

Urineweginfecties, NHG-standaard Dementiesyndroom

Urineweginfecties

In zijn antwoord op de brief van Roodenburg & Vonk (Huisarts Wet 1991; 34: 512) stelt Baselier dat de schrijvers van de NHG-standaard Urineweginfecties de voorspellende waarde van de anamnese voor de diagnose urineweginfectie niet erg groot vinden. Deze voorspellende waarde zou 64 procent bedragen. De prior kans in de betreffende populatie noemt Baselier niet, ook niet de – in de praktijk minstens zo belangrijke – negatief voorspellende waarde van de anamnese ten aanzien van het niet-hebben van een urineweginfectie. Ter onderbouwing van zijn standpunt stelt Baselier dat de voorspellende waarde van een worp met een munt ook al 50 procent zou bedragen.

Enig rekenwerk leert dat de vergelijking niet opgaat. Gemakshalve gaan we uit van een onderzoekspopulatie van vrouwelijke spreekuurzoekers boven de 12 jaar, waarin we de prevalentie van een urineweginfectie op 10 procent stellen. De prior kans is dus 10 procent. We stellen dat een muntworp 'kruis' als positieve test geldt.

Kruistabel

Munt	UWI+	UWI-	Totaal
+	5	45	50
-	5	45	50
Totaal	10	90	100

Uit de kruistabel blijkt dat slechts bij 5 van de 50 'positieve tests' inderdaad een urineweginfectie aanwezig is. De voorspellende waarde van 'kruis' gooien ten aanzien van het hebben van een urineweginfectie is dus geen 50 procent, maar $5/50 \times 100$ procent = 10 procent. De negatief-voorspellende waarde van 'munt' gooien ten aanzien van het niet-hebben van een urineweginfectie is $45/50 \times 100$ procent = 90 procent. De munt doet het (uiteraard) niet beter of slechter dan de priori kans. Bij een lagere prevalentie wordt de voorspellende waarde van de muntworp evenredig lager.

Conclusies:

- De voorspellende waarde van een test zegt alleen iets in relatie tot de prior kans.
- De anamnese doet het zo gek nog niet bij urineweginfecties.

Bert Pothast,
Huizen

Naschrift

Wanneer ik Pothast volg in zijn Bayesiaans denken, kom ik tot de uitkomst dat 15 procent van de

betreffende vrouwen met anamnestic typische klachten inderdaad lijden aan een urineweginfectie. Want de prior kans – de cumulatieve incidentie per jaar – is 4,5, de sensitiviteit 97 en de specificiteit 73,6 procent. Men kan dit narekenen op grond van 65 procent terecht-positieve en 2 procent fout-negatieve uitkomsten bij epidemiologisch onderzoek.

Wanneer ik de betreffende populatie apart bezie, dan is het percentage van 65 voor de overeenkomst tussen typische klachten en het hebben van een urineweginfectie een relatieve frequentie. Dat is onze beste schatting voor de kans dat wij bij een willekeurige greep uit de groep met typische klachten binnen de geselecteerde populatie inderdaad een vrouw aantreffen met een urineweginfectie. Een populatie 'apart' zetten om met de anamnese, een enkel onderzoek of een eenvoudige test de prior kans te vergroten is geheel legitiem.

Welke weg benadert de werkelijkheid het best? Is de kans op een urineweginfectie 15 of 65 procent, wanneer een vrouw uit de betreffende populatie typische klachten presenteert?

Volgens Freudenthal leidt de schoonheid van Bayes' methode soms tot de onbesuisde toepassing ervan. Hierboven vindt men een voorbeeld. Want Pothast heeft gelijk, maar mijn gelijk is meer gelijk dan het zijne. En daarmee betreden wij het terrein van de epistemologie.

P.J.A.M. Baselier

¹ Baselier PJAM. Acute bacteriële urineweginfecties in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1983.

² Wijvekate ML. Verklarende statistiek. 17e dr. Utrecht: Spectrum, 1982.

³ Galen RS, Gambino SR. Beyond normality: the predictive value and efficiency of medical diagnoses.

⁴ Freudenthal H. Methode van Bayes. Grote Winkler Prins Encyclopedie, 1974.

NHG-standaard Dementiesyndroom

Met belangstelling en instemming heb ik kennis genomen van de NHG-standaard Dementiesyndroom.¹ Wanneer vele huisartsen deze standaard gaan hanteren op het juiste moment, zijn we een enorm eind vooruitgegaan. Vroege diagnostiek van het dementiesyndroom is van grote betekenis, in het bijzonder voor de directe omgeving. Reversibele vormen van het dementiesyndroom zullen dan op een moment worden ontdekt dat behandeling nog mogelijk is. Maar ook vroege vaststelling van een demencie van het Alzheimer-type heeft grote voordelen. Veel ellende, onnodige spanningen in gezinnen en families, schuldgevoelens en verdriet kunnen worden

voorkomen, zeker in die gevallen waarin de ziekte op jongere leeftijd begint.

