

Bemoeilijkte mictie, erysipelas, ezels & steen

Bemoeilijkte mictie I

Dat de ontwikkelingen in de (huisarts)geneeskunde snel gaan, bewijst de NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen.¹ In 1992 is begonnen met het formuleren van deze standaard, en inmiddels zijn we alweer een stuk verder, met name op het gebied van de behandeling van benigne prostaathyperplasie (BPH). Door Stoner zijn recent langere-termijnresultaten van finasteride beschreven. De conclusie is dat finasteride, naast 'watchful waiting' of chirurgie, een aanvullende rol kan spelen bij de behandeling van symptomatische BPH, mede dankzij een zeer gunstig bijwerkingen- en veiligheidsprofiel.² In de laatste druk van het *Farmacotherapeutisch Kompas* wordt de farmacotherapie van BPH ook duidelijk uiteengezet.³ In dit licht zou noot 20 herbeoordeeld en herschreven moeten worden.

Pathofysiologisch gezien is BPH verbonden aan het stijgen van de leeftijd. Behandeling van BPH met een alfa-blokker beïnvloedt de hyperplasie niet, maar schuift slechts de symptomatologie vooruit. Daarbij moet men ook rekening houden met de beschreven bijwerkingen. Indien de complicaties van BPH en/of verergering van de mictieklachten (noot 7) verdere therapie noodzakelijk maken, rest volgens de standaard slechts operatie. Zoals in de paragraaf 'Operatieve therapie' wordt vermeld, is het succes van transurethrale resectie van de prostaat maar matig. De vraag is of je patiënt zo'n operatie wilt aandoen of besparen.

Tot slot een kritische noot over de paragraaf 'Aanvullend onderzoek'. Urineflowmetrie lijkt een waardevolle toevoeging aan de diagnostiek, waarmee de mictieklachten geobjectieverd kunnen worden. Echografie van de blaas (retentie), eventueel aangevuld met een transrectale echo van de prostaat (volume/carcinoomdiagnostiek) komt volgens ons veel eerder in aanmerking dan de echoscopische opsporing van hydronefrose.

A.A. Bon, huisarts te Aalsmeer
C. Wille, huisarts te Hoofddorp

- 1 Klomp MLF, Garcama AJ, De Jonge-Wubben JGM, et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen. Huisarts Wet 1994; 37(8): 357-65.
- 2 Stoner E. Three-year safety and efficacy data on the use of finasteride in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Urology 1994; 43: 284-94.
- 3 Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas 1994. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994.

Bemoeilijkte mictie II

In de NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen wordt onder medicamenteuze therapie gesteld, dat voor behandeling met finasteride in de huisartspraktijk vooralsnog geen plaats is.¹ De motivatie hiervoor is dat de invloed op de klachten op korte en middellange termijn beperkt is en dat het relatief lang duurt (2-6 maanden) voordat klinisch enig effect merkbaar is.

Indien een huisarts zich houdt aan de regels der diagnostiek van benigne prostaathyperplasie (BPH), is er mijns inzien geen enkel bezwaar tegen om in de huisartspraktijk met finasteride te behandelen. Indien wenselijk, kan de diagnose BPH in overleg met een uroloog worden gesteld. Daarnaast zijn er weinig nadelen verbonden aan een mogelijk wat langere behandelingsduur met finasteride effect wordt bereikt. Met de selectieve alfa-blokkers is het effect op de 'irritatieve' klachten waarschijnlijk wel sneller, maar oorzakelijk wordt er niets aan de vergrote prostaat gedaan.² Een behandeling met finasteride betekent, naast verlichting van de klachten, ook een oorzakelijke aanpak: de prostaat neemt af in volume.³ Binnen de huisartspraktijk zijn er verschillende parameters (rectaal toucher, IPSS, plasdagboek) om het effect te registreren. Daarnaast zou je de effecten door middel van een echo, mictiecystografie of uroflowmetrie door de uroloog kunnen laten beoordelen.

Mijn ervaring is dat finasteride een welkome aanvulling is op het arsenaal dat de huisarts heeft om BPH aan te pakken. Het feit dat je een lange behandeling nodig hebt, is geen bezwaar in de praktijk; het dwingt je juist om een weloverwogen beslissing te maken en een goede regelmatige controle in te stellen. En dat is wat je bij BPH nodig hebt.

R.S. van Coevorden,
huisarts te Amsterdam

- 1 Klomp MLF, Garcama AJ, De Jonge-Wubben JGM, et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen. Huisarts Wet 1994; 37(8): 357-65.
- 2 Peters DH, Sorkin EM. Finasteride. A review of its potential in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Drugs 1993; 46: 177-208.
- 3 Gormley GJ, Stoner E, Bruskewitz RC, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. N Engl J Med 1992; 327: 1185-91.

