

Geslachtsorganen man, oog, Cara, tractus circulatorius, theorie

Geslachtsorganen man

De heer Pietersen, 31 jaar oud, komt op het spreekuur met wratjes op de penis. De huisarts stelt de diagnose condylomata acuminata en twijfelt over de vorm podophylline-oplossing die hij zal voorschrijven: podophylline (20-25%), te appliceren door de huisarts of podophyllotoxine (0,5%) door de patiënt zelf aan te brengen.

- 1 Met het oog op de lokale bijwerkingen verdient podophyllotoxine de voorkeur boven podophylline.
- 2 Het genezingspercentage bij gebruik van podophylline is hoger dan bij gebruik van podophyllotoxine.

Frank, 4 jaar oud, komt wat bedremmeld samen met zijn moeder de spreekkamer binnen. Hij heeft sinds een paar dagen pijn aan zijn piemel. Bij onderzoek ziet de huisarts een rode gezwollen voorhuid; in de opening is er wat pus te zien. De voorhuid kan niet over de glans heen geschoven worden. De huisarts spoelt met een 5cc-spuut gevuld met fysiologisch zout via de nauwe opening van de voorhuid de glans penis en adviseert de ouders om dit (3 maal daags gedurende een paar dagen) te herhalen.

- 3 Dit is een correcte behandeling.

Oog

Mevrouw Willems, 61 jaar, komt op het spreekuur met de klacht dat ze het gevoel heeft dat er zand in haar ogen zit. Ze heeft deze klacht al weken. De huisarts onderzoekt het voorste oogsegment nauwkeurig. Hij vindt beiderzijds wat kalkconcrementen in de conjunctivae. Verder niets. Tot de mogelijke oorzaken van de beschreven klachten behoort/behoeren:

- 4 Het siccasyndroom.
- 5 De geconstateerde kalkconcrementen.

Cara

De heer Brouwer, 40 jaar, is al jaren bekend met Cara. Gemiddeld heeft hij twee keer per jaar een exacerbatie, meestal in aansluiting op een bovenste-luchtweginfectie. Als onderhoudsmedicatie gebruikt hij salbutamol rotacaps, 3 dd 400µg, en beclometason rotacaps, 3 dd 200µg. Bij de visite, die op verzoek van de patiënt wordt afgelegd, zit meneer Brouwer rechtop in bed. Hij is fors dyspnoeïsch en over alle longvelden is een verlengd expirium te horen met piepen en brommen. De pols is 96 slagen per minuut r.a.; er is geen cyanose. Meneer Brouwer vertelt al een aantal dagen groen sputum op te geven en koorts te hebben rond 38,5°C.

- 6 Het opgeven van groen sputum is bewijzend voor het bestaan van een bacteriële infectie.

De vragen in de rubriek 'Kennistoets' zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van het IOH. Ze 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, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

De huisarts besluit naast het geven van een antibioticum onder meer de salbutamol-medicatie aan te passen.

- 7 In dit geval is toediening van salbutamol via een voorzetkamer meer geïndiceerd dan oplossen van de salbutamol.

- 8 Het bestaan van een luchtweginfectie bij deze patiënt is een contra-indicatie voor het geven van een stootkuur prednison.

Bas de Gaal is 3,5 jaar en lijdt aan een vrij ernstige vorm van Cara. Hij heeft nu weer een exacerbatie. Het voorafgaande jaar heeft hij bij exacerbaties steeds salbutamol-siroop gebruikt. De huisarts wil hem nu salbutamol via een Nebuhaler laten inhaleren. Moeder vraagt of Bas daar niet te jong voor is. De huisarts zegt dat in het merendeel van de gevallen kinderen van de leeftijd van Bas in staat zijn de Nebuhaler correct te gebruiken.

- 9 Dit is correcte informatie.

Tractus circulatorius

Mevrouw Mulder, 65 jaar, komt op het spreekuur om haar bloeddruk op te laten meten. Bij meting is de bloeddruk 180/110 mm Hg. Ook bij herhaalde metingen in de weken daarop blijft de bloeddruk deze waarde houden. Haar gewicht is 95 kg bij een lengte van 1,70 m. Ze rookt niet, het cholesterolgehalte is normaal. De bloeddruk werd gemeten met een normale manchet (23×12 cm). De huisarts veronderstelt dat de werkelijke bloeddruk hierdoor lager moet zijn dan de bloeddruk die werd gemeten.

