

Ulcus cruris

De huisarts diagnosticeert bij mevrouw De Vreugde, 57 jaar oud, een ulcus cruris, ventromediaal op het rechter onderbeen. Hij besluit een 'pressure gradint'-verband (compressieverband) aan te leggen. Hij legt daartoe met behulp van een niet-elastische zwachtel van 10 centimeter breed een verband aan van de tenen tot net onder de knie, waarbij de hiel vrijblijft. Nadat het verband is aangelegd, adviseert hij mevrouw De Vreugde zoveel mogelijk te rusten met het been omhoog. Ten aanzien van de handelwijze van de huisarts geldt/gelden de volgende beweringen:

1 Het traject waarover het verband is aangelegd is correct.

2 Het vrijlaten van de hiel is correct.

Mevrouw Meere, 76 jaar oud, komt op het spreekuur van de huisarts met een wond aan het onderbeen die niet wil genezen. De wond is ruim een week geleden ontstaan zonder trauma. De wond van ongeveer 2 cm in doorsnede bevindt zich aan de mediale zijde van het onderbeen en heeft een duidelijk ondermijnde rand. In de omgeving is wat donkerbruine pigmentatie en enig oedeem aanwezig. Tot de bevindingen die passen bij een *veneuse* origine van het ulcus behoort/behooren:

3 De lokatie van de wond (mediale zijde onderbeen).

4 De aanwezige pigmentatie.

Diabetes mellitus

Meneer Talmsma, 40 jaar, postbode van beroep, is met zijn gezin op vakantie op Texel. Hij heeft de hele dag aan het strand gelegen in de volle zon. Hij heeft zich nogal opgewonden over het gezeur en gejengel van de kinderen. Hij heeft enorme dorst, maar hij is eigenlijk te misselijk om te drinken. Hij gaat zich allengs ellendiger voelen en op aandringen van zijn vrouw laten ze de dienstdoende huisarts visite maken op de camping. Talmsma vertelt dat hij insuline-afhankelijke diabetes heeft. Op de vraag of hij normaal gegeten en gespoten heeft, beaamt de heer Talmsma dit, op een nogal geprikkelde toon. De huisarts ziet een vermoeide man met een droge, warme huid. De bloeddruk is 115/80 mm Hg bij een pols van 84/min r.a. De ademhaling is iets versneld. De huisarts acht een hyperglykemie hier meer waarschijnlijk dan een hypoglykemie. Daarvoor pleit/pleiten:

5 Het gebrek aan activiteit op deze dag.

6 De misselijkheid.

7 De droge, warme huid.

Naar aanleiding van de sportdag op school komt Henk Storm, 12 jaar, op het spreekuur. Hij wil bij een sportclub. Zijn gedachten gaan uit naar atletiek. Vooral hardlopen vindt hij erg leuk. Hij vraagt of hier, gezien zijn diabetes mellitus type I, bezwaar tegen is. De huisarts ziet op de kaart dat de diabetes tot nu toe goed gereguleerd is geweest en dat er geen complicaties zijn. De huisarts legt uit dat sporten voor een diabeet zelfs aan te raden is.

8 Eén van de redenen hiervoor is dat bij regelmatige training de insulinebehoefte daalt.

Visusproblemen

Mevrouw De Wit, 38 jaar, komt op het spreekuur omdat zij de laatste maanden al na een uur lezen hoofdpijn krijgt. Veraf kijken levert geen problemen op. Bij onderzoek blijkt: VODS zonder correctie 1,0, stenopeïsch: VODS 1,0. Lezen met een leeskaartje verloopt ongestoord. Bij uitwendige inspectie en oogspiegelen ziet de huisarts geen bijzonderheden. De huisarts legt uit dat, hoewel mevrouw hiervoor wat aan de jonge kant is, zij waarschijnlijk een 'leesbril' nodig heeft.

9 Deze conclusie is correct.

Teun Twello, 9 jaar, komt met zijn vader op het spreekuur van de huisarts omdat hij de laatste tijd op school minder goed ziet. Inderdaad blijkt de visus: $VOD_{sc} = VOS_{sc} = 0,5$. Met lezen heeft hij geen problemen.

10 De meest waarschijnlijke diagnose is een hypermetropie.

Vaginaal bloedverlies

Mevrouw Houtman, 26 jaar en 10 weken zwanger (gravida 1, para 0), komt op het spreekuur, omdat ze sinds enkele uren vloeit. Het bloedverlies is gering. Ze heeft geen pijn en geen koorts. Ze heeft nog steeds pijnlijke borsten en was die morgen nog misselijk. Tot de onderzoeken die in dit stadium (op deze dag) zijn aan te bevelen behoort/behooren:

11 Het uitwendig onderzoek van de buik.

12 Speculumonderzoek en vaginaal toucher.

13 Zangerschapstest.

Willeke Panvliet, 17 jaar, komt op het spreekuur van de huisarts. Zij menstrueert sinds haar twaalfde en heeft altijd een onregelmatige cyclus gehad: een menstruatie duurt 5 tot 10 dagen en is vrij hevig. Tussen twee menstruaties in zitten 2 tot 7 weken.

14 Het beschreven klachtenpatroon past bij een hormonale regulatiestoornis.

Willeke wil graag de pil gaan gebruiken om een regelmatige cyclus te krijgen. Behoefte aan

anticonceptie heeft zij (nog) niet. De huisarts zegt dat zij in principe de pil kan krijgen, maar dat hij haar eerst wil onderzoeken.

15 In dit geval is een gynaecologisch onderzoek geïndiceerd.

Bij onderzoek vindt hij geen afwijkingen. Willeke krijgt de pil voorgeschreven. Drie maanden later komt zij voor controle. Zij is tevreden met de pil, haar 'cyclus' is nu heel regelmatig. De dokter meet haar bloeddruk; die is goed. Hij zegt dat Willeke verder niet meer voor controle hoeft te komen, tenzij haar klachten terugkomen.