Bemoeilijkte mictie III

Het is jammer dat in de NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen¹ geen plaats wordt geboden voor een betere samenwerking tussen huisarts en uroloog. Juist bij de groep patiënten met prostatisme zou samenwerking kunnen leiden tot optimale zorg voor de patiënt, waarbij de huisarts een centrale rol zou blijven spelen. Daarbij valt te denken aan de grote groep waarbij de diagnostiek niet eenduidig is, maar behandeling door de uroloog niet strikt noodzakelijk lijkt. Samenwerking zou mogelijk zijn in de vorm van een eenmalige consultatie van de uroloog, bijvoorbeeld ter toetsing van het rectaal toucher.

Hoewel de termen 'prostaathypertrofie' en 'prostaathyperplasie' vaak door elkaar worden gebruikt, is de term prostaathyperplasie toch de juiste benaming voor de afwijking waarvan hier sprake is. Het lijkt ons dan ook logischer om deze term te gebruiken.

Het is spijtig dat de NHG-standaard het gebruik van de International Prostate Symptom Score (I-PSS) onderbelicht. Deze symptoomscore is immers de eerste en enige score die internationaal binnen de urologie is geaccepteerd. De score is gevalideerd en de eerste resultaten zijn gepubliceerd.^{2,3}

Wanneer er bij het rectaal toucher wordt getwijfeld aan het benigne karakter van de prostaat, moet volgens de standaard het serum-PSA worden bepaald. Bij een PSA-waarde >10 ng/ml wordt een urologisch consult geadviseerd, bij een PSA-waarde tussen 4 en 10 ng/ml wordt geadviseerd de bepaling na drie maanden te herhalen en – bij een gelijk gebleven of lagere waarde – na één jaar nog eens een bepaling te verrichten. Dit is naar onze mening een onjuiste aanpak. Bij een verdacht rectaal toucher en een serum-PSA tussen 4 en 10 ng/ml is de kans op de aanwezigheid van een prostaatcarcinoom groot. Cooner et al. vonden bij 31 procent van hun patiënten met een abnormaal rectaal toucher en een serum-PSA tussen 4 en 10 ng/ml een prostaatcarcinoom.⁴ Catalona et al. vonden bij 22 procent van de patiënten in deze categorie een prostaatcarcinoom.⁵ Murphy et al. bevelen aan om bij elk afwijkend rectaal toucher een transrectaal echografisch onderzoek te laten verrichten, onafhankelijk van de hoogte van het serum-PSA.⁶ Ook Roehrborn et al. adviseren verder onderzoek bij een afwijkend rectaal toucher, omdat 22-34 procent van deze mannen een prostaatcarcinoom heeft.² Ook wij zijn van mening dat bij een afwijkend rectaal toucher een urologisch consult dient plaats te vinden.

De NHG-standaard oordeelt dat er geen plaats voor finasteride in de huisartspraktijk is: de auteurs vinden het effect op de lange termijn en de veiligheid van het middel nog onduidelijk. In 1994 publiceerde Stoner, mede namens de Finasteride Study Group, de driejaars resultaten van twee grote multicenter studies.⁷ Hierbij bleek dat onder behandeling met finasteride een reductie van het prostaatvolume van 27 procent was opgetreden. Deze volumereductie ging gepaard met een significante en aanhoudende verbetering van de symptoomscore, waarbij 48 procent van de mannen een verbetering van 50 procent of meer aangaf. Het aantal bijwerkingen was gering, in het algemeen minder dan 1 procent. Na één jaar meldde 3,3 procent van de mannen een verminderde libido en 3,7 procent klaagde over impotentie. Van de mannen die met een placebo werden behandeld, klaagde na één jaar 1,6 procent over verminderde libido en 1,1 procent had klachten van impotentie. De afgelopen drie jaar is naar onze mening voldoende ervaring opgedaan om de plaats van finasteride in het therapeutisch arsenaal zinvol te kunnen beoordelen.⁸

Blijkens noot 21 werd voor beoordeling van de verschillende alfa-receptorblokkers geput uit studies met een duur van 2-26 weken. Hierbij telde een kortdurende ervaring kennelijk minder zwaar.

Naar onze mening is een standaard pas compleet wanneer elke vorm van (medicamenteuze) therapie wordt gemeld en de voor- en nadelen van elke vorm worden besproken. De arts kan dan samen met de patiënt een keuze maken voor de in de betreffende situatie meest geschikte therapie.

