zich onzeker, doordat ze niet weten wat het kind aankan en hoe de prognose is. Zij moeten daarom beter worden geïnformeerd. De schoolartsdienst zou een actievere rol kunnen spelen als schakel tussen ziekenhuis en school.

Thijs Sanders

patiënten van 8 tot 18 jaar met onbehandelbare fecale incontinentie, bij wie colostomie de enige optie leek. De benodigde tijd voor de uitwassing is maximaal 30 minuten, om de twee dagen.

C.H.A. Westhoff

Effect of a general practitioner's consulting style on patients' satisfaction: a controlled study. Savage R, Armstrong D. *Br Med J* 1990; 301: 969-70

Wat leidt tot grotere tevredenheid bij de patiënt: een directieve of een meevoelende benadering door de huisarts?

In totaal 359 patiënten die hun huisarts bezochten, werden *at random* ingedeeld in twee groepen: de ene groep werd directief, de andere meevoelend benaderd. Na afloop van het consult kreeg de patiënt twee vragenlijsten mee, één om in de wachtkamer in te vullen en een tweede om een week later in te vullen en per post te retourneren. Bandopnames van 40 willekeurige consulten uit beide groepen werden bekeken door een onafhankelijke observator. Zo kon worden vastgesteld dat de huisarts het protocol voor de twee types consultvoering in alle gevallen op één na juist had uitgevoerd.

Na afloop van het consult vond ongeveer 85 procent van beide groepen dat ze hun probleem goed hadden kunnen bespreken. Van de directieve groep vond 39 procent dat de uitleg uitstekend was geweest, tegen 26 procent van de meevoelende groep. Van de directieve groep voelde 53 procent zich volledig begrepen door de huisarts, tegen 39 procent van de meevoelende groep. Er was geen verschil tussen beide groepen in de mate waarin de patiënt zich geholpen voelde en de mate waarin hij zich beter voelde na het consult.

De antwoorden na één week gaven vrijwel hetzelfde beeld te zien, zij het dat de mate van tevredenheid in beide groepen duidelijk was afgenomen. Deze bevinding strookt met de theorie dat al langer bestaande attitudes en meningen een grotere invloed hebben op het lange-termijnresultaat dan een eenmalig contact met de dokter.

De directieve stijl bleek vooral tot tevredenheid te leiden bij patiënten die zelden bij de huisarts kwamen, die een lichamelijk probleem hadden, die niet werden onderzocht en die een geneesmiddel voorgeschreven kregen. Bij consulten die langer duurden dan gemiddeld, waarin voornamelijk advies werd gegeven, waarin het om chronische problematiek ging en waarbij de patiënt dacht aan een psychologisch probleem, bleek de mate van tevredenheid tussen de twee groepen niet te verschillen.

In het artikel wordt niet ingegaan op het feit

GEZINSTHERAPIE

Masterclass voor huisartsen

Het Kempler Instituut Nederland organiseert op 11 en 12 oktober 1991 een weekend-training psychosociale hulpverlening voor huisartsen. De bedoeling is huisartsen te laten ervaren hoe je binnen 20 minuten patiënten (en hun gezinnen) positief kunt beïnvloeden, zodat allen (ook de huisarts) uit een vastgelopen situatie kunnen raken. De dagen worden geleid door Walter Kempler, pionier in de gezinstherapie.

Voor brochure met programma en aanmelding: Kempler Instituut Nederland, Tolhuis 74-37, 6537 RR Nijmegen; telefoon 080-445.797.

Preliminary report; the antegrade continence enema *Lancet* 1990; 336: 1217-8. Malone PS, Ransley PG, Kiely EM.

Neurogene of postoperatieve fecale incontinentie is moeilijk behandelbaar, en darmtraining of operaties leiden zelden tot het gewenste resultaat. In de beschreven procedure worden de principes van antegrade colon-uitwassing en een te katheteriseren en niet-terugvloeiend kanaal gecombineerd. De appendix wordt losgemaakt en in omgekeerde richting in de huid en weer in het colon gehecht. Door antegrade uitwassing is via deze weg een complete lediging van het colon mogelijk en wordt bevulling voorkomen.

De operatie is met succes uitgevoerd bij vijf

Zo werd geopperd dat de indicaties voor dit onderzoek vooral lijken toegespitst op problemen in de communicatieve sfeer: de patiënt wil wel iets slikken en de dokter vindt dit niet nodig. Waarom dan zo'n rompslomp? Waarom niet eenvoudigweg een *trial and error*-methode?

Voor wetenschappelijk geïnteresseerden kan de N=1-trial echter wel degelijk soelaas bieden, in die zin dat uitkomsten van een reeks N=1-trials zeggingskracht kunnen hebben over het nut van een bepaalde therapie, of een rechtvaardiging kunnen vormen voor verder onderzoek.

NHG mini-multo onderzoekbank electronic

Hoewel de oorspronkelijke NHG mini-multo onderzoekbank in veel opzichten nog prima voldoet, waren er toch redenen om een nieuwe bank te ontwikkelen. De gemiddelde lengte van de huisarts is toegenomen en er komen meer oudere mensen naar de praktijk toe. Het eerste pleit voor een hogere onderzoekbank, het tweede voor een lagere, waarop oudere mensen gemakkelijker kunnen plaatsnemen. Aangezien de bank niet overal vrij van de muur kan staan, is ook gemakkelijke verplaatsbaarheid gewenst. Een bijdrage van F.W. Dijkers, huisarts te Maasdam, voorzitter van de Commissie Praktijkvoering.

