

bodem van bloed en van het einde van het bewustzijn. Toch ben ik, als ik wakker word, niet kwaad of kwaad om te vechten of te beschuldigen. (Op een of andere manier heb ik altijd een tekort aan woede gehad. Ik was heftig en had een sterke wil, maar zonder woede. Ik heb vaak gevonden dat mannen naar woede stonken; om deze reden gaf ik de voorkeur aan vrouwen, en aan homoseksuelen.) Ik word wakker met de niet geheel van walging doortrokken wetenschap dat ik gewoon weer jong ben en me op een vreemde manier vredig voel, een waarnemer die zich bewust is van de strijdwagen van de tijd, zich bewust is van het feit dat de laatste metamorfose heeft plaatsgevonden.

Hij ontwaakt met het gevoel dat hij weer jong is – zich ervan bewust dat zich een metamorfose heeft voltrokken. In zijn verhalen heeft hij prachtige metamorfosen beschreven. De hoofdpersoon uit *Het pijncontinuüm* maakt een verandering door op het moment dat er bloed vloeit. Hij beseft dan dat pijn alleen maar een voorbereiding was op het serieuze gedeelte van het lijden, dat ongetwijfeld nog zal volgen.

Brodkey slaagt er in pijn te omschrijven en daardoor te transformeren in een ervaring die niet alleen hij zelf, maar ook een ander kan begrijpen. Hij lijkt te knabbelen aan het idee dat een essentieel kenmerk van pijn is dat ze alleen te voelen is door degene die de pijn ervaart, en daarmee voor anderen onbegrijpelijk is.

Juist dat onbegrijpelijke van pijn, of het onbegrepen zijn is wat mensen moeilijk vinden, wat hen machteloos maakt.

Artsen kunnen hun patiënten uitnodigen hun pijn onder woorden te brengen, niet alleen maar om een meer accurate diagnose te kunnen stellen, maar juist ook om de ander te begrijpen. Pogingen om de ander zijn pijn te laten beschrijven zijn vaak tot mislukken gedoemd. Dat is lastig, maar niet onoverkomelijk in een consult. De patiënte die niet kon aangeven wat voor soort pijn ze had – het is gewoon pijn – kon wel de gevolgen van de pijn beschrijven en daarmee haar eigen verhaal vertellen. Dat leverde niet alleen een diagnose, maar ook begrip op.

Tegenover degenen die hun pijn niet onder woorden kunnen brengen staan degenen die soms maar al te welbespraakt hun pijn omschrijven. Na het lezen van Brodkey's verhalen is het ongemakkelijke gevoel dat ik had bij iemand die zijn pijn beeldend beschrijft, veranderd in verwondering over het uitdrukkingsvermogen van de ander.

Bronnen

Brodkey, Harold. Het pijncontinuüm. In: Verhalen op vrijwel klassieke wijze. Breda: De Geus, 1998.

Brodkey, Harold. Het verhaal van mijn dood. Amsterdam: Vassallucci, 1997.

Klinische les

Wie zijn neus schendt... Over oogafwijkingen bij herpes zoster

W Opstelten, MJW Zaal

Inleiding

In leerboeken wordt geadviseerd bij patiënten met gordelroos in het gelaat te letten op de aanwezigheid van blaasjes op de neuspunt.¹ Deze blaasjes zouden erop wijzen dat ook het oog bij de ontsteking betrokken is. Wij bespreken echter twee patiënten die een ernstige infectie van het oog ontwikkelden zonder huidafwijkingen op de neuspunt.

Het niet tijdig herkennen van een oogontsteking door het varicella-

Auteursgegevens

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Universitair Medisch Centrum Utrecht, Postbus 85060, 3500 AB Utrecht: W. Opstelten, huisarts; VU Medisch Centrum, afdeling Oogheelkunde, Amsterdam: dr. M.J.W. Zaal, oogarts.

Correspondentie: w.opstelten@med.uu.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

zostervirus kan serieuze gevolgen hebben, ook op lange termijn. In deze klinische les geven wij aan wanneer de huisarts bedacht moet zijn op oogheelkundige complicaties bij herpes zoster ophthalmicus en geven wij richtlijnen voor het te volgen beleid bij immunocompetente patiënten.

