

handelen niet kennen. Ten slotte hebben we verzuimd de diagnostische conclusies van de huisartsen gedetailleerd te registreren (bijvoorbeeld de 'niet-pluisdiagnoses' in de restgroep) en te vergelijken met een gouden standaard. Ook is niet geregistreerd of verwezen werd naar een oogarts. Het argument dat huisartsen patiënten met alarmsymptomen misschien routinematig verwezen hebben in plaats van ze zelf te onderzoeken, houdt geen steek omdat bekend is dat in slechts 3% van episodes met een rood oog verwezen wordt.¹⁴

Onderzoek, waarin ook de bovengenoemde gegevens verzameld worden, zou tot een beter onderbouwde diagnostische procedure voor het rode oog en wellicht tot actualisering van de standaard kunnen leiden.

Conclusie

In overzichtsartikelen, klinische lessen en richtlijnen worden op gezagsargumenten gebaseerde aanbevelingen gedaan over diagnostiek van het rode oog. Aanbevolen oogonderzoeken worden in de praktijk echter in wisselende mate uitgevoerd en op de zogenaamde alarmsymptomen wordt vaak niet gereageerd met het doen van gericht oogonderzoek. Gegevens en onderzoeken waarop de huisarts zijn diagnostiek bouwt, zijn: lichtschuwheid, trauma als oorzaak van het rode oog, visus- en fluoresceïneonderzoek. Onderzoek naar de diagnostische opbrengst van verschillende symptomen en oogonderzoeken heeft vooralsnog meer prioriteit dan implementatie van de huidige aanbevelingen.

Dankbetuiging

Dank aan het Ministerie van VWS voor subsidiëring van het Toetsen aan Standaarden onderzoek en aan medewerkers van het Nederlands Huisartsengenootschap voor hun deskundige hulp bij het construeren van het toetsinstrument.

Literatuur

- 1 Blom GH, Cleveringa JP, Louisse AC, De Bruin W, Gooskens P, Wiersma Tj. NHG-Standaard Het rode oog. Huisarts Wet 1996;225-38.
- 2 Baggen JL. Oogheelkunde in de huisartspraktijk [Proefschrift]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1990.
- 3 Vafidis G. When is red eye not just conjunctivitis? Practitioner 2002; 246:469-71,474-5,478-81.
- 4 Manolopoulos J. Emergency primary eye care. Tips for diagnosis and acute management. Aust Fam Physician 2002;31:233-7.
- 5 Duguid G. Red eye: avoid the pitfalls. Practitioner 1997;241:188-90,192,194-5.
- 6 Bertolini J, Pelucio M. The red eye. Emerg Med Clin North Am 1995;13:561-79.
- 7 Leibowitz HM. The red eye. N Engl J Med 2000; 343:345-51.
- 8 West S, Nicolas GR 2nd, Rees MK. The red eye [letter]. N Engl J Med 2000;343:1577.
- 9 Zwaard AM, Dalhuijsen J, Mookink HGA, Grol RPTM. Acceptance and diffusion of national standards in general practice. In: Malek M, Rasquinha J, Vacani P, editors. Strategic Issues in Health Care Management. Chichester: Wiley, 1993:159-66.
- 10 Baggen JL, Van Leeuwen YD. Red eyes. Fam Doctor 2000;3:4-6.
- 11 Chong NV, Murray PI. Pen torch test in patients with unilateral red eye [Ingezonden]. Br J Gen Pract 1993;43:259.
- 12 Yaphe J, Pandher KS. The predictive value of the penlight test for photophobia for serious eye pathology in general practice. Fam Pract 2003;20:425-7.
- 13 Mookink HGA. Ziekenfondscijfers als parameter voor het handelen van huisartsen [Proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1986.
- 14 Lamberts H. In het huis van de huisarts. Verslag van het Transitieproject. Lelystad: Meditekst, 1991.

Is de mond de huisarts een zorg?

Joan Boeke, Danielle van der Windt, Sylvie Deconinck, Isaac van der Waal

Inleiding

Klachten en afwijkingen van mond, tong en lippen komen vaak voor en kunnen veel ongemak opleveren. De huisarts wordt daarvoor dan ook regelmatig geraadpleegd. De aandoeningen zijn over het algemeen niet ernstig van aard en de meeste klachten verdwijnen binnen enkele dagen of weken. Omdat huisartsen verwijzing meestal niet nodig vinden, behandelen zij veel mondaandoeningen zelf.

