

Het rode oog

In de NHG-Standaard Het rode Oog wordt onder 'Richtlijnen beleid' het advies gegeven pasgeborenen met een heftig pussende conjunctivitis voor de tiende levensdag te verwijzen naar de specialist.¹ Als een dergelijk advies in een NHG-standaard wordt gegeven, mag men veronderstellen dat het om een goed onderbouwd, doordacht advies gaat. Het betekent tenslotte nogal wat voor kersverse ouders en hun baby om, net bijkomend van de bevalling, naar een polikliniek oogheelkunde te worden gestuurd.

De rest van de standaard lezend, stelt men vast dat dit verwijsadvies wordt ingegeven door de vrees dat de conjunctivitis zou kunnen worden veroorzaakt door een gonokokkeninfectie. Een dergelijke infectie kan in zeer korte tijd leiden tot een ernstige keratoconjunctivitis. In de standaard staat al in de 'Inleiding' dat *Neisseria gonorrhoea* en *Chlamydia trachomatis* bij neonaten keratoconjunctivitis kunnen veroorzaken, maar dat deze infecties in Nederland weinig voorkomen. De noot bij het verwijsadvies is gebaseerd op één artikel.² In dit artikel staat dat men op een gonokokkenconjunctivitis bedacht moet zijn als bij een pasgeborene enkele dagen na de partus een hevige ontsteking ontstaat. Aan deze vaststelling verbinden de auteurs niet de conclusie dat er bij een pus oog voor de tiende levensdag per definitie verwezen moet worden.

Wellicht hebben de opstellers van de Standaard gemeend dat het bijvoeglijk naamwoord 'heftig' voldoende zegt. Dat is echter niet mijn mening, waar het een zo subjectief symptoom betreft. De algemene ervaring in onze huisartsengroep – en ik denk ook daarbuiten – is dat een pussend tot heftig pussend oogje een veel voorkomend fenomeen is in het eerste levensjaar en ook bij pasgeborenen. Ook in de standaard staat dat de pussende rode oogjes nogal eens te wijten zijn aan een belemmerde traanafvoer. Dit is een probleem dat meestal tijdens het eerste levensjaar vanzelf overgaat. Een veel gegeven advies is daarbij: schoonhouden met water en het traanbuisje masseren.

Het zou mijns inziens beter zijn geweest als de werkgroep het beleid bij een neonat met een rood oog wat genuanceerder had weergegeven. Daarbij had men ten minste aandacht moeten schenken aan het belang van het klinisch beeld (onder meer de aan- of afwezigheid van algemene ziekteverschijnselen), de bekendheid van de huisarts met het gezin (met andere woorden de kans dat er inderdaad sprake zou kunnen zijn van een gonokokkeninfectie), en aan het be-

staan van een een- of dubbelzijdige conjunctivitis, alvorens over te gaan tot al of niet verwijzen. Overigens kan de huisarts natuurlijk ook altijd zelf nog kweken afnemen als het klinisch beeld een afwachtend beleid toestaat, terwijl er om wat voor reden ook behoefte bestaat aan meer informatie (geruststelling, onrust over de mogelijkheid van een *Chlamydia*-infectie, etc). Misschien hebben de auteurs in het geval van een positieve *Chlamydia*test een advies ten aanzien van de antimicrobiële therapie?

Tineke Kistemaker, huisarts

- 1 Blom GH, Cleveringa JP, Louisse AC, et al. NHG-Standaard Het rode Oog. Huisarts Wet 1996; 39(5); 225-38.
- 2 Van Bijsterveld OP, Ekdomb B. Het rode oog; diagnostiek en behandeling van conjunctivitis. Ned Tijdschr Geneesk 1987; 131: 2251-4.

