JAARGANG 58 / NOVEMBER 2015

11

H&W

Huisarts en Wetenschap

2015

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

ONDERZOEK

Bedgeheimen en urineweginfecties

ONDERZOEK

Ook zwangeren gaan naar de huisarts

NHG-STANDAARD

Seksuele klachten

THEMANUMMER UROGYNAECOLOGIE EN SEKSUELE GEZONDHEID

MAANDBLAD VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

11

WETENSCHAP

570 ONDERZOEK Bedgeheimen en urineweginfecties
Stephanie Buijs, Willemien Avenarius, Joan Boeke, et al.

574 Ook zwangeren gaan naar de huisarts
Esther Feijen-de Jong, Frank Baarveld, Danielle Jansen, et al.

578 BESCHOUWING Urine-incontinentie bij oudere vrouwen
Els Visser

582 Seks, dat spreekt vanzelf?
Peter Leusink

NHG-STANDAARD

586 Seksuele klachten (eerste herziening)
NHG-Werkgroep Seksuele klachten

598 Aanvulling op de NHG-Standaard Visusklachten (tweede herziening)
NHG-Werkgroep Visusklachten

KLINISCHE PRAKTIJK

577 PRAKTISCHE EPIDEMIOLOGIE Klinisch relevant en statistisch significant
Harma Alma

599 HUISARTSENZORG IN CIJFERS Anticonceptie voor en na ongewenste zwangerschap
Maaike Goenee, Gé Donker, Ciel Wijsen

600 NASCHOLING Functie en disfunctie van de bekkenbodem
Mariëlla Withagen

604 KLINISCHE LES Rectale klachten: denkt ú aan een soa?
Liesbeth AB, Alie van der Heide, Toine Lagro-Janssen, et al.

610 (VER)STAND VAN ZAKEN App voor behandeling incontinentie
Anne Loohuis

612 SPREEKUUR Dyspareunie bij jonge vrouwen
Caroline Robertson, Toine Lagro-Janssen

613 Secundaire amenorroe
Jolanda van Ommen, Toine Lagro-Janssen

614 Kinderwens
Paul Weijers, Pieter-Jan Beckers

615 Kromstand van de penis in erectie
Pieter Barnhoorn

616 CASUÏSTIEK Gezakt of verzakt
Nick Janssen, Wout Scheepens

617 Denk bij buikpijn aan torsio testis
Anneke Zwijnenburg, Birgit van Staaij

618 CATS Lidocaïnegel als pijnstilling bij inbrengen IUD
Armin Soumillion, Hans van der Wouden

619 PEARLS Antibiotica bij chronische prostatitis
Bèr Pleumeekers

567 JOURNAAL
608 INTERVIEW
611 KENNISTOETS
620 INGEZONDEN
622 BOEKEN
624 COLOFON H&W

41 HET NHG

‘Onder Belicht’

In dit novembernummer staat het onderwerp van het NHG-congres *Onder Belicht* in de schijnwerpers. Ook wij staan niet boven het onderwerp, maar belichten het van onder: het gebied tussen navel en dijen. Ironisch genoeg, als u de papieren versie leest, precies dat stuk van uw lichaam dat zich in de schaduw van deze *Huisarts & Wetenschap* bevindt.

Tijdens het congres en in dit themanummer komt een breed scala aan urologische, gynaecologische en seksuele aandoeningen en wetenswaardigheden aan bod. We besteden aandacht aan de problemen die in de bekkenbodemregio kunnen spelen en aan de bijbehorende behandeling.

De rol van de dokter

Mariëlla Withagen behandelt in een mooie nascholing de basis, anatomie en functie van de bekkenbodem. Haar artikel sluit prachtig aan bij de plenaire sessie van het congres, maar dit themanummer biedt ook onderwerpen die op het congres niet aan bod komen.

Zo kijken we in de onderzoeksartikelen kritisch naar ons eigen handelen. Hoe organiseren we de praktijk als we urineonderzoek doen? Zijn we voldoende alert op het risico van een soa bij onze patiënten? We zien paren met een kinderwens op ons spreekuur, maar wat doen we als deze wens uitkomt? In hoeverre besteden wij aandacht aan de zwangere patiënt? Gezien het aantal contacten tijdens en na de zwangerschap en bevalling lijkt dit een onderbelicht deel van onze zorg te worden.