- 10 Deze veronderstelling is correct.

De huisarts legt mevrouw Mulder uit dat het behandelen van de hoge bloeddruk er vooral op gericht is om het risico te verminderen dat in de toekomst bepaalde aandoeningen optreden.

- 11 Dit laatste geldt met name voor het risico op een myocardinfarct.

De heer Van der Waal, 69 jaar, komt op het spreekuur omdat hij bij lopen pijn in zijn linker been heeft. De pijn begint heel geleidelijk en is na 500 meter zo hevig dat hij moet stoppen. Als

hij een paar minuten heeft stilgestaan, kan hij weer doorlopen. Bij anamnese vertelt de heer Van der Waal dat hij rookt (20 sigaretten per dag). Voor zijn hypertensie krijgt de heer van der Waal atenolol 100 mg eenmaal daags. Bij onderzoek vindt de huisarts een soufflé over de linker a. femoralis. De perifere pulsaties aan de a. dorsalis pedis en de a. tibialis posterior zijn links afwezig.

- 12 Volgens de NHG-standaard Perifeer Arterieel Vaatlijden is in dit geval een verwijzing naar de chirurg voor operatie geïndiceerd.

De huisarts geeft de heer Van der Waal de dringende raad te stoppen met roken. Als hij nu stopt, kan hij in principe binnen enkele weken gunstig effect op zijn klachten verwachten.

- 13 Deze informatie is correct.

Theorie

Huisarts Van Beek uit Vinkeveen vat het plan op om een actief opsporingsbeleid te gaan voeren gericht op prostaatacarcinoom. Hij gebruikt hiervoor test Ω , waarvan de sensitiviteit 70 procent is en de specificiteit 94 procent. De huisarts denkt er aanvankelijk over om alle mannen boven 70 jaar op te roepen voor de test. De prevalentie van prostaatacarcinoom in deze groep is 5 procent. Hij rekent uit, wat deze werkwijze zou opleveren.

Test	Prostaatacarcinoom		tot.
	+	-	
+	35	67	102
-	15	883	898
tot.	50	950	1000

- 14 Als test Ω positief uitvalt, is de kans dat er werkelijk een prostaatacarcinoom aanwezig is (voorspellende waarde positief) groter dan 50 procent.

- 15 Als test Ω negatief uitvalt, is de kans dat er geen prostaatacarcinoom aanwezig is (voorspellende waarde negatief) groter dan 95 procent.

Huisarts Van Beek besluit toch de procedure te veranderen en niet iedereen aan test Ω te onderwerpen. Hij besluit te beginnen met anamnese en onderzoek bij alle mannen boven 75 jaar. Alleen bij degenen die hij op grond daarvan 'verdenkt' van een carcinoom laat hij de test doen.

- 16 Door deze werkwijze wordt de voorspellende waarde van een positieve testuitslag ver-

hoogd (ten opzichte van de eerste procedure).

- 17 Door deze werkwijze wordt de voorspellende waarde van een negatieve uitslag verlaagd (ten opzichte van de eerste procedure).

Antwoorden op pag. 326.

Literatuur

Vragen 1-2

Avonts D. Condylomata acuminata. SOA bulletin 1991; 12(juni): 11.

Vraag 3

Jamin R. De voorhuidzak. Huisarts Wet 1989; 32: 106-7.

Gercama AJ, De Voogt HJ. Urologische problemen. Utrecht: Bunge, 1987: 1-3.

Vragen 4-5

Henkes HE, Van Balen ATHM, Stilma JS. Oogheelkunde. Amsterdam, Brussel: Elsevier, 1989: 130-2, 224.

Vragen 6-8

Sluiter HJ, Deenstra H, Gijssels A, Hilvering C. Leerboek longziekten. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1985: 219.

Vraag 9

Van Aalderen WMC, Gerritsen J, Dankert-Roelse JE, Knol K. Mogelijkheden en onmogelijkheden bij de behandeling van jonge kinderen met CARA. Ned Tijdschr Geneesk 1986; 130: 2337-40.

Vraag 10

Van Montfrans G, et al Een bloeddrukmanchet voor allen, een aanbeveling. Ned Tijdschr Geneesk 1988; 132:330-3.

Vraag 11

Swales JD, Ramsay LE, Coope JR, et al. Report of the British Hypertension Society Working Party. Treating mild hypertension. Agreement from large trials. Br Med J 1989; 298:694-8.

