

# Is elke excessief huilende zuigeling een huilbaby?

Een casus

P.L.B.J. LUCASSEN

**Lucassen PLBJ. Is elke excessief huilende zuigeling een huilbaby? Een casus. Huisarts Wet 1999;42(1):26-9.**

Excessief huilen kan voorkomen als symptoom van een onderliggende ziekte of als onderdeel van een syndroom dat wordt aangeduid als 'darmkrampjes', 'navelkolieken' of 'infantile colic'. In beide gevallen wordt soms de term 'huilbaby' gebruikt, zowel door leken als door professionals. Deze casus illustreert het belang van het onderscheid tussen huilen als symptoom en huilen als onderdeel van een syndroom. Hierbij speelt een tijdcriterium een belangrijke rol: bij overmatig huilen dat korter duurt dan 3 weken is de kans op een somatische oorzaak groter. Om verwarring zoveel mogelijk te voorkomen, wordt een gestructureerde aanpak van het probleem geadviseerd.

P.L.B.J. Lucassen, huisarts, Akkerroosstraat 18, 5761 EX Bakel.

## Inleiding

De term 'huilbaby' is niet eenduidig gedefinieerd. In het Nederlands wordt de term meestal gezien als synoniem met 'darmkrampjes', 'navelkolieken' of 'excessief huilen'; in het Engels wordt vaak de term 'infantile colic' gebruikt. Ervan uitgaand dat deze termen hetzelfde klinisch syndroom aanduiden, kan de klassieke omschrijving door *Illingworth* worden gebruikt: een gezonde, goed groeiende zuigeling die zonder duidelijke reden ontroostbaar begint te huilen, pijn lijkt te hebben, rood aanloopt, de beentjes optrekt, een opgezette buik heeft, moeite heeft met de ontlasting en veel flatuleert; na enige tijd houdt het huilen plotseling op om dan ineens weer te beginnen; de aanvallen beginnen in de eerste levensweken en stoppen op de leeftijd van 3-4 maanden.<sup>1</sup> Om de duur van excessieve huilen af te grenzen van normaal huilen, wordt de 'regel van 3' gebruikt: meer dan 3 uur per dag, gedurende 3 of meer dagen per week, gedurende 3 of meer weken.<sup>2</sup>

Behalve als onderdeel van dit syndroom, kan excessief huilen ook voorkomen als symptoom van een onderliggende ziekte.<sup>3</sup> In beide gevallen – excessief huilen als onderdeel van een syndroom en als symptoom – zal de leek geneigd zijn de term 'huilbaby' te gebruiken. Om die reden moet een zuigeling die het spreekuur bezoekt, een gedegen anamnese en lichamelijk onderzoek ondergaan. Dat wordt geïllustreerd in deze casus. Het gaat om een prospectieve beschrijving: het eerste deel van de ziektegeschiedenis was al opgetekend, toen het tweede deel nog in het verschiet lag.

## Casus

Wesley werd geboren op 29 april 1998, als tweede kind van gezonde ouders. Zijn broertje Rick was 2 jaar oud, had slaapproblemen en gaf opvoedkundig problemen.

In de 26e zwangerschapsweek moest de moeder in het ziekenhuis worden opgenomen wegens premature weeënactiviteit, die met succes behandeld werd met Prepar. In de 37e zwangerschapsweek besloot

de gynaecoloog de zwangerschap te beëindigen in verband met een licht hydramnion en de subjectieve lasten van de moeder: ze kon nauwelijks lopen vanwege bekkenpijn. De baring werd ingeleid met een oxytocine-infuus. In verband met hevige pijnen werd epidurale analgesie gegeven. Wesley werd binnen 4 uur na het begin van de inleiding geboren. De APGAR-score na 5 minuten was 8; het geboortegewicht bedroeg 2800 gram.

Op de dag van de bevalling werden Wesley en zijn moeder uit het ziekenhuis ontslagen. De kraambedcontroles werden gedaan door de vroedvrouw. Wesley's moeder besloot om vanaf het begin flesvoeding te geven vanwege haar slechte ervaringen met borstvoeding bij haar eerste kind. Thuis hilde Wesley veel, vooral in bad en bij het aankleden, en vanaf de eerste dag hilde hij ook 's nachts veel. Ondanks het vele huilen viel hij kort na de geboorte slechts weinig af en groeide hij na enkele dagen goed. Hij had geen koorts en zag er goed uit.