16 Deze voorlichting is correct.

Literatuur

Vragen 1-4

Robroek WCL, Van de Beek G. Verbanden en verbinden. Utrecht: Bunge, 1990.

Schweitzer BPM, Doorenbosch J, Glotzbach R, et al. NHG-Standaard Ulcus Cruris Venosum. Huisarts Wet 1991; 34: 270-5.

Vragen 5-7

Hoff RG, et al. Acute Hulpverlening. Utrecht: Bohn, Scheltema en Holkema, 1988.

Vraag 8

Baks FJG. Chronische ziekte en sport. Bijblijven 1989; 5: 39-46.

Vraag 9-10

Van de Beek G, De Bruin WH, Gooskens PAJ, et al. NHG-Standaard Oogheelkundige Diagnostiek. Huisarts Wet 1990; 33: 394-402.

Vragen 11-13

Flikweert S, Ligtenberg WJJ, Sips AJBI. NHG-Standaard (Dreigende) Miskraam. Huisarts Wet 1989; 32: 517-22.

Vragen 14-16

Meijer LJ, Zwart S, Westerveld MC, et al. NHG-Standaard Vaginaal Bloedverlies. Huisarts Wet 1992; 35: 475-81.

De vragen in de rubriek Kennistoets zijn afkomstig van het landelijk Samenwerkingsverband Universitaire Huisartsopleidingen (SVUH). De vragen worden gebruikt in landelijke kennistoetsen voor huisartsen-in-opleiding. De toetsen worden ook gemaakt door huisartsen die zich geabonneerd hebben op de kennistoets. Beide groepen krijgen feedback over de toetsresultaten.

Voor nadere informatie kan men terecht bij de eindredactie Kennistoets SVUH: mevrouw A.E. van Niel, mevrouw A.W.M. Kramer en J. Buis, Uitvoeren Bureau SVUH, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit Utrecht, Universiteitsweg 100, 3584 CG Utrecht; telefoon (030) 2538171.

Antwoorden

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

Hyperventilatiesyndroom

Het hyperventilatiesyndroom (HVS) houdt in dat sommige patiënten last hebben van recidiverende aanvallen van benauwdheid, tintelingen, duizeligheid, hartkloppingen en dergelijke, die worden veroorzaakt door periodieke, onwillekeurige hyperventilatie. Deze hyperventilatie zou niet worden veroorzaakt door een organisch lijden, maar door psychosociale factoren. De medisch psycholoog Helen Hornsveld promoveerde op 25 april 1996 in Amsterdam op een belangwekkend en goed leesbaar proefschrift, bestaande uit een aantal deelonderzoeken, waarin aannemelijk wordt gemaakt dat we maar beter afscheid kunnen nemen van deze syndroomdiagnose.¹ Promotor was prof.dr. W.Th.A.M. Everaerd. Het boek wordt besproken door dr. B. Terluin, huisarts te Almere.

Hyperventilatieprovocatietest

Vier deelonderzoeken hebben betrekking op de hyperventilatieprovocatietest (HVPT). Deze test houdt in dat de patiënt gedurende enkele minuten expres hyperventileert, zodat hypocapnie en de bijbehorende klachten ontstaan. De HVPT wordt wel aanbevolen voor het stellen van de diagnose HVS: als de patiënt zijn klachten herkent als vergelijkbaar met die in het dagelijks leven, zou dit pleiten voor de diagnose HVS.

In één onderzoek werden 23 van HVS verdachte patiënten die waren verwezen naar een longfunctie-afdeling van een algemeen ziekenhuis, onderworpen aan een HVPT (met hypocapnie) en een mentale belastingstest (zonder hypocapnie). Voor en na de tests vulden de patiënten klachtenlijsten in en gaven zij aan of zij de symptomen al of niet herkenden. De HVPT wekte weliswaar meer symptomen op dan de controletest, met name typische hyperventilatiesymptomen (paresthesiën, spierkrampen, rillen, stijfheid, koude handen en voeten, stijfheid rond de mond, beven, duizeligheid en wazig zien), maar de controletest kon niettemin ongeveer de helft van de symptomen van de HVPT opwekken. Globale herkenning van de symptomen werd aangegeven door 14 patiënten na de HVPT en door 12 patiënten na de controletest. Het criterium van symptoomherkenning is dus niet valide voor het stellen van de diagnose HVS.

In een tweede onderzoek werden 115 van HVS verdachte patiënten en 40 gezonde con-

trolepersonen (geworven via advertenties) in de bovengenoemde setting onderworpen aan een HVPT en een placebotest (isocapnische overventilatie). De laatstgenoemde test komt overeen met de HVPT, met dit verschil dat hypocapnie wordt voorkomen door toevoeging van extra CO₂ aan de ingeademde lucht. Aan de proefpersonen werd verteld dat zij twee keer dezelfde test zouden ondergaan. Zij vulden voor en na de tests klachtenlijsten in. Opnieuw bleek de placebotest in staat een groot deel (ruim 60 procent) van de 'hyperventilatie'-symptomen op te wekken. De rapportage van symptomen hing in belangrijke mate samen met de symptomen in het dagelijks leven en met persoonlijkheidskenmerken als angstigheid en hypochondrie. Van de patiënten herkende 74 procent zijn dagelijkse symptomen tijdens de HVPT en 67 procent bij de placebotest. Opnieuw laten deze gegevens zien dat symptoomherkenning bij een HVPT onbruikbaar is voor het stellen van de diagnose HVS.