Dr. J.H.M. Blom, uroloog
J. Dibbets, huisarts
G.A. Dijkman, uroloog
Dr. T.J.M. Schlatmann, uroloog
C. Wille, huisarts

- 1 Klomp MLF, Gercama AJ, De Jonge-Wubben JGM, et al. NHG-Standaard Bemoelijkte Mictie bij Oudere Mannen. Huisarts Wet 1994; 37: 357-65.
- 2 Roehrborn CG, Kurth KH, Leriche A, et al. Diagnostic recommendations for clinical practice. In: Cockett ATK, et al., eds. The 2nd international consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH). Jersey: Scientific Communication International, 1993: 269-342.
- 3 Barry MJ, Cockett ATK, Holtgrewe HL, et al. Relationship of symptoms of prostatism to commonly used physiologic and anatomic measures of the severity of benign prostatic hypertrophy. J

Urol 1993; 150: 351-8.

- 4 Cooner WH, Mosley BR, Rutherford Jr CL, et al. Prostate cancer detection in a clinical urological practice by ultrasonography, digital rectal examination and prostate specific antigen. J Urol 1990; 143: 1146-54.
- 5 Catalona WJ, Smith DS, Ratliff TL, et al. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. N Engl J Med 1991; 324: 1156-61.
- 6 Murphy GP, Oesterling JE, Algaba F, et al. Prostate specific antigen: pertinent issues for distinguishing prostate cancer from benign prostatic hyperplasia. In: Cockett ATK, et al., eds. The 2nd international consultation on benign prostatic hyperplasia (BPH). Jersey: Scientific Communication International, 1993: 227-67.
- 7 Stoner E. Three-year safety and efficacy data on the use of finasteride in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Urology 1994; 43: 284-294.
- 8 Silver RI, McConnell JD. Androgen suppression therapy for benign prostatic hyperplasia. Current Opinion in Urology 1994; 4: 22-8.

Naschrift

Finasteride

Bon & Wille dringen aan op herschrijving van noot 20 bij de NHG-Standaard Bemoelijkte Mictie bij Oudere Mannen.¹ Zij stellen dat Stoner in een recent artikel concludeert dat finasteride thans een aanvullende behandeling oplevert van symptomatische benigne prostaathyperplasie, naast watchful waiting of chirurgie.²

Deze conclusie wordt getrokken uit een verslag van twee grote onderzoeken naar de effecten van finasteride bij benigne prostaathyperplasie waarin gedurende één jaar in een dubbelblinde placebocontroleerde opzet 543 patiënten met 5 mg finasteride werden behandeld en 555 patiënten met placebo. Vervolgens werden de met finasteride behandelde patiënten nog twee jaar in een open studie gevolgd. Aan het eind van het eerste jaar open studie waren er nog 442 patiënten in het onderzoek en aan het eind van het tweede jaar 398. Het effect van finasteride werd gemeten aan de hand van dihydrotesteron- en PSA-spiegels, prostaatgrootte, maximale urineflow en symptoomscores (0-36 punten).

Ten opzichte van de placebogroep was er in de finasteride-groep na één jaar een duidelijke reductie in dihydrotesteronspiegels (60 tot 70 procent) en prostaatvolume (20 tot 26 procent). De toename in maximale urineflow was 0,4-0,7 ml/sec in de placebogroep, en 1,3-1,6 ml/sec in de finasteride-groep. De afname in symptoomscores bedroegen 1,0 tot 2,6 bij placebo-

behandeling en 2,6 tot 3,9 bij behandeling met finasteride. Gemeten aan de symptoomscore en de urineflow waren de resultaten van de behandeling met finasteride statistisch significant beter dan de placebobehandeling. De vraag is echter of zij ook klinisch relevant zijn en opwegen tegen de lange duur van de behandeling, het ervaren van bijwerkingen en de nog onbekende effecten op de lange termijn.

In het open gedeelte van deze studie bleven de behaalde resultaten gedurende één jaar gehandhaafd; de patiëntengroep was toen echter aanmerkelijk uitgedund. De redactie van *Urology* vraagt zich af of dit niet grotendeels komt door het gebrek aan effectiviteit onder de uitvallers.³

Uit het bovenstaande kan worden afgelezen dat finasteride een behoorlijke reductie geeft van dihydrotestosteronspiegels en prostaatgrootte, maar dat deze afname maar een geringe verbetering van urineflow en symptoomscore geeft. Deze gegevens maken ook duidelijk dat de theorie van het pathofysiologisch denken – reductie van de prostaatgrootte leidt tot minder klachten van benigne prostaathyperplasie – slechts in geringe mate opgaat. Dit strookt met het commentaar van de redactie van *Urology*: het idee dat vermindering van het prostaatvolume bij benigne prostaathypertrofie de obstructie doet verdwijnen en de symptomatologie verbetert, is een te simpele voorstelling van zaken.³ De redactie stelt dat er veel bewijs is dat de grootte van de prostaat niet correleert met de mate van obstructie en symptomen van benigne prostaathypertrofie. Dit komt overeen met hetgeen in de inleiding van de standaard vermeld wordt.