Op 5 mei adviseerde de vroedvrouw – na telefonisch overleg met de huisarts – aan Wesley's moeder om hypo-allergene flesvoeding te gaan gebruiken in plaats van de standaard-zuigelingenvoeding – dit omdat hypo-allergene flesvoeding mogelijk helpt bij huilbaby's. 's Avonds belden de uitgeputte ouders de dienstdoende huisarts. Zij waren erg bezorgd, omdat een verpleegkundige en familieleden hadden gezegd dat Wesley een huilbaby was. Bij aankomst van de dokter sliep Wesley rustig in de armen van de moeder. Tijdens het gesprek uitte de moeder haar bezorgdheid vanwege het abnormale geluid en de abnormale duur van het huilen. Het huilen klonk alsof Wesley pijn had. Hij hilde meer dan 8 uur per dag. Tijdens de eerste twee dagen was hij nog te troosten met een speen, daarna werd troosten veel moeilijker. Wesley's moeder had meer succes bij het troosten dan zijn vader. Op de derde dag had Wesley wat gebraakt, hij had geen opgezette buik of problemen met het produceren van ontlasting. Tijdens het lichamelijk onderzoek hilde Wesley luid. Er werden geen afwijkingen gevonden, totdat hij weer werd aangekleed. Zijn linker-

arm bleek niet spontaan te bewegen. Bij hernieuwd onderzoek bleek dat de pijn en het huilen werden geprovoceerd door het bewegen van dit armpje. De nog diezelfde avond gemaakte röntgenfoto's lieten geen afwijkingen zien.

Tien uren later, op 6 mei, werd Wesley, na overleg tussen verloskundige en kinderarts, opgenomen in het ziekenhuis. Hij bleek nu – nog steeds zonder koorts – een zwelling te hebben op de linkerschouder. Op klinische verdenking van osteomyelitis of artritis van het glenohumerale gewricht werd Wesley intraveneus behandeld met antibiotica.

Tien dagen later, bij ontslag uit het ziekenhuis, huilde hij niet veel meer. Het verschil in 'troostvaardigheid' tussen vader en moeder was veroorzaakt door het feit dat de moeder linkshandig was en de vader rechtshandig: als hij werd gedragen door zijn vader, werd Wesley's pijnlijke linkerarm samengedrukt tegen de borstkas van zijn vader. De uiteindelijke diagnose was artritis van het glenohumerale gewricht ten gevolge van een sepsis als uiting van een late onset-infectie met bèta-hemolytische streptokokken, verworven tijdens de partus.

## Bespreking I

Achteraf gezien hadden alle betrokkenen – familie, huisarts, verloskundige en verpleegkundige – ten onrechte het idee gehad dat Wesley een huilbaby was. Op grond van dit idee stemde de huisarts in met een proefbehandeling met hypo-allergene flesvoeding, voordat anamnese en lichamenlijk onderzoek waren gedaan.

Om de diagnose 'huilbaby' (als syndroom) te kunnen stellen, moet voldaan zijn aan een aantal voorwaarden. Ten eerste moet het kind goed groeien. Een gewichtstoename van 150-200 gram is in dit opzicht voldoende. Ten tweede moet het kind niet ouder zijn dan 4 maanden. Aan deze twee voorwaarden werd in dit geval voldaan. Ten derde mogen er geen afwijkingen zijn bij anamnese en lichamenlijk onderzoek. Ten vierde moet het huilen excessief zijn volgens de 'regel van 3'. Omdat deze regel een '3 weken'-criterium

inhoudt, kan de diagnose per definitie niet gesteld worden bij een zuigeling van 1 week oud. Omdat aan de laatste twee voorwaarden niet werd voldaan, had het excessieve huilen van Wesley niet gezien mogen worden als onderdeel van het syndroom. Een vruchtbaarder (evidence based) aanpak was geweest als de huisarts eerst het probleem had overdacht en omgevormd tot een beantwoordbare klinische vraagstelling: 'wat zijn de mogelijke oorzaken van overmatig huilen bij deze één week oude zuigeling?'<sup>4</sup>

