

Inmiddels zijn verschenen: De Jongh TOH, De Vries H, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten I. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002, en: De Vries H, De Jongh TOH, Grundmeijer HGLM, redactie. Diagnostiek van alledaagse klachten II. Bouwstenen voor rationeel probleemoplossen. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum, 2003. In de serie Diagnostiek in H&W worden een aantal hoofdstukken uit deze boeken in bewerkte vorm geplaatst.

Huidtest op allergie

Bij bepaalde beroepen (bijvoorbeeld kapster) kan het belangrijk zijn vast te stellen of er werkelijk sprake is van een contactallergie. Met de plakproef kan een contactallergie (type-4-reactie) aangetoond worden. Een aantal stoffen worden onder pleisters tegen de huid aangeplakt (meestal de stoffen uit de Europese standaardreeks). Na 48-72 uur wordt gekeken naar de huidreactie. De sensitiviteit en specificiteit zijn niet bekend. Vaak wordt deze test als gouden standaard gebruikt. De interwaarnemersvariatie is groot.⁹ **A**

De intra- of percutane test wordt meestal voor niet-cutane allergieën gebruikt. De test kan ook gebruikt worden voor het aantonen van een latexallergie en bij geneesmiddelenexantheem. Er wordt 0,03 ml van het allergeen subcutaan gespoten. Na 15 minuten worden de zwelling (kwaddel) en roodheid bekeken. De test is moeilijk te interpreteren en moet in iedere geval verricht worden met een positieve controle (histamine) en een negatieve contro-

le (het oplosmiddel). De interwaarnemersvariatie is groot. De sensitiviteit en de specificiteit zijn niet bekend.

Biopsie

In zeldzame gevallen is een biopsie nodig om de diagnose te kunnen stellen, bijvoorbeeld bij SLE.

Literatuur

- 1 Sillevius Smitt JH, Van Everdingen JJE, Starink ThM, De Haan M. Dermatologie-venereologie voor de 1^e lijn. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.
- 2 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodegegevens uit de huisartspraktijk. Bussum: Coutinho, 1998.
- 3 De Kock CA, Sampers GH, Knottnerus JA. Diagnosis and management of cases of suspected dermatomycosis in the Netherlands: Influence of general practice based potassium hydroxide testing. Br J Gen Pract 1995;45:349-51.
- 4 Hoogkamp-Kostanje JAA. Laboratoriumdiagnostiek van Lyme-borreliose. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:2339-42.
- 5 Dagnelie CF, Zwart S, Balder FA, Romeinders ACM, Geijer RMM. NHG-Standaard Acute keelpijn. Huisarts Wet 1999;42:271-8.
- 6 Zwart S. Sore throat, streptococci and penicillin [Proefschrift]. Rijksuniversiteit van Utrecht, 1999.
- 7 Van Oppen ACC, Gerards LJ, Fleer A, Feldman RG, Bruinse HW. Diagnostiek en chemoprophylaxe van perinatale infecties veroorzaakt door β -hemolytische streptokokken uit groep B. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:583-6.
- 8 Verburgh CA, Hendriks WDH, Ligthart J, Berghout A. Necrotiserende fasciitis door β -hemolytische streptokokken uit groep A. Ned Tijdschr Geneesk 1993;137:607-8.
- 9 Commissie Aanvullende Diagnostiek van het College voor zorgverzekeringen. Diagnostisch kompas 2003. Amstelveen: College voor zorgverzekeringen, 2003.

Kleine kwalen

Oppervlakkige brandwonden

IA Arnold, JAH Eekhof, A Knuistingh Neven

Inleiding

Oppervlakkige brandwonden (*partial thickness burns*) zijn eerste-graads- dan wel ondiepe tweedegraadsverbrandingen van de huid.

De huisarts ziet ongeveer 2 tot 4 patiënten per duizend patiënten

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuiskunde, LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden: drs. I.A. Arnold, dr. J.A.H. Eekhof en dr. A. Knuistingh Neven, huisartsen.