Hoe de verdere voortgang van de klachten in de placebogroep zou zijn, blijft in de studie van Stoner onbesproken. Het is aantrekkelijk voor degenen die willen behandelen met finasteride te stellen dat de klachten toenemen met een toename van de hypertrofie. In de placebogroep van het onderzoek van Stoner blijkt de hypertrofie, gemeten als prostaatvolume, echter niet te zijn toegenomen. Deze groep is niet verder gevolgd en concluderen dat op pathofysiologische gronden patiënten met benigne prostaathypertrofie met een vijf-alfa-reductase behandeld dienen te worden, lijkt in dan ook niet in overeenstemming met de onderzoeksbevindingen.

De resultaten van de studie van Stoner onderstrepen onzes inziens de conclusie van zowel het *Farmaceutisch Kompas* als de werkgroep met betrekking tot de behandeling met vijf-alfa-reductaseremmers.⁴ Finasteride is een recent geregistreerd middel uit een nieuwe

groep medicijnen ter behandeling van een aan- doening met een wisselend beloop. Uit het bovenstaande kan niet worden afgeleid dat het middel een doorbraak betekent bij de behan- deling van benigne prostaathypertrofie. Hoe het zich verhoudt tot de behandeling met de al langer gebruikte alfa-blokkers is nog niet be- studeerd. Bij indirecte vergelijking lijkt het echter geen voordeel te hebben. De werkgroep blijft derhalve van mening dat finasteride voor- alsnog geen plaats heeft bij de behandeling van benigne prostaathypertrofie in de huisartsprak- tijk.

Van Coevorden verwijst naar een overzichtsar- tikel over finasteride⁷ en een studie naar de effectiviteit van finasteride van *Gormley*.⁸ Naar dit laatste artikel wordt in noot 20 bij de stan- daard ook verwezen. De conclusie die uit beide artikelen te trekken valt, komt overeen met de conclusie die wij trekken uit de resultaten die door Stoner zijn gerapporteerd.

Blom et al. stellen dat in de studie van *Stoner* bij 48 procent van de mannen een verbetering van de symptoomscore van 50 procent of meer optrad.² Zo gesteld lijkt het hier om de totale met finasteride behandelde onderzoeksgroep te gaan. In het oorspronkelijke artikel slaat deze bewering echter op de beperkte groep van man- nen die na drie jaar nog aan de open studie deelnemen. Dat is selectie.

De keuze voor het gebruik van de alfa-blok- kers is ook uitgebreid in de standaard onder- bouw. Bij het gebruik van deze middelen wordt ook gepleit voor kortdurend gebruik op geleide van het effect. Bij andere indicaties bestaat, met name bij prazosine, ruime ervaring met de mogelijke gevaren op langere termijn.

Uroflowmetrie en transrectale echografie

Het tweede punt van kritiek van *Bon & Wille* is het feit dat het aanvullend onderzoek zich niet uitstrekt tot het (laten) verrichten van uroflow- metrie en transrectale echografie.

Uroflowmetrie geeft inzicht in de hoeveel- urine die in een bepaalde tijd wordt uitgeplast. Er blijkt echter geen goede correlatie te bestaan tussen klachten van benigne prostaathypertro- fie enerzijds en de resultaten van uroflowmetrie anderzijds.⁵ De meting kan worden gebruikt bij de diagnostiek van klachten van een bemoei- lijkte mictie. De resultaten van de meting zijn niet specifiek voor de oorzaak van de sympto- matologie. Een vermindering van de stroom- sterkte van de urine kan worden veroorzaakt door statische of dynamische obstructie van de urethra of door zwakte van de blaas. Bij een

benigne prostaathypertrofie zou met de test de reactie op therapie gemeten kunnen worden. Tot op heden ontbreekt echter nog voldoende bewijs voor het bestaan van een afkappunt voor het bepalen van succes van therapie.⁶

Dit onderzoek heeft dus slechts beperkte waarde bij het beleid. Als er geen harde opera- tie-indicatie bestaat, moeten primair de klach- ten van de patiënt en niet de flowgegevens bepalend zijn voor de vraag of behandeling moet worden overwogen. Indien de patiënt een operatie wil ondergaan, kan de uroloog de flowgegevens bij zijn nadere indicatiestelling betrekken.

Transrectale echografie van de prostaat kan worden gebruikt bij differentiatie tussen pro- staatcarcinoom en benigne prostaathypertrofie. Bij verdenking op prostaatcarcinoom op basis van anamnese, rectaal toucher en eventueel een PSA-bepaling adviseert de standaard patiënten te verwijzen naar de uroloog, die verder onder- zoek zal verrichten. Deze zal dan de echo en meestal ook biopsieën laten maken.