Bij dit thema hoort ook de dokter zelf. Onze eigen normen, opvattingen en gevoeligheden spelen natuurlijk mee in de spreekkamer, en dat geldt eveneens voor ons geslacht en onze leeftijd. Denkt u ook dat mannelijke huisartsen meer mannenklachten zien, en dat vrouwelijke patiënten met onderbuikklachten eerder naar een vrouwelijke huisarts gaan? Jongere huisartsen krijgen mogelijk minder oudere patiënten met erectiestoornissen te zien. Schroom, verwachtingen en angst bij de patiënt, en bij de arts, kunnen een grote rol spelen, met name bij klachten van gynaecologische en urologische aard. Het is goed om bij jezelf na te gaan: heb ik genoeg aandacht voor wat vreemd of nieuw is, verder van me af staat of wat ik liever niet zie of hoor? In een beschouwing over onze omgang met seks zet Peter Leusink de spotlight op onze eigen gedachten over en werkwijze op dit terrein.

In de schijnwerpers

‘Onder belicht’ is dubbelzinnig, en verwijst ook naar het taboe dat op sommige onderwerpen rust en daardoor ons handelen misschien negatief beïnvloedt. Door de kennis, de onderzoeken en het enthousiasme van onze auteurs hebben wij als redactie echter gemerkt dat het onderwerp leeft. Het was niet moeilijk hiermee een mooi, goedgevuld nummer te maken. En we kunnen u zeggen: er ligt nog meer op de plank. In die zin is het thema wat ons betreft zeker niet... onderbelicht. ■

Sjoerd Hobma, Marissa Scherptong-Engbers

Erectiele disfunctie: denk aan diabetes

Mannen die zich met erectiestoornissen bij de huisarts melden, hebben een aanzienlijk verhoogd risico op diabetes mellitus type 2. Dit zou voor de huisarts reden moeten zijn om deze patiënten verder te onderzoeken op een verminderde glucosetolerantie.

In een cross-sectioneel onderzoek van mannen van 20 jaar en ouder die deelnamen aan een bevolkingsonderzoek van 2001 tot 2004 werd nagegaan of er een verband was tussen enerzijds de aanwezigheid van erectiele disfunctie (ED) en een nog niet gediagnosticeerde diabetes mellitus type 2 (DM2), hypercholesterolemie of hypertensie anderzijds. Erectiele disfunctie werd vastgesteld met een gevalideerde vragenlijst.

Aan de hand van de nuchtere glucosewaarden werd bij 3,3% van de mannen tussen de 40 en de 60 jaar DM2 vastgesteld. Als er sprake was van een erectiele disfunctie was er bij ruim 19% van de mannen sprake van DM2. Na correctie voor gebruikelijke confounders, zoals roken, belaste familieanamnese, verhoogd cardiovasculair risicoprofiel, alcoholgebruik en andere risicofactoren, hadden mannen met erectiele disfunctieklachten een ruim tweemaal zo hoog risico op de aanwezigheid van nog niet bekende DM2 dan mannen zonder deze klachten. In hetzelfde onderzoek kon er geen verband aangetoond worden tussen erectiele disfunctie en de aanwezigheid van voorheen nog niet gediagnosticeerde hypertensie of hypercholesterolemie.

De NHG-Standaard DM2 adviseert bij een aantal aandoeningen en klachten een nuchtere glucosewaarde te bepalen, om een eventueel aanwezige DM2 als oorzaak van de klachten op te sporen. Erectiele disfunctie komt in deze lijst niet voor. Omdat ED als een laat symptoom van DM2 wordt gezien, wordt in de NHG-Standaard Erectiele disfunctie een nuchter glucoseonderzoek niet aanbevolen, tenzij er andere klachten of verschijnselen zijn die op DM2 wijzen. Aangezien de onderbouwing voor deze stellingname ontbreekt, lijkt herziening van dit standpunt noodzakelijk. Het blijft natuurlijk wel de vraag of het vroegtijdig opsporen van patiënten met DM2 op basis van bijvoorbeeld ED ook leidt tot gezondheidswinst op de lange termijn. Maar dat geldt voor alle in de standaard genoemde risicofactoren. ■

Bèr Pleumeekers

Skeldon SC, et al. Erectile dysfunction and undiagnosed diabetes, hypertension, and hypercholesterolemia. Ann Fam Med 2015;13:331-5.