De meeste oorzaken van overmatig huilen dat kort bestaat, zijn eenvoudig op te sporen en leiden meestal niet tot een langduriger excessief huilen. Voorbeelden zijn: honger, otitis media acuta, cornea-erosie en ingeklemde liesbreuk.<sup>5,6</sup> Poole beschrijft een case-serie van 56 zuigelingen (mediane leeftijd 3,5 maand) op een eerstehulpafdeling van een ziekenhuis – de helft verwezen vanuit de eerste lijn, de andere helft op eigen initiatief gekomen – met als klacht acuut, onverklaarbaar overmatig huilen. In 75 procent van de gevallen waren anamnese en lichamenlijk onderzoek voldoende om de oorzaak te vinden. Veel voorkomende oorzaken waren: otitis media acuta, cornea-erosie en obstipatie.<sup>7</sup> Behalve deze eenvoudig op te sporen aandoeningen spelen mogelijk ook nieraan- doeningen en urineweginfecties een rol bij zuigelingen die veel huilen.<sup>8,9</sup> Voor de dagelijkse praktijk wordt dan ook geadviseerd om bij zuigelingen die veel huilen ook altijd urine-onderzoek te doen.

## Casus, vervolg...

Bij een bezoek van de huisarts aan het gezin na ontslag van Wesley uit het ziekenhuis, leek alles in orde. Drie dagen na ontslag begon Wesley echter weer meer te huilen. Hoewel de duur van het huilen korter was dan voor de opname, was het toch meer dan 3 uur per dag. Het huilen klonk nog steeds alsof Wesley pijn had. De ouders hadden het gevoel dat Wesley de flesvoeding (een standaard-zuigelingenvoeding) niet kon verdragen, omdat hij ongeveer een half uur na elke voeding begon te jengelen en huilen. Bovendien had hij

enkele keren per dag wat dunne ontlasting en braakte hij eveneens enkele keren per dag kleine hoeveelheden voeding.

Omdat er na ongeveer een week herhaaldelijk wat bloed bij de ontlasting zat, werd Wesley op 27 mei opnieuw in het ziekenhuis opgenomen. Op verdenking van een colitis ten gevolge van koemelkallergie werd hij door de kinderarts behandeld met een hypo-allergene voeding (weihydrolysaat). Op 1 juni volgde ontslag. Er was geen bloed meer bij de ontlasting en er waren geen grote afwijkingen geconstateerd.

Toch huilde Wesley nog diverse uren per dag. Op 7 juni werd de huisarts gebeld tijdens de avonduren. De ouders van Wesley waren ten einde raad. Ze hadden inmiddels contact gehad met de verloskundige, de wijkverpleegkundige, de huisarts, een moeder die vroeger een huilbaby had gehad, en een 'paranormale' hulpverleenster, ieder met hun welgemeende adviezen.

Op 8 juni verving de huisarts, na telefonisch overleg met de kinderarts, het weihydrolysaat door een caseïnehydrolysaat, aangevuld met een verdikkingsmiddel (Johannesbroodpitmeel).

Op 9 juni werd overdag een huisbezoek van de huisarts aangevraagd. Bij dit bezoek waren ook beide oma's aanwezig. Hoewel de nieuwe voeding nog maar één dag gebruikt was, voelden de ouders er niets voor om er mee door te gaan, omdat Wesley minstens evenveel spuugde en huilde als tevoren. Beide ouders waren uitgeput. Ze wilden geen derde opname van Wesley in het ziekenhuis om zelf tot rust te kunnen komen. Evenmin wilden ze een recept voor een sedativum voor Wesley, omdat ze met een dergelijk medicament in het verleden problemen had gehad bij zijn broertje Rick. Als compromis werd het volgende beleid overeengekomen: een hernieuwd consult bij de kinderarts, omdat beide ouders niet overtuigd waren van de afwezigheid van ziekte, en overname van de zorg voor Wesley de komende nacht door een van de oma's.