De prevalentie van mondaandoeningen in de algemene bevolking wordt geschat tussen 10 en 65% bij volwassenen en rond de 4%

bij kinderen.¹⁻³ Met name herpesinfecties en aften komen veel voor (tweejaars of *lifetime* prevalentie: 17%-37%).^{4,5} Verscheidene variabelen, waaronder leeftijd, geslacht, status van de gebitselementen, medicatie en roken lijken geassocieerd met de aanwezigheid van mondziekten.²

Ondanks de hoge prevalentie in de algemene bevolking zijn er nauwelijks gegevens beschikbaar over de incidentie van mondaandoeningen in de huisartsenpraktijk. Volgens cijfers van het NIVEL en het Transitieproject worden per jaar circa 22 nieuwe

gevallen per 1000 ingeschreven patiënten gezien.^{6,7} Wij konden over de frequentieverdeling van de specifieke diagnoses in de huisartsenpopulatie geen informatie vinden in de Nederlandse, noch in de internationale literatuur. Ook het beloop van mond-

Samenvatting

Boeke AJP, Van der Windt DAWM, Deconinck S, Van der Waal I. Is de mond de huisarts een zorg? *Huisarts Wet* 2004;47(3):136-41.

Doel Registratie van incidentie van specifieke mondaandoeningen en behandeling in de huisartsenpraktijk. Bepalen van het beloop van mondaandoeningen en nagaan welke patiënt- of ziektekenmerken geassocieerd zijn met snelheid van herstel van klachten.

Method Registratie van alle patiënten (n=354) met een nieuwe klacht van de mond, lippen of tong gedurende 6 maanden met een follow-up van maximaal 12 weken in 35 huisartsenpraktijken (87.797 ingeschreven personen). De registratie werd verricht door 34 huisartsen-in-opleiding en 10 huisartsopleiders. Deze waren geschoold in diagnostiek van mondaandoeningen. Patiënten werden teruggezien na 1, 2, 4 en 12 weken tenzij eerder herstel was opgetreden. De arts registreerde op een standaardformulier patiënt- en ziektekenmerken en gegevens over de behandeling.

Resultaten Er werden 354 patiënten met een mondaandoening geregistreerd (incidentie 12,7/1000/jaar (95%-BI 10,1-16,5)). De incidentie was het hoogst bij kinderen onder de 5 jaar (35,0/1000/jaar). De 3 meest gestelde diagnoses waren aften (27%), candidiasis (15%) en herpes (10%). Aan 58% van de patiënten gaf de huisarts alleen een advies, 45% gaf hij een recept en 60 patiënten (17%) verwees hij door, meestal naar een tandarts of een kaakchirurg.

De grote meerderheid van de mondaandoeningen herstelde binnen twee weken. Als een mondafwijking langer bestaat dan twee weken, is de kans op een maligniteit aanzienlijk vergroot.

Conclusie De huisarts ziet veel mondaandoeningen, vooral bij kinderen. Aften, spruw en herpes komen het meest voor. Maligniteiten zijn zeldzaam. Het merendeel van de aandoeningen geneest binnen twee weken. Voor een deel van de klachten kan een patiënt beter meteen de tandarts bezoeken.

VU Medisch Centrum, Amsterdam, Onderzoeksgroep Huisartsgeneeskunde, EMGO-instituut. Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam: dr. A.J.P. Boeke, huisarts-onderzoeker; dr. D.A.W.M. van der Windt, epidemioloog; S. Deconinck, huisarts, Amsterdam; Afdeling Mondheelkunde en Kaakchirurgie: prof. dr. I. van der Waal, hoogleraar.

Correspondentie: ajp.boeke@vumc.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Een korte versie van dit artikel verscheen eerder als: Deconinck S, Boeke AJP, Van der Waal I, Van der Windt DAWM. Incidence and management of oral conditions in general practice. *Brit J Gen Pract* 2003;53:130-2. Publicatie gebeurt met toestemming van de uitgever.

aandoeningen is nauwelijks bestudeerd. Longitudinaal onderzoek is schaars en voornamelijk gericht op relatief zeldzame chronische mondziekten en afwijkingen die een voorstadium van mondcarcinoom kunnen zijn (bijvoorbeeld leukoplakie en orale lichen planus).⁸ Onderzoek naar het beloop van mondaandoeningen in de huisartsenpraktijk en determinanten daarvan is niet beschikbaar.

Wellicht kunnen veel klachten onbehandeld blijven en is medicamenteuze behandeling of verwijzing niet noodzakelijk. Er zijn echter nauwelijks gegevens beschikbaar over patiënt- of ziektekenmerken die een snel herstel of juist langdurige aanwezigheid van klachten kunnen voorspellen. Om die reden hebben wij een onderzoek gedaan met als vraagstellingen:

- ▶ Wat is de incidentie van specifieke mondaandoeningen in de huisartsenpraktijk?
- ▶ Welke behandeling kiest de huisarts bij deze aandoeningen?
- ▶ Wat is het beloop van specifieke mondaandoeningen?
- ▶ Welke patiënt- of ziektekenmerken zijn geassocieerd met een snel dan wel langzaam herstel van klachten?