Transcutane PCO₂-meting

Recent is draagbare apparatuur ontwikkeld waarmee bij de ambulante patiënt via een speciale sensor gedurende 7-10 uur continu de PCO₂ transcutaan kan worden gemeten. De patiënt kan zijn dagelijkse activiteiten normaal verrichten en kan met een markeerknop op het apparaat aangeven wanneer zijn symptomen optreden. Het klapstuk van de dissertatie wordt gevormd door een onderzoek met behulp van deze apparatuur. Dertig 'hyperventilatie'-patiënten werden op twee verschillende dagen onderzocht: 15 'waar-positieven' (patiënten die in het vorige onderzoek hun symptomen hadden herkend bij de HVPT, maar niet bij de placebotest) en 15 'vals-positieven' (patiënten die hun symptomen zowel bij de HVPT als bij de placebotest hadden herkend). De verwachting was dat de 'waar-positieve' patiënten vaker zouden hyperventileren in het dagelijks leven.

In totaal werden 22 aanvallen geregistreerd. Slechts bij zeven aanvallen werd een – meestal geringe – daling van de PCO₂ geregistreerd, die dan meestal ook nog na het begin van de symptomen optrad. Er was geen verschil tussen de 'waar-positieve' en de 'vals-positieve' patiënten. De conclusie is dus dat, althans in de onderzochte populatie van 'hyperventilatie'-patiënten, hyperventilatie geen grote rol speelt bij het ontstaan van 'hyperventilatie'-klachten in het dagelijks leven. Volgens Hornsveld is de rol van hyperventilatie bij het zogenaamde 'hyperventilatiesyndroom' zwaar overschat en de rol van angst en somatisatie bij deze klachten zwaar onderschat. Derhalve lijkt het beter af-

scheid te nemen van de term 'hyperventilatiesyndroom'.

Conclusies

Wat kunnen huisartsen van het onderzoek van Hornsveld leren, en mogen we te term 'hyperventilatie' nog gebruiken?

- Het eerste leerpunt is dat de HVPT niet meer moet worden gebruikt om de diagnose HVS te stellen. Ik weet eerlijk gezegd niet in hoeverre huisartsen zich op de HVPT als diagnostische test hebben verlaten. Persoonlijk heb ik de HVPT altijd al gewantwoord en de diagnose alleen op klinische gronden gesteld. Hyperventilatieprovocatie kan evenwel mijns inziens nog steeds worden gebruikt om een bepaalde geruststellende verklaring van de klachten te ondersteunen, en om de patiënt door middel van blootstelling aan de gevreesde symptomen te leren zijn angst ervoor te overwinnen.
- Het tweede leerpunt is dat hyperventilatie in veel gevallen van 'HVS' hooguit een ondergeschikte rol speelt bij de productie van symptomen. Dit geldt met name voor het type patiënten dat door Hornsveld is onderzocht: patiënten die (omdat de huisarts geen grip op de klachten kon krijgen?) in de tweede lijn zijn terechtgekomen. Uit de gevalsbeschrijvingen maak ik op dat veel van Hornsvelds patiënten gecompliceerde gevallen waren met vaak al jaren klachten. Wij moeten bij deze patiënten meer oog krijgen voor processen van angst en somatisatie die de klachten onderhouden.
- Mogen we nog van 'hyperventilatie' spreken? Ik denk van wel. Het onderzoek van Hornsveld laat geen uitspraak toe over de typische gevallen van 'hyperventilatie' die de huisarts ziet (zij onderkent dit ook; p. 132). Ik houd het er voorlopig op dat bij deze patiënten – met minder gecompliceerde en minder lang bestaande problematiek – hyperventilatie wel degelijk (nog) een rol speelt. Uitleg over hyperventilatie, instructies over het gebruik van een plastic zakje of andere noodmaatregelen, en ademhalingsoefeningen hebben hun waarde in de praktijk bewezen (en dit is ook in de literatuur gedocumenteerd). Daarnaast is aandacht voor de oorzakelijke stressfactoren aangewezen: hyperventilatie komt niet uit de lucht vallen. Wanneer de klachten niet in korte tijd onder controle gebracht kunnen worden, dienen we de rol van angst en somatisatie in ogenschouw te nemen. Ten slotte houdt Hornsveld nog de mogelijkheid van het bestaan van chronische hyperventilatie open; dit wordt gekenmerkt door een verlaagde 'base excess' als uiting van een metabool gecompenseerde respiratoire alkalose.

Mijn suggestie zou zijn: afscheid nemen van het 'hyperventilatiesyndroom' maar (nog) niet van hyperventilatie.

Dr. B. Terluin

1 Hornsveld HK. Farewell to the hyperventilation syndrome [Dissertatie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1996; 184 bladzijden, prijs NLG 25,-. ISBN 90-9009350-8. Te bestellen bij de auteur, telefoon (030) 2722871.

Reactie

Ik wil mij in deze reactie beperken tot enkele opmerkingen en aanvullingen.

In de eerste plaats de 'typische gevallen van hyperventilatie die de huisarts ziet'. Ik ben het met Terluin eens dat bij minder gecompliceerde en minder lang bestaande problematiek hyperventilatie mogelijk vaker een rol speelt dan bij patiënten die in de tweede lijn zijn terechtgekomen. Dit is in overeenstemming met het feit dat bij patiënten die zich melden bij een EHBO, geregeld een verlaagd CO₂ gehalte wordt gevonden. Mogelijk dat na verloop van tijd de subjectieve klachten als het ware 'loskomen' van de feitelijke hyperventilatie. Hyperventilatie is dan belangrijk geweest bij het ontstaan van de klachten, ook al treedt het verschijnsel als zodanig niet meer op.

Het is ook mogelijk dat hyperventilatie bij korte ziektegeschiedenissen weliswaar vaker voorkomt, maar een weinig specifiek onderdeel is van een sterke lichamelijke angstreactie, vergelijkbaar met een verhoogde hartslag of een verhoogde huidgeleiding. Hyperventilatie is dan één van de verschijnselen van een aanval en niet een belangrijke oorzaak.