Duidelijkheid over beloop lichen sclerosus

Foto: Tarzhanova/Shutterstock

Lichen sclerosus is een chronische huidaandoening van de geslachtsorganen die vooral voorkomt bij vrouwen van 50 tot 70 jaar. De belangrijkste klacht is jeuk, maar de plekken kunnen zich ook ontwikkelen tot huidkanker. Nieuw onderzoek schept duidelijkheid over het beloop van lichen sclerosus.

Van 2008 tot 2014 volgden Australische dermatologen 507 vrouwen van gemiddeld 55 jaar met vulvaire lichen sclerosus. Ze hadden gemiddeld al 5 jaar klachten, zoals jeuk of pijn bij het vrijen. De behandeling met lokale corticosteroïden werd afgestemd op de ernst van de afwijkingen. Vervolgens werd bij elke drie- tot zesmaandelijkse controle gekeken naar het effect van de behandeling en zo nodig diagnostiek naar maligne ontaarding verricht. Ook werd gevraagd naar de therapietrouw.

In totaal zeiden 357 (70%) vrouwen therapietrouw te zijn en 150 (30%) gedeeltelijk therapietrouw. Tijdens follow-up waren bij 333 (93%) therapietrouwe vrouwen de klachten onder controle, terwijl dit maar bij 87 (58%) gedeeltelijk therapietrouwe vrouwen zo was. Maligne ontaarding kwam geen enkele keer voor bij vrouwen die volledig therapietrouw waren en 7 keer (4,7%) bij vrouwen met gedeeltelijke therapietrouw.

Dit onderzoek vond plaats in de tweede lijn, maar is toch nuttig voor de Nederlandse huisarts. Het geeft namelijk een duidelijk beeld van het beloop en het risico op maligne ontaarding van lichen sclerosus. De NHG-Standaard Lichen sclerosus geeft aan dat er nog onduidelijkheid is over het risico op maligne ontaarding. Dit onderzoek laat zien dat bij goede therapietrouw het beloop zeer gunstig is en het risico op maligne ontaarding inderdaad zeer laag is. ■

Tobias Bonten

Lee A, et al. Long-term management of adult vulvar lichen sclerosus: a prospective cohort study of 507 women. JAMA Dermatol 2015; doi: 10.1001/jamadermatol.2015.0643 [Epub ahead of print].

Het uitstrijkje anno 2016

In 2016 verandert het onderzoek van het uitstrijkje in het laboratorium: in plaats van controle op atypische cellen wordt bij het uitstrijkje allereerst gekeken naar HPV voordat de cellen worden onderzocht. Ook krijgen vrouwen vanaf 2016 bij de herinnering voor het bevolkingsonderzoek, de mogelijkheid een HPV-zelfafnameset aan te vragen.

Baarmoederhalskanker is in de meeste gevallen het gevolg van een infectie met het Humaan Papillomavirus (HPV). Een zeer besmettelijk virus dat via seksueel contact wordt overgedragen. Een condoom verkleint de kans op besmetting, maar kan niet voorkomen dat het virus wordt overgedragen. Van de vrouwen krijgt 80% dit HPV in de loop van het leven. In de meeste gevallen ruimt het lichaam het virus na 1 tot 1,5 jaar vanzelf op.

De eerste verandering van het bevolkingsonderzoek heeft als rationale: het niet hebben van HPV-infectie blijkt meer zekerheid te geven dat er binnen 10-15 jaar geen baarmoederhalskanker ontstaat dan de aanwezigheid van atypische cellen. Deze manier van opsporen zou jaarlijks 75 extra gevallen van baarmoederhalskanker en 18 sterfgevallen kunnen voorkomen. Als er een positieve HPV-test is, volgt alsnog cytologie. Als er geen atypische cellen zijn, volgt na 6 maanden een nieuw uitstrijkje bij de huisarts. De patiënte gaat naar de gynaecoloog als er atypische cellen gevonden worden. Vooralsnog verandert de vorm van het uitstrijkje in onze praktijk dus niet, maar de uitslag van het onderzoek wel. De patiënte krijgt geen PAP-stadium te horen, maar weet nu of er wel of geen HPV-infectie gevonden is.