De diagnostiek is echter zeer moeilijk in een vroeg stadium. Het afnemen van tests is niet eenvoudig en vraagt training en ervaring. Ook de interpretatie vraagt veel ervaring. Alleen wanneer totaal geen afwijkingen worden gevonden, bestaat een vrijwel zekere aanwijzing voor het afwezig zijn van een Alzheimer-dementie. Dan zal naar een andere oorzaak voor de klachten gezocht moeten worden. Het gebruik van de GDS moet sterk worden afgeraden. De waarde voor het meten van het verloop is gering voor de huisarts en de interpretatie is buitengewoon moeilijk en vraagt specialistische kennis en ervaring.

De huisarts zal bij vermoeden van een demencie van het Alzheimer-type moeten verwijzen naar of een consult moeten vragen aan een op dit terrein ervarener collega, verpleeghuisarts, geriater, Riagg of neuroloog. De standaard neigt ertoe van de huisarts een kleine specialist te maken.

Een probleem dat – overigens begrijpelijk – niet wordt genoemd, is het tekort aan kennis van de mogelijkheden voor verwijzing, consultatie, hulp, ondersteuning en opvang in de eigen regio. Het is begrijpelijk dat in de standaard wordt verwezen naar landelijke instanties, maar kennis van de mogelijkheden in de eigen regio is van essentieel belang om de samenwerking en begeleiding – die terecht een belangrijke plaats innemen in de standaard – tot hun recht te kunnen laten komen.

H.W. ter Haar

¹ De Bruyne GA, Meyboom-de Jong B, Muskens JB, et al. NHG-standaard Dementiesyndroom. Huisarts Wet 1991; 34: 598-607.

Naschrift

Het positieve commentaar van Ter Haar, algemeen secretaris van de Alzheimer Stichting, die als een der eersten in Nederland in het psychogeriatrisch verpleeghuis Nieuw Toutenburg het huisartsen mogelijk maakte een integraal, op de draaglast van de patiënt afgestemd onderzoek te laten verrichten, stel ik zeer op prijs. Met zijn opmerkingen die handelen over de noodzaak van kennis van de sociale kaart, ben ik het van harte eens. Ten aanzien van verwijzen bij vermoeden van een dementiesyndroom heb ik een genuanceerder standpunt. Huisartsen zijn gewend de tijd als diagnosticum te gebruiken, behalve wanneer het om acute, spoedeisende hulp gaat. Het blijkt dat huisartsen de diagnose dementiesyndroom laat en na relatief veel muta-

ties stellen. Daar is bij het dementiesyndroom niets op tegen, mits de vragen van patiënten met dit syndroom, van hun verzorgers en professionele hulpverleners, serieus worden genomen en de problemen niet aan de oude dag worden geweten. Bij patiënten met de ziekte van Alzheimer en hun naasten kunnen huisartsen meer doen dan verwijzen: zij kunnen morele steun en begeleiding bieden door concrete afspraken, regelmatig bezoek en beschikbaarheid voor vragen; en daarnaast zijn zij beschikbaar voor de behandeling van bijkomende medische problemen.

B. Meyboom-de Jong,
voorzitter Commissie NHG-Standaard
Dementiesyndroom

SIMG

Call for papers

Van 8 t/m 11 september zal in Klagenfurt het 46e SIMG-congres worden gehouden onder het thema 'General practice in Europe without borders'. Het ligt in de bedoeling dit thema als volgt uit te werken:

- de politieke implicaties voor de huisartsgeneeskunde in Europa na 1992 (dinsdag);
 - de uitwisseling van research-ervaringen vanuit de verschillende Europese huisartsenculturen (woensdag);
 - coöperatie of competitie met andere werkers in de gezondheidszorg (donderdag);
 - zijn er beperkingen in wat er van de gezondheidszorg verwacht kan worden? (vrijdag).
- Naast een tweetal plenaire lezingen zijn er dagelijks parallelsessies waarin korte voordrachten over deze subthema's kunnen worden gehouden.

Universitaire vakgroepen en andere onderzoeksgroepen worden uitgenodigd abstracts in te zenden naar het SIMG-secretariaat, Bahnhofstrasse 22, A 9020 Klagenfurt, Oostenrijk; fax 09-43.469.514.624. Nadere inlichtingen kunnen worden verkregen bij het NHG.

The effect of epilepsy or diabetes mellitus on the risk of automobile accidents *Hansotia P, Broste SK. N Engl J Med, 1991; 324: 22-6.*

Eerdere studies naar de mogelijk nadelige effecten van epilepsie en diabetes mellitus op de rijvaardigheid, waren niet goed gecontroleerd en gaven tegenstrijdige resultaten. Verder hebben een betere medicatie, zelfcontrole van diabetespatiënten en een beter begrip van de oorzaken en effecten van epilepsie en diabetes mellitus ongetwijfeld de kans op ziekteverschijnselen tijdens het rijden verminderd. In deze studie is retrospectief gekeken naar het aantal verkeersongelukken en overtredingen van verkeersregels door personen met diabetes mellitus en met epilepsie in vergelijking met gezonde personen.