Als met 'typische hyperventilatiepatiënten' 'paniepatiënten' worden bedoeld, dan speelt hyperventilatie waarschijnlijk géén belangrijke rol. Garssen et al. onderzochten 28 patiënten met de diagnose paniekstoornis en agorafobie.¹ Zij registreerden met bovenbeschreven ambulante CO₂-meetmethode 24 paniekaanvallen bij deze patiënten en vonden in slechts één geval een daling in het CO₂-gehalte.

Mijn tweede punt betreft het geruststellend effect van de hyperventilatieprovocatietest. De achterliggende gedachte is dat de patiënt aan den lijve ervaart dat de klachten kunnen worden opgeroepen door de ademhaling en zo evenzeer weer kunnen afnemen. Dit bevestigt voor de patiënt de hyperventilatiehypothese en tevens kan hij in een 'veilige omgeving' ervaren dat benauwdheid, duizeligheid en pijn op

de borst niet noodzakelijkerwijs leiden tot verstikking, flauwvallen of een hartaanval. Terluin merkt op dat zijns inziens 'hyperventilatieprovocatie nog steeds gebruikt kan worden om een bepaalde geruststellende verklaring van de klachten te ondersteunen'. Mijn eigen ervaring is, dat dit erg teleurstellend kan uitpakken voor patiënten die hun klachten *niet* herkennen, of die weinig klachten krijgen tijdens de test. Aan hen gaat de diagnose hyperventilatie dan kennelijk voorbij en zij worden bevestigd in hun idee dat het misschien toch 'iets ernstigs' is. De patiënt moet dan alsnog op een andere manier gerustgesteld worden.

Uit een interview-onderzoek bij 23 patiënten die de hyperventilatieprovocatietest ondergingen in een longfunctielaboratorium, vonden we dat klachtenherkenning weinig bijdroeg aan geruststelling.² Drie tot zes maanden na het onderzoek herinnerden patiënten zich de klachtenherkenning niet of nauwelijks. Wel gaven ze aan dat het belangrijk voor hen was 'dat de klachten serieus werden genomen', 'dat er eens goed naar werd gekeken', 'dat de klachten nu eens in het bijzijn van een derde kwamen', of 'dat ze nu eindelijk wisten wat het was'. Het lijkt dus niet zozeer te gaan om een *herkenning* alswel om een *erkenning* van klachten. Letterlijk: 'Door die test krijg je erkenning. Ik kon nu eindelijk aan anderen vertellen wat er met me aan de hand was, nl. hyperventilatie'.

Ten slotte nog een opmerking over ademtherapie. Hyperventilatie betekent letterlijk overademen en is per definitie verbonden aan een verlaagd koolzuurgehalte. Ik heb in mijn onderzoek gevonden dat hyperventilatie als zodanig slechts zelden optreedt en dus geen goede verklaring biedt voor de klachten. Aan de andere kant hebben veel van deze patiënten wel een gespannen, inefficiënte manier van ademen. Dit kan door de patiënt worden ervaren als benauwd, kortademig, enz. Door een goede ademtherapie kan het adempatroon sterk worden verbeterd en kunnen klachten afnemen.³ Daarnaast heeft ademtherapie een algemeen ontspannend effect en geeft dit een gevoel van controle over de klachten.⁴ Verwijzing naar een fysiotherapeut, haptonoom of Mensendiecktherapeut is dus vaak heel nuttig. Dit geldt ook voor mensen die psychologische hulp absoluut afwijzen, of die daarvoor niet voldoende vaardigheden bezitten. Het feit dat ademhalings- en ontspanningsoefeningen een gunstig effect hebben op de klachten, is echter geen bewijs voor de validiteit van het hyperventilatiemodel.

H.K. Hornsveld

- 1 Garssen B, Buikhuisen M, Van Dyck R. Hyperventilation and panic attacks. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 513-8.
- 2 Kappert E. Evaluatie van het hyperventilatie-project in het Slotervaartziekenhuis [Doctoraalscriptie]. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Faculteit der Psychologie, 1994.
- 3 Van Dixhoorn J. Hoe ontstaan het HVS en waar dient het accent te liggen van ademoefeningen? *Respons* 1992; 17: 1-4.
- 4 Garssen, De Ruiters C, Van Dyck R. Breathing retraining: a rational placebo? *Clin Psychol Rev* 1992; 12: 141-53.

Heupdysplasie

Op 15 maart 1996 promoveerde M.M. Boere-Boonekamp aan de Universiteit van Twente op het proefschrift 'Screening for developmental dysplasia of the hip'.¹ Promotor was Prof.dr. A.H.M. Kerkhoff. Copromotoren waren dr. P.B. Schuil en dr.ir. G.A. Zielhuis. Het proefschrift wordt besproken door Rob Smeenk, huisarts en CB-arts te Amsterdam.

Al enkele decennia is er een levendige wetenschappelijke discussie over de beste manier van opsporing en behandeling van 'congenitale heupdysplasie'. Algemeen wordt het belang van het vroegtijdig opsporen van heupdysplasie erkend. In Nederland bestaat tot op heden geen systematische neonatale screening op aangeboren heupafwijkingen. Wel wordt op de consultatiebureaus systematisch getest op dysplasie van de heup met behulp van de zogenaamde 'abductietest'. In dit promotieonderzoek wordt de huidige manier van screenen op het consultatiebureau geëvalueerd.

Het onderzoek

Omdat de term 'congenitale heupdysplasie' niet meer voldoet, gebruikt de auteur de internationale geaccepteerde term 'developmental dysplasia of the hip' ofwel dysplastische heupontwikkeling (DHO).

Het onderzochte screeningsprotocol bestaat uit drie onderdelen. Het eerste deel omvat het verzamelen van gegevens over het kind (anamnese en familie-anamnese). Het tweede deel beschrijft het lichamelijke onderzoek (abductietest, beenlengte en huidplooiën). Het derde deel geeft richtlijnen voor verwijzing (absolute en relatieve indicaties).