Methoden

Opzet

Het betreft een observationeel onderzoek dat is opgebouwd uit twee onderdelen: een incidentieregistratie en een prospectief vervolgonderzoek van maximaal drie maanden.

Patiënten en registratie

In 35 huisartsenpraktijken registreerden 34 huisartsen-in-opleiding en 10 huisartsopleiders verspreid over Nederland gedurende 6 maanden tussen 1 juni 2000 en 1 januari 2001 alle consulten die betrekking hadden op een nieuwe klacht van de mond, lippen of tong. In totaal waren in deze praktijken 87.797 personen ingeschreven.

Een nieuwe episode werd gedefinieerd als een klacht waarvoor de huisarts in de voorafgaande zes maanden niet was geconsulteerd. De grootte van de laesie en het aantal laesies werden op een standaardformulier geregistreerd. Bij patiënten die na uitleg over doel en inhoud van het onderzoek toestemming gaven voor deelname aan het vervolgonderzoek werden bij het eerste consult patiënt- en ziektekenmerken geregistreerd die een voorspellende waarde zouden kunnen hebben: aanwezigheid van een chronische ziekte (met name diabetes, astma, COPD, HIV-status), relevante medicatie (onder meer antihypertensiva, corticosteroïden), overmatig alcoholgebruik, stress, menopauzale klachten, status van gebitselementen (goed, matig, slecht), mondhygiëne (goed, matig, slecht), mogelijke oorzaak van de klachten, duur van de huidige klacht, en een voorgeschiedenis van mondaandoeningen. Zowel de huisarts als de patiënt gaven een score voor de ernst van de klachten op een schaal van 0 (geen klachten) tot 10 (zeer ernstige klachten). Ten slotte werden gegevens over behandeling, verwijzing en consultatie geregistreerd.

Wat is bekend?

- ▶ Mondaandoeningen komen bij volwassenen veel voor. Niet bekend is hoe vaak de huisarts daarvoor wordt geconsulteerd.
- ▶ Aften en herpes komen het meeste voor.
- ▶ Het is niet bekend hoe vaak jonge kinderen mondklachten hebben.

Wat is nieuw?

- ▶ Mondaandoeningen komen veel voor in de huisartsenpraktijk.
- ▶ De incidentie is het hoogst bij kinderen onder de vijf jaar.
- ▶ Aften, candidiasis en herpes vormen de top drie.
- ▶ De grote meerderheid van mondklachten herstelt snel.
- ▶ Bij een aandoening die langer duurt dan twee weken, moet de huisarts rekening houden met een maligniteit.
- ▶ Roken beschermt tegen aften en bespoedigt het herstel ervan.
- ▶ Veel patiënten komen bij de huisarts met een probleem dat thuis hoort bij de tandarts.

Follow-up

Voor alle deelnemers werd een vervolgspraak na 1 week gemaakt. Een uitzondering werd gemaakt voor personen met een aandoening waarvan geen spontaan herstel of verandering kan worden verwacht, zoals een afgebroken tand, cariës en torus palatinus (een knikkervormige benigne exostose in de mediaanlijn van het harde deel van het palatum). De mate van herstel werd genoteerd op een ordinale zespuntsschaal die liep van 1 (volledig hersteld) tot 6 (erg verslechterd). Bij volledig herstel vroeg de huisarts de deelnemer op welke datum dit herstel was opgetreden. Tevens werden opnieuw het aantal laesies, de omvang van de (grootste) laesie, de ernst van klachten en gegevens over de behandeling geregistreerd. Verdere vervolgspraken op 2, 4 en 12 weken na het eerste consult vonden alleen plaats bij onvoldoende herstel volgens de huisarts (score 3 tot 6 op de ordinale schaal). Als een patiënt niet op de afspraak voor een follow-upconsult verscheen, verifieerde de huisarts telefonisch hoe het klachtenbeloop was geweest. Daarbij werd gebruikgemaakt van het standaardonderzoeksformulier.

Diagnostiek

De artsen die bij het onderzoek betrokken waren, ontvingen vóór aangaan aan het onderzoek een training van 2 uur over de diagnostiek, evidence-based behandeling en verwijzing van mondaandoeningen. Een huisarts (JB) en de hoogleraar Mondziekten en Kaakchirurgie van het VU medisch centrum (IvdW) verzorgden de training. Tevens kregen de betrokken artsen een nascholingsboek over mondaandoeningen en een kleurenatlas met instructies voor diagnostiek. Na drie maanden werd een opfriscursus gegeven van een uur.

