

# Fobieën, anorexia, koorts, aambeien, TIA, enkeldistorsie, claviculafractuur

## Fobieën

Mevrouw Askenazy, 43 jaar, komt op het spreekuur, omdat ze steeds angstiger wordt buitenshuis. Zo durft ze niet meer met de bus naar haar werk. Ze is extreem angstig, dat haar dan iets zal gebeuren. Tegenwoordig brengt een vriendin haar met de auto naar haar werk.

**1** *Hierbij past het best de omschrijving: agorafobie.*

Mevrouw De Jong, 55 jaar, heeft een poetsdwang. Als ze een dag niet alle kamers heeft gestoft en gestofzuigd, wordt ze angstig en onrustig. De laatste drie jaar is het echt erg, zo zegt ze zelf. Haar gezin wordt gek van haar en ze komt nauwelijks ergens meer, omdat ze steeds moet poetsen.

**2** *Om mee te beginnen heeft bij een dergelijke (obsessieve compulsieve) stoornis gedrags therapie de voorkeur boven inzichtgevende psychotherapie.*

## Anorexia

De moeder van Mirjam Daan, 20 jaar, komt bij de huisarts om haar zorgen te bespreken. Mirjam heeft anorexia nervosa, hetgeen zich een jaar geleden manifesteerde. Mirjam weegt nog 43 kilo bij een lengte van 1.68 meter. Ze studeert psychologie en heeft net haar propaedeutische met zeer goede cijfers gehaald. Ze woont op kamers. Ze is echter sinds enkele maanden thuis, omdat ze zich in toenemende mate 'beroerd' voelt. Ze menstrueert niet meer. Mevrouw Daan vraagt of het feit, dat Mirjam nog zulke goede studieprestaties levert, de prognose positief beïnvloedt.

**3** *Dit is inderdaad het geval.*

De huisarts vraagt of Mirjam 'vreetbuien' heeft en dan braakt, en of ze laxerende middelen neemt. Mevrouw Daan zegt dat ze daarop gelet heeft, maar dat dat zeker niet het geval is.

**4** *Dit gegeven beïnvloedt de prognose in gunstige zin.*

Mirjam lijkt de laatste tijd genegen zich te laten behandelen. Mevrouw Daan vraagt de huisarts naar de mogelijkheden. De huisarts vertelt dat in het stadium van Mirjam psychoanalyse de beste kans op genezing geeft.

**5** *Deze bewering is correct.*

## Koorts

De heer Van Beukering heeft de huisarts om een visite gevraagd, omdat hij al enkele dagen hoge

koorts heeft. Hij is twee weken geleden teruggekeerd van een voettocht door Indonesië. Hij blijkt de noodzakelijke profylaxe te hebben gekregen en gebruikt nu nog zijn malariaprofylaxe. In Indonesië had hij alleen wat diarree, waarvoor hij niets innam. De huisarts vindt een temperatuur van 40.1° en een pols van 80/minuut. De milt lijkt vergroot. Er is een wat vlekkelig exantheem op de buikhuid.

**6** *Deze bevindingen passen meer bij malaria dan bij febris typhoidea.*

De huisarts neemt zelf bloed af voor onderzoek en vraagt het laboratorium de uitslag zo snel mogelijk door te bellen. De eerste uitslag die wordt doorgebeld, is het aantal leukocyten en de differentiatie. Er is sprake van leukopenie en een aneosinofilie.

**7** *Deze bevindingen passen meer bij malaria dan bij febris typhoidea.*

Ciska Oliemans, 14 jaar, heeft een zonnesteek opgelopen. Ze gloeit en is flink koortsig. De huisarts geeft haar een antipyreticum mee (ter bestrijding van de koorts).

**8** *Dit is een correcte handelwijze.*

## Aambeien

De heer Van Zanten, 26 jaar, komt bij de huisarts op het spreekuur, omdat hij bij het toiletbezoek de laatste dagen bij het afvegen van zijn anus helderrood bloed zag op het toilet papier. De defecatie is pijnlijker dan normaal. Klachten van jeuk of irritatie heeft hij niet. Bij onderzoek ziet de huisarts twee kleine, niet getromboseerde hemorrhoiden buiten de anaalring, waarvan er één wat bloedt. Bij rectaal toucher vindt de huisarts geen afwijkingen. De huisarts stelt de heer Van Zanten gerust en legt uit dat het hier om uitwendige aambeien (hemorrhoiden) gaat.