De auteur heeft gekozen voor een prospectief onderzoek waaraan 1968 zuigelingen uit een geboortecohort van 2105 kinderen in de

regio Twente deelnamen. Alle kinderen werden in de zevende maand uitgenodigd voor een echografisch referentie-onderzoek.

Op basis van het protocol werden 406 kinderen verwezen voor nadere diagnostiek (338 door het CB en 68 door huisarts of kinderarts). Bij 62 van deze kinderen werd de diagnose bevestigd. Bij 10 kinderen werd de diagnose pas gesteld na het echografisch onderzoek bij 7 maanden.

De incidentie van DHO in deze groep is 3,7 procent. Sensitiviteit en specificiteit van het protocol bedragen respectievelijk 86 en 82 procent. De voorspellende waarde van een positieve test (= verwijzing) is 15 procent, die van een negatieve test (= niet verwijzen) 99 procent.

Meisjes blijken een 4-5 maal hogere kans op DHO te hebben dan jongens. Andere risicofactoren zijn: een belaste familie-anamnese (eerste t/m vierde graad) en stuitligging in het laatste trimester van de zwangerschap. Van de vier onderdelen van het heuponderzoek blijken beenlengteverschil en/of kniehoogteverschil belangrijker te zijn dan abductiebeperking. Asymmetrische huidplooiën zijn het minst belangrijk.

Conclusies

Uit dit onderzoek blijkt dat de sensitiviteit heel redelijk is: er zijn weinig fout-negatieven. De specificiteit is echter laag: er zijn veel fout-positieven. De positief voorspellende waarde van deze screeningsprocedure is gemiddeld slechts 15 procent. Een totaal aantal verwijzingen van 20 procent is erg hoog. De cijfers voor sensitiviteit en specificiteit zijn overigens moeilijk te vergelijken met de resultaten van andere onderzoeken, omdat die anders zijn opgezet. Belangrijk is dat bij het voor verwijzing uitsluitend hanteren van afwijkende bevindingen bij lichamelijk onderzoek 36 procent van de kinderen met DHO (in de literatuur zelfs 45 procent) zou worden gemist.

- Enkele andere conclusies van de auteur zijn:
- de gevonden incidentie van 3,7 procent is vergelijkbaar met andere Nederlandse studies;
 - Bij screening op DHO zijn naast afwijkingen bij lichamelijk onderzoek met name een belaste familie-anamnese, stuitligging en geslacht (meisjes) belangrijk;
 - bij een positieve anamnese is snelle verwijzing voor echografisch onderzoek zinvol;
 - verbetering van het bestaande screeningsprotocol is slechts marginaal mogelijk;
 - bij vroegtijdige screening gaat echografie een steeds belangrijkere rol spelen; er is nog verder onderzoek nodig om te bepalen op

welke leeftijd de screening het best kan plaatsvinden en om meer te weten te komen over het 'natuurlijk beloop' van heupafwijkingen.

Commentaar

Dit promotie-onderzoek is zorgvuldig opgezet en uitgevoerd. Het onderwerp is relevant voor huisartsen en CB-artsen. Met name het meten van de effectiviteit van deze screeningsmethode (kwantificeren van sensitiviteit en specificiteit) maakt dit onderzoek extra interessant.

Er is nog steeds veel onduidelijkheid en begripsverwarring over 'congenitale heupdysplasie'. Gelukkig staat de auteur daar in dit proefschrift uitgebreid bij stil. Zij besteedt echter wat weinig aandacht aan de lange-termijneffecten van DHO. Vooral lichtere vormen van dysplasie manifesteren zich immers pas op volwassen leeftijd met klachten.

De cijfers uit dit onderzoek zijn moeilijk te vergelijken met andere onderzoeken. Daarin wordt het aantal fout-negatieven waarschijnlijk onderschat, met als gevolg een overschatting van de sensitiviteit.

De specificiteit van dit protocol is weliswaar laag (veel onnodige verwijzingen), maar de belasting voor de betrokken kinderen en hun ouders lijkt mij wel mee te vallen. Verwijzing leidt weliswaar tot extra onderzoek (en hogere kosten), maar in het algemeen niet tot overbodige behandelingen.

Het hoofdstuk over aanbevelingen had wat concreter kunnen zijn. De auteur stelt dat aanpassing van het door haar gebruikte screeningsprotocol slechts marginaal mogelijk is. Ik zou al blij zijn als het niveau van dit onderzoek in het algemeen wordt gehaald. Daarom zijn concrete voorstellen voor (verbetering van) een algemeen screeningsprotocol belangrijk voor het dagelijks werk op de CB's. Tot nu toe leiden bijvoorbeeld gegevens als positieve familie-anamnese, stuitbevalling en geslacht wel tot verhoogde alertheid bij het heuponderzoek maar niet tot verwijzing als zodanig.²

In sommige protocollen voor taakverdeling tussen wijkverpleegkundige en CB-arts (bijvoorbeeld dat van de Stichting Amsterdamse Kruisvereniging³) is het aantal bureaubezoeken aan de CB-arts te drastisch beperkt ten opzichte van de oude situatie. Met name het lichamelijk onderzoek rond de vijfde maand ontbreekt nu. Dit blijkt juist een belangrijk moment om kinderen met heupdysplasie (alsnog redelijk op tijd) op te sporen. Een aanbeveling over frequentie en beste leeftijd voor screening lijkt mij dan ook wenselijk.

