

Wel kan eczeem een porte d'entree vormen voor erysipelas.

Preventie is de hoeksteen van het medisch handelen. Preventie en behandeling van voor erysipelas predisponerende factoren (oedeem, wondjes, eczeem, dermatomycosen en dergelijke) zijn essentieel om recidieven te voorkomen. Helaas is dit aspect in de klinische les van Van Furth naar mijn mening onderbelicht gebleven, waardoor ten onrechte de indruk werd gewekt dat te allen tijde met een symptomatische therapie in de vorm van (herhaalde) antibioticakuren kan worden volstaan.

M.J. KORSTANJE

Leiden, november 1992

Ik ben collega's Lans, De Boer en Nieboer en Korstanje zeer erkentelijk dat zij nog eens wijzen op het belang van goede veneuze afvloed en het toepassen van ambulante compressie-therapie bij de aanwezigheid van oedeem. Dit wordt ook door mij steeds aanbevolen en de patiënten worden hiervoor naar deskundigen verwezen. Bij de door mij beschreven patiënten was er geen reden voor mij om dit voor te schrijven.

Patiënt A had geen lymfoedeem aan het rechter been waar de V. saphena was verwijderd en recidiverende erysipelas optrad. Bij patiënt B was, ook volgens de geraadpleegde chirurg, geen verdere verbetering te verkrijgen van het lymfoedeem aan de arm. Patiënt C had ook geen gestoorde veneuze afvloed en patiënt D had reeds een elastische kous toen ik haar voor het eerst zag.

R. VAN FURTH

Leiden, december 1992

Het functioneren van een inspannings-elektrocardiografische service voor huisartsen; een beschrijving van 498 patiënten

De schrijvers van dit artikel concludeerden dat het laboratorium met deze service een wezenlijke bijdrage levert aan de besluitvorming door de huisartsen met betrekking tot het verwijzen van patiënten naar de cardioloog (1992; 1515-9). Naar onze mening wordt deze conclusie niet ondersteund door de gepresenteerde gegevens en valt hierop veel af te dingen.

De beschreven tests vonden vooral om diagnostische redenen plaats. Bij ruim 72% was de indicatie 'Is er een coronaire aandoening?' of 'Zijn er afwijkingen?' Een groot aantal van de patiënten had echter al een bewezen coronaire aandoening: bijna 33% had eerder een hartinfarct doorgemaakt dan wel een bypass-operatie ondergaan. Alleen bij de categorie mannen en vrouwen zonder bekende coronaire aandoening kan immers werkelijk gesproken worden van een 'diagnostisch onderzoek' en kan de gepresenteerde berekening van voor- en achterafkans op de aanwezigheid van ziekte worden toegepast. De interpretatie van inspanningsonderzoek bij patiënten met een coronaire aandoening is een veel complexere aangelegenheid, waarbij de testuitslag sterk wordt beïnvloed door de lokalisatie en uitgebreidheid van de coronaire afwijkingen. Bovendien is de rol van de elektrocardiografie als zodanig bij deze categorie patiënten bescheiden.

Als criterium voor een 'positieve testuitslag' hanteerde het laboratorium het optreden van een ST-segmentdaling van ten minste 0,15 mV. Het is onduidelijk waar deze keuze op is gebaseerd. De ST-segmentamplitude is een continu verdeelde variabele en bij de beoordeling dient rekening te worden gehouden met de mate van ST-segmentverandering. Dit is overigens duidelijk aangegeven in de tabel van Diamond and Forrester die in het artikel is opgenomen (tabel 5). Daarnaast had meer dan 70% van de geteste personen een afwijkend ECG in rust. Niet gespecificeerd is welke afwijkingen dit betrof, of bij

de beoordeling van het onderzoek met deze afwijkingen rekening werd gehouden, en zo ja, hoe dit gebeurde.