Casuïstiek

De heer Koningsbergen, een 70-jarige man, met in zijn voorgeschiedenis COPD en benigne prostaathypertrofie, consulteert zijn huisarts met een sinds vijf dagen bestaande progressieve, branderige pijn aan de rechterzijde van zijn voorhoofd. Sinds 3 dagen heeft hij daar ook last van huiduitslag. Bij onderzoek ziet de huisarts in het dermatoom van de eerste tak van de nervus trigeminus erytheem met blaasjes. Ook aan de zijkant van de neus ziet de huisarts enkele blaasjes, maar niet op de neuspunt. Het oog is niet rood. Omdat de huiduitslag al drie dagen bestaat, ziet de huisarts af van het voorschrijven van antivirale medicatie en advi-

De kern

- ▶ Bij een goede interpretatie is het teken van Hutchinson een belangrijke risico-indicator voor het optreden van een oogontsteking bij herpes zoster ophthalmicus (HZO).
- ▶ Omdat een eenmaal doorgemaakte HZO gevolgen kan hebben op lange termijn, moet de aandoening worden vermeld in de medische historie van de patiënt.

seert hij de heer Koningsbergen voor de pijn paracetamol te gebruiken. Een week later bezoekt de patiënt opnieuw zijn huisarts. Hij heeft nog steeds veel pijn ter plaatse van de huiduitslag, maar bovendien klaagt hij over een diepe pijn in het rechter oog, die hij vergelijkt met kiespijn. Licht kan hij moeilijk verdragen. Bij onderzoek valt een vernauwde, zwak op licht reagerende pupil op, met een combinatie van oppervlakkige conjunctivale en diepe pericorneale vaatinjectie. Op grond van dit klinische beeld wordt de patiënt naar de oogarts verwezen, die een uveitis anterior vaststelt. Vrij spoedig na het starten van de behandeling (prednisolon-oogdruppels en atropine-oogdruppels) verdwijnen de roodheid en de fotofobie. De aanvalsgewijze pijnklachten van het voorhoofd zijn echter na zes maanden nog steeds aanwezig. Vooral 's nachts heeft de heer Koningsbergen daar veel last van.

Mevrouw Schuttersveld is een 83-jarige vrouw met coxartrose en hypertensie in haar voorgeschiedenis. Ze vraagt een visite aan omdat ze sinds enkele dagen klachten heeft van koorts, algemene malaise en een branderig gevoel aan haar voorhoofd. Bovendien heeft ze die dag bij het opstaan op haar voorhoofd een huiduitslag bemerkt. Bij onderzoek ziet de huisarts een matig zieke vrouw met een temperatuur van 38,8 °C. De linkerzijde van haar voorhoofd is erythemateus met gegroepeerde blaasjes. Het oog is niet rood. De huisarts stelt de diagnose gordelroos en schrijft haar antivirale medicatie en pijnstillers voor. Een week na het uitbreken van de huiduitslag krijgt ze last van haar linker oog: het traant en ze heeft het gevoel alsof er iets in zit. Bovendien ziet ze er minder goed mee. De opnieuw geconsulteerde huisarts ziet dat de uitslag zich fors heeft uitgebreid en dat nu ook op de zijkant van de neus korstjes te zien zijn. Het oog is diffuus rood met normale pupilreacties. Hij verwijst mevrouw Schuttersveld naar de oogarts, die een keratitis vaststelt en de antivirale medicatie continueert gedurende in totaal drie weken. Daarnaast krijgt de patiënte een indifferente oogzalf voorgeschreven gedurende tien dagen. Vier weken later lijkt het oog volledig genezen.

Het varicella-zostervirus: komen en gaan

Een eerste infectie met het varicella-zostervirus veroorzaakt waterpokken, meestal een onschuldige kinderziekte die vooral optreedt tussen het tweede en zesde levensjaar. Bij volwassenen komen zelden waterpokken voor. Bij hen zijn de algemene symptomen meer uitgesproken en is de kans op complicaties (pneumonie) groter.

Waterpokken zijn zeer besmettelijk. De aandoening wordt aërogeen overgebracht vanuit de keel of via direct contact met de

inhoud van de blaasjes. De besmettelijkheid duurt van maximaal vijf dagen voor het begin van de huiduitslag tot zes dagen na het ontstaan van de blaasjes. Na genezing blijft het virus levenslang aanwezig in sensibele ganglia.

Op latere leeftijd kan het virus weer actief worden en gordelroos (herpes zoster) veroorzaken. Het virus verspreidt zich dan vanuit het sensibele ganglion via een spinale of hersenzenuw (meestal de nervus trigeminus) naar het bijbehorende dermatoom en veroorzaakt daar een overgevoeligheid van de huid, toenemende pijnsensaties en kenmerkende huidafwijkingen met eenzijdig gegroepeerde blaasjes en erytheem.

