

Vaginale klachten in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Boeke AJP, Dekker JH. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1992; 239 pagina's. ISBN 90-5383-101-0.

'De vagina geurt; gelukkig maar', zo luidt één van de stellingen bij het proefschrift van Boeke & Dekker. Met deze stelling weerspreken zij de negatieve associaties die doorgaans worden opgeroepen door het verschijnsel vaginale geur. Een hinderlijke geur en andere vaginale klachten waren het studieobject van beide auteurs. Het resultaat is een prettig leesbaar proefschrift.

Dit onderzoek werd geboren in de schoot van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het NHG. De veronderstelling was dat de huisarts bij vaginale klachten bijna altijd de juiste diagnose kan stellen door gerichte anamnese en microscopisch onderzoek van de fluor. Vanwege de betrekkelijke onbekendheid van het syndroom 'bacteriële vaginose' en de noodzaak van het opsporen van Chlamydia trachomatis kregen deze twee infecties ruime aandacht in het onderzoek.

De onderzoekspopulatie bestond uit 752 vrouwen van 15-55 jaar, die tussen 1 november 1987 en 1 juni 1990 de 35 aan dit onderzoek meewerkende huisartsen bezochten met vaginale klachten. Deze huisartsen hielden praktijk in Amsterdam (24), Twente (8) en Utrecht (3). De getallen uit Twente waren klein; tijdens de onderzoeksperiode werd daar zelfs geen chlamydiasis geïdentificeerd.

Bij elke vrouw werd speculumonderzoek gedaan om de fluor te beoordelen; er werden kweken afgenomen op Neisseria gonorrhoea, Candida albicans, Trichomonas vaginalis, Gardnerella vaginalis en Chlamydia trachomatis. De pH van de fluor werd gemeten en er werden preparaten gemaakt voor microscopisch onderzoek. Voorts werden klachten, demografische gegevens en gegevens als voorgeschiedenis en medicijngebruik genoteerd. De deelnemende patiënten vulden een vragenlijst in met vragen over aard/ernst en duur van de klachten, seksueel gedrag, eventuele anticonceptiemethode en de reden van het contact.

Na microbiologisch onderzoek kon in 37 procent van de gevallen een candidiasis geconstateerd worden; 18 procent van de klachten berustte op een bacteriële vaginose, 8 procent op een chlamydiasis, en bij 6 procent van de klachten was Trichomonas vaginalis de oorzaak. Bij 34 procent van de vrouwen kon geen diagnose worden gesteld.

Het percentage bacteriële vaginose was laag vergeleken met andere studies. Een verklaring hiervoor is dat in dit onderzoek pas van een bacteriële vaginose werd gesproken, als was voldaan aan welomschreven criteria én geen

andere infecties in het spel waren. De criteria waren: homogene fluor, pH van de fluor >4,5, positieve aminetest en clue cellen in het fysiologisch-zoutpreparaat. Pas bij drie van de vier criteria werd gesproken van een bacteriële vaginose. Het percentage Chlamydia trachomatis was hoog – 8 procent – wat mogelijk te wijten is aan de voornamelijk Amsterdamse onderzoekspopulatie.

Een onder 21 huisartsen verricht validiteitsonderzoek naar de beoordeling van de vaginale fluor liet zien dat de huisarts voldoende zekerheid heeft om een beleid te kunnen uitzetten, mits hij alert is op SOA, met name Chlamydia. Kweken is dan noodzakelijk.

Kweken op Candida en Trichomonas is dus niet vaak nodig. Wil de huisarts, ondanks anamnese en microscopisch onderzoek, toch meer zekerheid, dan kan hij volstaan met een afname met een wattenstok uit de cervix voor het vaststellen van respectievelijk Candida albicans, Trichomonas vaginalis en Neisseria gonorrhoea. Voor de nauwkeurigste diagnose op Candida en Trichomonas moet men zowel uit de cervix als uit de fornix posterior kweken. In de praktijk lijkt me dat zelden noodzakelijk.

