

Post-herpetische neuralgie, urineweginfecties

Postherpetische neuralgie

Naar aanleiding van het artikel 'De behandeling van post-herpetische neuralgie'¹ wil ik wijzen op een bijdrage uit 1963 waarin een 'behandeling' wordt aanbevolen die *Van den Bosch et al.* niet noemen. Ik geef hierbij slechts de ziektegeschiedenis van Mevrouw E.²

Mevrouw E, 65 jaar, heeft een herpes zoster gehad. Zij bleef echter wekenlang pijn houden. Deze post-herpetische neuralgie reageerde, zoals gewoonlijk, nauwelijks op medicamenten. Zij sliep slecht. Ik bezocht haar tweemaal per week en probeerde van alles, niets hielp.

Ik had haar meermalen verteld dat de pijn na enige tijd vanzelf zou verminderen. Zij geloofde mij echter niet. Tenslotte bracht ik haar in contact met mevrouw F, 72 jaar, die enkele jaren geleden hetzelfde had doorgemaakt en geheel was genezen. Reeds na enkele gesprekken verminderden haar klachten. Ook nu, na een paar jaar, drinken de dames bij elkaar nog wel eens koffie.

G.J. Bremer

¹ Van den Bosch W, Behr R, Theunissen N. De behandeling van post-herpetische neuralgie. Een literatuurstudie. *Huisarts Wet* 1991; 34(5): 230-4.

² Bremer GJ. Met hulp van de patiënt. *Huisarts Wet* 1963; 6: 360.

Urineweginfecties

Naar aanleiding van de NHG-standaard 'Urineweginfecties' plaatsen wij de volgende opmerkingen:

- **Anamnese** Bij de rubriek anamnese wordt ons inziens ten onrechte gesteld dat de voorspellende waarde niet groot is. Tevens wordt het begrip SOA bij de anamnese niet genoemd, hoewel dat in deze eerste diagnostisch fase veel belang voor het te volgen beleid zal hebben.

- **Diagnostiek** Bij het maken en beoordelen van het sediment wordt het tijdstip tussen plassen en sedimentbeoordeling niet vermeld. Zeker indien het tellen van bacteriën geadviseerd wordt, is dit van doorslaggevende waarde. Het lijkt dan ook voldoende om alleen de leukocyten te beoordelen en daarvoor een ruimere bovengrens te hanteren (>12 leukocyten per gezichtsveld). Tevens zouden de duur en snelheid van centrifugeren het vermelden waard zijn.

- **Behandeling** Bij de behandeling verdient naar onze mening nog steeds (ook uit prijsoverwegingen) de eenmalige stootdosis met sulfafurazol 2 g (4 tabletten) de voorkeur. Bij meer dan drie urineweginfecties per jaar is onze keuze:

- 1 vitamine-C-tablet 500 mg a.n.
- 2 sulfafurazol 1 tablet 500 mg a.n.
- 3 nitrofurantoïne 100 mg a.n.

Indien echter uit de anamnese blijkt dat er een duidelijk verband is met de coïtus, kan eerst geprobeerd worden alleen na de coïtus de medicatie te geven, alvorens langdurige profylactische therapie te adviseren.

De scheiding tussen 0-5 en 6-12 jaar lijkt arbitrair en overbodig. In de wetenschappelijke verantwoording bij deze standaard wordt hier ook geen onderbouwing voor gegeven. Als therapie lijkt amoxicilline voor deze gehele groep een goede eerste keus.

Bij mannen >12 jaar dient onderzocht te worden of er een urethritis en/of een cystitis en/of een prostatitis en/of een pyelonephritis is. Bij een urethritisbeeld dient er wederom naar een verband met de coïtus en naar écoulement gevraagd te worden. Bij écoulement volgt: laboratoriumonderzoek op Chlamydia/gonorrhoe (en methyleen-blauw preparaat); therapie: doxycycline 200 mg 1 dd, 7 dagen; seksuele partners meebehandelen. Bij geen écoulement: sediment I en II en op indicatie sediment III na prostaatmassage:

- sediment I >12 leukocyten en sediment II schoon: beleid als bij écoulement;
- sediment I en II >12 leukocyten: urineweginfectie;
- sediment III >12 leukocyten (en > sediment I en sediment II): prostatitis, zie beleid bij écoulement.