Omdat in het artikel geen onderscheid werd gemaakt tussen patiënten met en zonder bekende coronaire aandoening is een juiste beoordeling van de in tabel 1 genoemde getallen niet goed mogelijk. Wel blijkt dat de helft van alle tests werd uitgevoerd bij patiënten met specifieke klachten of zonder symptomen en dat meer dan de helft van de onderzoeken werd verricht bij vrouwen. Het ligt aldus voor de hand te concluderen dat een groot aantal tests plaatsvond bij vrouwen met een zeer geringe kans op een coronaire aandoening. In dit artikel wordt terecht aangegeven dat het verrichten van inspanningsonderzoek niet zinvol is bij een grote voorafkans op coronaire ziekte. Om dezelfde reden is het uitvoeren van de test evenmin zinvol bij een zeer kleine (vooraf)kans op ziekte, zoals bij vrouwen met specifieke thoracale klachten.

Kort samengevat ontstaat uit de gepresenteerde gegevens het volgende beeld. Ongeveer een derde van alle door het laboratorium uitgevoerde inspanningsproeven vindt plaats bij patiënten met een bekende coronaire aandoening. De interpretatie van inspanningsgegevens verkregen bij deze groep patiënten is niet eenduidig en sterk afhankelijk van aanvullende bevindingen. Om de aanwezigheid van ischemie betrouwbaar vast te stellen zal doorgaans uitgebreider onderzoek dienen plaats te vinden, bijvoorbeeld met behulp van (inspannings-)echocardiografie of door middel van nucleaire technieken. Naar onze mening vereist dit specialistisch onderzoek en is dit niet het terrein van het huisartsenlaboratorium. De manier waarop de gegevens werden gepresenteerd ondersteunt deze zienswijze.

Een groot aantal tests wordt daarnaast verricht bij mannen en (vooral) vrouwen bij wie de kans op een coronaire hartafwijking slechts klein is en bij wie om deze reden het uitvoeren van inspanningsonderzoek maar in zeer geringe mate bijdraagt aan een juiste diagnosestelling. Veelzeggend is in dit verband dat 37% van de geteste patiënten in de weken volgend op het onderzoek geen klachten meer zei te hebben en dat bij nog eens 34% de klachten belangrijk verminderd waren. Wellicht heeft het inspanningsonderzoek een geruststellend effect gehad. Dit is echter geen synoniem van een wezenlijke diagnostische bijdrage.

Een zorgvuldige anamnese is en blijft de basis van de diagnostiek bij patiënten met mogelijk angineuze klachten. De aandacht van de huisarts moet vooral uitgaan naar deze anamnese. Indien aanvullend onderzoek gewenst is, kan de patiënt het best worden verwezen naar een specialist (cardioloog) die opnieuw een zorgvuldige anamnese zal opnemen en eventueel gericht specialistisch (inspannings)onderzoek zal verrichten.¹

LITERATUUR

- ¹ Deckers JW. Diagnostic and prognostic implications of exercise testing in coronary artery disease. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1988. Proefschrift.

J.W. DECKERS

M.L. SIMOONS

J.P. KERKER

Rotterdam, november 1992

Wij danken de collega's Deckers, Kerker en Simoons en willen het volgende opmerken. Het gerefereerde onderzoek is uitgevoerd door het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut in samenwerking met de Stichting Thrombosedienst en Artsenlaboratorium Rotterdam (STAR) en is een beschrijving van enkele facetten van het functioneren van een inspannings-elektrocardiografische dienst voor huisartsen in de routine van de dagelijkse praktijk. Er zijn daartoe 4 onderzoeksvragen gesteld waarop wij menen een antwoord verkregen te hebben.