**9** *Bij de behandeling dienen in dit geval adviezen voor voeding en leefwijze voorop te staan.*

**10** *In dit geval is een toevoeging van lidocaïne aan een neutrale aambeiencreme aangegeven.*

## TIA

De huisarts wordt voor een huisbezoek gevraagd bij de heer Veldhuyzen, een 55-jarige man. Een uur geleden had hij een 'aanval' waarbij hij dubbel zag, zeer moeizaam sprak en het gevoel had alsof de wereld om hem heen tolde. Hij is niet buiten bewustzijn geweest. Hij voelt zich nu weer bijna helemaal normaal. De

huisarts onderzoekt de heer Veldhuyzen: RR 180/110 mm Hg, pols 90 r.a., hart en longen geen afwijkingen, bij neurologisch onderzoek geen afwijkende bevindingen. De huisarts stelt de diagnose *transient ischaemic attack* (TIA).

**11** *Op grond van bovenstaande bevindingen is een TIA in het carotisstroomgebied waarschijnlijker dan een TIA in het vertebrobasilaire stroomgebied.*

De heer Veldhuyzen heeft gehoord dat hij na een TIA een grote kans heeft om een 'beroerte' (ischemisch CVA) te krijgen, en wil van de huisarts weten of dat inderdaad zo is. De huisarts antwoordt hierop dat ongeveer een derde van de mensen die een TIA hebben gehad, een beroerte krijgt.

**12** *Deze informatie is correct.*

## Enkeldistorsie

Tijdens het joggen is de heer De Vries, 56 jaar oud, flink door zijn enkel gegaan; de voet klapte naar binnen. Hij is bang dat er iets gebroken is in de enkel. Bij onderzoek blijkt er sprake te zijn van een fors hematoom ter hoogte van de laterale malleolus. Het actief bewegingsonderzoek is pijnlijk en licht beperkt. Er is duidelijke drukpijn op en rond de laterale malleolus. De voet kan, zij het met moeite, worden belast. Het overige onderzoek levert geen afwijkingen op. Op basis van deze gegevens besluit de huisarts een röntgenfoto van de enkel te laten maken.

**13** *Het (forse) hematoom heeft een hogere voorspellende waarde voor een fractuur dan de drukpijn op de laterale malleolus.*

Op foto zijn geen aanwijzingen voor fracturen. Tot de correcte adviezen volgens de NHG-Standaard Enkeldistorsie behoort/behoort op dit moment:

**14** *IJsapplicatie.*

**15** *Het aanleggen van een drukverband.*

## Claviculafractuur

De heer Van Delft, 33 jaar oud, komt tijdens de weekenddienst bij de huisarts na een val op zijn rechterschouder tijdens het fietsen. Hij geeft pijn aan ter hoogte van de clavicula. Bij onderzoek vindt de huisarts een fractuur van het middelste deel van de rechterclavicula met lichte dislokatie. De huid is intact en er zijn geen verdere afwijkingen ter hoogte van de rechter schouder. Op neurovasculair gebied zijn er ook geen afwijkingen. De huisarts besluit de heer Van Delft te behandelen met een mitella.



**16 Deze behandeling is correct.**

Na het aanleggen van de mitella geeft de huisarts het advies om, op geleide van de pijn, de schouder en elleboog te oefenen (bijvoorbeeld koffiemalen, slingeren).

**17 Dit is een correct advies.**

**Antwoorden op pag. 74**

**Literatuur**

Vraag 1

Emmelkamp PMG, Bouman TK, Scholing HA. Angst, fobieën en dwang: diagnostiek en behandeling. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1989: 184.

Vragen 3-5

Weeda-Mannak WL. Vroege herkenning en beleid bij anorexia nervosa in de adolescentieleeftijd. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 237-40.

Vragen 6-7

De Geus A. Onderzoek bij ziekte na terugkeer uit de (sub)tropen. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 797.

