

Een pijnlijke zwelling in de lies

M INLEIDING

Met een incidentie van 6,5 per 1000 patiënten is een vergrote lymfeklier een veelvoorkomende klacht in de huisartsenpraktijk.¹ De aandoening is meestal onschuldig en self-limiting, maar anamnese en lichamelijk onderzoek zijn altijd nodig om een eventueel minder onschuldige oorzaak te kunnen onderkennen.

De casus

De heer D., 25 jaar oud, bezoekt het spreekuur. Hij komt zelden. Zijn voorgeschiedenis is blanco. Nu heeft hij echter sinds enkele dagen een pijnlijke zwelling in zijn lies. Bij navraag heeft hij geen koorts. Hij voelt zich niet ziek en is ook niet ziek geweest de afgelopen tijd. Hij heeft geen wondjes bemerkt aan zijn voeten, benen of penis. Bij uitvragen van de seksuele anamnese blijkt de heer D. al enige jaren een vaste partner te hebben. Hij is monogaam, en noch hij noch zij hebben ooit een soa gehad. Bij het lichamelijk onderzoek is de temperatuur normaal. De heer D. oogt niet ziek. In de lies links bevindt zich een vast-elastische zwelling. Deze is pijnlijk bij palpatie, is los van de ondergrond en heeft een doorsnede van ongeveer 4 cm. Omdat er geen alarmsymptomen aanwezig zijn, kiest de huisarts voor een afwachting beleid. Hij maakt een controleafspraak voor over twee weken.

EEN VERGROTE LYMFEKLIJER IN DE LIES

In de huisartsenpraktijk zien we regelmatig patiënten met een voelbare lymfeklier. In driekwart van de gevallen gaat het om een lokaal verschijnsel: bij 55% van de patiënten zit de vergrote lymfeklier in de hals, bij 14% in de liezen, bij 5% in de oksels en bij 1% supraclaviculair. Een kwart van de patiënten heeft een gegeneraliseerde lymfadenopathie, met vergrote klieren op meerdere plaatsen.²

In 40% van de gevallen verdwijnt de vergrote lymfeklier spontaan en wordt de oorzaak niet gevonden.³ Vergrote lymfeklieren

Samenvatting

Van Kleef LE, Van Bergen JEAM, Van der Wouden JC, Bindels PCM. Een pijnlijke zwelling in de lies. Huisarts Wet 2011;54(9):510-3.

Een vergrote lymfeklier is een klacht die de huisarts vaak ziet. Zo'n lymfeklier kan het gevolg zijn van een soa. De spreiding van de verschillende soa's over de wereld verandert. Zo duiken er in Nederland sinds enkele jaren gevallen op van lymphogranuloma venereum (LGV), een 'tropische' soa die wordt veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis*. Deze klinische les behandelt het beleid bij deze infectieziekte aan de hand van een casus.

hebben inderdaad meestal een onschuldige oorzaak, maar bij een klein percentage is er een ernstige ziekte in het spel. Hoe kunnen we die laatste groep patiënten nu snel onderscheiden?

Voor de differentiaaldiagnose van een solitair vergrote lymfeklier is de lokalisatie van belang. Een lokale lymfeklier-zwelling is meestal het gevolg van een infectie in het drainagegebied van de betreffende klier door een virus, bacterie, parasiet of schimmel. Bij een bacteriële infectie is er vaak een duidelijke porte d'entrée in het drainagegebied. De liesklieren draineren het gehele been aan hun kant en daarnaast het (uro)genitale gebied. Ook soa's kunnen dus een lokale lymfeklierzwelling in de lies veroorzaken.

Een lokale lymfeklierzwelling kan ook het gevolg zijn van een maligniteit, maar dit is bij slechts 1,1% van de patiënten het geval.¹ Maligniteiten van de lymfeklier zelf zijn hodgkin- en non-hodgkinlymfomen en lymfatische leukemie, en ook metastasen kunnen zich manifesteren in een lymfeklier. Vergrote lymfeklieren veroorzaakt door een maligniteit zitten echter zelden in de lies, maar veelal in de hoofdhalsregio.³ Bovendien is er bij een maligniteit vaak ook sprake van alarmsymptomen zoals gewichtverlies, algehele malaise en nachtzweeten.