Het resultaat van het consult bij de kinderarts op 10 juni was een recept cisapride, een prokineticum. Bij het volgende huis-

bezoek aan het eind van de middag op 11 juni waren de ouders opgetogen; er leek een wonder te zijn gebeurd: Wesley was de nacht van 10 op 11 juni (die hij thuis doorbracht) en 11 juni overdag rustig en tevreden geweest.

Deze verbetering hield stand gedurende de volgende weken. In overleg met de kinderarts werd de voeding weer veranderd in de normale standaard-zuigelingenvoeding.

## Bespreking II

Ook in het vervolg van deze ziektegeschiedenis kon Wesley geen huilbaby worden genoemd in de zin van het syndroom. Hij had immers een symptoom (bloedverlies per anum), dat mogelijk duidde op ziekte. Door de kinderarts werd een behandeling met hypo-allergene voeding ingesteld, uitgaande van de werkhypothese 'colitis op basis van een allergie voor koemelk'. Deze behandeling bleek effectief bij het bestrijden van het bloedverlies per anum, maar niet bij het reduceren van het huilen. Dit partiële falen van de behandeling kan te wijten zijn aan de incidenteel gerapporteerde allergische reacties op hydrolysaten: zowel wei-hydrolysaten (in Nederland onder meer in de handel als Nutrilon Pepti en Frisopep 1) als caseïnehydrolysaten (in Nederland onder meer in de handel als Nutramigen) veroorzaken soms allergische reacties.<sup>10</sup> Dit wordt veroorzaakt door het feit dat er, ondanks hydrolyse van de melkeiwitten, soms peptideketens in de voeding aanwezig blijven, die nog allergeen zijn. Om deze reden is vervanging van het ene hydrolysaat door het andere in dit geval een rationele beslissing. Hetzelfde geldt voor het aandikken van de voeding, omdat het huilen in een klein aantal gevallen veroorzaakt wordt door gastro-oesofageale reflux.<sup>11</sup> Hoewel van cisapride geen onderzoek bekend is waarin de effectiviteit bij excessief huilen wordt aangetoond, is er toch enige ratio voor dit voorschrift, omdat wel is aangetoond dat gastro-intestinale motiliteit een rol speelt bij excessief huilen van zuigelingen.<sup>12</sup> In deze casus kan hooguit op het einde, ten tijde van het mogelijk falen van

de ingedikte hypo-allergene voeding, sprake zijn van een huilbaby in de zin van het syndroom.

De termen 'huilbaby', 'darmkrampjes', 'navelkolieken', en 'infantile colic' zijn vaag. Ze geven bij hulpverleners mogelijk aanleiding tot verwarring als huilen als syndroom niet wordt onderscheiden van huilen als symptoom. Daarom wordt, uitgaande van de ideeën van Carey<sup>5</sup> en met de bedoeling systematisch denken te stimuleren, voorgesteld het probleem 'excessief huilen bij zuigelingen' als volgt te benaderen:

- Huilen is excessief als voldaan is aan de 'regel van 3'.
- Indien een zuigeling excessief huilt, dienen anamnese, lichamelijk onderzoek en urine-onderzoek plaats te vinden.
- Indien dan een oorzaak voor het excessief huilen wordt gevonden (bijvoorbeeld honger of pijn), is er sprake van secundair excessief huilen.
- Indien geen oorzaak voor het excessief huilen wordt gevonden, wordt een proefbehandeling met een hypo-allergene voeding gedurende 1 week gestart, bij voorkeur een wei-hydrolysaat, gezien de lagere kosten en minder slechte smaak in vergelijking met caseïnehydrolysaten. De effectiviteit van deze handelwijze is goed onderbouwd.<sup>12</sup>
- Eventueel kan een proefbehandeling worden ingesteld met het indikken van de voeding met Johannesbroodpitmeel. Deze handelwijze is wetenschappelijk minder goed onderbouwd, maar wordt toch geadviseerd vanwege de eenvoud van de behandeling en het incidentele succes.
- Als een van de voedingsinterventies baat heeft, is eveneens sprake van secundair excessief huilen. Indien de voedingsinterventies geen baat hebben, is er sprake van 'primair excessief huilen'.
- De behandeling van 'primair excessief huilen' bestaat uit het zoveel mogelijk reduceren van allerlei stimuli ten aanzien van de zuigeling: een vast ritme aanhouden, niet steeds uit bed halen en troosten, eventueel anderen tijdelijk voor het kind laten zorgen. Ook de effectiviteit van deze behandeling is goed onderbouwd.<sup>12,13</sup> Het