Vraag 8

Winterberg DH, de Groot CJ. Bestrijding van koorts als gevolg van infecties bij kinderen, zinvol of gevaarlijk? Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 1960.

Vragen 9-10

Farmacotherapeutisch Kompas 1990-1991: 290-1.

Vragen 11-12

Thijs LG, Delooy HH, Goris RJA, red. Acute geneeskunde. Utrecht: Bunge, 1987; 122-3.

Vragen 13-15

NHG-Standaard Enkeldistorsie. Huisarts en Wetenschap 1989; 32: 523-6.

Vragen 16-17

Van der Werken C, Hoofwijk AGM. Fracturen en pseudarthrosen van het sleutelbeen. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 788-90.

Deze toetsvragen zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband van het IOH; zij worden gebruikt in landelijke kennistoetsen, bestemd voor huisartsen-in-opleiding (zie ook Huisarts Wet 1990; 33: 250). Nadere informatie bij mw. drs. M.C. Pollemans, arts/onderwijskundige, mw A.W.M. Kramer, huisarts, of J.A.H. Eekhof, huisarts/coördinator kennistoets, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

**Psychological sequela of miscarriage: a controlled study using the general health questionnaire and the hospital anxiety and depression scale** Thapar AK, Thapar A. *Br J Gen Pract* 1992; 42, 94-6.

In deze studie werd bekeken of psychische problemen meer voorkomen na het doormaken van een miskraam dan in de vroege zwangerschap.

In een ziekenhuis werden 60 vrouwen die een miskraam hadden gehad, en 62 vrouwen die de antenatale polikliniek bezochten, onderzocht. Hierbij werd gebruik gemaakt van de 28-delige algemene gezondheidsvragenlijst en de angst- en depressieschaal van het ziekenhuis. Beide werden voorgelegd in het eerste contact en zes weken later.

Vrouwen die een miskraam hadden gehad, waren duidelijk angstiger en scoorden hoger op de subschaal van ernstige depressie dan de zwangere vrouwen, zowel in het eerste contact als zes weken later. Na zes weken kwamen meer somatische symptomen voor bij de groep die een miskraam had doorgemaakt.

Marga Nonneman

**Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure** The SOLVD Investigators. *N Engl J Med* 1991; 325: 293-302.

Decompensatio cordis heeft als ziektebeeld een vrij hoge mortaliteit en is verantwoordelijk voor veel ziekenhuisopnamen. Zelfs een gematigd effectief medicijn kan hierdoor al veel sterfgevallen en opnamen voorkomen. Als onderdeel van een grotere studie (Studies Of Left Ventricular Dysfunction – SOLVD) werd in dit onderzoek gekeken naar het effect van behandeling van patiënten met decompensatio cordis met een ACE-remmer (enalapril) op de mortaliteit en het aantal ziekenhuisopnamen.

De bijna 2600 patiënten die tot deze deelstudie werden toegelaten, hadden allen decompensatio cordis met een ejectionfractie  $\leq 0,35$  en werden hiervoor al met andere middelen behandeld. De behandeling met enalapril werd gestart met 2,5 mg of 5 mg tweemaal per dag en zo nodig verhoogd tot tweemaal 10 mg maximaal per dag.

Na vier jaar waren in de enalapril-groep 452 patiënten overleden en in de placebogroep 510. Dit komt neer op een vermindering van het risico op overlijden bij gebruik van enalapril

van 16 procent. Dit verschil kwam met name tot uiting in de eerste twee jaar van de behandeling. De kans op overlijden door een cardiovasculaire oorzaak in het algemeen daalde in de enalapril-groep met 18 procent, die door decompensatio cordis met 22 procent. Keek men naar het aantal overledenen en het aantal ziekenhuisopnamen samen, dan was er in de enalapril-groep 26 procent minder kans op overlijden dan in de placebogroep (736 tegen 613). Als men alleen het eerste jaar bekeek, dan bedroeg de risicoreductie zelfs 40 procent.

Aan het einde van de studie bleek bijna de helft van de patiënten 10 mg enalapril tweemaal daags te gebruiken. Veel patiënten klaagden over bijwerkingen: 87 procent in de enalapril-groep tegen 82 procent in de placebogroep! In de enalapril-groep kwamen significant meer duizeligheid, flauwvallen en hoest voor. De bloeddruk werd iets lager, de serumkreatinine en -kalium stegen iets in de behandelde groep.