Het tweede bezoek

De heer D. komt al na een week terug op het spreekuur. Hij heeft meer pijn gekregen. Zelfs lopen is pijnlijk. Nog steeds heeft hij geen andere verschijnselen zoals koorts of malaise. Wel vertelt hij dat hij enkele weken geleden toch een klein wondje op zijn penis heeft gehad. De huisarts vraagt nogmaals naar de seksuele voorgeschiedenis van de heer D. Deze geeft aan dat hij monogaam is en zijn vriendin volledig vertrouwt. Bij het lichamelijk onderzoek blijkt de zwelling in de lies niet groter geworden, maar deze voelt nu weker aan en fluctueert iets. Aan het uitwendig genitaal zijn geen zichtbare afwijkingen.

De huisarts spreekt met patiënt af toch te kijken naar een mogelijke soa, en bloed en urine te onderzoeken op *Chlamydia* en lues. In afwachting van de uitslagen krijgt de heer D. pijnstillers. De vervolgspraak wordt over een week gepland.

De kern

- Een aantal soa's kan zwellingen van de inguinale lymfeklieren veroorzaken.
- Een van deze soa's is lymphogranuloma venereum (LGV), een 'tropische' aandoening die de laatste jaren ook in Nederland voorkomt. Deze soa kan zich, afhankelijk van de inoculatieplaats, presenteren met een ulcus op de penis, maar ook als proctitis. In een later stadium kan lymfadenopathie optreden.
- Verantwoordelijk voor een LGV-infectie zijn de serotypen L1, L2 en L3 van *Chlamydia trachomatis*. Gerichte PCR-diagnostiek naar deze *Chlamydia*-serotypen is dan ook aangewezen bij verdenking op LGV.
- Eerste keus voor de behandeling is doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 21 dagen.
- LGV vergroot de kans op hiv-besmetting en omgekeerd.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam: L.E. van Kleef, aios (inmiddels huisarts); dr. J.C. van der Wouden, senior onderzoeker; prof. dr. P.J.E. Bindels, hoofd afdeling. Soa Aids Nederland, Keizersgracht 392, 1016 GB Amsterdam: dr. J.E.A.M. van Bergen, huisarts-epidemioloog. • Correspondentie: j.vanderwouden@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

EEN ULCUS OP DE PENIS

Mogelijke oorzaken

Nu er toch een wondje (ulcus) op de penis blijkt te zijn geweest, verandert de differentiaaldiagnose. Patiënt ontkent dat hij een soa zou kunnen hebben, maar een soa zou wel bij zijn symptomen passen. De volgende soa's zijn geassocieerd met de aanwezigheid van een ulcus op de penis.

Herpes genitalis komt veel voor in Nederland.⁴ Het wordt veroorzaakt door de herpes simplexvirussen type 1 en 2. HSV-2 komt het meest voor, maar HSV-1 is de laatste jaren in opmars.⁴ Een primo-infectie gaat vaak gepaard met lymfadenopathie en soms met pijnlijke vesikels, pustels of ulcera.

Syfilis, veroorzaakt door *Treponema pallidum*, kenmerkt zich in het eerste stadium door een niet-pijnlijk, hard aanvoelend ulcus, veelal op de penis, waarbij ook een regionale lymfeklierzwelling kan optreden.

Het ulcus molle, veroorzaakt door *Haemophilus ducreyi*, was vroeger de bekendste exotische import-soa in Europa en de Verenigde Staten. Tegenwoordig zien we het nog zelden.⁴ Het begint meestal als een papel of pustel, dat na een dag of drie verandert in een ulcus. Anders dan bij syfilis is dit ulcus pijnlijk en week aanvoelend. Ook bij het ulcus molle kan een regionale lymfeklierzwelling bestaan.

Een soa die in Nederland zelden wordt gediagnosticeerd maar die wel vaker voorkomt in Latijns-Amerika en Zuid-Afrika is donovanose (granuloma inguinale).⁴ De verwekker is *Calymmatobacterium granulomatis*. Het begint vaak met een papel of pustel, die kan evolueren tot een verheven, niet-pijnlijk ulcus. Lymfeklierzwelling is bij donovanose zeer zeldzaam, maar in een verder gevorderd stadium kan uitgebreide granulering van omliggend weefsel optreden.