Er is weinig bekend over de waarde die allerlei informatie heeft voor het voorspellen van de diagnose bij vaginale klachten. Bij 610 vrouwen werd onderzocht of er een voorspelling kon worden gedaan met betrekking tot de drie diagnoses van het onderzoek. Conclusie is dat bijna altijd fluoronderzoek moet plaatsvinden. Gegevens uit anamnese, lichamelijk onderzoek en microscopisch onderzoek verhogen de voorspellende kracht, maar de samenhang tussen klacht en diagnose is te zwak om er een beleid op te baseren. Jeuk betekent niet altijd een candidose; geur suggereert bacteriële vaginose of Trichomonas, en bij vaginale klachten moet ook aan een Chlamydia-infectie worden gedacht. Kweken moet dus selectief gebeuren.

Chlamydia komt relatief vaak voor. Als voorspellers voor een Chlamydia werden gevonden: leeftijd <28 jaar, van Surinaamse of Antilliaanse afkomst, niet-toepassen van een barrière methode als anticonceptie, irrigatie, promiscuïteit, gekleurde fluor, verhoogd aantal leukocyten in het fysiologisch preparaat en afwezigheid van jeuk of irritatie. Door combinaties van deze indicatoren kan de huisarts een Chlamydia-infectie redelijk tot goed voorspellen en kan een testbeleid worden bepaald.

Het probleem bij het opsporen van Chlamydia-infecties is de diagnostische test. De celkweek gold als de gouden standaard, maar stelt hoge eisen aan de afname en het vervoer. Een meer huisartsvriendelijke test is de ELISA, maar hierbij ontbreken betrouwbare gegevens over de positief-voorspellende waarde. Deze bleek in

het onderzoek laag te zijn. Conclusie is dat men een positieve uitslag op een ELISA-test met grote terughoudendheid moet interpreteren. De betekenis van deze test is dus gering, te meer daar inmiddels andere testmethoden – onder andere de PCR – beschikbaar zijn. Naar mijn mening is er dan eigenlijk geen plaats meer voor de ELISA-test als diagnosticum voor Chlamydia.

Wat te doen bij vaginale klachten waarvoor geen microbiologische oorzaak kan worden gevonden? Dit was bij ongeveer een derde van de vrouwen in dit onderzoek het geval. Zij werden drie maanden lang vervolgd en aan het eind van die periode was meer dan de helft van hen spontaan klachtenvrij geworden. Bij minder dan 20 procent werd in de loop van de periode toch nog een specifieke infectie of bacteriële vaginose vastgesteld. Een afwachtende houding bij vaginale klachten van onbekende oorsprong is dan ook gerechtvaardigd, mits eerst goed onderzoek is verricht.

De auteurs signaleren zelf de beperkingen van de – voornamelijk Amsterdamse – onderzoekspopulatie. Toch heeft dit weinig consequenties voor de interpretatie van de resultaten van dit onderzoek, Chlamydia trachomatis uitgezonderd. Diagnostiek en behandeling van vaginale klachten horen thuis in de huisartspraktijk, mits de huisarts voldoende ervaring heeft met onderzoek van de fluor en alert blijft op een mogelijke SOA. Dit proefschrift bewijst dat nog eens.

A.J.G. Veehof

Huisarts en radiodiagnost Van der Does E, Van Engelshoven JMA, Dronkers DJ. Utrecht: Bunge, 1992; 119 bladzijden, prijs NLG 35,-. ISBN 90-6348-476-3.

Dit onderdeel van het *Practicum huisartsgeneeskunde* was na tien jaar toe aan een herdruk. Het voorwoord bij de tweede druk is veelbelovend: de tekst zou geheel zijn herzien en uitgebreid met enkele hoofdstukken. De posterior kans op een aandoening moet na aanvullend onderzoek beduidend verschillen van de prior kans, vinden de auteurs, en volgens hen kan dit boekje daartoe een bijdrage leveren.