Vragen 12-13

Bonsema K, Boutens EJ, Kaiser V, Stoffers HEJH. NHG-standaard Perifeer arterieel vaatlijden. Huisarts Wet 1990; 33: 440-6.

Vragen 14-17

Knottnerus J, Volovics A. Het onderscheidend vermogen van diagnostische tests. Huisarts Wet 1989; 32: 338-46.

Vroege alcoholproblematiek 1

Van Limbeek et al. snijden in hun commentaar op de NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik een interessant beslistkundig probleem aan, dat verder reikt dan alleen het nut van de CAGE-test bij alcoholgebruik. In hun betoog draait het vooral om het gebrek aan gegevens over prior kansen op alcoholmisbruik bij verschillende groepen.¹

Voor het gemak wordt de prior kans in veel artikelen gelijkgesteld met de prevalentie (of incidentie) van de aandoening. Nu is dat eigenlijk alleen juist bij het gebruik van tests in screeningssituaties, waarbij er geen enkele voorkennis over patiënten is. Het is gebruikelijk te veronderstellen dat artsen de prior kansen kunnen verhogen door gerichte vragen te stellen. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat die vragen ook discrimineren tussen ziek en gezond. Stapsgewijs zou dan na elke vraag de voorspellende waarde voor de gezochte ziekte iets hoger worden. Voor elke test is er dan theoretisch een iets hogere prior kans.

Formele tests, of dat nu vragenlijsten zoals de CAGE of laboratoriumbepalingen zijn, worden pas na een aantal inleidende vragen verricht. *Van Limbeek et al.* stellen nu dat het combineren van verschillende symptomen geen garantie is dat men de prior kansen op alcoholproblemen in een deelpopulatie verhoogt. Elke combinatie beschrijft volgens hen een nieuwe deelpopulatie met een nader vast te stellen prevalentie van de aandoening. Helaas is er vrijwel geen onderzoek gedaan naar de voorspellende waarden van allerlei symptomen bij bepaalde aandoeningen. Dat geldt niet alleen voor alcoholgebruik, maar ook voor veel andere klachten. Als er geen juiste prior kansen per deelpopulatie zijn, kun je geen sommen maken en heb je dus weinig aan formele beslistkundige strategieën.

Strikt geredeneerd kun je, wanneer je aan de veilige kant wil blijven en toch wil rekenen, dan ook alleen gebruik maken van de prior kansen in de open populatie (de gehele bevolking, eventueel uitgesplitst naar bekende factoren als geslacht en leeftijd). *Van Limbeek et al.* doen dat ook. Na twee vierveldentabellen met verschillende prior kansen concluderen zij dat de CAGE in de huisartspraktijk alleen goed is om alcoholproblematiek uit te sluiten. De prior kans in de huisartspraktijk ligt immers volgens hen eerder rond de 8 dan rond de 40 procent.

Deze theoretische rechtlijnigheid werkt echter slecht in de spreekkamer. De huisarts zit daar immers met een diagnostisch probleem. Hij vermoedt op grond van een luchtje, vage klachten en wellicht enige voorkennis, dat mijnheer Van Dam een alcoholprobleem heeft. Volgens *Van Limbeek et al.* mag hij dat vermoeden niet om-

zetten in een hogere prior kans dan de prevalentie in de totale bevolking. De CAGE bij mijnheer van Dam levert drie positieve antwoorden op, maar de voorspellende waarde komt niet hoger dan 59 procent. Op die manier kun je in de huisartspraktijk nooit een aandoening bevestigen, doordat prior kansen in de open bevolking per definitie laag zijn. Betere en vooral specifiekere tests zullen ook niet veel helpen, want de door hen aangehaalde cijfers over sensitiviteit en specificiteit voor de CAGE (84 procent en 95 procent) zijn in verhouding tot de meeste laboratoriumbepalingen zeer hoog.