advies het aantal stimuli te reduceren is in strijd met de veel gehoorde opvatting dat een huilend kind juist meer gedragen en verzorgd moet worden. Voor normaal huilende zuigelingen is aangetoond dat meer dragen en wiegen het huilen vermindert.<sup>14,15</sup> Bij excessief huilende zuigelingen is deze interventie niet effectief.<sup>16</sup>

- De behandeling van primair excessief huilen vereist veel zorg van de hulpverlener. Een van de redenen hiervoor is dat het voor ouders lang niet altijd mogelijk is om de voorgestelde benadering te implementeren vanwege de grote mate van angst die door separatie wordt opgeroepen.<sup>17</sup>

## Casus: hielp cisapride werkelijk?

Op de avond van 10 juli bleken er toch weer problemen te zijn: Wesley had het goed gedaan gedurende één maand, maar was nu sinds een dag weer meer aan het huilen, leek buikpijn te hebben, had vastere ontlasting, spuugde meer en had koorts (38.2° C). Bij lichamelijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Wesley bleek sinds twee weken een lagere dosering cisapride te krijgen op advies van de kinderarts. Als mogelijke oorzaak van het terugkomen van de oorspronkelijke klachten werd gedacht aan een urineweginfectie en het verminderen van de dosis cisapride.

Herhaling van het lichamelijk onderzoek de volgende dag en onderzoek van de urine lieten geen afwijkingen zien; de temperatuur was inmiddels normaal. Wesley's moeder werd geadviseerd om hem weer de oorspronkelijke dosering cisapride te geven.

Op 16 juli bleek dat dit geen resultaat had. Wesley's gedrag was onveranderd: hij sliep weliswaar rustig van 20.00 uur 's avonds tot 4.00 uur 's ochtends, maar was verder de hele dag onrustig. Hij huilde veel, was wel te troosten door hem te wiegen of door te gaan wandelen. Hij boerde vaak, spuugde tweemaal daags, met name 's morgens en 's avonds na het gulzig drinken van de fles (standaard-zuigelingenvoeding). Wesley's moeder leek het probleem min of meer geaccepteerd te

hebben: 'Het is ongeveer hetzelfde als bij zijn broertje Rick'. Nieuwe afspraken voor het spreekuur werden niet gemaakt, aangezien Wesley over ongeveer twee weken op het consultatiebureau voor zuigelingen zou worden gezien.

De indruk dat de moeder het probleem had geaccepteerd, bleek maar schijn: op zondag 19 juli was toch weer een contact met de huisarts nodig. Wesley had de hele zaterdag gehuild, hij was meer gaan spugen. De nacht had hij doorgebracht bij zijn oma, die de hele nacht met hem bezig was geweest. Beide ouders waren overstuurd. Ze hadden nog steeds het idee dat Wesley pijn had kort na het voeden. De nacht van zondag op maandag verliep hetzelfde als de voorafgaande nacht: huilen, huilen, huilen.

Op maandag 20 juli werd in een telefonisch overleg tussen huisarts en kinderarts besloten Wesley weer op te nemen en hem te screenen op pathologie van het bovenste deel van de tractus digestivus. Op 21 juli vond een 24-uurs-registratie van de pH in de oesophagus plaats. 's Avonds werd toch weer gestart met een caseïne-hydrolysaat. Vrij snel na de eerste voeding werd Wesley abnormaal rustig, ging hij meer spugen en kreeg hij koorts. Op woensdag 22 juni werden slikfoto's gemaakt.

De dagen daarna bleef Wesley abnormaal rustig, hij spuugde regelmatig, dronk onvoldoende en leek af te vallen. Het abnormaal rustige gedrag riep bij zijn moeder schuldgevoelens op: 'zie je wel, het ligt aan mij'. Anderzijds was ze uren per dag aanwezig in het ziekenhuis en gaf zij bijna alle voedingen; een groot verschil met thuis was er dus niet.