Therapie: doxy/tetracycline 4-6 weken, of cotrimoxazol 960 mg 4-6 weken.

Voor het beleid is de leeftijd van de man van belang; zeker bij recidieven dient ook gevraagd te worden naar seksuele gewoonten.

- **Voorlichting** Als aanvulling op het hoofdstuk voorlichting dient het advies duidelijker gegeven te worden:

- 1,5 liter vocht per dag drinken;
- vooral zure dranken (citrusfruit);
- iedere 2 uur gaan plassen (ook indien geen aandrang);
- altijd na de coïtus plassen;
- goede 'afveegtechniek' (na de defecatie van voor naar achteren).

Paul Roodenburg
Peter Vonk

¹ Van Balen FAM, Baselier PJAM, Van Pienbroek E, Winkens RAG. NHG-standaard Urineweginfecties. *Huisarts Wet* 1989; 32: 527-31.

² Hirschfeld H, Rietra PJGM, Meijman FJ. De behandeling van U.W.I.'s met sulfafurazol: éénmalige dosis of 7-daagse kuur? *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1839-42.

Naschrift

De NHG-standaard Urineweginfecties benadrukt onder meer de noodzaak verse urine te onderzoeken, beschrijft duur en snelheid van centrifugeren, maakt aannemelijk dat geen samenhang bestaat tussen het optreden van urineweginfecties en coïtus, noch met de perineale hygiëne, citeert en kiest uit een veelheid van literatuur over therapie en maakt consequent onderscheid tussen urineweginfecties en andere urogenitale aandoeningen, waaronder seksueel overdraagbare.

De voorspellende waarde van de anamnese voor de diagnose urineweginfectie bedraagt 64 procent. Die waarde vinden de schrijvers van de standaard niet groot. Een voorspellende waarde van 50 procent is even groot als die van kruis of munt gooien. Na het afnemen van de anamnese scoort de huisarts met 64 procent iets beter, maar groot is deze waarde nog steeds niet; in de diagnostiek is immers minimaal 95 procent wenselijk.

Het beoordelen van niet-verse urine op aanwezigheid van leukocyten in het sediment is beslist verkeerd, zoals de standaard beschrijft: 'Bij kamertemperatuur is na één uur 10 procent van de leukocyten verdwenen, na twee uur een kwart.'

Seksueel overdraagbare aandoeningen in de anamnese worden niet vermeld, omdat deze buiten het bestek van de standaard vallen. Zonder dergelijke inperkingen is het opstellen van een standaard onmogelijk. Mutatis mutandis valt de infravesicale pathologie bij mannen ook buiten de standaard.

De verdeling van kinderen in twee leeftijdsklassen is gemaakt op grond van diagnostische overwegingen: hoe jonger het kind, des te groter de kans op onderliggende pathologie. Ook speelden therapeutische overwegingen een rol: destijds was trimethoprim voor jonge kinderen nog niet toegestaan.

Het aanzuren van urine als profylacticum bij recidieven van urineweginfecties is obsoleet.

Ons inziens bevatten de opmerkingen van Roodenburg en Vonk nu juist de vrijblijvendheid die zij de makers van de Standaard verwijten. Hun brief roept onder meer de volgende vragen op: op welk onderzoek baseren zij hun uitspraken over het beleid bij prostatitis, waarop is het aantal van 12 leukocyten per gezichtsveld als afkappunt bij het stellen van de diagnose gebaseerd, en hoe kunnen zij een eventueel effect van vitamine C biochemisch onderbouwen?

Namens de werkgroep
P.J.A.M. Baselier