Correspondentie: J.A.H.Eekhof@LUMC.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

per jaar met brandwonden; het gaat dan vaak om jonge kinderen en 75-plussers.^{1,2} Van alle brandwonden wordt ongeveer 80% door de huisarts behandeld.

In de medische literatuur is veel aandacht besteed aan grote diepe brandwonden waarbij klinische behandeling nodig is en een grote kans bestaat op complicaties zoals uitdroging, (ziekenhuis)infecties en littekenvorming. De specifieke behandeling van ongecompliceerde kleine en oppervlakkige brandwonden is weinig onderzocht.

Achtergrond

Definitie

Bij een eerstegraadsverbranding is de (opper)huid rood, droog,

pijnlijk en soms wat opgezwollen. De bekendste eerstegraadsverbranding is een zonverbranding. Na een paar dagen zijn de onaangename verschijnselen van een eerstegraadsverbranding verdwenen.

Bij een oppervlakkige tweedegraadsbrandwond is de huid beschadigd; de huid is rood, nat en pijnlijk en er kan blaarvorming optreden. Bij een diepe tweedegraadsbrandwond is de dermis beschadigd, de wond is roodachtig/wit, nat en zeer pijnlijk. Bij een derdegraadsbrandwond is de hele huid tot aan het onderhuids vetweefsel aangetast, de wond is wit of zwart, droog, leerachtig, en nauwelijks pijnlijk omdat de huidzenuwen zijn beschadigd.³ In dit artikel gaan we alleen op oppervlakkige eerste- en tweedegraadsbrandwonden in.

Etiologie

Zonlicht, heet water, met water bereide voedingsmiddelen (koffie, thee, soep) en kortdurend direct contact met hete voorwerpen zijn de meest voorkomende oorzaken van oppervlakkige verbrandingen.

De gradaties van brandwonden zijn van belang voor de genezigstendens en de keuze van behandeling. De huid regenereert bij oppervlakkige brandwonden vanuit epitheelresten, bij diepe tweede- en derdegraadsbrandwonden alleen vanuit zweetklieren, haarfollikels of vanuit de wondranden. Heetwaterverbrandingen (*scalds*) vormen het grootste deel van de verbrandingen bij kinderen; de ernst ervan wordt vaak onderschat. Water heeft een veel hogere soortelijke warmte dan vet, waardoor dikwijls diepe tweede- tot derdegraadsverbrandingen ontstaan.

Diagnostiek

De diagnostiek is erop gericht de ernst van de verbranding te bepalen. De grootte van de brandwond kan worden geschat door toepassing van de handwijzer. De oppervlakte van de hand van het slachtoffer is 1% van zijn lichaamsoppervlak.

De diepte van de brandwond kan met behulp van de *capillary refill* en *pinpricktest* worden bepaald.

Verwijzing is altijd geïndiceerd bij diepe tweede- en derdegraadsbrandwonden en bij uitgebreidere oppervlakkige tweedegraadsbrandwonden (>5% van het lichaamsoppervlak) en bij brandwonden op kwetsbare locaties zoals het gezicht, handen, perineum of bij gewrichten.

Veel gebruikte behandelingen

Brandwonden worden meestal eerst gedurende ten minste vijf minuten gekoeld met lauw zachtstromend leidingwater. Langer koelen is beter, maar dan moet vooral bij kinderen onderkoeling worden voorkomen.

Bij eerstegraadsverbrandingen worden soms verzachtende huidcrèmes of natte kompressen toegepast om uitdroging en pijn te voorkomen.

Ondiepe tweedegraadsbrandwonden worden met velerlei middelen behandeld: open wondbehandeling (drogen aan de lucht), halfgesloten wondbehandeling (bedekken met (vet) wondverband

en eventueel zalven en crèmes) en gesloten wondbehandeling (afsluiten van de wond of blaar met bijvoorbeeld hydrocolloïd verband). Ook worden povidonjoodzalf 10% of zilversulfadiazine-crème vaak toegepast.