Ongeveer 20% van de 30- tot 60-jarige vrouwen gaat niet in op het verzoek om 1 x per 5 jaar een uitstrijkje bij de huisartsenpraktijk te laten doen. Een tweede verandering in het bevolkingsonderzoek is dat deze vrouwen baarmoederhalsslijmvlies af kunnen nemen met een zelfafnameset (ZAS). Zo kan HPV alsnog getest worden in het laboratorium. In het IMPROVE-onderzoek wordt gekeken of de ZAS een goed alternatief is voor het huidige uitstrijkje.

Een kritische noot bij deze veranderingen is er ook. HPV wordt niet in alle gevallen van baarmoederhalskanker aangetroffen. Daarnaast wordt door het huidige uitstrijkje met allereerst cytologisch onderzoek ook baarmoederslijmvlieskanker ontdekt (50 x per jaar). Hierbij speelt HPV geen rol. ■

Marissa Scherptong-Engbers

www.nhg.org/themas/publicaties/preventie-bevolkingsonderzoek-baarmoederhalskanker.
www.hpvzelfafname.nl.

POCT's in de praktijk

Om de diagnose 'urineweginfectie' te stellen, beveelt de NHG-Standaard aan om de urine te testen op nitriet, leukocyten en erytrocyten. Als een ervan positief is, wordt een dipslide geadviseerd. Dit wordt vaak gedaan met een urinestick, maar het beoordelen van kleurverandering op deze teststrip is subjectief en foutgevoelig. Zijn de point-of-care tests (POCT's) voor urine betrouwbare en gebruiksvriendelijke alternatieven?

Onderzoekers hebben 77 urinemonsters verzameld in 4 deelnemende huisartsenpraktijken in Nederland. Deze urinemonsters werden geanalyseerd met 6 verschillende POCT's (Uryxxon Relax, Urisys 1100, Clinitek Status, Aution 11, Aution Micro en Urilyzer) en vergeleken met de laboratoriumreferentiestandaarden. De in het laboratorium gebruikte afkapwaarden van 25 leukocyten/µL en 10 erytrocyten/µL werden gehanteerd, en de POCT-urinesticks werden positief bevonden bij ten minste '1+'.

Dit onderzoek toonde voor de nitriettest voor 5 van de 6 POCT's resultaten die volledig overeenkwamen met de referentiestandaard. Er was een hoge positief voorspellende waarde voor de aanwezigheid van leukocyten en erytrocyten bij de POCT's. De negatief voorspellende waarde was echter relatief laag voor de leukocyten- en erytrocytentest, zodat de afwezigheid van leukocyten en/of erytrocyten een urineweginfectie niet volledig uitsluit.

De deelnemende doktersassistentes vonden de POCT's gebruiksvriendelijk en hadden geen problemen om de testresultaten te verkrijgen. Van belang is te vermelden dat dit onderzoek werd gesponsord door de 5 fabrikanten.

De POCT's lijken op basis van dit onderzoek een betrouwbare en gebruiksvriendelijke manier om urineonderzoek in de huisartsenpraktijk te verrichten. In dit onderzoek is echter niet onderzocht of de POCT's meerwaarde hebben boven visuele inspectie van de urinestick. Vergelijkend onderzoek tussen POCT's en urinesticks bij urineweginfectie moet nog plaatsvinden om na te gaan of dit in de praktijk de voorkeur heeft. ■

Esther Kuipéri

Schot MJ, et al. Analytical performance, agreement and user-friendliness of six point-of-care testing urine analysers for urinary tract infection in general practice. BMJ Open 2015;5:e006857.

LUTS: de vraag achter de vraag

Foto: SueC/Shutterstock

Mannen met mictieklachten bezoeken de huisarts vaak naar aanleiding van berichten over LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) in de lekenpers. Op de achtergrond speelt meestal de angst voor prostaatkanker. Een andere reden om de huisarts te consulteren is een toegenomen mictiedrang bij al langer bestaande LUTS-klachten.

Lammers et al. deden een semi-gestructureerd interview met 18 mannen die voor de eerste keer de huisarts bezochten vanwege LUTS-klachten. De leeftijd van de mannen varieerde van 52 tot 80 jaar. Vragen die gesteld werden gingen over de aanleiding van het consult, redenen waarom het consult niet eerder had plaatsgevonden, de invloed van de partner, peers en de media op de beslissing om de huisarts te bezoeken en verwachtingen over de oorzaak en de behandeling van de klachten.