Analyse

Tellingen werden verricht om de incidentie te bepalen (n/1000 geregistreerde patiënten per jaar) van de verschillende diagnostische categorieën. Daarbij werd aldus te werk gegaan. Een haio

ziet gemiddeld ongeveer een derde van alle patiënten die de praktijk bezoeken. In de praktijken waarin alleen de haio registreerde, werd het aantal geregistreerde patiënten betrokken op 1/3 van het aantal ingeschreven patiënten. In de praktijken waarin zowel de haio als de hao registreerde, werd het aantal geregistreerde gevallen betrokken op alle ingeschreven patiënten. De incidentiecijfers werden verder gespecificeerd naar leeftijd en geslacht.

Van de drie aandoeningen die het meest voorkwamen, volgden wij het beloop. Per meetmoment berekenden we de proportie deelnemers die volledig herstel of veel verbetering aangaven. Ook bepaalden we de mediane duur tot herstel. Met behulp van univariate en multivariate logistische regressieanalyse gingen we na welke patiënt- en ziektekenmerken geassocieerd zijn met aanhoudende klachten na 7 dagen. Allereerst bestudeerden we de associatie van leeftijd, geslacht, roken, alcoholconsumptie en diagnose met de uitkomst (aanhoudende klachten na 7 dagen) door middel van univariate analyse. De variabelen die significant ($p < 0,15$) met de uitkomst geassocieerd waren, voegden we toe aan een multivariaat model. De sterkte van de associaties werd ten slotte weergegeven als odds-ratio met bijbehorend 95%-betrouwbaarheidsinterval.

De mogelijke invloed van uitval bestudeerden we door kenmerken van uitvallers te vergelijken met die van deelnemers voor wie wel follow-upgegevens beschikbaar waren. Dit werd uitgevoerd door middel van logistische regressieanalyse, waarbij wel of geen uitval als uitkomst werd gebruikt en leeftijd, geslacht, diagnose, alcoholconsumptie, roken en behandeling bij het eerste consult als mogelijke voorspellers.

Naast analyse van de beschikbare gegevens werd tevens een best-case-analyse uitgevoerd, waarbij patiënten die niet beschikbaar waren voor follow-up, als hersteld werden beschouwd.

Resultaten

Incidentie

Er werden in 6 maanden 354 patiënten (60% vrouw) met een nieuwe mondaandoening geregistreerd. De incidentie was daarmee gemiddeld 12,7/1000 per jaar (95%-BI 10,1-16,5/1000/jaar). Er was een grote spreiding in de aantallen geregistreerde patiënten per praktijk, namelijk 3,2-48,6 per 1000 patiënten.

De hoogste incidentie vonden we bij kinderen tot 5 jaar (35/1000/jaar). In *tabel 1* is een frequentieverdeling te zien van de verschillende diagnoses. Aften (27%) vormen de meest voorkomende aandoening, gevolgd door orale candidiasis (15%) en herpes simplex (10%). In 3 gevallen werd een maligniteit vermoed. Na verwijzing bleken 2 van deze gevallen te berusten op een plaveiselcelcarcinoom; de derde patiënt bleek een goedaardige lip tumor te hebben. Bij 55 patiënten werd meer dan één diagnose gesteld.

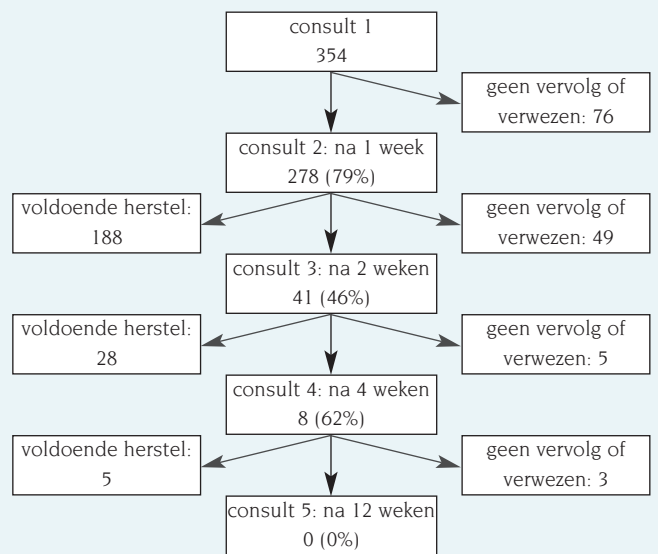
Er was een opvallend verschil in de leeftijdsspecifieke incidentie van verschillende aandoeningen. Van alle patiënten met mondklachten was 21% jonger dan 5 jaar. Deze kinderen namen 18% van de aften voor hun rekening, 47% van de candidiasis en 31% van de herpes (*tabel 2*).