Een interessante vraag blijft hoe het screen-

ingsonderzoek in Nederland in de toekomst moet worden georganiseerd. Eén mogelijkheid is het verder verbeteren en implementeren van het bestaande programma. Een andere mogelijkheid is om serieus het invoeren van echografische screening te overwegen. Hoewel er het laatste decennium veel onderzoek naar is gedaan, blijft het de vraag of er thans al voldoende informatie beschikbaar is om tot een verantwoorde besluitvorming te komen.^{1,4}

Rob Smeenk

- 1 Boere-Boonekamp MM. Screening for developmental dysplasia of the hip [Dissertatie]. Enschede: Universiteit Twente, 1996; 179 pagina's. ISBN 90-9009226-9.
- 2 De Jonge GA. Primaire en secundaire preventie van congenitale heupluxatie. Tijdschr Kindergeneeskunde 1985; 17: 12-3.
- 3 Specialisatie jeugdgezondheidszorg. Beleidsadvies. Amsterdam: Stichting Amsterdams Kruiswerk, 1994.
- 4 Diepstraten AFH. Congenitale heupluxatie en heupdysplasie. Tijdschr Kindergeneesk 1987;55: 166-73.

Reactie

Smeenk had graag gezien dat de lange-termijneffecten van niet of te laat behandelde DHO meer aandacht hadden gekregen. De belangrijkste probleemstelling in dit proefschrift was echter de evaluatie van de opsporingsmethode voor dysplastische heupontwikkeling, zoals toegepast op het CB. Voor een juist begrip wordt in de inleidende hoofdstukken uitgebreid stil gestaan bij de huidige (veranderde) inzichten in de aard van de aandoening, en bij de thans bekende resultaten van screening. Het viel buiten het bestek van het onderzoek om uitgebreid in te gaan op de lange termijn effecten van DHO. Er zijn verschillende onderzoeken waarin een direct verband wordt aangenomen tussen een in de vroege ontwikkeling van het kind ontstane, niet onderkende DHO en het optreden van coxarthrose op de leeftijd van 30 tot 40 jaar. Een direct causaal verband, hoe aannemelijk ook, is echter moeilijk te bewijzen, daar hiervoor een prospectieve studie nodig is met een looptijd van minimaal 30 tot 40 jaar. De desbetreffende onderzoeken zijn daarom vrijwel altijd retrospectief van karakter.¹⁻³ In slechts een enkel onderzoek werd een groep kinderen met DHO gedurende enige jaren gevolgd, hetgeen inzicht verschaft heeft in het natuurlijk beloop van de lichtere vormen van DHO.⁴ Als wordt uitgegaan van een direct verband tussen DHO

en vroege coxartrose, zijn de lange-termijnfecten vanzelfsprekend enorm ingrijpend, zowel voor het individu als in maatschappelijk opzicht. In deze optiek wordt het belang van een adequate vroege opsporing van DHO nog eens extra onderstreept.

De – overigens voorzichtige – conclusie van Smeenk dat de belasting van kind en ouders wel meevalt bij verwijzing wegens verdenking op DHO, wordt mogelijk toch te snel getrokken. De kans op overbodige behandeling is waarschijnlijk gering, evenals de kans op complicaties in geval van onterechte vroege behandeling. Een verwijzing op grond van een positieve testuitslag bij screening op heupafwijkingen veroorzaakt echter wel bij 30-50 procent van de ouderparen ongerustheid.⁵ Aanvullend onderzoek en consulten bij huisarts en specialist leiden tot aanzienlijke kosten en daarnaast tot ongewenste medicalisering. Deze belangrijke nadelen, naast de matige sensitiviteit van het protocol en het feit dat de opsporing niet echt vroeg te noemen is (slechts 30 procent wordt ontdekt vóór de leeftijd van drie maanden), moeten een stimulans zijn om te onderzoeken of andere methoden van screening deze nadelen mogelijk niet hebben. De resultaten van algemene echografische screening in een aantal Europese landen om ons heen verdienen daarom onze serieuze aandacht en een zorgvuldige analyse.

Voor de opsporing van DHO zullen we voorlopig afhankelijk zijn van de huidige traditionele screening. Ik ben het met de recensent eens dat het van belang is deze zo optimaal mogelijk volgens een algemeen screeningsprotocol uit te voeren. Op aanbevelingen hieromtrent zal ik nader ingaan in een beschouwing in dit tijdschrift.

M.M. Boere-Boonekamp

- 1 Detmar SJ. Over de etiologie van coxarthrose. Groningen: Van Denderen 1968: 28-51.
- 2 Engelhardt P. Das Risiko der sekundären Koxarthrose nach Hüftluxation, Morbus Perthes und Epiphyseolysis capitis femoris. Stuttgart: Thieme Verlag 1988: 1-50.
- 3 Wedge JH, Wasylenko MJ. The natural history of congenital dislocation of the hip: a critical review. Clin Orthop 1978; 137: 154-62.
- 4 Tönnis D, Brunken D. Eine Abgrenzung normaler und pathologischer Hüftpfannendachwinkel zur Diagnose der Hüftdysplasie. Arch Orthop Unfall-Chir 1968; 64: 197-228.
- 5 Van Woudenberg R, Wolters HJU. Hoe ervaren ouders een verwijzing van hun kind bij verdenking op CHD [Scriptie]. Leiden: NIPG-TNO, 1986.

Pijn op de borst

Serlie AW. Taking heartache to heart. Empirical psychological modelling of chest pain [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.

De aanleiding voor dit proefschrift was de bevinding dat bij 30 procent van de patiënten die verwezen zijn naar een cardioloog vanwege pijn op de borst, geen afwijkingen worden gevonden die duiden op coronairlijden. In het inleidende hoofdstuk wordt op grond van literatuuroverzicht gesteld dat patiënten met niet-cardiale pijn op de borst zich onderscheiden van patiënten met coronairlijden doordat de pijn vaker atypisch is, de patiënten relatief jong zijn, het vaker vrouwen betreft en er vaker aanwijzingen zijn voor psychische problemen als depressie en angst- en paniekstoornissen. Ondanks de geruststelling dat er niets aan de hand is, blijft voor veel patiënten het probleem gedurende langere tijd bestaan. Een veronderstelde verklaring voor niet-cardiale pijn op de borst is een psychologisch proces van labelen, anticiperen en fixatie op de pijn. Summier wordt ingegaan op de behandeling met antidepressiva en gedragstherapie. Er worden vier empirische studies beschreven die als doel hadden aan de hand van de psychologische en demografische kenmerken een instrument te ontwerpen waarmee in een vroeg stadium patiënten met cardiale en niet-cardiale pijn onderscheiden zouden kunnen worden. Hiermee zouden onnodig – soms invasief – onderzoek en somatisatie voorkomen kunnen worden.