Op maandag 27 juli werd een oesofago-gastro-duodenoscopie verricht. Hierbij werden geen tekenen van distale oesofagitis of andere pathologie aangetoond. Hoewel er bij de pH-meting en de röntgenfoto's enige aanwijzingen waren voor reflux, maakt deze uitslag een belangrijke rol van refluxoesofagitis onwaarschijnlijk. Toch werd, mede gezien de vreemde reactie op het hydrolysaat, de voeding veranderd in een ingedikte standaard-zuigelingenvoeding. Hiermee verdween het

spugen. Helaas bleef het huilen maar doorgaan. De ouders reageren gelaten en proberen er maar het beste van te maken. Veel positieve gevoelens voor Wesley zijn er niet.

### Bespreking III

In een 1 week durende randomized controlled trial naar de effectiviteit van cisapride zou dit middel bij deze casus als succes zijn geboekt. Met evenveel recht kan hier echter worden gesproken van therapeutisch falen. Had het middel echt gewerkt, dan zou de dosisverhoging in tweede instantie ook effectief geweest moeten zijn. Dit therapeutisch falen werpt een nieuw licht op de duur van de trials op dit gebied. De meeste trials duren immers één week. Meer aandacht voor het persisteren van effecten is waarschijnlijk op zijn plaats.

Machteloosheid is bij deze casus wel de beste karakterisering voor alle betrokkenen. Wat is nu de functie van de huisarts? Het gezin regelmatig bezoeken? Of afspreken dat men belt, indien nodig?

### Epiloog

Hoewel het probleem van de excessief huilende zuigeling self-limiting is, is het niet beperkt tot het kind zelf.<sup>18</sup> De angst en de uitputting van ouders illustreren dit. Om die reden zijn externe 'cure' en 'care' nodig. De behandeling van een excessief huilende zuigeling is prototypisch voor het werk van de huisarts: zowel somatische als psychosociale aspecten komen aan bod; zowel patiënt als gezin zijn bij de behandeling betrokken; de arts-patiëntrelatie speelt een rol (onzekerheid van de huisarts kan de angst van de ouders beïnvloeden; frequente verzoeken om hulp kunnen irritatie bij de arts oproepen); er moet samengewerkt worden met andere eerstelijnsdisciplines en specialisten.

Een prospectief beschreven casus is nooit af. Mogelijk werpen de ontwikkelingen in de komende jaren nieuw licht op de gebeurtenissen die hier werden beschreven. Ook dit is typerend voor het werk van de huisarts.

### Dankbetuiging

Pim Assendelft voor het meelesen en meedenken; de ouders van Wesley voor de toestemming voor publicatie.

### Literatuur

- 1 Illingworth RS. Infantile colic revisited. *Arch Dis Child* 1985;60:981-5.
- 2 Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called 'colic'. *Pediatrics* 1954;14:421-34.
- 3 St James-Roberts I. Persistent infant crying. *Arch Dis Child* 1991;66:653-5.
- 4 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. London: Churchill Livingstone, 1997.
- 5 Carey WB. 'Colic' - Primary excessive crying as an infant-environment interaction. *Pediatr Clin North Am* 1984;31:993-1005.
- 6 Harkness MJ. Corneal abrasion in infancy as a cause of inconsolable crying. *Pediatr Emergency Care* 1989;5:242-4.
- 7 Poole SR. The infant with acute, unexplained excessive crying. *Pediatrics* 1991;88:450-5.
- 8 Browne G, Lillystone D. Renal disease presenting as severe unremitting colic. *Med J Aust* 1991;154:93-4.
- 9 Du JNH. Colic as the sole symptom of urinary tract infection in infants. *Can Med Assoc J* 1976;115:334-7.
- 10 Businco L, Dreborg S, Einarsson R, et al. Hydrolysed cow's milk formulae. Allergenicity and use in treatment and prevention. An ESPACI position paper. *Pediatr Allergy Immunol* 1993;4:101-11.
- 11 Heine RG, Jaquiere A, Lubitz L, et al. Role of gastro-oesophageal reflux in infant irritability. *Arch Dis Child* 1995;73:121-5.
- 12 Lucassen PLBJ, Assendelft WJJ, Gubbels JW, et al. Effectiveness of treatments of infantile colic: systematic review. *BMJ* 1998;316:1563-9.
- 13 McKenzie S. Troublesome crying in infants: effects of advice to reduce stimulation. *Arch Dis Child* 1991;66:1416-20.
- 14 Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77:641-8.
- 15 Barr RG, Elias MF. Nursing interval and maternal responsivity: effect on early infant crying. *Pediatrics* 1988;81:529-36.
- 16 Barr RG, McMullan SJ, Spiess H, et al. Carrying as colic 'therapy': a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1991;87:623-30.
- 17 Humphry RA, Hock E. Infants with colic: a study of maternal stress and anxiety. *Infant Mental Health J* 1989;10:263-72.
- 18 Lester BM, Boukydis CFZ, Garcia-Coll CT, Hole WT. Colic for developmentalists. *Infant Ment Health J* 1990;11:321-33. ■