Maligniteiten waren zeldzaam. Er werden 2 gevallen vastgesteld bij 3 patiënten bij wie de diagnose werd vermoed. Dat was 0,5% van alle gepresenteerde mondproblemen, en 2,5% van de 84 gevallen die werden gerubriceerd als goedaardige tumor (27), tongafwijkingen (26), drukulcus (20), lichen planus (5), leukoplakie (3) en vermoeden van maligniteit (3) tezamen.

Behandeling

Bij een meerderheid (55%) van de patiënten werd volstaan met een advies. Vijfenvertig procent van de patiënten verliet de praktijk met een recept. Bij 95% van de patiënten met orale candidiasis werd een medicijn voorgeschreven. Op 2 na betrof dit een antimycoticum. Van de patiënten met aften kreeg 55% een recept: in bijna alle gevallen ging het dan om viskeuze lidocaïne. Zestig patiënten werden verwezen naar een specialist (17%), meestal een tandarts (58%) of een kaakchirurg (28%). Van de patiënten die naar een tandarts waren verwezen had 70% een tandheelkundig of parodontaal probleem. Bij 18% ging het om een ulcus dat door

Figuur Stroomdiagram: aantal patiënten met follow-up, voldoende herstel en geen vervolg



problemen rond gebit of gebitsprothese was veroorzaakt. In 12% van de gevallen werd een andere diagnose gesteld.

Beloop

Van de 354 oorspronkelijk geïncludeerde patiënten waren gegevens beschikbaar over het beloop na een week van 278 personen (79%), na twee weken 41 (46%) van de nog niet herstelde 90 patiënten en na een maand 8 (62%) van de 13 nog niet herstelde patiënten. Na 3 maanden waren 3 patiënten nog niet hersteld. Deze kwamen niet meer opdagen voor een vervolggconsult (figuur). De gegevens uit het vervolgonderzoek waren in enkele gevallen ontleend aan een telefonisch consult. Uitvallers waren relatief vaak volwassenen (odds-ratio 2,7; 95%-BI 1,4-5,1), personen die bij het eerste consult verwezen waren naar tandarts of specialist (OR 1,6; 95%-BI 0,9-3,1), personen die geen alcohol gebruikten (OR 0,5; 95%-BI 0,3-0,9) en minder vaak personen met aften, herpes en Candida (OR van 0,4 tot 0,6).

Over het beloop waren voldoende gegevens beschikbaar van 215 van de 354 gevallen (61%). Van deze patiënten was bij 40% na een week de klacht hersteld of veel verbeterd (best-case-analyse: 79%). Na 2 weken was 53% hersteld (best-case-analyse 92%) en na 4 weken 58% (best-case-analyse 97%). Determinanten van het beloop van klachten worden beschreven in tabel 3. Het beloop van alle mondaandoeningen werd bepaald

Tabel 1 Frequentieverdeling van diagnoses in patiënten met mondklachten (n=354)

| Diagnose | Incidente gevallen (%) | |
|---------------------------|------------------------|------|
| Aften | 95 | (27) |
| Orale candidiasis | 52 | (15) |
| Herpes-simplexinfectie | 36 | (10) |
| Benigne tumor | 27 | (8) |
| Tongafwijkingen | 26 | (7) |
| Mondbranden | 23 | (7) |
| Gingivitis | 22 | (6) |
| Drukulcus | 20 | (6) |
| Normaal of onbekend | 14 | (4) |
| Dentogeen abces | 13 | (4) |
| Trauma / wond | 13 | (4) |
| Cariës of afgebroken tand | 7 | (2) |
| Cheilitis angularis | 6 | (2) |
| Orale lichen planus | 5 | (1) |
| Halitosis | 4 | (1) |
| Leukoplakie | 3 | (1) |
| Vermoeden maligniteit | 3 | (1) |
| Andere diagnose | 41 | (5) |
| Totaal | 386* | |

*Totale frequentie overstijgt 100% omdat bij enkele patiënten meer dan één diagnose werd gesteld.