Naschrift

Kistemaker wijst er terecht op dat de huisarts bezwaarlijk alle pasgeborenen met pus in het oog naar de polikliniek kan verwijzen. Een deel van haar onvrede schuilt vermoedelijk in het feit dat zij geen acht heeft geslagen op het – toegegeven: enkel door woordkeus en daardoor betrekkelijk impliciete - onderscheid dat wij hebben getracht te maken tussen enerzijds 'pus oogjes' en anderzijds rode ogen met pus (dat wil zeggen: bacteriële conjunctivitis). 'Pus oogjes' (ook in de standaard tussen aanhalingstekens) zonder roodheid van het oog wijst op belemmerde traanafvoer; het 'pus' is in werkelijkheid ingedikt traanvocht. Onze aanbeveling te verwijzen betreft uitsluitend gevallen van bacteriële conjunctivitis. Door gebruik van het woord 'heftig' hebben we getracht aan te geven dat een neonatale conjunctivitis uitsluitend verwezen behoeft te worden, indien de infectie qua roodheid van het oog, peri-oculaire zwelling en pusvorming ernstiger dan gebruikelijk verloopt, of indien er verschijnselen ontstaan van keratitis, omdat dit suspect is voor een gonokokkeninfectie; het ware beter geweest indien we het woord 'heftig' nader hadden toegelicht. In de literatuur wordt in dit verband wel gesproken van een hyperactieve conjunctivitis neonatorum.¹ Dat de huisarts in twijfelgevallen ook andere informatie inzake 'het gezin' in zijn overwegingen kan betrekken, leek ons te vanzelfsprekend om expliciet te vermelden.

*Chlamydia*conjunctivitis is uitsluitend ter sprake gebracht in de context van de differentiatie met een gonokokkeninfectie. De aandoe-

ning heeft vrijwel steeds een mild beloop met geringe pusvorming en de kans op spontane genezing bedraagt naar schatting 30 procent.² De aandoening is op klinische gronden niet te onderscheiden van een banale bacteriële conjunctivitis en kan in eerste instantie als zodanig behandeld worden. In een aantal gevallen reageert de infectie evenwel onvoldoende op lokale therapie. Zonder verdere behandeling ontstaat dan op termijn een folliculaire conjunctivitis met kans op littekenvorming in de cornea. Ter voorkoming daarvan is systemische behandeling met – volgens de literatuur – bij voorkeur erytromycine noodzakelijk.³ In de standaard is echter gekozen voor verwijzing naar de oogarts en om ook bij neonaten niet af te wijken van de algemene regel dat conjunctivitis in de huisartspraktijk geen kweek behoeven. Of in de toekomst in het kader van de SOA-bestrijding een agressievere aanpak van neonatale ooginfecties door *Chlamydia* wenselijk zal worden, is op dit moment nog volstrekt onduidelijk.

G.H. Blom
J.P. Cleveringa
Tj. Wiersma
S. Thomas

- 1 Limburg MB. A review of bacterial keratitis and bacterial conjunctivitis. Am J Ophthalmol 1991; 112: 2S-9S.
- 2 Van Furth R, De Geus A, Hoepelman AIM, Van der Meer JWM, Verhoef J. Leerboek infectieziekten. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- 3 Taylor HR, Fitch CP, Murillo-Lopez F, Rapoza P. The diagnosis and treatment of chlamydial conjunctivitis. Int Ophthalmol 1988; 12: 95-9.

Bepaling van de FEV₁

De NHG-Standaard Cara bij Volwassenen: Diagnostiek geeft de huisarts in overweging om de FEV₁ en FVC te bepalen bij alle patienten met vermoeden op astma of COPD die ouder zijn dan 50 jaar.¹ De prevalentie van COPD loopt uiteen van 28 tot ongeveer 72 per huisartspraktijk.^{2,3} Deze variatie wordt mogelijk verklaard door het ontbreken van longfunctie-onderzoek.

Elf huisartsopleidingspraktijken werden in de gelegenheid gesteld om een spirometer (Pocket Spirometer 9000 Series (Micro Medical Limited)) in gebruik te nemen. Gedurende de twee voorafgaande maanden was de spirometer op initiatief van de aanwezige huisarts in

opleiding systematisch gebruikt bij alle patinten die kwamen met luchtwegklachten of voor controle van Cara. Eén jaar na introductie van de spirometer werden de desbetreffende huisartsen ondervraagd naar het gebruik ervan.

In negen van de elf huisartsopleidingspraktijken bleek de spirometer het hele jaar door gebruikt te zijn, in een frequentie van 4 tot 20 maal per maand. Van de twee overige huisartsopleiders gaf er één de voorkeur aan een spirometer waarmee ook een flow/volumecurve gemaakt kon worden; het instrument bleek na een jaar nog niet aangeschaft te zijn. De andere opleider gebruikte de spirometer slechts incidenteel, en uitsluitend voor het bepalen van de piekstroom.