Ook na de eerste twee jaar bleek het effect van enalapril te blijven bestaan. Daar in de placebogroep meer mensen tevens andere vasodilatatoren gebruikten, lijkt het effect zelfs nog iets te zijn onderschat. Bijna alle patiënten konden poliklinisch op enalapril worden ingesteld. Wel moet men goed bedacht zijn op hypotensie en een verhoogde kaliumspiegel.

Of de resultaten ook gelden voor patiënten met een lage ejectionfractie zonder symptomen van decompensatio cordis, wordt in een andere deelstudie van de SOLVD-trial bekeken.

Germa Joppe

**Controlled trial of fasting and one-year vegetarian diet in rheumatoid arthritis** Kjeldsen Kragh J, Haugen M, Borchgrevink CF, et al. *Lancet* 1991; 338: 899-902.

De auteurs vroegen zich af of een speciaal dieet de klachten ten gevolge van reumatoïde artritis (RA) blijvend kan verminderen. Het is bekend dat de klachten na een periode van vasten kunnen afnemen, om bij hervatting van de oude voedingsgewoonten weer toe te nemen. De auteurs onderzochten het effect van een korte periode van vasten, gevolgd door een jaar met individueel aangepast vegetarisch eten.

At random werden 53 RA-patiënten ingedeeld in een dieetgroep of een controlegroep. De dieetgroep begon met gedurende 7-10 dagen vasten; de patiënten mochten alleen kruidenthee, groentesoep, en sap van wortelen, bieten en selderij. Hierna werd elke twee dagen één voedingsbestanddeel toegevoegd. Als er



binnen 2-48 uur een verergering van pijn, stijfheid of gewrichtszwelling optrad, werd de laatste toevoeging gedurende minstens één week weggelaten. Indien de symptomen na hervatting opnieuw verergerden, werd dit ingrediënt voor de rest van het proefjaar weggelaten. Gedurende de eerste 3-5 maanden werd bovendien nog alle voedsel met gluten, ei, zuivel, geraffineerde suiker of citrusvruchten weggelaten uit het dieet. Na deze periode werden deze producten één voor één in het menu opgenomen. De leden van de controlegroep waren vrij in wat ze aten; zij hielden eveneens bij wat er gegeten was en hoe de reactie hierop was.

Eén reumatoloog controleerde de patiënten (zonder te weten bij welke groep ze waren ingedeeld) bij het begin, na vier weken en vervolgens om de drie maanden. De controle bestond uit anamnese, lichamelijk onderzoek en laboratoriumbepalingen. Bij het eerste en het laatste onderzoek werden tevens röntgenfoto's gemaakt van handen, polsen en voorvoeten.

Bij de 'behandelde' groep bleek na één maand, naast een subjectieve, ook een objectieve verbetering opgetreden te zijn ten aanzien van ochtendstijfheid, gewrichtszwelling, knijpkracht, bezinking en leukocytenaantal. Deze winst bleef gedurende de rest van het jaar behouden. Bij de controlegroep waren de klachten niet afgenomen. De dieetgroep vertoonde een groter gewichtsverlies dan de controlegroep.

Een individueel aangepaste voeding bleek dus een bruikbare toevoeging te zijn aan de behandeling van reumatoïde artritis.

M. Sanders

**The effect on survival of early treatment of human immunodeficiency virus infection** *Graham NHM, Zeger SL, Park LP, et al. N Engl J Med 1992; 326: 1037-42.*

In dit onderzoek werd nagegaan of het zin heeft Hiv-positieve patiënten die nog geen Aids hebben, profylactisch te behandelen met zidovudine. Hiertoe werden ruim 2500 Hiv-positieve mannen gedurende 24 maanden gevolgd. Onderscheid werd gemaakt tussen patiënten met een normaal aantal DC4 (t<sup>d</sup> helper cel) lymfocyten (ongeveer tweederde van de populatie), patiënten met een verlaagd aantal DC4-cellen, van wie een kwart ook symptomen had, zoals koorts, diarree of Candida-infecties (ongeveer 20 procent), en patiënten bij wie geen DC4-cellen meer waren aan te tonen; van deze laatste groep had de helft reeds symptomen.