Tabel 2 Uitsplitsing over leeftijdscategorieën (%) van patiënten en beleid bij het eerste bezoek voor de totale onderzoekspopulatie (n=354) en voor de 3 meest voorkomende mondaandoeningen

| | Alle patiënten (%) | | Aften (%) | | Orale candidiasis (%) | | Herpes-simplexinfectie (%) | |
|-----------------------------------|--------------------|------|-----------|------|-----------------------|------|----------------------------|------|
| Aantal gevallen | 354 | | 95 | | 52* | | 36 | |
| <i>Leeftijdscategorieën:</i> | | | | | | | | |
| - 0 tot 4 jaar | 71 | (21) | 17 | (17) | 24 | (47) | 11 | (31) |
| - 5 tot 9 jaar | 29 | (8) | 12 | (13) | 3 | (6) | 6 | (17) |
| - 10 tot 19 jaar | 29 | (8) | 13 | (14) | 1 | (2) | 4 | (11) |
| - 20 tot 39 jaar | 90 | (25) | 27 | (28) | 6 | (12) | 8 | (22) |
| - 40 tot 59 jaar | 71 | (20) | 13 | (14) | 8 | (16) | 4 | (11) |
| - > 60 jaar | 63 | (18) | 13 | (14) | 9 | (17) | 3 | (8) |
| <i>Beleid bij eerste bezoek:†</i> | | | | | | | | |
| - afwachten | 141 | (40) | 42 | (44) | 5 | (10) | 18 | (50) |
| - medicatie | 159 | (45) | 52 | (55) | 47 | (90) | 17 | (47) |
| - verwijzing | 60 | (17) | 2 | (2) | 1 | (2) | 1 | (3) |

* Van 1 deelnemer hadden wij geen gegevens over de leeftijd.

† Totale frequentie kan 100% te boven gaan omdat aan één patiënt meer dan één behandeling kon worden gegeven.

door de diagnose (herpes: snel herstel) en roken (roken versnelt herstel) en leeftijd (jong geassocieerd met snel herstel). De best-case-analyse liet deels andere resultaten zien: leeftijd was niet significant gerelateerd aan de kans op herstel, terwijl alcoholconsumptie geassocieerd bleek met een grotere kans op aanhoudende klachten.

Van patiënten met afters, Candida en herpes was genoeg informatie beschikbaar om het beloop nauwkeuriger te beschrijven. Omdat het aantal patiënten in de verschillende diagnosecategorieën beperkt was en het herstelpercentage (met name bij de best-case-analyse) zeer hoog, kon de invloed van determinanten op het beloop van klachten alleen voor de diagnose afters worden bestudeerd.

Beschouwing

Incidentie

In dit artikel hebben wij verslag gedaan van een incidentieregistratie van mondaandoeningen en een prospectief belooponderzoek van die aandoeningen in de huisartsenpraktijk. De top drie bestond uit: afters, herpes en Candida. De incidentie is lager dan eerder in huisartsregistraties is gevonden.^{6,7} Mogelijk berust dat op onderrapportage in ons onderzoek, ontstaan ondanks onze activiteiten om participatie van registrerende artsen te bevorderen. De frequentieverdeling van diagnoses komt echter overeen met de eerder beschreven verdeling in één praktijk in 1998.⁹ Opvallend is dat de incidentie onder jonge kinderen het hoogst was. Bij hen kwam die vooral voor rekening van herpes en Candida.

Afters werden vooral gezien tussen 15 en 40 jaar.

Er werd een grote spreiding gevonden van incidentie over de verschillende participerende praktijken. Het verschil lijkt te berusten op verschil in de mate waarin participerende artsen alle incidentiegevallen includeren voor het onderzoek, een fenomeen dat eerder is beschreven.¹⁰ De registratie van het beschreven onderzoek is voor een belangrijk deel uitgevoerd door haio's in het kader van hun wetenschappelijke scholing. Wij hebben de opleiders ook verzocht mee te doen met de registratie. Slechts een deel van hen heeft daadwerkelijk meegedaan.

Voor de berekening van de incidentiecijfers maakten wij gebruik van een aanname over de productie van een gemiddelde haio. Wij menen dat dit een betere benadering van de werkelijke incidentiecijfers oplevert dan wanneer we de ruwe praktijkcijfers hadden toegepast omdat met dat laatste veel incidentiegevallen kunnen zijn gemist voor registratie.

Diagnostiek

Over de waarde van de diagnostiek van de participerende huisartsen kunnen wij slechts in beperkte mate een uitspraak doen. Voor ons onderzoek hebben wij veel aandacht besteed aan de diagnostiek in de vorm van een training vooraf, een opfriscursus en het beschikbaar stellen van literatuur. Wij hebben geen onderzoek gedaan naar interdoktersverschillen in diagnostiek. Wel vonden wij enkele aanwijzingen dat niet altijd een goede diagnose is gesteld. Zo troffen wij inconsistenties aan, bijvoorbeeld wanneer twee diagnoses werden geregistreerd die elkaar uitsloten (mondbranden naast de specifieke diagnose candidiasis). De eerste kon per definitie en volgens ons protocol alleen worden gesteld als geen