Een laatste soa waarbij zich een ulcus kan voordoen is lymphogranuloma venereum (LGV). Deze aandoening wordt veroorzaakt door de L-serotypes van *Chlamydia trachomatis* en is in de tropen en subtropen endemisch, maar in Nederland zeldzaam.⁴ Het eerste symptoom kan een papel of ulcus op de penis zijn. Dit ulcus is veelal pijnloos en meestal droger dan het ulcus molle (dat vaak wat nattend is). In een later stadium ontstaat vaak een pijnlijke regionale lymfeklierzwelling.

Diagnostiek

De eerste stap in de diagnostiek van een ulcus op de penis is natuurlijk te denken aan één van de genoemde soa's. Bij verdenking op een HSV-infectie kan PCR-diagnostiek worden ingezet op blaasjesvocht of materiaal van het ulcus. Ook een kweek is mogelijk. Een syfilisinfectie kan met serologisch onderzoek aangetoond worden, maar de uitslag is pas betrouwbaar als dat onderzoek één tot drie maanden na de besmetting plaatsvindt. Sommige laboratoria kunnen syfilis aantonen met PCR-diagnostiek van een ulcusuitstrijkje of -biopt en op de soa-poli kan dit met donkerveldmicroscopie. Ook een ulcus molle kan in sommige laboratoria aangetoond worden met PCR-diagnostiek op een ulcusuitstrijkje of biopt.

Onderzoek naar de subtypes van *Chlamydia* die LGV veroorzaken, is helaas alleen mogelijk in een aantal gespecialiseerde

centra. Deze PCR-diagnostiek kan gedaan worden op een uitstrijkje of biopt van het ulcus, op aspiraats van de abcederende lymfeklier, op een uitstrijkje van cervix, proctum of urethra, of op urine. Wanneer de huisarts dergelijke gerichte diagnostiek noodzakelijk acht, is het aan te raden eerst te overleggen met de dermato-venereoloog of microbioloog.^{4,5}

Het derde bezoek

Een week later komt de heer D. terug. Met de pijnstillers is de pijn draaglijker geworden, maar de zwelling is nog wel aanwezig. Een deel van de laboratoriumuitslagen is binnen: de PCR-test op *Chlamydia* in de urine is negatief. De lues-serologie is nog niet bekend. Omdat het laboratoriumonderzoek geen aanknopingspunten oplevert en de klachten nog niet verdwenen zijn, consulteert de huisarts de dermatoloog. Op diens advies wordt ook nog serologie naar *Chlamydia* ingezet.

Op het moment dat de patiënt bij de dermatoloog komt, zijn ook de uitslagen van het bloedonderzoek bekend: lues negatief, *Chlamydia* sterk positief. De dermatoloog stelt op basis van het verhaal, de aanwezige lymfeklierzwelling en de sterk verhoogde antistof titer van *Chlamydia* de waarschijnlijke diagnose lymphogranuloma venereum en neemt aspiraats van de lymfeklier af voor verdere diagnostiek. De heer D. krijgt een kuur doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 21 dagen.

LYMFOGRANULOMA VENEREUM (LGV)

LGV wordt veroorzaakt door *Chlamydia trachomatis* (CT). *Chlamydia* is in Nederland de meest voorkomende verwekker van seksueel overdraagbare aandoeningen.⁵ Er zijn verschillende serotypen, die verantwoordelijk zijn voor verschillende presentaties van de ziekte. De serotypen A, B, Ba en C komen veelal in de tropen voor en veroorzaken trachoom, een oogontsteking die tot blindheid kan leiden.⁶ De serotypen D tot en met K veroorzaken veelal asymptomatische urogenitale infecties. De serotypen L1, L2 en L3 zijn verantwoordelijk voor LGV. Deze serotypen zijn invasiever en infecteren niet alleen het slijmvliesepitheel maar ook de diepere lagen, waardoor de infectie zich meer verspreidt en heftiger verloopt.⁷

De *Chlamydia*-serotypen D tot en met L zijn seksueel overdraagbaar en bij vaginale bevalling ook van moeder op kind.⁶ De incubatietijd van *Chlamydia*-infecties is één tot drie weken.⁸

Epidemiologie

LGV komt vooral voor in de tropen en subtropen, maar toch zien we deze soa sinds een jaar of tien steeds vaker in Nederland. In 2003 was er in Rotterdam een kleine epidemie onder

Abstract

Van Kleef LE, Van Bergen JEAM, Van der Wouden JC, Bindels PCM. Painful swelling in the groin. Huisarts Wet 2011;54(9):510-3.