Transrectale echografie zou volgens *Bon & Wille* ook nuttig zijn voor het vaststellen van de grootte van de prostaat. Er is echter geen correlatie tussen prostaatkroonhoogte enerzijds en klachten of mate van obstructie anderzijds. Het echografisch bepalen van het residu na mictie, zoals gesuggereerd, is nauwelijks zinvol, om- dat er geen correlatie bestaat tussen residu en obstructie, de zeer grote residu's wellicht uitge- zonderd.¹ Bij klinische verdenking hierop kan daarom worden volstaan met een echo van de hogere urinewegen om de feitelijke complica- tie – nierfunctiestoornis door stuwings – uit te sluiten.

Overigens bleek uit de commentaaronde dat uroflowmetrie en transrectale echografie in het overgrote deel van ons land niet rechts- treeks door de huisarts kunnen worden aange- vraagd. Op deze grond zijn beide onderzoeken in de standaard onbesproken gebleven.

Regelmatige controle

Van Coevorden breekt een lans voor regelmati- ge controle bij medicamenteuze behandeling van benigne prostaathypertrofie. In de stan- daard geven wij hiervoor duidelijk richtlijnen. Het nut van deze controles zien wij vooral in de beoordeling van de noodzaak tot het voort- zetten van medicamenteuze therapie en het sa- men met de patiënt overwegen van de moge- lijkheid tot operatieve therapie.

Samenwerking

Blom et al. pleiten voor een betere samenwer- king tussen huisarts en uroloog bij benigne

prostaathypertrofie, met name door eenmalige consultatie bij de 'grote groep waarbij de diag- nostiek niet eenduidig is, maar behandeling door de uroloog niet strikt noodzakelijk lijkt'.

De standaard geeft duidelijke richtlijnen voor verwijzing naar de uroloog voor omschre- ven groepen patiënten waarbij deze diagnos- tiek niet eenduidig is. In geval van twijfel aan de diagnostiek geeft de standaard duidelijke richtlijnen voor verwijzing. Indien daaraan geen twijfel bestaat en het beleid door verwij- zing niet beïnvloed wordt, is er ons inziens geen reden een patiënt te verwijzen. Wanneer er wel consequenties zijn voor het te voeren beleid, geeft de standaard ook duidelijke richtlijnen voor verwijzing, zoals het geval is bij de indi- catie of eventuele wens tot operatieve therapie. Bovendien breekt de standaard daarbij een lans voor een goede nacontrole na operatieve thera- pie, naast de controles door de uroloog.

Anamnese en PSA-bepaling

In noot 7 van de standaard heeft de werkgroep duidelijk aangegeven op welke gronden is ge- kozen voor de items die worden genoemd onder de richtlijnen voor de anamnese. Zij stelt in deze noot ook dat het gebruik van een uitge- breide score te omvangrijk is voor praktisch gebruik in de huisartspraktijk. Dit sloot aan op de bevindingen uit de commentaarfase.

In de standaard wordt nadrukkelijk gesteld dat bij een voor carcinoom verdacht rectaal toucher direct verwijzing is geïndiceerd, zon- der dat eerst een PSA-bepaling behoeft plaats te vinden. PSA-bepaling wordt alleen geadvi- seerd in die gevallen waarin op grond van het rectaal toucher nog enige twijfel bestaat aan het benigne karakter van de prostaat. Overigens zijn er in de literatuur geen aanwijzingen dat bij mannen met bemoeilijkte mictie de kans op prostaatcarcinoom groter is dan in de open populatie. De afkappunten voor de interpretatie van het PSA in een dergelijk geval zijn ontleend aan de literatuur die in noot 16 is vermeld; zij zijn conform de richtlijnen die de Nederlandse Vereniging voor Urologie hiervoor adviseert.

C.F.H. Rosmalen
M.L.F. Klomp
Dr. S. Thomas

- 1 Klomp MLF, Gercama AJ, De Jonge-Wubben, et al. NHG-Standaard Bemoeilijkte Mictie bij Oudere Mannen. Huisarts Wet 1994; 37: 357-65.
- 2 Stoner E. Three-year safety and efficacy data on the use of finasteride in the treatment of benign prostatic hyperplasia. Urology 1994; 43: 284-94.
- 3 Anonymous. Editorial comment. Urology 1994;

- 43: 292.
- 4 Centrale Medisch Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad. Farmacotherapeutisch Kompas 1994. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994.
 - 5 Herbison AE, Fraundorfer MR, Walton JK. Association between symptomatology and uroflowmetry in benign prostatic hypertrophy. *Br J Urol* 1985; 62: 427.
 - 6 McDonnell JD, Barry MJ, Bruskewitz RC, et al. Benign prostatic hyperplasia: diagnosis and treatment. Clinical practice guideline, number 8. Rockville MD: Agency for Health Care Policy and Research, 1994.
 - 7 Peters DH, Sorkin EM. Finasteride. A review of its potential in the treatment of benign prostatic hyperplasia. *Drugs* 1993; 46: 178-208.
 - 8 Gormley GJ, Stoner E, Bruskewitz RC, et al. The effect of finasteride in men with benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 1992; 327: 1185-91.