Tabel 3 Voorspellers van aanhoudende klachten na 7 dagen voor alle deelnemers (n=210) en apart voor mensen met de diagnose afters (n=65)

| | Univariaat | | Multivariaat* | |
|--|------------|------------|---------------|------------|
| | OR† | (95%-BI) | OR† | (95%-BI) |
| Alle deelnemers (n=210) | | | | |
| <i>Leeftijd:</i> | | | | |
| - <10 jaar (referentiecategorie) | 1,0 | | 1,0 | |
| - 10-40 jaar | 2,0 | (0,9-4,1) | 2,3 | (1,1-5,0) |
| - >40 jaar | 2,8 | (1,3-5,8) | 3,1 | (1,4-6,8) |
| Geslacht (man versus vrouw) | 0,9 | (0,5-1,6) | - | |
| Alcoholconsumptie (wel versus niet) | 1,5 | (0,8-2,8) | - | |
| Roken (wel versus niet) | 0,6 | (0,2-1,3) | 0,4 | (0,2-0,9) |
| Afters (versus alle andere diagnoses) | 0,7 | (0,4-1,4) | - | |
| Candida (versus alle andere diagnoses) | 1,2 | (0,6-2,5) | - | |
| Herpes (versus alle andere diagnoses) | 0,1 | (0,03-0,6) | 0,1 | (0,03-0,7) |
| Subgroep afters (n=65) | | | | |
| <i>Leeftijd:</i> | | | | |
| - <10 jaar (referentiecategorie) | 1,0 | | 1,0 | |
| - 10-40 jaar | 1,6 | (0,4-6,3) | 3,1 | (0,7-14,1) |
| - >40 jaar | 4,5 | (1,0-19,4) | 10,3 | (1,9-56,5) |
| Geslacht (man versus vrouw) | 2,4 | (0,8-7,3) | 3,6 | (1,0-13,2) |
| Alcoholconsumptie (wel versus niet) | 1,3 | (0,4-4,4) | - | |
| Roken (wel versus niet) | 0,2 | (0,02-1,7) | 0,08 | (0,01-0,9) |

* Gecorrigeerd voor de invloed van andere prognostische factoren.

† Een OR > 1,0 geeft aan dat het betreffende kenmerk geassocieerd is met een grotere kans op aanhoudende klachten. Een kenmerk met een OR < 1,0 is geassocieerd met een kleinere kans op aanhoudende klachten.

Afters

Het genezingspercentage na een week was 48% (best case 80%). De duur van het herstel van de afters werd niet bepaald door het aantal laesies, maar wel door roken (sneller herstel), leeftijd en geslacht (volwassenen en mannen minder gunstig beloop).

Candidiasis

Het genezingspercentage na 1 week was 48% (best case 71%). Omdat slechts 2 patiënten niet met een antimycoticum werden behandeld, gaat het hier dus om het beloop onder behandeling.

Herpes

De duur van het herstel van de herpesinfecties werd niet bepaald door het aantal laesies. Ook was er geen verschil tussen een lokale eruptie en een stomatitis. Na een week was 69% hersteld (best case 94%). De mediane genezingstijd bedroeg 5 dagen.

andere aandoening werd gevonden die pijn kon veroorzaken. Het was echter niet onze intentie om de validiteit van monddiagnostiek te onderzoeken, maar om de frequentie van diagnoses, zoals gesteld door de huisarts te registreren.

Beleid

Wat betreft het beschreven beleid viel op dat de huisartsen verreweg de meeste patiënten zelf behandelden. Afwachtend en medicamenteus beleid voerden de boventoon. In 17% werd verwezen en dan vooral naar de tandarts. Zesenzestig (19%) van de geregistreerde aandoeningen betroffen problemen die mogelijk beter direct aan de tandarts hadden kunnen worden voorgelegd (gingivitis 22, drukulcus 20, dentogeen abces 13, cariës of afgebroken tand 7 en halitosis 4). Deze bevinding geeft aan hoezeer mondaandoeningen zich manifesteren in het grensgebied van de tandheelkunde en de geneeskunde. Mogelijk kiezen patiënten voor de huisarts omdat deze makkelijker toegankelijk is of omdat zij geen tandarts hebben. Verwijzingen voor mondaandoeningen waren dan ook meestal verwijzingen naar de tandarts. Het is opvallend dat in de praktijk deze verwijzingen anders verliepen dan die naar een specialist. Er werd weinig gecommuniceerd tussen artsen en tandartsen. Verwijsbrieven en terugmelding vonden zelden plaats. Waarschijnlijk berust dat vooral op het verschil in cultuur tussen de twee vakgebieden.