Meestal lag een onderliggend verzoek om prostaatkanker uit te sluiten aan de basis van het consult, vaak opgeroepen door een recent geval van prostaatkanker in de naaste omgeving. De mannen gaven minder vaak aan dat ze vanwege informatie uit de lekenpers een afspraak hadden gemaakt. Toename in de frequentie van de mictiedrang, vaak met ook een toename van het aantal nachtelijke micties, waren de hinderlijkste klachten en een belangrijke reden om doktersadvies te vragen. Bijna alle patiënten hadden een zeer beperkte kennis van de oorzaak van de klachten en behandelmogelijkheden. Vaak brachten ze de klachten in verband met prostaatkanker en de meeste mannen wilden verder onderzoek inclusief PSA, ondanks uitgebreide informatie van de huisarts over de pro's en contra's van verder onderzoek.

Oudere mannen nemen mictieklachten vaak voor lief en brengen deze in verband met het ouder worden. Pas als ze in de naaste omgeving geconfronteerd worden met prostaatkanker of de klachten dermate hinderlijk worden en het functioneren beïnvloeden, maken ze een afspraak met de huisarts. Meestal is dus de vraag achter de vraag behoefte aan geruststelling. Helaas heeft vroegdiagnostiek van prostaatkanker nog geen invloed op de prognose van deze aandoening. Deze boodschap lijkt bij deze 18 mannen nog niet helemaal te zijn overgekomen. Angst blijft een slechte raadgever. ■

Bèr Pleumeekers

Lammers HA, et al. Why do men suffering from LUTS seek primary medical care? A qualitative study. J Eval Clin Pract 2015;21:931-6.

Genomineerden Heert Dokterprijs 2015

Elk jaar wordt op het NHG-congres de Heert Dokterprijs uitgereikt voor het beste onderzoeksartikel dat in het voorgaande jaar in *Huisarts en Wetenschap* heeft gestaan. De jury bestaat uit Patrick Bindels (voorzitter), Jacobijn Gussekloo en Marijke Labots. Tijdens het NHG-congres op vrijdag 13 november 2015 in Den Haag maakt de voorzitter de winnaar bekend.

Genomineerd zijn dit jaar:

- Van Dongen TMA, Van der Heijden GJMG, Venekamp RP, Rovers MM, Schilder AGM. Acuut loopoor bij kinderen met trommelvliesbuisjes. Huisarts Wet 2014;57(10):520-3.
- Geersing G-J, Zuithoff P, Kearon C, Anderson D, Ten Cate-Hoek A, Elf J, Bates S, Hoes A, Kraaijenhagen R, Oudega R, Schutgens R, Stevens S, Woller S, Wells Ph, Moons K. Uitsluiten van DVT met een klinische beslisregel. Huisarts Wet 2014;57(12):626-8.
- Ruijs CDM, Kerkhof AJFM, Van der Wal G, Onwuteaka-Philipsen BD. Ondraaglijk lijden van terminale kankerpatiënten. Huisarts Wet 2015;58(5):238-41. ■

Genomineerden Casuïstiekprijs 2015

Op het NHG-congres wordt ook de winnaar van de Casuïstiekprijs bekendgemaakt. Dit is de prijs voor de beste klinische les in *Huisarts en Wetenschap* van het afgelopen jaar.

De jury, die bestaat uit Just Eekhof (voorzitter), Janny Dekker en Christine van der Pol, heeft de volgende klinische lessen genomineerd:

- Gootjes JRM. Chikungunya: uitbraak in de Caraïben. Huisarts Wet 2014;57(12):654-7.
- Boukes FS, Wiersma T, Elte JWF. Hypothyreoïdie na stoppen met roken. Huisarts Wet 2015;58(7):386-8.
- Rietdijk D, Hart HE. Diabetes mellitus type 2 bij kinderen met obesitas. Huisarts Wet 2015;58(8):438-41. ■

Stephanie Buijs, Willemien Avenarius, Joan Boeke, Jan van Bergen

Bedgeheimen en urineweginfecties

Samenvatting

Buijs SC, Avenarius W, Boeke AJP, Van Bergen JEAM. Bedgeheimen en urineweginfecties. Huisarts Wet 2015;58(11):570-3.