De inleiding legt ons de theoretische achtergronden van het diagnostisch proces uit. Er is een leerzame tabel opgenomen met testkenmerken (sensitiviteit en specificiteit) van de meeste radiodiagnostische onderzoeken. Dan volgen zes praktijkgerichte hoofdstukken, die zijn opgebouwd rond goed gekozen, dus veel voorkomende en herkenbare, casus. Onmiskenbaar is de bedoeling om het diagnostisch proces van de

huisarts stap voor stap te volgen en van adviezen op radiodiagnostisch terrein te voorzien. Onvervaard beginnen de auteurs met het hoofd-halsgebied. Ze jagen de lezer de stuipen op het lijf met niet-consoliderende zygomafacturen, maligne neoplasmata van de schildklier en hersentumoren. Tweedelijngeneeskunde dus. Terloops wordt diafanoscopie geadviseerd, zonder de matige testkenmerken ervan te melden. De hoofdstukken over het skelet en de thorax bevatten veel nuttige tekst, maar de lezer moet er zelf richtlijnen uit destilleren. Volgt een verwarrend hoofdstuk over de mamma. De gangbare classificatie van uitslagen in hoofdlettercodes ontbreekt. Er wordt een ander beleid geschetst dan de NHG-standaard mammografie adviseert. Maar in de inleiding hadden we toch een pagina-grote reproductie van het bijbehorende kaartje gezien? Het hoofdstuk over het abdomen biedt uitstekende waar: meedenken met de huisarts door de voors en tegens van diverse vormen van onderzoek steeds tegen de situatie en elkaar af te wegen. Aan het vaatstelsel worden vier bladzijden gewijd; daar kon dus weinig misgaan. Besloten wordt met een moeilijk leesbaar hoofdstuk over beeldvormende technieken en een degelijk verhaal over stralingsrisico's en complicaties van röntgenonderzoek.

De beloften uit het voorwoord worden op slechts enkele fronten waargemaakt. Huisartsen en zij die dat proberen te worden, hebben weinig aan dit boek. Bij het opzetten van onderwijs en nascholing is het een nuttige informatiebron.

Rob Jamin

De kern van de huisartsgeneeskunde *De Haan M, Van de Lisdonk EH, Voorn ThB. Utrecht: Bunge, 1992; 191 bladzijden. ISBN 90-6348-436-4. NLG 42,50/BEF 850.*

Dit boek bestaat uit vijf hoofdstukken. Onder de algemene titel 'De vraag van de patiënt' worden in de eerste twee daarvan onder meer opvattingen over ziekten/zieken/gezonden, enkele basisbegrippen uit de epidemiologie, het beloop van ziekten en de morbiditeit in de huisartspraktijk behandeld. Vervolgens komt het antwoord van de huisarts aan bod. Dit omvat de plaats en functie van huisarts binnen het gezondheidszorgstelsel alsmede de werkwijze van de huisarts. Deze wordt behandeld aan de hand van de arts-patiënt relatie, het hulpverleningsproces, het medisch probleem-oplossen, de gezinsgeneeskunde en de somatische fixatie. In dit hoofdstuk klinken de persoonlijke voorkeuren van de auteurs door, zonder dat dit overigens storend werkt. Het boek besluit met een hoofdstuk over de praktijkvoering. Dit deel is nogal rommelig en

bevat overbodige tabellen over de inhoud van het ampullenétui, de inhoud van de visitetas en een lijst van instrumenten en verdere uitrusting voor de huisarts; had beperkt kunnen blijven tot de paragraaf over de sociale kaart.

Elke paragraaf is voorzien van leerdoelen. De hoofdstukken worden afgesloten met een casus voorzien van open vragen. Er is een uitgebreide lijst van definities, een literaturopgave met hoofdzakelijk overzichtsartikelen, hier en daar van een al wat oudere datum, en een compleet register. Door het overzichtskarakter is dit boek geschikt als handleiding bij de introductiecolleges huisartsgeneeskunde voor eerstejaars studenten. Dit verklaart wellicht de docerende toon en de stelligheid van sommige uitspraken. De extramurale hulpverlening komt redelijk aan bod, de ziekenhuisgeneeskunde en verpleeghuiszorg worden onderbelicht. Het gevaar is daardoor niet denkbeeldig dat de student een geïsoleerd beeld krijgt van de huisartsgeneeskunde. De paragraaf over de werkwijze van de huisarts verdient meer aandacht, wil dit boek een plaats krijgen in het huisartsgeneeskundige klinisch onderwijs in de jaren na de propedeuse. Dan zal de huisartsgeneeskundige denk- en handwijze vooral probleem- en procesgeoriënteerd worden behandeld en geïntegreerd.