Beloop

Het longitudinale deel van ons onderzoek heeft ons geleerd dat het merendeel van de gevonden aandoeningen binnen twee weken herstelt. Dat komt overeen met gegevens uit het Transitieproject waaruit blijkt dat 90% van de mondklachten binnen vier weken over is.⁷ Van de patiënten die in aanmerking kwamen voor follow-up vielen er nogal wat af. Een belangrijk deel van hen kwam niet terug omdat ze genezen waren en de zin van controles niet meer inzagen. We onderzochten de invloed van uitval door eigenschappen van uitvallers te vergelijken met die van personen die wel voor follow-up beschikbaar waren. Deze vergelijking leerde dat er sprake was van selectieve uitval. Uitvallers bleken vaak mensen met een diagnose die gepaard gaat met een snel herstel (candida, herpes, aften), volwassenen of mensen die naar de tandarts of specialist werden verwezen (met een abces of afgebroken tand of kies). Deze deelnemers kwamen niet terug voor een vervolconsult. We hebben helaas geen informatie over de redenen van uitval, maar gezien het profiel van de uitvallers leek de kans groot dat deze mensen relatief snel hersteld waren. Om deze reden is naast de primaire analyse van prognostische factoren (waarbij uitvallers werden uitgesloten) tevens een best-case-analyse uitgevoerd (onder de aanname dat alle uitvallers waren hersteld). Deze alternatieve analyse laat deels afwijkende resultaten zien wat betreft de kans op herstel en determinanten van het beloop van klachten.

Voorzichtigheid is dus geboden bij de interpretatie van de voorspellende waarde van de verschillende voorspellende factoren. Een interessante bevinding is dat roken behalve de kans op het

optreden van aften, ook het beloop ervan gunstig lijkt te beïnvloeden. Het eerste is in eerder onderzoek aangetoond.^{2,5} Bittoen bevestigde in een experiment bij drie patiënten met recidiverende aften dat nicotine (toegediend via kauwgom) het optreden van recidieven vermindert.¹¹ Het bewijs is echter te mager om nicotinekauwgom nu als behandeling te kunnen adviseren.

Vroege diagnostiek bij maligniteiten in de mond is van belang omdat er bij vroege detectie een gerede kans bestaat op radicale verwijdering van de maligniteit. Uit gegevens van ons onderzoek blijkt nu dat bij twijfel nader (histologisch) onderzoek kan worden gereserveerd voor al die personen die na 2 weken nog niet van de mondklachten af zijn. Dat tijds criterium bleek in ons onderzoek een effectieve zeef: 92% was na 2 weken hersteld (best-case-analyse) en zal dus niet een persisterend potentieel maligne aandoening hebben.

Conclusie

Mondaandoeningen komen vaak voor, maar meestal herstellen ze snel. Huisartsen handelen veel problemen zelf af. Als zij verwijzen, dan doen ze dat meestal naar een tandarts. Patiënten zouden voor een deel van de problemen beter direct de tandarts kunnen bezoeken.

Dankbetuiging

Voor dit onderzoek ontvingen wij een subsidie van het NHG-fonds Alledaagse klachten. Tevens werd een financiële ondersteuning geboden door de Vereniging Medisch Tandheelkundige Interactie.

Literatuur

- 1 Zain RB, Ikeda N, Razak IA, Axell T, Majid ZA, Gupta PC, et al. A national epidemiological survey of oral mucosal lesions in Malaysia. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997;25:377-83.
- 2 Thorstensson B, Hugoson A. Prevalence of some oral complaints and their relation to oral health variables in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1996;54:257-62.
- 3 Kleinman DV, Swango PA, Pindborg JJ. Epidemiology of oral mucosal lesions in United States schoolchildren: 1986-87. *Community Dent Oral Epidemiol* 1994;22:243-53.
- 4 Axell T, Liedholm R. Occurrence of recurrent herpes labialis in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1990;48:119-23.
- 5 Axell T, Henricsson V. The occurrence of recurrent aphthous ulcers in an adult Swedish population. *Acta Odontol Scand* 1985;43:121-5.
- 6 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, 1991.
- 7 Lamberts H, Brouwer HJ, Mohrs J. Reason for encounter-, episode- and process-oriented standard output from Transition project. Part I. Amsterdam: Department of General Practice/Family medicine, University of Amsterdam, 1991.
- 8 Schepman KP, Van der Meij EH, Smeele LE, Van der Waal I. Malignant transformation of oral leukoplakia: a follow-up study of a hospital-based population of 166 patients with leukoplakia from The Netherlands. *Oral Oncol* 1998;34:270-5.
- 9 Boeke AJP, Van der Waal I. Mondaandoeningen in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998.
- 10 Huibers MJH, Van der Windt DAWM, Boeke AJP. De deelname van huisartsen aan wetenschappelijk onderzoek. *Huisarts Wet* 2002;45:454-8.
- 11 Bittoun R. Recurrent aphthous ulcers and nicotine. *Med J Aust* 1991;154:471-2.