Brandwonden worden regelmatig gecontroleerd bij diepere of grotere tweedegraadsbrandwonden, de eerste dagen dagelijks (om uitbreiding van de brandwond vast te stellen) en daarna om de paar dagen om de genezing te controleren en op infectie te controleren.

Methode

In oktober 2003 zochten we in de Cochrane Library en in Medline naar *systematic reviews* en *randomized controlled trials*. De trefwoorden waren: *burns* (MESH-term) in combinatie met *therapy*.

In PubMed vonden wij onder de MeSH-termen *burns / therapy* NOT (*sunburn* OR *severe* OR *graft*) 59 *systematic reviews* en 203 RCT's. In de Cochrane Library vonden wij onder de MeSH-term *burns* 4 *systematic reviews* en 456 RCT's. Uit deze omvangrijke selectie hielden we slechts enkele onderzoeken over die de behandeling van kleinere oppervlakkige brandwonden betroffen (1 *systematic review* en 6 RCT's).

Klinische vragen

Wat is het effect van niet-medicamenteuze behandelingen?

Koelen bekort de duur van het thermisch trauma en remt het vrijkomen van toxische stoffen uit irreversibel beschadigde cellen en de vorming van oedeem.³ Wij vonden één onderzoek (n=24) waarin koelen geen effect had op de hyperalgesie bij eerstegraadsbrandwonden.⁴ Wij vonden geen onderzoek naar de optimale duur van koelen.

In een *systematic review* bleek dat honingverbanden bij oppervlakkige brandwonden niet effectief zijn.⁵

Wat is het effect van medicamenteuze behandelingen?

Vaselinegazen of betadine zalfgaas

Gunstig effect. Geïmpregneerde gazen met vaseline of betadinezalf bedekken de wond waarbij zij wondvocht doorlaten. Wij vonden geen onderzoek uit de eerstelijns over het effect bij oppervlakkige brandwonden.

In een gecontroleerd onderzoek bij 262 poliklinische patiënten met oppervlakkige brandwonden was vaselinegas even effectief tegen infectie als zilversulfadiazine- of polysporinezalf, gaf minder pijn en was gemakkelijker te verbinden.⁶

Wij vonden één RCT bij 213 patiënten met oppervlakkige brandwonden waarbij betadinegasverband werd vergeleken met een gaasverband met 0,5% chloorhexidineacetaat. Betadine zou de behandelingsduur verkorten (9,5 versus 11,7 dagen) en tot minder (24% versus 38%) gebruik van pijnstillers leiden.⁷

Nadelig effect. Vaseline is een indifferent verband; overgevoeligheid voor vaseline en betadine zijn mogelijk.

Hydroactieve of biosynthetische verbanden

Gunstig effect. Deze verbanden dekken de wond af door een semi-

permeabele polyurethaanfolie aan de buitenzijde en een laag hydrocolloïd of ander absorberend materiaal aan de binnenzijde. De wondgenezing wordt bevorderd doordat deze verbanden de wond afsluiten van de buitenlucht en de kans op infecties en uitdroging wordt verkleind.

Er is geen onderzoek waarin hydroactieve of biosynthetische verbanden met vaselinegazen worden vergeleken. Uit een gerandomiseerd onderzoek bij 108 poliklinische patiënten met oppervlakkige brandwonden bleek dat de huid sneller hersteld was met biosynthetisch verband dan met behandeling met zilversulfadiazine (10,6 versus 15 dagen).⁸ In een ander onderzoek in een ziekenhuispopulatie van 89 kinderen met oppervlakkige brandwonden bleek de genezingsduur met een biosynthetisch verband korter dan die met zilversulfadiazine. De genezingsduur – het aantal dagen nodig om te genezen – per percentage van het gehele lichaamsoppervlak was korter met biosynthetisch verband, zowel bij kinderen jonger dan 3 jaar (26 versus 31 dagen) als bij kinderen van 3-17 jaar (8 versus 14 dagen) dan met zilversulfadiazine.⁹ Daarnaast bleek in beide onderzoeken dat de patiënten minder pijn ervoeren doordat het verband op de wond blijft totdat deze genezen is.