De belangrijkste eigenschappen van de oorspronkelijke bank zijn de compactheid, de mogelijkheid tot plaatsing van ladeblokken en de relatief gunstige prijs. Nadeel is het gemakkelijk kantelen van de bank bij belasting op het uitgetrokken voetendeel. Het is de commissie gelukt om een nieuwe bank te ontwikkelen mét de voordelen, maar zonder de nadelen van de oorspronkelijke bank.

- De nieuwe onderzoekbank kan elektrisch in de hoogte versteld worden. De laagste stand komt overeen met de hoogte van een seniorenbed (60 cm), waardoor geen apart opstapje meer nodig is. De hoogste stand is individueel instelbaar tot maximaal 90 cm, zodat ook een langere huisarts eenvoudig een ideale werkhoogte kan bereiken.

De hoogteverstelling geschiedt door middel van drie drukknoppen (hoog/stop/laag). Deze bevinden zich zowel links als rechts van de bank en zijn zo geplaatst, dat de patiënt er nooit per ongeluk tegenaan kan stoten. Het verschil tussen de hoogste en laagste stand wordt overbrugd in 20 tot 30 seconden. Door de geleidelijke ver-

plaatsing kan de patiënt zonder enig probleem al van de tafel af stappen, wanneer deze nog omhoog gaat.

- Het frame is verzwaard, zodat ook een belasting van 150 kg op het uitgetrokken voetendeel de bank niet doet kantelen.

- Op het frame kunnen dezelfde houten ladenunits worden gebruikt als voor het oorspronkelijke model. Ook de roestvrij stalen opvangbak, de armp plank en de kniesteunen zijn onveranderd. Het gebruik van kniesteunen voor gynaecologisch onderzoek zal, gezien de breedte van de bank (70 cm), nauwelijks nodig zijn.

- De bank is iets langer geworden, maar het verschil zal in de praktijk nauwelijks opvallen, doordat de papierrol niet meer buiten het frame uitsteekt. Hierdoor kan de bank ook beter tegen een muur aangeschoven worden.

- De (dubbel geremde) wielen zorgen voor een gemakkelijke verplaatsbaarheid. Dit kan vooral van belang zijn bij hechtwonden en kleine ingrepen.

- Het hoofdeinde is wat langer geworden, waarmee het comfort voor de patiënt is verbeterd. Doordat gebruik gemaakt is van gasveren, is het hoofdeinde ook gemakkelijker verstelbaar. De verlaging van het uitschuifbare voetendeel begint pas beneden de knie en is dus niet hinderlijk.

- Ook aan de hygiëne is gedacht. Het mechanisch gedeelte is achter een gladde beplating weggewerkt. Doordat het ligvlak van de bank eenvoudig opgeklapt kan worden, zijn de normaal minder goed bereikbare plaatsen nu ook goed schoon te houden.

Om onderscheid te kunnen maken met de oorspronkelijke NHG mini-multo onderzoekbank – die gewoon leverbaar blijft – is gekozen voor de toevoeging 'electronic'. De prijs van de nieuwe bank bedraagt NLG 2950,- zonder accessoires en exclusief 18,5 procent BTW. NHG-leden ontvangen 10 procent korting.

WONCA World Conference

Het Nederlands Huisartsen Genootschap is van plan voor huisartsen in Nederland een groepsreis te organiseren naar het WONCA-congres in Vancouver, dat gehouden zal worden van 9 t/m 14 mei 1992. Het NHG zal dan zorgdragen voor de reis- en hotelreservering en boeking tegen een gereduceerd tarief.

Voor nadere inlichtingen kunt u contact opnemen met het NHG, mw. J. Bladt, telefoon 030-881.700.

Standaarden – Stand van zaken

Nieuwe onderwerpen worden voorbereid. U vindt daarvoor weer oproepen voor deelname aan de verschillende werkgroepen. Specifieke deskundigheid is daarbij niet altijd vereist, sterker nog: in iedere werkgroep wordt een huisarts opgenomen, die geen specifieke deskundigheid heeft maar die wel bereid en in staat is actief aan het ontwerp mee te werken, onder andere door literatuuronderzoek.

Standaarden – Oproepen

- *Leden voor de werkgroepen standaarden-ontwikkeling*

Voor de volgende werkgroepen vragen wij behalve ter zake deskundige huisartsen ook geïnteresseerde (niet specifiek deskundige) collegae, die bereid zijn actief aan de ontwikkeling van een standaard bij te dragen.

- Bloedonderzoek bij klachten van algemene aard;
- Begeleiding van patiënten na een hartinfarct;
- Maagklachten;
- Varices.

Aanmeldingen op korte termijn, NHG-bureau, t.a.v. mw. A. Heessels, secretaresse van de afdeling, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881.700.

NHG-LIH-Referatendag 1991

Het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde nodigen u uit voor de NHG-LIH-Referatendag 1991 onder de titel 'Kwaliteiten in de huisartsgeneeskunde – onderzoek en ontwikkeling in de huisartsgeneeskunde' op vrijdag 25 oktober 1991 in Leiden. Dit jaar wordt de Referatendag gekoppeld aan het afscheidscollege van Prof. dr. J.D. Mulder Dzn.

Inlichtingen worden verstrekt door drs. J.P.M. van der Voort of mw. J. Bladt, NHG-bureau, telefoon 030-881.700, of door mw. G.H. de Bock, Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde, telefoon 071-275.318.

KENNISTOETS

Antwoorden pag 432

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