Erysipelas I

In het fraai aan de actualiteit aangepaste nascholingsartikel over erysipelas¹ miste ik enkele kenmerkende symptomen:

- pijn - meestal heftig - die zich zowel lokaal als algemeen (hoofdpijn) kan voordoen;
- warmte van het aangedane huidgebied;
- vorming van blaasjes, soms overgaand in blaren.

Het laatste symptoom treedt niet in alle gevallen op, maar helpt als het zich voordoet, zeer goed bij de differentieële diagnostiek. De eerste twee verschijnselen zijn kenmerkend voor een ontsteking en kunnen de systematisch werkende huisarts, samen met de symptomen roodheid en zwelling, ook in vroege stadia van erysipelas snel naar de juiste diagnose leiden.

In het recente leerboek van *Van Vloten et al.* wordt het symptoom pijn niet vermeld in het hoofdstuk over infecties van de huid, maar wel - samen met hoofdpijn als algemeen verschijnsel - bij 'urticaria en erythemen'.² In het oudere boek van *Jansen* en in *Harrison's* leerboek interne(!) geneeskunde staan alle drie de symptomen er netjes bij.^{3,4}

Tot slot nog een praktische tip. Vertel aan de patiënt dat het meestal één à twee dagen duurt voor de antibiotische behandeling effect heeft op de heftigste symptomen, pijn en koorts. Adviseer daarom het gebruik van pijnstillers of verkoelende, natte omslagen. Dat voorkomt onrust en geeft als bonus nachtrust.

S. Thomas

1 Weijtens JTNM, Van de Lisdonk EH. Erysipelas, nu een milde streptokokkeninfectie. *Huisarts Wet* 1994; 37: 353-6.

- 2 Van Vloten WA, Degreef HJ, Stolz E, et al., red. Dermatologie en venereologie. Utrecht: Bunge, 1992.
- 3 Jansen LH. Huid- en geslachtsziekten. Een handboek voor de praktijk van huis- en huidarts. Utrecht: Oosthoek, Scheltema & Holkema, 1975.
- 4 Wilson JD, Braunwald E, Isselbacher KJ, et al., red. *Harrison's Principles of internal medicine*. 12th ed. New York: McGraw-Hill, 1991.

Erysipelas II

Volgens *Weijtens & Van de Lisdonk* wordt een recidief-erysipelas veroorzaakt door hernieuwde infectie met streptokokken. Geadviseerd wordt bij de behandeling van een recidief een smalspectrumpenicilline te geven in een viermaal zo hoge dosering als bij de behandeling van een eerste infectie. Een nadere onderbouwing van dit advies ontbreekt, terwijl elders in het artikel wordt gesteld dat streptokokken zonder uitzondering bijzonder gevoelig zijn voor smalspectrumpenicilline.¹ Is hier sprake van een uitzondering of zijn er andere argumenten voor de geadviseerde verviervoudiging van de dosering?

C.A.M. van Vliet,
huisarts te Almere

1 Weijtens JTNM, Van de Lisdonk EH. Erysipelas, nu een milde streptokokkeninfectie. *Huisarts Wet* 1994; 37: 353-6.

Naschrift

I Het is vanzelfsprekend dat pijn en warmte, naast roodheid, zwelling en functiebeperking, als tekenen van ontsteking optreden. Algemene verschijnselen, zoals koorts, zijn er vaak het eerst en een nog niet opgemerkte rode plek, soms pas de volgende dag aanwezig, maakt dan de diagnose pas mogelijk. Pijn lijkt minder op de voorgrond te treden. Blaarvorming treedt in vele gevallen op, maar is niet specifiek (insecteteet).

Wij maken een andere afspraak met de patiënt: als er in twee dagen geen duidelijke verbetering optreedt, moet hij waarschuwen. Er is in dat geval waarschijnlijk ook een stafylokok in het spel en er moet dan gekozen worden voor een ander antibioticum.

II Het is juist dat bij een streptokokkeninfectie volstaan kan worden met een smalspectrumpenicilline, maar in welke dosering en hoe lang? Hier is de literatuur niet eensluidend. Wij hebben twee bronnen geciteerd, het *Nijmeegs For-*

mularium en *Van Furth*.^{1,2} De laatste doceert hoger.

J.T.N.M. Weytens
E.H. van de Lisdonk

- 1 Anoniem. Formularium Nijmegen; 7e dr. Nijmegen: Stichting Formularium Commissie Nijmegen, 1993.
- 2 Van Furth R. De profylaxe van recidiverende erysipelas. *Ned Tijdschr Geneesk* 1992; 136: 2049-51.