De reactivering van het virus hangt samen met een verminderde, aan de leeftijd gerelateerde virusspecifieke immuniteit. De aandoening komt dan ook vooral voor bij ouderen. Bij mensen ouder dan 80 jaar is de incidentie 9,6 per 1000 personen per jaar, terwijl de gemiddelde incidentie 3,2 per 1000 personen per jaar bedraagt. Anders geformuleerd: de kans om ooit gordelroos te krijgen, is ongeveer 20%. Naar schatting krijgt 1 op de 100 personen herpes zoster ophthalmicus.^{2,3}

Patiënten met een verzwakt immuunsysteem lopen een verhoogd risico op herpes zoster (vooral patiënten met een hematologische maligniteit). Dat herpes zoster in het algemeen wordt uitgelokt door onderliggende ernstige pathologie (zoals een maligniteit) of stress is echter niet bewezen.⁴⁻⁶

De belangrijkste complicaties van herpes zoster zijn postherpetische neuralgie en oogcomplicaties na herpes zoster ophthalmicus.

Oogafwijkingen door het varicella-zostervirus

Herpes zoster ophthalmicus (HZO) is een potentieel ernstige aandoening die kan leiden tot hevige en vaak langdurige pijnklachten. Beschreven is dat (in de tweede lijn) zonder antivirale behandeling bij ongeveer 50% van de patiënten met HZO oogcomplicaties ontstaan.⁷ Vrijwel altijd is er dan sprake van een conjunctivitis. Ernstigere aandoeningen zijn keratitis, uveitis en neuritis optica van het aangedane oog. Wanneer deze ontstekingen niet tijdig en adequaat worden behandeld, kan het gezichtsvermogen blijvend worden aangetast. Door vertroebeling en verandering van vorm verliest de cornea aan optische kwaliteit. Sensibiliteitsvermindering van de cornea maakt het oog vatbaarder voor uitdroging en infecties. Doordat een beschadiging door de patiënt niet wordt gevoeld, zal relatief gemakkelijk een ulcus kunnen ontstaan.

Wanneer is het oog aangedaan?

Bij herpes zoster van de eerste tak van de nervus trigeminus (nervus ophthalmicus) moet men altijd bedacht zijn op het ontstaan van oogafwijkingen. Van prognostische waarde hierbij is het teken van Hutchinson. Dit klinische fenomeen werd reeds in 1892 beschreven en wordt gebruikt om aantasting van het oog aan de aangedane zijde te voorspellen op basis van huidlaesies in het gebied van de nervus nasociliaris, een zenuwtak die tevens de gevoelszenuwen van het oog bevat.¹ Ten onrechte wordt, ook in de recente literatuur,^{8,9} gepropageerd bij HZO de aandacht voor-

al te richten op de neuspunt (verzorgd door de externe nasale tak). De nervus nasociliaris verzorgt echter de huid van de gehele zijkant en van de wortel van de neus, evenals de mediale ooghoek (infratrochleaire tak; zie *figuur*). Ook bij het ontbreken van blaasjes op de neuspunt kan het oog dus bij de ontsteking betrokken zijn, zoals uit de beschreven casus blijkt.¹⁰ Meestal gaan de herpesblaasjes enkele dagen vooraf aan de roodheid van het oog.



Foto: JM Laurensma 1999

Een oogontsteking manifesteert zich meestal als een conjunctivitis, die zich kan uitbreiden tot de cornea. Ook de oogleden kunnen gezwollen zijn. Een keratitis wordt gekenmerkt door pijn en een verminderde sensibiliteit van de cornea. Door aankleuring van de cornea met fluoresceïne kunnen microdendritische ulcera zichtbaar worden, hoewel deze vaak (zelfs met een spleetlamp) moeilijk te zien zijn. Een verminderde en pijnlijke reactie op licht kan een symptoom zijn van een uveïtis.

Wat te doen?

Voor het beleid bij HZO bestaan in Nederland geen geautoriseerde richtlijnen. Omdat onderzoeken met antivirale middelen vaak zijn uitgevoerd bij verwezen patiënten, een kleine omvang hebben of niet placebogecontroleerd zijn, zal iedere richtlijn voor het beleid van de huisarts enigszins arbitrair zijn.

Uit onderzoek blijkt dat vroegtijdige behandeling (binnen 72 uur) met aciclovir (vijfmaal daags 800 mg gedurende 7 dagen) het percentage oogcomplicaties bij patiënten met HZO reduceert van 50 naar 20-30%. Ook de acute pijn neemt door deze vroege behandeling af.¹¹ Valaciclovir (driemaal daags 1000 mg)¹² en famciclovir (driemaal daags 500 mg)¹³ bleken in een vergelijkend onderzoek met aciclovir even effectief. Omdat het beloop bij de eerste symp-

tomen van HZO onvoorspelbaar is, adviseren wij antivirale middelen voor te schrijven aan alle patiënten met HZO, ongeacht de leeftijd en de ernst van de symptomen, en hen na maximaal een week terug te zien.