Nadelig effect. Een nadeel is dat deze verbanden niet altijd goed aan te brengen zijn op moeilijke locaties; sommige patiënten melden dat de gel de indruk kan geven van pus. Overgevoeligheid voor het plakmiddel is mogelijk.

Antimicrobiële zalf of crème

Gunstig effect. Antimicrobiële middelen worden gebruikt ter voorkoming of bestrijding van infectie bij open brandwonden die geïnfecteerd zijn of snel infectiebaar zijn en ook bij brandwonden die door hun lokalisatie niet op een andere wijze behandeld kunnen worden. Een eerdergenoemd poliklinisch onderzoek, waarin zilversulfadiazine vergeleken werd met vaselinegaas of biosynthetische verbanden, gaf geen verschil in het optreden van infecties.⁷

Nadelig effect. In een gerandomiseerd onderzoek met 52 patiënten met oppervlakkige brandwonden duurde de wondgenezing langer met zilversulfadiazine in vergelijking met biosynthetische verband (15 versus 10,6 dagen) en gaf deze meer pijn.⁸ Ook in een ander gecontroleerd onderzoek met 79 patiënten met oppervlakkige brandwonden was de wondgenezing met zilversulfadiazine minder snel dan met een biosynthetisch verband (22,1 versus 19 dagen).¹⁰

We vonden één onderzoek waarin zilversulfadiazine met een ander antimicrobieel middel werd vergeleken. In een gecontroleerd onderzoek in een ziekenhuis bij 2142 patiënten met oppervlakkige brandwonden bleek dat bij gebruik van zilversulfadiazine in vergelijking met een combinatie van povidon met neosporine meer infecties optraden (24% versus 19%) en dat minder patiënten na 15 dagen waren genezen (37% versus 51%).¹¹

Alle lokale antimicrobiële middelen kunnen sensibilisatie en systemische allergische reacties veroorzaken. Ook kan er kruisovergevoeligheid en kruisresistentie ontstaan met andere antibiotica; bij zilversulfadiazine zijn dit alle sulfonamiden. Daarnaast kan zil-

versulfadiazine een aantal zelden voorkomende, maar ernstige systemische bijwerkingen veroorzaken zoals zilverintoxicatie of leukopenie.

Zilversulfadiazine heeft als belangrijk nadeel dat door de donkere verkleuring van de huid (door zilverneerslag) de beoordeling van de wonddiepte wordt bemoeilijkt. Dit kan problemen geven bij een herbeoordeling van de brandwond bij twijfel over de ernst van de brandwond of bij complicaties.¹²

Conclusie

Eerstegraadsbrandwonden genezen zonder specifieke behandeling. In een aantal gevallen kan een kleine oppervlakkige tweedegraadsbrandwond aan de open lucht genezen met korstvorming. Voor de behandeling van de meeste oppervlakkige tweedegraadsbrandwonden is vaselinegaas, afgedekt met een tweede laag van hydrofiel of absorberend verband, het middel van eerste keus. Het vaselinegaas blijft op de wond aanwezig tot het vanzelf loslaat bij genezing; de tweede laag kan eenmaal in de 3-5 dagen verwisseld worden. Mogelijk geeft betadine een snellere genezing en minder pijn. Dit is echter maar in één onderzoek aangetoond. Betadinegazen leiden vaker tot overgevoeligheid en zijn duurder.