Ezel & steen

Naar aanleiding van de discussie aangaande dataverzameling in de huisartspraktijk stellen *Hofmans-Okkes & Lamberts* dat wij het begrip 'contactreden' zonder toelichting hebben verengd tot 'symptoom'.^{1,2} Met hen betrouwen wij dat; de redactie van het *British Medical Journal* achtte echter het begrip 'reason for encounter' minder duidelijk voor haar lezerspubliek en heeft ons ten stelligste verzocht deze term te vervangen door 'symptom'. Tegen die achtergrond hebben wij het verzoek om een (herhaal)recept opgevoerd als een 'additionele categorie', daar een 'verzoek om een recept' geen symptoom genoemd kan worden. Het gaat hier dus niet om een artefact, zoals *Hofmans-Okkes & Lamberts* beweren, maar om een herbenoeming van het 'verzoek om medicatie'; dát was de categorie die de registrerende huisartsen (en de arts-assistenten) onder ogen kregen, en dat werd als zodanig gecodeerd.

Hofmans-Okkes & Lamberts uiten vervolgens kritiek op de beperkte indicatiestelling voor benzodiazepinen die wij hebben gehanteerd binnen onze studie-opzet. Wij hebben gekozen voor die beperkte set inclusiecriteria - angst, spanning en slapeloosheid^{3,4} - omdat benzodiazepinen voor die indicaties werkzaam gebleken zijn, en als zodanig als juiste indicaties in de huisartspraktijk beschouwd worden. Deze strikte indicatiestelling is mede daarom van groot belang om vast te kunnen stellen of aan bepaalde groepen, zoals (oudere) vrouwen die zo veel en langdurig benzodiazepinen gebruiken, deze middelen werden voorgeschreven voor deze beperkte set indicaties of om andere redenen. Deze indicaties werden niet ex cathedra afgekondigd, maar de BMJ vond ze zo vanzelfsprekend, dat de uitleg en verwijzende literatuur hierover door de redactie is geschrapt. Over de werkzaamheid van benzodiazepinen bij ruimere indicatiestelling, zoals de door *Hofmans-Okkes & Lamberts* genoemde

sociale indicaties en verdrietigheid, zijn geen goed gecontroleerde studiegegevens beschikbaar. In de literatuur worden benzodiazepinen niet als middelen van eerste keus bij spanningshoofdpijn en depressie beschouwd.^{3,5,6} Hofmans-Okkes & Lamberts zouden weleens de spijker op de kop kunnen slaan, wanneer zij stellen dat de bestaande huisartspraktijk anders is. Dit is nu precies het onderwerp van ons onderzoek.

In de (huisarts)praktijk krijgen de meeste mensen (70 procent) benzodiazepinen na een verzoek om een recept. Het verzoek om een recept wordt voornamelijk door de assistente van de huisarts afgehandeld (90 procent). Aangezien er nieuwe Europese richtlijnen opgesteld zijn om benzodiazepinen slechts voor angst en slapeloosheid voor te schrijven, en dan slechts gedurende een korte periode (minder dan veertien dagen),⁷ lijkt het terecht de evaluatie van de klachten en de blijvende noodzaak van de medicatie niet door de assistente te laten afhandelen, maar door de huisarts zelf.

In bijna alle gevallen wordt het eerste benzodiazepinerecept door de huisarts zelf uitgeschreven en daarmee was het mogelijk deze werkelijke huisarts-patiënt contacten te bestuderen. Doordat het hier gaat om patiënten die niet eerder benzodiazepinen hebben gebruikt, is deze onderzoeksgroep klein; in de literatuur zal echter niet gemakkelijk een vergelijkbare grotere onderzoeksgroep te vinden zijn. Blijkbaar was de groep van 492 patiënten groot genoeg om statistisch te kunnen vaststellen dat er bij vrouwen vaker dan bij mannen (44 versus 33 procent) sprake was van een heel andere contactreden en diagnose dan angst of slapeloosheid. En daarbij ging het dan niet om een contactreden als hoofdpijn die als spanningshoofdpijn werd gediagnostiseerd, of moeheid waarbij slapeloosheid als oorzaak werd geregistreerd. Bij vrouwen bij wie geen sprake was van angst, stress of slapeloosheid, kwamen hoofdpijn, pijn op de borst, algemene malaise en moeheid, buikpijn, hartkloppingen, rugpijn en diarree het meeste voor als de contactreden waarbij de huisarts voor de eerste keer benzodiazepinen voorschreef. Andere diagnoses dan angst en slapeloosheid, waarbij benzodiazepinen werden voorgeschreven, waren hoofdpijn, hoge bloeddruk, familieproblemen, rugpijn, spierpijn, blaasontsteking en problemen na het overlijden van de partner.

Deze indicaties komen goed overeen met de extra indicaties, die Hofmans-Okkes & Lamberts graag bij aanvang van de studie hadden zien opgenomen. Blijkbaar verschillen wij met deze auteurs van mening over werkzaamheid

en de indicatiestelling van benzodiazepinen in het algemeen.