Enlarged lymph glands are a common finding in general practice and can be caused by sexually transmitted diseases (STDs). The worldwide distribution of the different STDs is changing, and lymphogranuloma venereum (LGV), a 'tropical' sexually transmissible infection caused by *Chlamydia trachomatis*, has been detected in the Netherlands in recent years. The management of this infectious disease is described on the basis of a case report.

homoseksuele mannen en nadien volgden er meer meldingen uit de rest van Nederland, Europa en de Verenigde Staten.⁹ Sindsdien worden in Nederland jaarlijks ongeveer tachtig nieuwe infecties gemeld.

In Nederland zijn anogenitale LGV-infecties tot nu toe alleen gediagnosticeerd bij (merendeels hiv-positieve) mannen die onbeschermd homoseksueel contact hadden, maar in andere westerse landen werden al in 2008 kleine epidemietjes onder heteroseksuelen beschreven.^{4,10,11}

Uit gegevens van het RIVM blijkt dat in 2010 in de Nederlandse soa-centra 11.526 nieuwe *Chlamydia*-infecties werden vastgesteld en dat 66 daarvan LGV-infecties waren. Van deze laatste was 74% tevens hiv-positief.¹² Recent is ook een LGV-infectie geconstateerd bij een heteroseksuele vrouw (persoonlijke mededeling S. Morré, F. Sebens).

Omdat er geen aangifteplicht is voor *Chlamydia*-infecties, is het aantal bekende infecties slechts het topje van de ijsberg. Het totaal aantal nieuwe *Chlamydia*-infecties in Nederland wordt geschat op 60.000 per jaar.⁵

Klinisch beeld

Lymphogranuloma venereum kan een zeer heftig en ernstig klachtenpatroon geven. We onderscheiden drie stadia. Het eerste stadium is het inoculatiestadium (tien tot veertien dagen na incubatie) waarbij soms een pijnloze papel, ulcus of vesikel op de penis of vaginawand zit. Vier tot acht weken na incubatie volgt het locoregionale stadium, waarin zich vaak een éénzijdige, pijnlijke zwelling van een inguinale lymfeklier voordoet. Het late stadium wordt bereikt wanneer de LGV-infectie langdurig (meer dan acht weken na incubatie) onbehandeld blijft. In dit stadium kan de infectie leiden tot ernstige irreversibele complicaties zoals fistelvorming en het 'frozen pelvis syndrome', en kunnen er verklevingen ontstaan van alle organen van het kleine bekken.^{5,13}

Afhankelijk van de inoculatieplaats kan men drie LGV-syndromen onderscheiden, elk met een eigen klachtenpatroon (zie de [tabel]).^{5,13}

Bij patiënten met een LGV moet men altijd bedacht zijn op een

hiv-infectie. Er is namelijk sprake van synergie. Patiënten die één van beide infectieziekten hebben, zijn extra ontvankelijk voor de andere infectieziekte en hebben dus een groter besmettingsrisico.^{5,14,15}

Diagnostiek

Alleen gespecialiseerde centra in Amsterdam en Rotterdam zijn in staat de *Chlamydia*-subtypen te typeren. Serologisch onderzoek naar *Chlamydia*-antistoffen kan in vrijwel alle laboratoria in Nederland worden verricht.^{7,14} Deze laboratoria kunnen alleen vaststellen of er sprake is van een *Chlamydia*-infectie (die overigens ook in het verleden kan zijn opgelopen), en niet om welk subtype het gaat. Wel is een invasieve infectie zoals LGV waarschijnlijker als de antistoftiter erg hoog is.

Behandeling

Eerste keus voor de behandeling van LGV-infecties is doxycycline 2 dd 100 mg gedurende 21 dagen. Een alternatief is erytromycine 4 dd 500 mg gedurende 21 dagen. Pijnlijke, fluctuerende en abcederende lymfeklieren (bubo's) moeten chirurgisch ontlast worden om langdurige abcedering en fisteling te voorkomen.^{16,17}

De afloop

Na de kuur doxycycline zijn de klachten van de heer D. totaal verdwenen. Desalniettemin heeft het geheel voor hem nog een staartje gekregen. Nadat de diagnose gesteld was, heeft zijn vriendin opgebiecht dat zij was vreemdgegaan. Beiden zijn door de dermatoloog verder nagekeken en gescreend, ook op de andere soa's. Helaas is het onderzoek van het aspiraats van de lymfeklier mislukt, waardoor de waarschijnlijkheidsdiagnose LGV niet definitief kon worden bevestigd.