Nooit is onderzocht of het starten van antivirale medicatie na 72 uur nog zinvol is. Het is ons inziens echter te verdedigen ook na deze termijn antivirale middelen voor te schrijven aan ouderen met HZO. Bij hen verloopt de afweer meestal trager, waardoor het virus langer in het oog aantoonbaar is.¹⁴ Het is echter niet bewezen dat het optreden van postherpetische neuralgie door het gebruik van antivirale middelen vermindert.¹⁵

De toegevoegde waarde van aciclovir-oogzalf is niet onderzocht. Monotherapie met aciclovir-oogzalf lijkt ontoereikend.¹⁶ Bij een ernstige ontsteking van het oog adviseren wij aciclovir-oogzalf voor te schrijven als aanvulling op orale antivirale behandeling. Daarmee worden tot in de voorste oogkamer veel hogere concentraties van dit middel bereikt dan met alleen orale toediening. Regelmatig gebruik van een indifferente oogzalf of ooggel is geïndiceerd wanneer door een verminderde functie van de oogleden de ooglidsluiting onvoldoende is, waardoor uitdroging van de cornea dreigt.

Het teken van Hutchinson in de vroege fase van HZO en een rood oog in een latere fase vormen een indicatie voor beoordeling door een oogarts. De vroege laesies (zoals conjunctivitis en oppervlakkige keratitis) zijn in het algemeen self-limiting. De oogheelkundige complicaties ontwikkelen zich meestal vanaf de tweede week na het ontstaan van de roodheid. Daarom is er geen reden voor een spoedverwijzing. Bij alarmsymptomen (pijn, daling of verandering van het gezichtsvermogen, lichtschuwheid) is echter directe beoordeling door een oogarts aangewezen.¹⁷

Altijd een wakend oog

Een oog dat eenmaal door herpes zoster is aangedaan, zal altijd extra kwetsbaar blijven. Ook maanden tot jaren na de acute fase van HZO kunnen zich nog complicaties voordoen. Door aantasting van de zenuwfunctie en een daardoor vertraagde epithelialisatie kan beschadiging van de cornea optreden. Hiermee moet rekening worden gehouden wanneer patiënten een ziekteperiode doormaken met een verminderd bewustzijn en bij oogheelkundige ingrepen. Het verdient dan ook aanbeveling een doorgemaakte oogontsteking bij HZO in de medische historie van de patiënt te vermelden.

Conclusie

Bij HZO bestaat het risico van oogheelkundige complicaties met blijvende gevolgen, ook wanneer de neuspunt vrij is van blaasjes. Dit risico kan worden verkleind door tijdig orale antivirale medicatie voor te schrijven en het oog adequaat te beschermen. Een rood oog bij HZO moet altijd door een oogarts worden beoordeeld. Is het oog eenmaal aangedaan, dan zal het altijd extra kwetsbaar blijven door een permanente vermindering van de gevoeligheid van het hoornvlies.