Deckers et al. merken op dat een groot aantal (33%) der

patiënten eerder een hartinfarct had gehad of een bypass-operatie had ondergaan. Daarom zou de test aan diagnostische waarde inboeten. In de eerste plaats begrijpen wij niet goed waar die 33% vandaan komt. Blijkens tabel 2 hebben 59 mensen (25 + 23,7 + 10,2) dit doorgemaakt, dat is bijna 12% van de onderzochte patiënten. Als men daarbij bedenkt dat er een overlapping kan zijn tussen de groep met doorgemaakt infarct en de groep met bypass-operatie, wordt duidelijk dat die 12% een absoluut maximum is en dat het percentage eerder lager zal uitvallen. Voorts begrijpen wij niet goed waarom een inspannings-ECG niet opnieuw als test gebruikt zou mogen worden bij iemand met een oud infarct die na het doormaken van een klachtenvrij interval (dat jaren kan duren) opnieuw verdachte klachten krijgt.

Onderzoekers (niet alleen 'het laboratorium') hebben een daling van minstens 0,15 mV als criterium voor een positieve uitslag gehanteerd. Het is ons bekend dat de ST-segmentverandering een continue variabele is. Wij hebben 0,15 als afkappunt genomen; dat is min of meer arbitrair, maar laat in ieder geval weinig twijfel bestaan over de vraag wanneer een uitslag als afwijkend beschouwd kan worden.

Inzenders stellen dat 70% van de onderzochte personen een afwijkend rust-ECG had en dat niet vermeld is welke afwijking dit betrof. Dat rust-ECG is gemaakt voordat de inspanningsproef plaatsvond en de afwijkingen waren niet-specifieke geleidings- en repolarisatiestoornissen, zoals in het artikel staat aangegeven (bl. 1516).

Dat het onderzoek vaak plaatsvond, zoals briefschrijvers opmerken, bij mensen met niet zo'n grote kans op afwijkingen, komt nou juist door het bekende fenomeen dat vooral de huisarts geconfronteerd wordt met een groot grijs gebied tussen zwart (ziek) en wit (niet ziek). Daarom is het zo uitermate nuttig dat deze diagnostische steun er is en is het te rechtvaardigen om bij mensen met borstklachten de test te gebruiken, ook bij schijnbaar kleine voorafkansen. De aanvrager moet uiteraard op de hoogte zijn van de testeigenschappen en de voorspellende waarde en deze kunnen inpassen in het klinische beeld. De test zal ongetwijfeld ook (voor een deel) toegepast zijn ter geruststelling en heeft dan blijkens onze resultaten veel onrust en verwijzingen voorkomen. Of een geruststellend effect niet wezenlijk hetzelfde is als een diagnostische bijdrage, zoals inzenders opmerken, is een discussie die wij hier niet willen voeren. Wel is het zo dat als de dokter twijfelt en de patiënt bang is, een bijproduct van een diagnostische test geruststelling kan zijn; een ook bij cardiologen ongetwijfeld bekend fenomeen. Het doen van tests bij mensen zonder klachten is hier niet aan de orde. Overigens: hoe moeilijk de diagnostiek bij mensen met borstklachten kan zijn, blijkt uit het onderzoek van Miltenburg-van Zijl, die het beleid onderzocht ten aanzien van mensen die in 2 ziekenhuizen werden opgenomen met de toch redelijk omschreven diagnose 'onstabiele angina pectoris', door cardiologen of assistenten gesteld. Achteraf bleek 26% van deze mensen geen cardiale afwijkingen te hebben.

Dat een zorgvuldige anamnese de basis is van de diagnostiek onderschrijven wij gaarne, mits deze anamnese voorafgegaan wordt of samengaat met kijken en luisteren naar de patiënt, die gelegenheid krijgt het eigen verhaal te brengen. Het mag duidelijk zijn dat wij niet zonder meer bereid zijn op het advies in te gaan om mensen met borstklachten bij wie enig aanvullend onderzoek nodig is, meteen naar een specialist te verwijzen. Wij dienen ervoor te zorgen dat de balans tussen goed klinisch handelen en medicalisering niet nog verder doorslaat ten gunste van laatstgenoemde schaal.