Vervolgens brengen Hofmans-Okkes & Lamberts naar voren, dat de door ons gevolgde procedure leidt tot een vertekend beeld, waarin de praktizerend huisarts zich niet in herkent. Wellicht was de reden dat de BMJ ons artikel voor publikatie heeft aanvaard, dat het een nieuw en dus verrassend licht op het seksverschil in benzodiazepinegebruik in de huisartspraktijk wierp.

Nergens hebben wij Nederlandse huisartsen van onzorgvuldigheid beticht, maar indien ons artikel toch zo door lezers is opgevat, dan bieden wij daarvoor onze oprechte excuses aan. Zonder belerend te willen zijn, achten wij het van belang lering te trekken uit het gegeven dat een zo groot percentage van de patiënten langdurig benzodiazepinen gebruikt zonder tussentijdse evaluatie door de huisarts. Kortdurend voorschrijven op de juiste indicatie, met dien verstande dat alle recepten (ook herhaalrecepten) slechts door de huisarts zelf voorgeschreven zouden moeten worden, wordt overigens ook al gepropageerd in de NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. Ons onderzoek ondersteunt dit NHG-beleid.

Fransje W. van der Waals
Academisch Medisch Centrum
Universiteit van Amsterdam
Afdeling Vrouwenstudies Geneeskunde
Meibergdreef 15
1105 AZ Amsterdam

- Hofmans-Okkes IM, Lamberts H. De ezel en de steen [Discussie]. Huisarts Wet 1994; 37(7): 311-4.
- Van der Waals FW, Mohrs J, Foets M. Sex differences among recipients of benzodiazepines in Dutch general practice. BMJ 1993; 307: 363-6.
- Committee on the review of medicines. Systematic review of the benzodiazepines. BMJ 1980; 910-2.
- Anoniem. Benzodiazepinen bij angst, spanning en slapeloosheidsstoornissen. Geneesmiddelenbulletin 1982; 16(15): 67-72.
- Woods JH, Katz JL, Winger G. Benzodiazepines: use, abuse and consequences. Pharm Rev 1992; 44: 151-347.
- Birkenhäger TK, Nolan WA, Moleman P. Is er een plaats voor benzodiazepinen bij de farmacotherapie van depressie? Tijdschr Psychiat 1994; 34: 465-82.
- Anonymous. Summary report on short-acting hypnotics. Eur Neuropsychopharm 1994; 4: 157-9.
- Knuisting Neven A, De Graaff WJ, Lucassen PLBJ, et al. NHG-Standaard Slapeloosheid en Slaapmiddelen. Huisarts Wet 1992; 35: 212-9.

Naschrift

Van der Waals gaat uitvoerig in op de juiste indicaties voor het voorschrijven van benzodiazepinen in de huisartspraktijk. Veel van wat zij schrijft, heeft onze instemming; op andere punten verschillen wij met haar van mening. Die discussie willen wij hier echter niet voeren. Waar het ons om ging, was de vervanging in haar artikel van het begrip contactreden door het begrip symptoom en de 'additionele categorie' 'verzoek om een recept'. Nu komt de aap uit de mouw: de BMJ had geen boodschap aan het begrip contactreden (want het publiek zou dat niet begrijpen); de redactie had liever dat dit nieuwe begrip werd vervangen door een vertrouwd, maar geheel ander begrip.

Van der Waals geeft hiermee op ontwepende wijze steun aan wat wij nu juist hebben betoogd: dat redacties soms niet alert genoeg zijn op de precieze aard, de kracht en de beperkingen van gegevens die met de ICPC zijn verzameld. Hoe zij vervolgens kan ontkennen dat er dan dus sprake is van een artefact, is ons minder duidelijk.

Het is gezien het huidige universitaire klimaat goed te begrijpen, dat de auteurs hebben ingestemd met deze vermindering van hun manuscript in een prestigieus tijdschrift als de BMJ, maar spijtig is het natuurlijk wel.

I.M. Hofmans-Okkes
H. Lamberts

NOTA BENE

Het vervoeren van te analyseren materiaal naar één laboratorium binnen multicenter trials beïnvloedt de resultaten op onvoorspelbare wijze en dient derhalve vermeden te worden. Stelling bij: Dikkeschei LD. Chromatographic steroid hormone analyses in treatment of breast cancer and some endocrine diseases [Dissertatie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 1994.

Het schrijven van proefschriften op latere leeftijd (post praktijk) dient te worden gestimuleerd gezien het belang van praktische inzichten voor de ontwikkeling van adequate wetenschap. Stelling bij: Nijhuis HGJ. Voorwaarden voor vernieuwing van public health; een wetenschaps- en maatschappij-theoretisch perspectief [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994.