Literatuur

- 1 Hutchinson J. A clinical report on herpes zoster frontalis seu ophthalmicus (shingles affecting the forehead and the nose). Royal London Ophthalmic Hospital Report 1865;5:191-215.
- 2 Hope-Simpson RE. The nature of herpes zoster: a long-term study and a new hypothesis. Proc R Soc Med 1965;58:9-20.
- 3 Sanders HWA. Herpes zoster in general practice [Proefschrift]. Helmond: 1968.
- 4 Ragozzino MW, Melton LJ, Kurland LT 3rd, Chu CP, Perry HO. Risk of cancer after herpes zoster: a population-based study. N Engl J Med 1982;307:393-7.
- 5 Schmader K, George LK, Burchett BM, Pieper CF. Racial and psychosocial risk factors for herpes zoster in the elderly. J Infect Dis 1998;178:S67-70.
- 6 Schmader K, Studenski S, MacMillan J, Grufferman S, Cohen HJ. Are stressful life events risk factors for herpes zoster? J Am Geriatr Soc 1990;38:1188-94.
- 7 Cobo M, Foulks GN, Liesegang T, Lass J, Sutphin JE, Wilhelmus K, et al. Observations on the natural history of herpes zoster ophthalmicus. Curr Eye Res 1987;6:195-9.
- 8 Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, ThJM Verheij, redactie. Kleine kwalen in de huisartspraktijk. Maarssen: Elsevier, 2001.
- 9 Johnson RW, Dworkin RH. Treatment of herpes zoster and postherpetic neuralgia. BMJ 2003;326:748-50.
- 10 Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, D'Amaro J. Prognostic value of Hutchinson's sign in acute herpes zoster ophthalmicus. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol 2003;241:187-91.
- 11 Cobo M, Foulks GN, Liesegang T, Lass J, Sutphin JE, Wilhelmus K, et al. Oral acyclovir in the treatment of acute herpes zoster ophthalmicus. Ophthalmology 1986;93:763-70.
- 12 Colin J, Prisant O, Cochener B, Lescale O, Rolland B, Hoang-Xuan T. Comparison of the efficacy and safety of valaciclovir and acyclovir for the treatment of herpes zoster ophthalmicus. Ophthalmology 2000;107:1507-11.
- 13 Tying S, Engst R, Corriveau C, Robillard N, Trottier S, Van Slycken S, et al. Famciclovir for ophthalmic zoster: a randomised acyclovir controlled study. Br J Ophthalmol 2001;85:576-81.
- 14 Zaal MJ, Volker-Dieben HJ, Wiensesen M, Dámaro J, Kijlstra A. Longitudinal analysis of varicella-zoster virus DNA on the ocular surface associated with herpes zoster ophthalmicus. Am J Ophthalmol 2001;131:25-9.
- 15 Opstelten W, Eekhof JAH, Knuistingh Neven, Verheij ThJM. Herpes zoster. Huisarts Wet 2003;46:101-4.
- 16 Neoh C, Harding SP, Saunders D, Wallis S, Tullo AB, Nylander A, et al. Comparison of topical and oral acyclovir in early herpes zoster ophthalmicus. Eye 1994;8:688-91.
- 17 Blom GH, Cleveringa JP, Louise AC, De Bruin W, Gooskens P, Wiersma Tj. NHG-Standaard Het rode oog. Huisarts Wet 1996;39:225-38.

Kleine kwalen

Het ganglion

PCC Raats, A Knuistingh Neven, JAH Eekhof

Inleiding

Een ganglion is een cysteuze zwelling in een gewrichtskapsel of in een peesschede als gevolg van degeneratie van het gewrichtskapsel of de peesschede. Het ganglion is in 60 tot 70% van de gevallen gelokaliseerd op de rug van de pols. In 13 tot 20% komt het voor aan de binnenzijde van de pols. Tevens worden ganglia gevonden op de hand, de knie en de voet. Het gaat om een ronde, vast-elastische zwelling die los ligt van de huid. De grootte varieert van enkele millimeters tot centimeters. In een enkel geval wordt de zwelling pas zichtbaar bij strekken of buigen van de pols.¹⁻⁴

Achtergronden

Etiologie

Het peeskokerganglion is een herniatie van de peeschede ontstaan door (micro)trauma's. Vloeistof komt vanuit de peesschede

Auteursgegevens

Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde LUMC: P.C.C. Raats, huisarts-in-opleiding; dr. A. Knuistingh Neven en dr. J.A.H. Eekhof, huisartsen-epidemiologen.

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

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

in de cyste en een éénkleppig systeem zorgt ervoor dat de vloeistof niet terugkan. Een ganglion in een gewrichtskapsel ontstaat in het ligamentsysteem door (micro)trauma, een vergrote mobiliteit of instabiliteit van het gewricht. Afhankelijk van de stevigheid van het ligamentsysteem groeit het ganglion naar buiten, blijft in het ligamentsysteem (occult ganglion) of groeit in zeldzame gevallen in het bot (ossaal ganglion). De vloeistof in de cyste is een viskeuze vloeistof waarin glucosamine, albumine, globuline en hoge concentraties hyaluronzuur voorkomen. Er zijn aanwijzingen dat een pijnlijk ganglion van de pols of hand een uiting is van een onderliggend probleem in een gewricht, bijvoorbeeld artrose van het gewricht tussen het scafoïd en het lunatum bij ouderen.⁶

In een cohortonderzoek (n=155) bleek dat 20 van de 39 onbehandelde ganglia binnen 5 jaar spontaan zijn verdwenen.⁷ Er is geen relatie aangetoond tussen het vóórkomen van ganglia en werk of hobby van de patiënt. Uit MRI-onderzoek bij zwellingen van pols en hand blijkt dat er slechts in enkele zeldzame gevallen een lipoom, een botlaesie, een grootcellige peesschedetumor of een sarcoom gevonden wordt.^{8,9}

Diagnostiek

Cosmetische aspecten en ongerustheid over een eventueel kwaadaardig karakter van de zwelling zijn meestal de reden waar-