De negen 'trouwe' gebruikers bepaalden allen de FEV₁. Zeven van hen gebruikten tevens de PEF. Slechts drie van de negen maakten gebruik van de ratio FEV₁/FVC. De invloed van het gebruik van de spirometer op het beleid bij luchtwegklachten, Cara en COPD werd omschreven als: betere controle (2x), vroegtijdiger onderkenning (2x), meer inzicht in het effect van medicatie (4x) en beter verwijsbeleid (1x). Het gerapporteerde enthousiasme over het gebruik van de spirometer was groot. De acceptatie van de spirometer kan worden verklaard uit het bedieningsgemak van het instrument, de nauwkeurigheid van de meting en de klinische relevantie ervan.

Patiënten blijken zelf hun longfunctie (onder meer FEV₁) op betrouwbare wijze te meten met de pocket-spirometer.⁴ De meting van de FEV₁ is tot 1 à 2 procent nauwkeurig,⁵ terwijl de veel gebruikte Mini-Wright piekstroommeter een onnauwkeurigheid vertoont van enige tientallen procenten.⁶ Bij volwassenen met een FEV₁ <70 procent van de voorspelde waarde is de kans op het hebben van klachten van de luchtwegen twee tot vier maal zo groot als bij een PEF <70 procent.⁷ Bepaling van de FEV₁ is naar huidig inzicht onmisbaar bij het beleid rond COPD in de huisartspraktijk.⁸

Uit bovenstaand onderzoekje onder een geselecteerde groep huisartsen blijkt dat het gebruik van een spirometer voor de huisarts haalbaar en van voordeel is: de spirometer ter bepaling van de FEV₁ is een aanwinst voor de huisartspraktijk.

B.P. Ponsioen

1 Bottema BJAM, Fabels EJ, Van Grunsvan, et al. NHG-standaard Cara bij Volwassenen: Diagnostiek. Huisarts Wet 1992; 35: 430-6.

2 Van Weel C, Van Schayck CP. Epidemiologie van COPD. Tijdschr Huisartsgeneesk 1996; 13:

225-9.

- 3 Thoonen BPA, Knottnerus JA, Hoppener P. Chronic airway disease in general practice. Huisarts Wet 1993; 39(Suppl): 36-41.
- 4 Godschalk I, Brackel JCK, Peters JCK, Boogaard JM. Assessment of accuracy and applicability of a portable electronic diary card spirometer for asthma treatment. *Respir Med*, in press.
- 5 Dompeling E, Van Schayck CP van, Folgering H, et al. Accuracy, precision and linearity of the portable flow-volume meter Microspiro HI-298. *Eur Resp J* 1991; 4: 612-5.
- 6 Jacson AC. Accuracy, reproducibility and variability of portable peak flow meters. *Chest* 1995; 107: 648-51.
- Boezen HM, Schouten JP, Postma DS, Rijcken B. Relation between respiratory symptoms, pulmonary function and peak flow variability in adults. *Thorax* 1995; 50: 121-6.
- 8 Van Schayck CP. De diagnostiek van asthmal bronchiale en chronisch obstructieve longziekte door de huisarts. *Ned Tijdschr Geneesk* 1995; 139: 1966-71.

NOTA BENE

Gezien de beperkte waarde van auscultatie en palpatie bij screening op aneurysma's van de abdominale aorta kan een arts zijn handen beter thuishouden.

Stelling bij: Pleumeekeers HJCM. *Clinical epidemiology of abdominal aortic aneurysms* [Proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

Ondanks het feit dat huisartsen barrières percipiëren bij voedingsvoorlichting aan patiënten, verkeren ze toch in een veelbelovende positie om actief te zijn op het gebied van de voedingsvoorlichting.

Stelling bij: Hiddink GJ. *Determinants of nutrition guidance practices of primary-care physicians* [Dissertatie]. Wageningen: Landbouwuniversiteit Wageningen, 1996.

Bij de behandeling van slaapproblemen door de huisarts verdienen eenvoudig toepasbare technieken, zoals relaxatie en gedachtenstop, een belangrijke plaats.

Stelling bij: Knuistingh Neven A. *Het slaapprobleem in de huisartspraktijk* [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1996.