Het relatief risico op ongelukken bedroeg bij mensen met diabetes mellitus 1,32, en bij mensen met epilepsie 1,33. Het risico op een ongeluk bij deze patiënten is dus wel wat verhoogd, maar veel minder dan uit vroegere studies bleek. Het relatieve risico op verkeersovertredingen was voor diabetespatiënten 1,14 en voor epilepsiepatiënten 1,13. Het risico op verkeersovertredingen was bij mensen met epilepsie alleen significant verhoogd met betrekking tot onachtzaam rijden (mogelijk veroorzaakt door verlies aan concentratie, bewustzijn of lichaamscontrole). Chronisch alcohol- of medicijnmisbruik gaf bij epilepsiepatiënten ook een duidelijke toename van het aantal verkeersovertredingen.

Naar het aantal gereden kilometers per chauffeur is in deze studie niet gekeken; mogelijk zouden de getallen dan iets hoger zijn uitgevallen. Ondanks deze tekortkoming concluderen de schrijvers dat mensen met diabetes mellitus en epilepsie geen beperkingen moet worden opgelegd met betrekking tot hun rijbevoegdheid. Als men in aanmerking neemt hoeveel meer ongelukken respectievelijk jongeren, mannen en alcoholisten veroorzaken dan ouderen, vrouwen en niet-drinkers, dan valt het extra risico dat diabetes- en epilepsiepatiënten lopen, wel mee.

Germa Joppe

A randomized, double-blind trial of nystatin therapy for the candidiasis hypersensitivity syndrome *Dismukes WE, Scott Wade J, Lee JY, Dockery BK, Hain JD. N Engl J Med, 1990; 323: 1717-23.*

Searching for the yeast connection [Editorial]. *Bennett JE. N Engl J Med, 1990; 323: 1766-7.*

De laatste jaren wordt *Candida albicans* door sommigen beschouwd als de verwekker van het 'candidiasis-hypersensitiviteitssyndroom'. Dit syndroom is een van de mogelijke oorzaken van

het chronische-moeheidssyndroom. Hierbij is er een sterke groei van *Candida albicans*, terwijl de vrouwen steeds terugkerende of zelfs persistente candida vaginitis hebben, last hebben van het premenstrueel syndroom en een onregelmatige menstruatie. Ook chronische gastro-intestinale symptomen en symptomen van het centraal zenuwstelsel horen erbij, evenals moeheid, snel geïrriteerd zijn, hoofdpijn en hardnekkige verkoudheden. De diagnose kan alleen gesteld worden op basis van het klinisch beeld.

In een grondig opgezette, 32 weken durende studie werd nagegaan of het zinvol is vrouwen met symptomen die worden toegeschreven aan het 'candidiasis-hypersensitiviteitssyndroom', te behandelen met oraal en vaginaal nystatine. In totaal 42 premenopauzale vrouwen namen aan het onderzoek deel.

Er waren vier therapievormen: oraal + vaginaal nystatine, oraal nystatine + vaginaal placebo, oraal placebo + vaginaal nystatine, en oraal + vaginaal placebo. Alle vrouwen volgden alle therapievormen in verschillende volgorde, steeds gedurende 8 weken. De vrouwen kregen vragenlijsten voorgelegd om na te gaan hoe het verloop was van 15 systemische en 3 vaginale symptomen. Verder werd verschillende malen lichamelijk onderzoek verricht en werden kweken afgenomen.

Door alle interventies namen de vaginale symptomen af, waarbij de drie vormen met nystatine het wel significant beter deden dan de placebovorm: ongeveer 50 tegen 35 procent. Er waren geen verschillen tussen de effecten van de verschillende therapievormen op de systemische en psychische symptomen en op de bevindingen bij het lichamelijk onderzoek.

Nystatine geeft dus geen verbetering van de symptomen die worden toegeschreven aan het 'candidiasis-hypersensitiviteitssyndroom'. De auteurs zijn van mening dat dit negatieve resultaat bijdraagt aan het bewijs dat het syndroom niet bestaat.

In het *editorial* wordt betoogd dat het chronische candidiasissyndroom één van die ziekten is waarbij de opvattingen van de medische professie en die van het 'lekenpubliek' sterk uiteenlopen. Ondanks de grondige opzet van de studie van Dismukes et al. valt te verwachten dat er commentaar op zal komen, bijvoorbeeld vanwege het feit dat er geen 'wash-out' periode was tussen de verschillende therapievormen en vanwege het feit dat er niet naar het dieet van de vrouwen gekeken is. Volgens degenen die in het bestaan van het syndroom geloven, is een gecombineerde therapie nodig: medicamenteus, met dieet en door het vermijden van een schimmelige omgeving. Daar de discussie over de precieze definitie van het syndroom nog niet gesloten is, zal er ook