E. VAN DER DOES
A. W. T. BEENAKKER
J. J. C. JONKER

Rotterdam, december 1992

Wiegedood en promethazine

Met belangstelling heb ik het artikel van prof. De Jonge gelezen (1992; 1945-8). De kern van zijn betoog is voor huisartsen van groot belang en wij bespraken het in onze waarneemgroep. Bij kinderen jonger dan 1 jaar schrijven wij geen promethazine meer voor, bij oudere kinderen wel.

In de rubriek Ingezonden antwoordt De Jonge op de vraag van collega Romijn over andere middelen, zoals deptropine (Brontine), oxomemazine (Doxergan en Toplexil) en ketotifen (Zaditen) (1992; 2345-6). Daarbij maakt hij de aantekening dat er gelukkig weinig of geen behoefte aan deze middelen is bij zuigelingen en peuters. Met dit laatste kan ik het niet eens zijn. Elke huisartspraktijk kent wel zuigelingen met een recidiverend hoestpatroon dat toegeschreven wordt aan CARA; door ons wordt bij deze kinderen met redelijk succes deptropinedrank (FNA) voorgeschreven (in de lage dosering). Weglaten van een dergelijk medicijn kan ook veel problemen geven.

De conclusie van De Jonge is dat het beter is niets voor te schrijven, omdat er eigenlijk geen veilig middel bestaat; voor zowel het kind als voor de arts een onveilig gevoel.

A. A. VAN DER MALE

Zoutelande, november 1992

Het is bij hoestende zuigelingen en peuters van belang na te gaan of de afwijking zich al of niet beperkt tot de hogere luchtwegen. Zijn er tekenen van bronchitis (of van bronchiolitis of pneumonie), dan zal gerichte medicamenteuze behandeling in de regel zijn aangewezen. In verreweg de meeste gevallen is er alleen een bovenste-luchtweginfectie. Bij deze kinderen dient men om meerdere redenen terughoudend te zijn met het gebruik van een hoestmiddel.

– Indien het hoesten, zoals meestal, produktief is, is het voor de gezondheid niet zinvol deze reflectorische activiteit te onderdrukken. Alleen bij een chronische niet-produktieve hoest is het geven van een hoestprikkeldepressant stof te overwegen,¹ maar dan wel een middel zoals dextromethorfan of pentoxyverine, waarvan in de aanbevolen dosis geen sederend effect bekend is.

– Het nut van hoestprikkeldepressant middelen is bij jonge kinderen niet aangetoond.² Over de expectorantia schrijft het *Informatorium Medicamentorum*: 'Aan de werking wordt getwijfeld', en over de mucolytica: 'Voor zover na te gaan lijken de mucolytica in werking een placebo niet te overtreffen'.³ Ook van andere hoestmiddelen ('cold remedies'), waaronder antihistaminica en sympathicomimetica, is enig nut voor kleine kinderen (voor zover mij bekend) nimmer aangetoond.⁴ In de vakliteratuur van 1950-1990 vonden Smith en Feldman geen 'controlled trials' van vrij verkrijgbare verkoudheidsmiddelen bij kinderen jonger dan 5 jaar.⁵

– Van diverse expectorantia, mucolytica en antihistaminica (inclusief deptropine en ketotifen) zijn ongewenste bijwerkingen bekend, onder meer door accidentele ingestie of vergissingen bij de toediening.⁶ De fenothiazinepreparaten spannen de kroon wat het verwekken van slaperigheid betreft. Buiten beschouwing blijven hier β_2 -agonisten, theofylline en corticosteroiden, die zeker bij kleine kinderen een selecte indicatie en goede controle vereisen.⁷ Ongewenste bijwerkingen zijn mij tot dusver niet bekend van het gebruik van een fysiologische zoutoplossing als neusdruppels en van tijmstroop (mits men de mondhygiëne daarbij niet vergeet).

Het medisch advies inzake het recidiverend of langdurig hoesten van zuigelingen dient zich dan ook te richten op de preventie: niet roken in huis, het geven van borstvoeding, zo min mogelijk blootstellen aan verkouden mensen en dus ook zo min mogelijk crèche-bezoek.^{8,9}