### NHG-Standaard Cervixuitstrijken: wijzigingen vervolgbeleid

Na het verschijnen van de eerste herziening van de NHG-Standaard Cervixuitstrijken (Huisarts Wet 1996;39:134-41) heeft op initiatief van een werkgroep van de Ziekenfondsraad overleg plaatsgevonden tussen vertegenwoordigers van de LHV, NHG, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP). In dit overleg is consensus bereikt over een aantal discussiepunten die betrekking hebben op het vervolgbeleid. Dit heeft geleid tot een aantal wijzigingen in de NHG-Standaard. Hierover is eerder bericht (Huisarts Wet 1997;40:187, Huisarts Wet 1998;41:316-7). Het samenvattingskaartje waarin de wijzigingen verwerkt zijn, is in dit nummer van H&W bijgesloten. De gewijzigde tekst van de standaard is op te vragen bij het NHG en wordt te zijkant gepubliceerd in de tweede druk van Standaardenboek deel 1.

Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste wijzigingen.

- De classificatie B2 (verminderd beoordeelbaar) wordt vervangen door 'voldoende beoordeelbaar maar beperkt door ['probleemtypering'] (bijvoorbeeld ontbreken van endocervicale cilindercellen, veel leukocyten, veel bloed of slechte fixatie). Bij B2 wordt de uitstrijk uitsluitend vervoegd herhaald als de overige KOPAC-codes daartoe aanleiding geven (het herhalingsadvies was: na 6 maanden). Voor het herhalingsadvies bij een uitslag waarbij de beoordeelbaarheid beperkt is door het ontbreken van endocervicale cilindercellen: zie verder.
- Herhalingsadvies bij het ontbreken van endocervicale cilindercellen (C2)  
*Een uitstrijk waarin de endocervicale cilindercellen ontbreken maar waarin de overige KOPAC-codes niet afwijkend zijn, wordt herhaald na 6 maanden (herhalingsadvies was: na 6 weken).* Als de endocervicale cilindercellen in deze herhalingsuitstrijk ook ontbreken en de overige KOPAC-codes niet afwijkend zijn, wordt de vrouw na vier en een half jaar weer regulier volgens het schema van het bevolkingsonderzoek uitgenodigd.
- Herhalingsadvies bij ontstekingsverschijnselen  
*De categorie 'ontstekingsverschijnselen' komt te vervallen.* Het herhalingsadvies bij ontstekingsverschijnselen zoals veel leukocyten is afhankelijk van de beoordeelbaarheid (zie eerder) en de overige KOPAC-codes.

- Overige wijzigingen betreffen het herhalingsadvies bij (ab)normaal endometrium in de uitstrijk. Omdat dit weinig voorkomt wordt hierop verder niet ingegaan.

De adviezen met betrekking tot P2-3 (voorheen Pap 2) en P4 blijven gehandhaafd. Door de aangescherpte criteria zullen veel minder uitstrijken geïnclassificeerd worden als P2-3. De 'nieuwe' P2-3 uitslagen zullen bovendien naar verwachting vaker dan in het verleden relevante afwijkingen vertonen.