Het eerste onderzoek betreft een retrospectieve studie bij 163 patiënten (96 met niet-cardiale en 67 met cardiale pijn) die verwezen waren naar een cardiologische polikliniek. Ruim 100 patiënten werden 16 maanden na hun eerste polikliniekbezoek geëvalueerd. Het meetinstrument was een combinatie van verschillende psychologische tests. Patiënten met niet-cardiale pijn bleken vaker angst, somatisatie, dwangmatig gedrag en hyperventilatie te vertonen dan patiënten met cardiale pijn.

Het tweede onderzoek werd verricht bij 55 patiënten met niet-cardiale en 43 patiënten met cardiale pijn bij hun eerste polikliniekbezoek wegens pijn op de borst. Van de 193 in aanmerking komende patiënten werden er 47 uitgesloten wegens een andere niet-cardiale oorzaak van de pijn. Een aantal patiënten weigerde deelname (n=30) en van nog eens 18 ontbraken gegevens. Als meetinstrument werden voor het merendeel dezelfde tests gebruikt als in het eerste onderzoek. Met de resultaten werd een

model geconstrueerd dat bij een eerste consult bij een cardioloog gebruikt zou kunnen worden om te voorspellen of pijn op de borst al dan niet van cardiale oorsprong is. De kenmerken die het beste differentieerden tussen cardiale en niet-cardiale pijn, waren typische angina pectoris, angst voor eigen gezondheid en angst voor schade aan het eigen lichaam, angst voor de dood en ziekte en moeheid. Aan de hand van dit onderzoek kon een model geconstrueerd worden waarmee de klachten in 80 procent van de gevallen correct geassocieerd konden worden.

Na 20 maanden werd een vervolgonderzoek gedaan bij de 72 van deze 98 patiënten. De resultaten waren vergelijkbaar met die van het voorgaande onderzoek: angst voor de eigen gezondheid, angst met betrekking tot aantasting van het eigen lichaam en angst voor ziekte differentieerden ook nu het best tussen niet-cardiale en cardiale pijn. De auteur noemt dit een verrassende bevinding, omdat het klinisch onderzoek duidelijk had aangetoond dat de patiënten met niet-cardiale pijn geen afwijkingen van de coronairarteriën hadden. Met het model kon 75 procent correct geassocieerd worden.

Tenslotte wordt een vierde onderzoek besproken bij 114 van 163 patiënten die verwezen waren wegens pijn op de borst. In 67 gevallen was de pijn als niet-cardiaal geassocieerd. Gevonden werd dat hyperventilatie (vastgesteld met een vragenlijst), angst en somatisatie hoger scoorden bij patiënten met niet-cardiale dan patiënten met cardiale pijn. Angst en somatisatie hadden een positieve correlatie met hyperventilatie. Tussen depressie en hyperventilatie bestond over het geheel genomen geen correlatie. Aanbevolen wordt om bij patiënten met niet-cardiale pijn op de borst aandacht te besteden aan ademhalingstechniek, angst en somatisatie.

Door de auteur zelf genoemde beperkingen zijn de onderzoeksmethoden (alleen vragenlijsten), de selectieve patiëntengroepen (alleen verwezen patiënten), door uitval relatief kleine groepen en het feit dat het onderzoek slechts in één ziekenhuis in één stad heeft plaatsgevonden. De resultaten kunnen dan ook niet gegeneraliseerd worden naar patiënten met pijn op de borst in de huisartspraktijk, mede omdat waarschijnlijk patiënten met een grotere angst voor een cardiale oorzaak eerder verwezen zullen worden. Het instrument dat de auteur ontwikkeld heeft om patiënten met cardiale en niet-cardiale pijn te onderscheiden, zal nog verder onderzocht moeten worden, voordat het in de cardiologische praktijk toegepast kan worden;

het leent zich niet voor directe toepassing in de huisartspraktijk.

Belangrijke algemene leerpunten zijn: patiënten met niet-cardiale pijn onderscheiden zich van patiënten met cardiale pijn op de borst, doordat zij relatief jong zijn, het vaker vrouwen betreft, de pijn frequenter atypisch is en zij vaker een angststoornis hebben. Omdat aanvullend onderzoek in eigen beheer of verwijzing van deze patiënten niet altijd te vermijden is (vanwege de angst een hartaandoening te hebben), is een tweesporenbeleid van het begin af aan belangrijk. Als blijkt dat er geen cardiale oorzaak te vinden is, kan aandacht besteed worden aan factoren als angst, somatisatie en hyperventilatie. De geruststelling 'er is niets aan de hand' blijkt de pijn en de angst bij de meeste patiënten onvoldoende weg te nemen. Het lijkt me niet de juiste weg – zoals de auteur suggereert – dat de cardioloog deze patiënten onverwijd naar een psycholoog of psychiater verwijst, mede omdat het effect daarvan niet bekend is.

R. Geijer

Grijs

Communicatie rondom oncologiepatiënten

Gezien vanuit het perspectief van de huisarts. Schot SM; 55 pagina's, prijs NLG 10,-.

Privacy in het verpleeghuis

Dijkstra J; 43 pagina's, prijs NLG 10,-.