In het woord vooraf wordt melding gemaakt van de recent in het rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen geformuleerde grondbeginselen van de huisartsgeneeskunde: algemene toegankelijkheid en continuïteit. Deze begrippen komen wel aan de orde, maar ze zijn jammer genoeg niet als leidraad gebruikt voor de tekst van alle hoofdstukken. Het boek kan uitstekend dienen als handleiding voor eerstejaars studenten, hoewel deze waarschijnlijk liever hadden gezien dat deze teksten in een veel goedkoper collegedictaat waren opgenomen.

Samenvattend: een goed leesbare, enigszins geïsoleerde inleiding op de huisartsgeneeskunde. De kern? Nou nee!

E. Schadé

Oefenen bij lage rugklachten [*Dissertatie*]. *Chavannes AW. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1992; 240 pagina's, prijs NLG 30,-. ISBN 90-393-0142-5. Verkrijgbaar bij de Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht, telefoon 030-331.123.*

Rugklachten komen vaak voor in de huisartspraktijk. De oorzaak blijft in de meeste gevallen onduidelijk, en ook is er onduidelijkheid over de juiste behandelstrategie. Vaak worden oefeningen voorgeschreven, maar de effectiviteit hier-

van is nog niet aangetoond met goed opgezet interventie-onderzoek. Het onderzoek van Chavannes, geïnitieerd vanuit de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap, is mooi opgezet en uitgevoerd. Het proefschrift beschrijft een interventie-onderzoek naar het nut van oefenen bij patiënten met acute lage-rugklachten in de huisartspraktijk.

Het onderzoek is opgezet als een gerandomiseerd therapeutisch experiment. Patiënten (n=473) met acute niet-specifieke rugklachten werden door 44 huisartsen verspreid over Nederland geselecteerd. Hierna werden de patiënten door loting ingedeeld in drie groepen. Groep I (oefengroep) kreeg gedurende 10 sessies een oefenpakket met instructie door een fysiotherapeut. Groep II (standaardgroep) kreeg standaard-voorlichting en analgetica. Groep III kreeg gedurende 10 sessies een minieme dosis ultrageluidtherapie (placebo) door een fysiotherapeut. De effectmaten waren: pijn, ervaren hinder en mobiliteit van de wervelkolom. Gedurende één jaar werden deze effectmaten vastgelegd op 25 meetmomenten. Hierbij werden tevens radicaire uitstraling, het aantal en de duur van de recidieven geregistreerd.

De belangrijkste uitkomst van het onderzoek is dat er tussen de drie therapiegroepen nauwelijks verschillen waren in het beloop van de klachten. In zeer informatieve figuren wordt dit beloop in de drie groepen zichtbaar gemaakt. In alle drie groepen daalde de pijn en ervaren hinder binnen 2-4 weken sterk. Daarna toonde het niveau van de pijn en ervaren hinder weinig fluctuaties meer. Alleen de beweeglijkheid van de wervelkolom was na één jaar groter in de oefengroep dan in de twee andere groepen. Dit lijkt echter de minst relevante effectmaat. De conclusie is dan ook dat het oefenprogramma niet effectief is bij deze patiëntencategorie.

Nadere analyse van een aantal subgroepen levert aanwijzingen op dat oefenen in bepaalde gevallen zelfs negatieve effecten heeft. Dat gold bijvoorbeeld voor patiënten bij wie de pijn van korte duur was, bij 'jongeren', bij patiënten met 'pijn alleen in de rug of bil' en bij patiënten met 'ervaring met andere fysiotherapie dan alleen oefentherapie'. Deze aanwijzingen dienen getoetst te worden in vervolgonderzoek.

De problematiek bij de diagnostiek en behandeling van rugklachten is met dit onderzoek niet opgelost. Chavannes is er echter in geslaagd een relevante vraagstelling in een goed opgezet onderzoek te beantwoorden. De beschouwing bevat concrete aanbevelingen voor de huisarts voor de behandeling (indien nodig) van rugpijnpatiënten met goede, middelmatige, en slechte prognose. Van harte aanbevolen.

Bart Koes