Eén van de aspecten van het huisartsenvak is om gezonden gezond te verklaren, maar dat de huisarts nu moet ophouden met denken (om daardoor zijn prior kans te verhogen) en nooit meer iemand ziek mag noemen, gaat me toch iets te ver. Het is volstrekt juist om (huis)artsen te leren dat een positieve test niet automatisch betekent dat de patiënt ook ziek is, maar te ver doorgevoerde eisen maken het voor artsen helemaal onaantrekkelijk om zich in deze materie te verdiepen.² Het lijkt me verstandig om maar aan te nemen dat je de prior kans op alcoholmisbruik bij mijnheer Van Dam kunt verhogen door vragen, ruiken en het volgen van je intuïtie. Elke arts zal dan andere schattingen maken van de prior kans, maar als deze in de buurt van 'het zou best weleens kunnen' zit, is een positieve CAGE ook een middel om zijn vermoeden te bevestigen.³⁻⁵

Joost Zaat

¹ Van Limbeek J, Van Alem V, Wouters L. Vroege signalering van alcoholproblematiek in de huisartspraktijk. Kanttekeningen bij een NHG-standaard. Huisarts Wet 1992; 35: 72-77, 87.

² Detsky AS, Redelmeier D, Abrams HB. What's wrong with decision analysis? Can the left brain influence the right? J Chron Dis 1987; 40: 837-8.

³ Dolan JG, Bordley DR, Mushlin AI. An evaluation of clinicians' subjective prior probability estimates. Med Decis Making 1986; 6: 216-23.

⁴ Buchsbaum DG, Buchannan RG, Centor RM, et al. Screening for alcohol abuse using CAGE scores and likelihood ratios. Ann Intern Med 1991; 115: 774-7.

⁵ De Maeseneer J, Meyboom-de Jong B. Aanvullend onderzoek: meer dan sensitiviteit, specificiteit en voorspellende waarde. Huisarts Wet 1989; 32: 406.

Vroege alcoholproblematiek 2

In het artikel van *Van Limbeek et al.* over de NHG-standaard Problematisch Alcoholgebruik staat de waarde van diagnostische tests centraal.^{1,2} Hieronder worden in dit kader niet alleen vragenlijsten, maar ook symptomen en klachten verstaan.

waarmee de huisarts zijn patiënten ziet, zijn wij van mening dat het verstandiger (en wellicht wetenschappelijk ook verantwoord) is om zich eerder te richten op het uitsluiten dan op het bevestigen van een alcoholverslaving. Dit is ingegeven door de wetenschap dat de problematiek in de loop der tijd zal verergeren en daarmee duidelijker zal worden. Omdat de patiënt regelmatig door de huisarts zal worden gezien, zal deze in een later stadium gemakkelijker de diagnose kunnen stellen en ook minder moeite hebben om de patiënt daarmee te confronteren.

De portee van dit artikel is geenszins dat de voorgestelde handelwijze ook voor alle andere ziekten in de huisartspraktijk zou moeten gelden. Tot slot van ons artikel zwaaien wij dan ook lof toe aan het NHG voor zijn poging het proces van diagnostiek rond alcoholverslaving te voorzien van wat meer instrumentarium. Gegeven het gebrek aan wetenschappelijke kennis op dit terrein, hebben wij echter bezwaar tegen een stapsgewijze diagnostiek waarbij expliciet of impliciet wordt gesuggereerd dat het vermoeden op alcoholmisbruik op deze wijze bevestigd kan worden.

Overigens was ons artikel geen *oratio pro domo* voor het protocol van *Van Limbeek & Walburg*. Dat protocol wordt door ons evenzeer bekritiseerd.

Het lijkt alsof er met betrekking tot een standaard twee opvattingen mogelijk zijn: die van *Hoeksema et al.*, waarin de standaard dient als voertuig voor verdere communicatie tussen arts en patiënt, en een opvatting waarin een standaard wordt beschouwd als een sequentiële test-serie. In beide gevallen gaat het echter om een aantal wetenschappelijke problemen. De vraag welke beslissingen we het best kunnen nemen op grond van beschikbare testgegevens, is uiteraard steeds afhankelijk van de verdere loop van de gebeurtenissen, die buiten het bereik valt van de centrale vraagstelling van ons artikel.

Dr. J. van Limbeek
Drs. V. van Alem
Drs. L. Wouters

Aanvullende diagnostiek

Het thema 'laboratoriumonderzoek bij de klacht vermoeidheid'¹ is nogal gewaagd, omdat laboratoriumonderzoek nauwelijks bijdraagt tot het vergroten van de zekerheid over de diagnose vermoeidheid. De klacht levert voor de huisarts niet zozeer problemen op door de hoge incidentie, als wel door de niet-medische factoren, die hierbij van cruciaal belang zijn. Het belang van de anamnese^{2,3} wordt geïllustreerd in tabel 2

(pag. 184): zonder laboratoriumonderzoek neemt de zekerheid over de diagnose vermoeidheid toe van 55 naar 76 procent. Het hernieuwde contact is op zichzelf dus al verhelderend voor de diagnose.