De patiënten werden tot 1991 gevolgd. In de groep met een normaal aantal DC4-cellen was de mortaliteit zo gering dat er geen significant verschil bestond tussen de behandelde en de onbehandelde patiënten. Bij de groep met een verlaagd aantal DC4-lymfocyten gaf zidovudine echter een significante verbetering van de overlevingskans. Dit was ook het geval in de groep waar DC4-lymfocyten afwezig waren, zij het dat de mortaliteit in deze groep zeer hoog was; onder de behandelde patiënten met symptomen zelfs 50 procent.

Vervolgens werd nagegaan of profylactische behandeling van *Pneumocystis carinae* pneumonie (PCP) – die pas in het laatste onderzoeksjaar ter beschikking kwam – nog invloed had op de overlevingskansen. PCP-profylaxe gecombineerd met zidovudine bleek vooral op langere termijn (24-28 maanden) een significante verbetering van de overlevingskansen te geven. Dit was vooral duidelijk bij patiënten met een verlaagd aantal DC4-lymfocyten.

H.G. Frenkel-Tietz

**Effect of family history, body fat distribution and reproductive factors on the risk of postmenopausal breast cancer** *Seller TA, Kushi LH, Potter JD, et al. N Engl J Med 1992; 326: 1323-9.*

In een prospectief onderzoek werd nagegaan welke factoren het ontstaan van borstkanker bevorderen. Hiertoe werden in de staat Iowa ruim 37.000 vrouwen van 55-69 jaar geënuquëteerd. Er werd naar het familiair voorkomen van mammacarcinoom geïnformeerd en daarnaast werden ook lengte, lichaamsgewicht en verhouding taille-heupomtrek geregistreerd. Indien dit laatste cijfer hoger is dan 0,9, is er sprake van een mannelijke vetverdeling. Ook de pariteit en leeftijd tijdens de eerste partus werden genoteerd.

Bij ruim een achtste van de ondervraagden kwam mammacarcinoom in de familie voor. In de loop van vier jaar traden in deze groep ruim 500 gevallen van mammacarcinoom op. Bij analyse van de gevallen bleek dat de kans op mammacarcinoom in de menopauze 50 procent groter was bij vrouwen met een positieve familie-anamnese. Het risico nam ook toe met het stijgen van het lichaamsgewicht en de Quetelet-index, en met een mannelijke vetverdeling. Ook indien de eerste partus ná het 30ste levensjaar had plaatsgevonden, was de kans op een mammacarcinoom groter, terwijl multipariteit juist een beschermende invloed had. Al deze

factoren betekenden nog een extra risico voor de vrouwen die op grond van hun positieve familie-anamnese al een grotere kans op mammacarcinoom hadden.

De schrijvers trekken hieruit de conclusie dat er etiologische verschillen bestaan bij het optreden van mammacarcinoom bij vrouwen met een positieve familie-anamnese en solitaire gevallen.

H.G. Frenkel-Tietz

## KENNISTOETS

### Antwoorden pp. 72-3

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

## H&W

### Huisarts en Wetenschap als documentatiebron

Het bibliografische register van Huisarts en Wetenschap is op drie manieren toegankelijk:

- In *boekvorm*: het cumulatieve register 1972-1991 (251 pagina's, prijs NLG 12,50). Het kan schriftelijk of telefonisch worden besteld bij het NHG-bureau, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht; telefoon 030-881.700; fax 030-870.668.
- Als *disketteversie*: 1972-1991 + aanvulling 1992, te bestellen bij Meerschap Automatisering te Amsterdam; telefoon 020-671.5336, kosten minimaal NLG 54,50.
- Via de *documentatieservice* van het redactiesecretariaat van *Huisarts en Wetenschap*, Postbus 3176, 3502 GD Utrecht; telefoon 030-881.700; fax 030-870.668. De kosten bedragen NLG 5,- per trefwoord per pagina A4, met een minimum van NLG 15,-, exclusief portokosten.