Een gelijkwaardig alternatief zijn hydrocolloïd of biosynthetische verbanden. De effectiviteit op de wondgenezing is aangetoond, maar wij hebben geen onderzoek gevonden waarin de effectiviteit met die van vaselinegaas werd vergeleken. Zij zijn in het gebruik echter duurder dan vaselinegaas. Daarnaast hechten zij niet op alle plekken even goed en kan de vrijkomende gel op pus lijken. Voor antimicrobiële zalven zoals zilversulfadiazine is er een grote discrepantie tussen de matige resultaten in onderzoek bij patiënten met kleinere brandwonden en de grote mate van gebruik in de huisartsenpraktijk. Op basis van de ervaring met grote en diepe brandwonden wordt het gebruik van zilversulfadiazine ook door brandwondencentra gepropageerd (Nederlandse Brandwonden Stichting). Op grond van het door ons gevonden onderzoek bij kleinere oppervlakkige brandwonden zou het gebruik van zilversulfadiazine moeten worden afgeraden.

De bijdragen in de serie Kleine kwalen worden gepubliceerd in het gelijknamige boek onder redactie van J.A.H. Eekhof, A. Knuijtingh Neven en Th.J.M. Verheij. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg (nu 4e editie 2001: ISBN 90-352-2412-4). Publicatie in H&W gebeurt met toestemming van de uitgever.

Literatuur

- 1 Okkes IM, Oskam SK, Lamberts H. Van klacht naar diagnose. Episodische gegevens uit de huisartspraktijk [Boek met cd-rom]. Bussum: Coutinho, 1998.
- 2 Ong RSG, De Waal MWM. RHUH-LEO basisrapport IX: databestand 2000/2001. Leiden: LUMC Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, 2002.
- 3 <http://www.brandwonden.nl/> Website van de Nederlandse Brandwonden Stichting.
- 4 Werner MU, Lassen B, Pedersen JL, Kehlet H. Local cooling does not prevent hyperalgesia following burn injury in humans. *Pain* 2002;98:297-303.

- 5 Moore OA, Smith LA, Campbell F, Seer K, McQuay HJ, Moore RA. Systematic review of the use of honey as a wound dressing. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2001;1:1-13.
- 6 Heinrich JJ, Brand DA, Cuono CB. The role of topical treatment as a determinant of infection in outpatient burns. *J Burn Care Rehabil* 1988;9:253-7.
- 7 Han KH, Maitra AK. Management of partial skin thickness burn wounds with Inadine dressings. *Burns* 1989;15:399-402.
- 8 Gerding RL, Emerman CL, Effron D, Lukens T, Imbembo AL, Fratianne RB. Outpatient management of partial-thickness burns: Biobrane versus 1% silver sulfadiazine. *Ann Emerg Med* 1990;19:121-4.

- 9 Lal S, Barrow RE, Wolf SE, Chinkes DL, Hart DW, Hegggers JP, et al. Biobrane improves wound healing in burned children without increased risk of infection. *Shock* 1999;14:314-8.
- 10 Hansbrough JF, Achauer B, Dawson J, Himel H, Luterman A, Slater H, et al. Wound healing in partial-thickness burn wounds treated with collagenase ointment versus silver sulfadiazine cream. *J Burn Care Rehabil* 1995;16:241-7.
- 11 Sinha R, Agarwal RK, Agarwal M. Povidone iodine plus neosporin in superficial burns, a continuing study. *Burns* 1997;23:626-8.
- 12 Commissie Farmaceutische hulp. *Farmacotherapeutisch kompas*. Amstelveen: College voor Zorgverzekering, 2003.

Klinische les

Sociale fobie: minder op de achtergrond

DB Oosterbaan, AJLM van Balkom

Inleiding

Lange tijd nam men aan dat de sociale fobie een weinig voorkomende, milde psychiatrische aandoening was. In het afgelopen decennium is echter uit diverse onderzoeken zichtbaar geworden dat de omvang van de problematiek in de bevolking groot is en het invaliderende karakter van deze stoornis ernstiger is dan voorheen werd aangenomen. Omdat patiënten vanuit de aard van hun problematiek zelf niet snel hulp zoeken, heeft de huisarts een cruciale rol bij het herkennen van deze klachten. In deze klinische les staan we stil bij de diagnostiek en behandeling van deze veel voorkomende angststoornis.