CONCLUSIE

Internationaal reizigersverkeer verandert de epidemiologie van infectieziekten, ook die van soa's. Luc Montagnier, de ontdekker van het hiv-virus, noemde de Boeing 747 niet voor niets 'de vector van het hiv-virus'. Voor LGV is dat niet anders. Bij een pijnlijke inguinale lymfadenopathie of een ulcus aan de penis staat deze 'tropische' soa nu ook in Nederland in de differentiaaldiagnose.

Bij verdenking op LGV is consultatie van een specialist noodzakelijk, aangezien de specifieke diagnostiek alleen in gespecialiseerde centra wordt verricht en de aandoening een ernstig beloop kan hebben.

Omdat er sprake is van synergie tussen de verschillende soa's, komt elke patiënt met een soa in aanmerking voor een test op de 'big five': *Chlamydia*, gonorrhoe, hiv, syfilis en hepatitis-B.

Ook partnerbehandeling is onderdeel van het soa-consult. Actieve opsporing en behandeling van partners voorkomt de verdere verspreiding van deze infectieziekten. Zo nodig kan de GGD hierbij worden ingeschakeld. ■

Tabel LGV-syndromen^{5,13}

Syndroom	Inoculatieplaats	Kenmerken
Anorectaal syndroom	proctum	<ul style="list-style-type: none"> ■ pijn en jeuk aan de anus, anale afscheiding, krampen en obstipatie ■ een hoge infectie (proctocolitis) gaat gepaard met diarree ■ vooral onder homoseksuele mannen in Nederland
Inguïnaal syndroom	uitwendige genitalia	<ul style="list-style-type: none"> ■ pijnlijke, fluctuerende en abcederende lymfeklierzwellingen in de lies (bubo's)
Faryngeaal syndroom	keelholte	<ul style="list-style-type: none"> ■ slijmvliesafwijkingen van de farynx, cervicale lymfadenopathie ■ zeer zeldzaam

LITERATUUR

- Lackamp OJM, Grundmeijer HGLM. Vergrote lymfeklieren. Huisarts Wet 2001;44:498-502.
- Ferrer R. Lymfadenopathy: Differential diagnosis and evaluation. Am Fam Physician 1998;58:1313-20.
- Lackamp OJM, Grundmeijer HGLM. Diagnostiek van alledaagse klachten. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005.
- Vriend HJ, Koedijk FDH, Van der Broek IVF, Van Veen MG, Op de Coul ELM, Van Sighem AI, et al. Sexually transmitted infections, including HIV, in the Netherlands in 2009. Bilthoven: RIVM, 2010.
- Urogenitale Chlamydia trachomatis en lymfogranuloma venereum: Richtlijn (LCI). Bilthoven: LCI, september 2009. http://www.rivm.nl/cib/infectieziekten-A-Z/infectieziekten/Urogenitale_Chlamydia, geraadpleegd juli 2011.
- Stamm WE. Chlamydia trachomatis infections of the adult. In: Holmes KK, editor. Sexually transmitted diseases. New York: McGraw-Hill, 1999.
- Mabey D, Peeling RW. Lymphogranuloma venereum. Sex Transm Infect 2002;78:90-2.
- Peipert JF. Clinical practice: Genital Chlamydial infections. N Engl J Med 2003;349:2424-30.
- Nieuwenhuis RF, Ossewaarde JM, Götz HM, Dees J, Thio HB, Thomeer MG, et al. Resurgence of lymphogranuloma venereum in Western Europe: An outbreak of Chlamydia trachomatis serovar I2 proctitis in The Netherlands among men who have sex with men. Clin Infect Dis 2004;39:996-1003.
- De Munain JL, Ezpeleta G, Imaz M, Del Mar Camara M, Esteban V, Santamaría JM, et al. Two lymphogranuloma venereum cases in a heterosexual couple in Bilbao (Spain). Sex Transm Dis 2008;35:918-9.
- Gomes JP, Nunes A, Florindo C, Ferreira MA, Santo I, Azevedo J, et al. Lymphogranuloma venereum in Portugal: unusual events and new variants during 2007. Sex Transm Dis 2009;36:88-91.
- Zenilman JM, Bartlett JG, McGovern BH. Lymfogranuloma venereum, UpToDate, september 2009. www.uptodate.com.
- Vriend HJ, Koedijk FDH, Van den Broek IVF, Van Veen MG, Op de Coul ELM, Van Sighem AI, et al. Sexually transmitted infections, including hiv, in the Netherlands in 2010. Bilthoven: RIVM, 2011. Rapport nr. 210261009/2011.
- Van Voorst Vader PC, Van der Meijden WI, Sigurdsson V, De Vries HJC, Van Leent EJM, Van der Vleuten CJM, et al. LGV Richtlijn 2005. Utrecht: SOA AIDS Nederland, 2005. http://www.soa-aids-professionals.nl/medische_richtlijnen/nvdv, geraadpleegd juli 2011.
- Morré SA, Spaargaren J, Fennema JSA, De Vries HJC, Coutinho RA, Peña AS. Real-time polymerase chain reaction to diagnose lymphogranuloma venereum. Emerg Infect Dis 2005;11:1311-2.
- De Vries HJ, Smelov V, Middelburg JG, Pleijster J, Speksnijder AG, Morré SA. Delayed microbial cure of lymphogranuloma venereum proctitis with doxycycline treatment. Clin Infect Dis 2009;48:E53-6.
- McLean CA, Stoner BP, Workowski KA. Treatment of lymphogranuloma venereum. Clin Infect Dis 2007;44 Suppl 3:S147-52.