Roeland Geijer,  
huisarts-staflid  
afdeling Standaardenontwikkeling NHG

## VERVOLG

Vervolg literatuur pag. 21.

- 10 Van der Velden J, de Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 11 Crombie DL, Cross KW, Fleming DM. The problem of diagnostic variability in general practice. *J Epidemiol Community Health* 1992;46:447-54.
- 12 Van Vliet RCJA, Van de Ven WPMM. Consumptieverschillen tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden: directe standaardisatie met behulp van meervoudige regressie. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1986;64:669-75.
- 13 Peterson S, Eriksson M, Tibblin G. Practice variation in Swedish primary care. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:68-75.
- 14 Westert GP. Artsen en de couleur locale: over het verklaren van lokale verschillen in medisch handelen. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 1996;74:52-6.
- 15 Leder D. Clinical interpretation: the hermenetics of medicine. *Theoretical Med* 1990;11:9-24.
- 16 Van der Werf GTh, Smith RJA, Stewart RE, Meyboom-de Jong B. Spiegel op de huisarts: over registratie van ziekte, medicatie en verwijzingen in de geautomatiseerde huisartspraktijk. Groningen: Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, 1998. ■

### Standaarden bij ziekte... en de ziekte

De bijdrage van *Fleuren* 'Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen?'<sup>1</sup> berust op een misvatting, die zeer algemeen is. Ik zal proberen dit duidelijk te maken, maar deze misvatting heeft ons denken zo vertroebeld dat ik het niet vreemd zou vinden als ik bij vele lezers van dit blad op onbegrip stuit.

Vrijwel alle standaarden berusten op het begrip ziekte. Welnu: ziekte bestaat niet, ziekte is geen entiteit, geen zelfstandig bestaand iets. Ziekte is een begrip dat door ons denken geconstrueerd is om de werkelijkheid beter te kunnen begrijpen. Niemand heeft ooit een verkoudheid gezien, wel een kind dat verkouden is. Hypertensie bestaat niet, wel een patiënt met hypertensie. Wat in een leerboek onder mazen beschreven staat, is datgene wat mazelenpatiëntjes gemeen hebben: het is een abstractie. Het NHG-congres in 1972 was aan deze zaken gewijd.<sup>2</sup>

Om het voorbeeld van *Fleuren* te nemen: een dreigende miskraam bestaat niet, wel een vrouw bij wie de diagnose (dreigende) miskraam gesteld is. Dat de auteur zich haar denkfout niet realiseert, blijkt uit het voorbeeld dat zij geeft van het uittesten van een auto. Dat is wel wat anders dan het uittesten van een standaard.

Iemand die denkt dat ziekte bestaat, hanteert het ontologische ziektebegrip, een ziektebegrip waar artsen bijvoorbeeld in het begin van de vorige eeuw soms van uitgingen.<sup>3</sup> Het lijkt of dit ziektebegrip in onze tijd niet meer voorkomt. Maar in de krant lezen wij dat 'de griep' in het noorden van het land weer heeft toegeslagen, en dat 'de kanker' bestreden dient te worden. Het merkwaardige is niet alleen dat hier het ontologische ziektebegrip wordt gehanteerd, maar ook dat het taalgebruik daarbij altijd verwijst naar strijd en/of oorlog. Kanker moet echter niet bestreden worden. Het gaat erom kankerpatiënten zo goed mogelijk te behandelen. Deze hypostasering, dit tot een zelfstandigheid verheffen van een abstractie, komt veel voor.<sup>4</sup> Velen zeggen dat alle godsdiensten hierop berusten.

Wanneer *Fleuren* zich afvraagt waarom standaarden in de praktijk niet gevolgd worden, ligt hier het antwoord. Standaarden hebben – hoe nuttig zij ook zijn – slechts een geringe waarde. De arts moet zijn handelen voortdurend aanpassen in de concrete situatie bij de concrete patiënt. Dat heet geneeskunst en vele huisartsen beheersen die. Er bestaat geen standaard waarin de huisarts kan lezen wat zijn pre-