De beweeglijkheid van de halswervelkolom

Een onderzoek in de huisartspraktijk naar de invloed van de beweeglijkheid van de halswervel kolom op de beweeglijkheid van de schouder en het ontstaan van schouderklachten in een normale populatie. Kremer I; 34 pagina's, prijs NLG 7,50.

Van pil naar femodeen

Onderzoek naar de effecten op de cycluscontrole en andere parameters bij de overstap van een oraal anticonceptivum naar femodeen. Krikke IMF; 54 pagina's, prijs NLG 10,-.

Gezondheidszorg in Bloemfontein, Zuid Afrika

Een morbiditeitsstudie op de Noodgevallensafdeling en een beschrijving van de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in Bloemfontein. De Jong GA, Wibbens MJ; 52 pagina's, prijs NLG 10,-.

Vertraging bij het hartinfarkt

Monteban W; 49 pagina's, prijs NLG 10,-.

Te bestellen bij :

drs. C.S.M. Wachters-Kaufmann, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen, Antonius Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen; telefoon (050) 3632967, fax (050) 3632964.

Mededelingen voor de Agenda in nummer 5 (begin mei) moeten op uiterlijk 24 maart in het bezit zijn van het redactiesecretariaat.

April

Ethics and palliative care *Nijmegen, 3-5 april*). Advanced European bioethics course.

Inlichtingen: dr. B. Gordijn, tel. (024) 3615320; fax (024) 3540254; e-mail: b.gordijn@efg.kun.nl.

Functional status evaluation (*San Felu de Guixols, Spanje, 5-10 april*). New methods for measuring functional status in older people. Inlichtingen: Dr. Josip Hendekovic, European Science Foundation, tel. (0033) 388767135; fax (0033) 388366987; e-mail: euresco@esf.org; on-line information: <http://www.esf.org/euresco>.

Wat doen we met het hyperventilatie-syndroom? (*Arnhem, 12 april*). Voorjaarscongres Nederlands Paramedisch Instituut.

Inlichtingen: Michael Schermer, NPI, tel. (033) 4622980, fax (033) 4651546.

De toegevoegde waarde van extramuraal geneeskundig onderzoek (*Amsterdam, 18 april*). Symposium ter gelegenheid van het 2e lustrum van het Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vrije Universiteit, Amsterdam. Inlichtingen: mw. M.E. Bakker, EMGO-Instituut, tel. (020) 4448199/4, fax (020) 4448361;

e-mail: me.bakker.emgo@med.vu.nl.

Study design in epidemiologic research

(*Renkum, 21-25 april*). Cursus door prof.dr. O.S. Miettinen. Inlichtingen: EMGO-Instituut, tel. (020) 4448188.

Mei

Terminal care, continuing care and home care for general practice (*London, 8-11 mei*).

EGPRW-bijeenkomst. Inlichtingen: mw. H. Prick, telefoon (043) 3882319, fax (043) 3619344.

■ **The physician role in transition: is Hippocrates sick?** (*Oslo, 13-15 mei*).

Internationale conferentie. Inlichtingen: The Research Institute, Norwegian Medical Association, Fjellveien 5, N-1324 Lysaker, Noorwegen; fax (0047) 67531020; e-mail: olaf.aasland@ccmail.telemax.no.

Meeting the needs of the infected and affected (*Amsterdam, 21-24 mei*).

3rd International conference on home and community care for persons living with hiv/aids. Inlichtingen: Bureau PAOG, tel. (020) 566.4801; fax (020) 696.3228; e-mail F.Wolters@inter.nl.net.

Prevention and Health Promotion in Primary Care (*Kvêna, Tsjechië, 30 juni – 4 juli*).

WONCA Europe Region/European Society of General Practice/Family Medicine Regional Meeting. Inlichtingen: ESGP/FM '97 c/o Guarant Ltd, Opletalova 15, CZ-11000 Praha 1, Republiek Tsjechië; tel. (00.42.2) 2421.0650; fax (00.42.2) 260.130.

Juni

Realizing a gender-sensitive health care (*Amsterdam, 25-27 juni*). Internationale, interdisciplinaire conferentie over vrouwen en gezondheid. Inlichtingen: Congresbureau Universiteit van Amsterdam, tel. (020) 5254791/2946, fax (020) 5254799; e-mail congres@bdu.uva.nl.

Augustus

Family medicine: diversity and harmony in the evolving era (*Seoul, 30 augustus – 3 september*). Wonca Asia Pacific Regional Conference. Inlichtingen: Conference Secretariat, SL Kangnam PO Box 305, Seel 135-603, Korea.

Research in health care – philosophical, ethical and historical aspects (*Padua, 21-23 augustus*). 11th Annual conference of the European Society for Philosophy of Medicine and Health Care. Inlichtingen: Prof.dr. H. ten Have, tel. (024) 3615320, fax (024) 3540254.

International summer school on quality improvement in general practice (*Maastricht, 31 augustus – 5 september*). Inlichtingen: Karin Vaessen of Ellen Breevoort, tel. (043) 3882334/11, fax (043) 3619344; e-mail karin.vaessen@hag.unimaas.nl.

Oktober

2nd International conference on the scientific basis of health services (*Amsterdam, 5-8 oktober*). Inlichtingen: Bureau PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

Using the evidence (*Amsterdam, 8-12 oktober*). 5th International Cochrane Colloquium. Inlichtingen: Bureau PAOG UvA, tel. (020) 5664801; fax (020) 6963228.

EGPRW-bijeenkomst (*Barcelona, 23-26 oktober*). Inlichtingen: mw. H. Prick, tel. (043) 3882319, fax (043) 3619344.

1998

■ **Communication in health care** (*10-12 juni 1998*). First announcement. Inlichtingen: dr. P.F.M. Verhaak, Nivel, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht; tel. (030) 231.9946, fax (030) 231.9290; e-mail p.verhaak@nivel.nl.

■ betekent: eerste vermelding.