- zeer matig ●
 matig ●●
 redelijk ●●●
 goed ●●●●
 niet te missen ●●●●●

Empathie

Derksen FAWM. Empathie, bestaat ze nog? Houten: Springer Uitgeverij, 2010. 137 pagina's. Prijs € 2,50 (verzendkosten). ISBN 978-90-313-8150-0. Te bestellen via fderksen@kmg.nl.

Doelgroep De aanstaande en jonge, startende huisarts.

Inhoud Het boek begint met een inleiding door Jozien Bensing, gevolgd door een filosofische beschouwing van de auteur. De hoofdstukken daarna hebben een vaste structuur. De *oneven hoofdstukken* gaan over wat de schrijver heeft meegemaakt met concrete patiënten. Het zijn casusbeschrijvingen, bijvoorbeeld van een hoogleraar die dement werd, een hoogbejaard echtpaar waarvan de man leed aan ernstige depressies en de vrouw na diens overlijden uiteindelijk niet op de boerderij kon blijven wonen, een echtpaar waarvan de vrouw een dwarslaesie had en later mammacarcinoom en een spontane heupfractuur die laat werd onderkend, een ziekbed dat eindigde in euthanasie, een jonge vrouw met multipathologie, een allochtone patiënt en een patiënte die niet naar de psycholoog wilde. De *even hoofdstukken* gaan over aspecten van het huisartsenvak: de startende huisarts, de groene kaart, communicatie met specialisten, de wijkverpleegkundige, het jargon, euthanasie, bereikbaarheid, andere werkers in de eerste lijn en empathie. Het zijn korte stukjes waarin de auteur, soms wat nostalgisch, het heden met het verleden vergelijkt.

Oordeel Elk boek over empathie dient te worden verwelkomd. Het is – zoals de schrijver zelf zegt – jammer als het belang van empathie pas laat in een loopbaan wordt onderkend. Gelukkig is er tegenwoordig ook steeds meer evidentie over het klinische effect van empathie op de uitkomsten bij patiënten. De casusbesprekingen zijn echte 'doktercasusbesprekingen'. De beschouwende stukjes die hierop volgen borduren hier erg op door. De casusbesprekingen zijn gesteld in een objectieve taal vanuit het perspectief van de buitenstaander. Ik geloof dat de schrijver/huisarts echt empathisch is, maar de empathie blijkt niet uit de toon van de verhalen. Ik miste in de beschrijvingen heel erg de vertwijfeling, de angst, de irritatie en de moeheid van de dokter zelf. Uit eigen ervaring ken ik bijvoorbeeld het gevoel van verbondenheid na een tot een goed einde gebracht sterfbed, of de onzekerheid die altijd blijft bestaan na het missen van een belangrijke diagnose, of de afstand die met sommigen altijd blijft. Empathie is ook dat het eigen gevoel van de dokter mag meespelen in contacten met de patiënt. Dat goed opschrijven vereist dat je behalve een empathische dokter ook een goed schrijver bent. Dat mis ik in dit boek, terwijl juist dit van belang is voor het overtuigen van de doelgroep van het belang van empathie. ■

Peter Lucassen

Waardering: ●●●