Samenvatting

Oosterbaan DB, Van Balkom AJLM. Sociale fobie: minder op de achtergrond. *Huisarts Wet* 2004;47(2):110-4.

Sociale fobie is een van de vaakst voorkomende psychiatrische stoornissen. De gevolgen van deze stoornis voor het functioneren op diverse levensterreinen kunnen groot zijn. Toch staat de problematiek pas recent in de belangstelling bij de bevolking en de gezondheidszorg. Onbehandeld hebben de klachten een chronisch beloop dat vaak gecompliceerd wordt door depressie of alcoholproblematiek. De laatste jaren zijn effectieve medicamenteuze en psychotherapeutische behandelmethoden ontwikkeld. De huisarts kan een cruciale rol spelen bij het signaleren van deze zorgmijdende patiënten.

Adhesie GGZ Midden-Overijssel, RIAGG Almelo, Hanzelaan 1, 7607 NL Almelo: mw.dr. D.B. Oosterbaan, psychiater; VU medisch centrum, Vakgroep psychiatrie EMGO-instituut, Amsterdam: prof.dr. A.J.L.M. van Balkom, hoogleraar.

Correspondentie: d.oosterbaan@adhesie.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Casus

De heer Barendregt is een 34-jarige chef in een supermarkt. Hij komt op het spreekuur omdat hij al 3 maanden last heeft van hoofdpijn en vermoeidheid en slecht slaapt. Hij vraagt om slaapmiddelen. De heer Barendregt is ongeveer 10 jaar in de praktijk, maar verschijnt zelden op het spreekuur. Hij komt over als een bescheiden, hardwerkende man. Zijn voorgeschiedenis vermeldt geen bijzonderheden behalve een gastritis enkele jaren geleden ten gevolge van fors alcoholgebruik. De anamnese biedt geen aanknopingspunten voor somatische problematiek. Op de vraag naar het huidige alcoholgebruik vertelt hij niet meer dan een half zakflesje jenever per dag te gebruiken. Hij vertelt thuis en op het werk nog maar weinig plezier in dingen te beleven. Hij schaamt zich er een beetje voor omdat hij eigenlijk niet zou mogen klagen. Hij heeft een halfjaar geleden, na jaren administratief werk op de inkoopafdeling, promotie gemaakt en heeft nu als chef een twaalfstal caissières en winkelpersoneel onder zich. Financieel is hij er aardig op vooruitgegaan waardoor hij met zijn vrouw onlangs een eigen huis heeft kunnen kopen. Vooral zijn vrouw is blij met het grotere huis vanwege hun kinderwens. De heer Barendregt is verder weinig mededeelzaam en het gesprek verloopt verder wat moeizaam. Hij komt duidelijk somber over, maar vitaal-depressieve symptomen ontbreken. Wanneer de nieuwe werksituatie ter sprake komt, ziet de heer Barendregt wel een verband tussen zijn vermoeidheid en zijn werk. Hij komt vaak erg moe thuis en is dan tot weinig meer in staat. Het vermoeidst vindt hij de vergaderingen en het bijsturen van een niet goed functionerende caissière die hij erg ondermijnd vindt. De werkdruk is hoog waardoor hij geen tijd heeft om te lunchen. Dit laatste vindt hij eigenlijk ook wel prettig. Tijdens lunches voelt hij zich altijd slecht op zijn gemak. Hij is altijd erg onzeker geweest en weet niet goed waar hij over moet praten als het over koetjes en kalfjes gaat. Hij voelt zich dan snel rood worden en is bang dat iedereen dit ziet. Hij is bang dat men zal zien hoe onzeker hij in feite is.