Verder blijft onduidelijk wat er moet worden gedaan als afwijkende laboratoriumwaarden nieuwe vragen oproepen. Al verder zoekend de vermoeidheid van de patiënt vergroten? Herhaalt zich het proces dat de klinici 10-20 jaar geleden bezighield? Een 'mer a boire' aan nieuwe mogelijkheden, maar wat moet de huisarts ermee?^{4,5}

In hetzelfde nummer vergelijken *Kluijt et al.* de frequenties van röntgen- en laboratoriumonderzoek (pag. 190).⁶ Deze vergelijking gaat echter mank: de uitslag van laboratoriumonderzoek wordt door de huisarts zelf geïnterpreteerd; de beoordeling van röntgenonderzoek gebeurt door een ander; het gaat in feite om een verkapte verwijzing naar het tweede echelon.

J.H.A. Dambrink
huisarts te Franeker

¹ Zaat JOM, Schellevis FG, Kluijt I, et al. Laboratoriumonderzoek bij de klacht vermoeidheid. Huisarts Wet 1992; 35(5): 183-7.

² Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, et al. Relative contributions of history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. Br Med J 1975; ii: 486-9.

³ Rich EC, Crowson TW, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Arch Int Med 1987; 147: 1957-60.

⁴ Mayewski RJ, Mushlin AI, Griner PF. Principles of test selection and use. In: Griner PF, Panzer RJ, Greenland P. Clinical diagnosis and the laboratory: logical strategies for common medical problems. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1986: 1-35.

⁵ Sackett DI, Haynes RB, Tugwell P. Clinical epidemiology. Boston: Little, Brown and Company, 1985: 59-138.

⁶ Kluijt I, Zaat JOM, Van Eijk JThm, Van der Velden J. Huisarts en beeldvormende diagnostiek. Huisarts Wet 1992; 35(5): 188-91.

Naschrift

Vermoeidheid is één van de klachten waarbij huisartsen vaak laboratoriumonderzoek aanvragen.¹ Het is daarom de moeite waard het nut van dergelijke tests te bestuderen. Natuurlijk spelen bij deze klacht allerlei factoren een rol, maar laboratoriumtests lijken nogal eens gebruikt te worden om te kunnen schiften tussen 'pluis' en 'niet pluis'. Dit blijkt onder andere uit het relatief hoge percentage onzekere diagnoses in het eerste consult. Tijd is echter, zoals Dambrink terecht opmerkt, wellicht het belangrijkste diag-

nosticum. De strekking van ons artikel is dan ook dat de huisarts het beste even kan afwachten bij vermoeidheid die niet uit de anamnese is te verklaren. Daarmee kan hij uiteindelijk met evenveel zekerheid een diagnose stellen als met laboratoriumonderzoek.

Gewoonlijk worden bij onderzoek naar het gebruik van aanvullende diagnostiek zowel laboratoriumtests als röntgenaanvragen betrokken.² Dat betekent uiteraard niet dat het om vergelijkbare grootheden gaat. In beide gevallen beslist de huisarts (samen met de patiënt) echter óf onderzoek nodig is. Bij het bestuderen van het gedrag van huisartsen is het dan ook logisch naar beide vormen van diagnostisch handelen te kijken. Overigens behoort de huisarts ook de uitslag van röntgenonderzoek te beschouwen als een diagnostische test, en moet hij zelf bij de interpretatie van de uitslag het klinische beeld (en de prior kans op een afwijking) betrekken.³

Joost Zaat

¹ Kluijt I, Zaat JOM, Van der Velden J, Van Eijk JThm. Voor een prikje? Het gebruik van klinisch chemische, hematologische en serologische bepalingen door de huisarts. Huisarts Wet 1991; 34: 67-71.

² Eisenberg JM, Nicklin D. Use of diagnostic services by physicians in community practice. Med Care 1981; 19: 297-309.

³ Knottnerus JA, Sturmans F. Over vertekening van testuitslagen door reeds aanwezige informatie. Practitioner (NI) 1985; 2: 287-95.

KENNISTOETS

Antwoorden van pag. 323-324.

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