ACHTERGROND De huidige NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert om bij vrouwen met mictieklachten te vragen naar het soa-risico. Onduidelijk is hoe de huisarts dit advies in de praktijk moet opvolgen en wat de opbrengst ervan is.

Een praktische verkenning van de uitvoering van de NHG-Standaard Urineweginfecties rond het navragen van het soa-risico bij vrouwen met een mogelijke urineweginfectie. We beschrijven wat het vragen naar het soa-risico oplevert aan bewezen infecties.

METHODE Het betreft een oriënterende pilot aan de hand van gestructureerde interviews met huisartsen en doktersassistentes in zeven huisartsenpraktijken. Daarnaast beschrijven we de opbrengst bij vrouwen die positief scoorden op soa-risico in de schriftelijke vragenlijst die één groepspraktijk gedurende anderhalf jaar heeft toegepast bij vrouwen met mictieklachten.

RESULTATEN Meestal handelt de praktijkassistente verzoeken af voor urineonderzoek in verband met een mogelijke urineweginfectie. Het is lastig om de patiënte aan de balie naar het soa-risico te vragen. Vijf van de zeven praktijken werken met een schriftelijke vragenlijst waarin een vraag over soa-risico is opgenomen. Van 170 vrouwen met een mogelijke urineweginfectie gaven er in de vragenlijst 24 aan een verhoogd soa-risico te hebben. De helft hiervan kwam niet op het geadviseerde consult bij de huisarts. Elf vrouwen werden getest, van wie twee positief voor *Chlamydia trachomatis*.

CONCLUSIE Er is sprake van een praktijkvariatie in het navragen van soa-risico bij vrouwen met een mogelijke urineweginfectie. Om de volgende twee redenen zal verder onderzoek moeten volgen. Ten eerste is het de vraag of het informeren naar soa-risico bij vrouwen met mictieklachten effectief bijdraagt aan het diagnosticeren van soa. Als dat zo blijkt te zijn, zullen we moeten nagaan hoe huisartsen dit zo doeltreffend mogelijk kunnen implementeren.

INLEIDING

Wat is de werkwijze in uw praktijk bij vrouwen die met een plasje aan de balie komen en denken een blaasontsteking te hebben? Vraagt uw assistente of zij zonder condoom gevreeën hebben, een nieuwe partner of wisselende seksuele contacten hebben? Kortom, vraagt uw assistente of zij risico lopen op een soa? En lukt dat allemaal met een volle wachtkamer op de achtergrond?

Dit is het advies van de NHG-Standaard Urineweginfecties: vraag bij vrouwen met mictieklachten naar het soa-risico.[1] Dat betekent dat de doktersassistente iedere gezonde vrouwelijke patiënt met mictieklachten zonder koorts vraagt of er sprake is van een verhoogd soa-risico. Wanneer er een verhoogd soa-risico is, adviseert de standaard immers een ander beleid ten aanzien van urinediagnostiek en verwijst deze bovendien naar de NHG-Standaard Het soa-consult.[2] Hoe praktijken met dit advies omgaan en welke knelpunten doktersassistentes hierbij ervaren is niet bekend. Hoe gaan assistentes om met de privacy en voelen ze een barrière om persoonlijke vragen over seksuele risico's aan de patiënte te stellen?

ACHTERGROND

Het aantal gerapporteerde nieuwe episodes van cystitis in de huisartsenpraktijk bedraagt bij vrouwen jaarlijks gemiddeld bijna 70 per 1000 patiënten. Bij jonge vrouwen betreft het over het algemeen een gezonde groep zonder comorbiditeit. De meest gediagnosticeerde bacteriële soa op soa-poli's in Nederland is een infectie met *Chlamydia trachomatis* (CT). Naar schatting laat 10 tot 12% van de patiënten jonger dan 25 jaar zich jaarlijks op eigen initiatief testen. In de huisartsenpraktijk zagen we in 2013 een jaarincidentie van 2,7 per 1000 patiënten.[3] CT vinden we vooral bij heteroseksuelen jonger dan 25 jaar, waarbij de infectie bij 85% van de vrouwen zonder klachten verloopt. Deze groep jonge vrouwen loopt het risico om een PID (pelvic inflammatory disease) en infertiliteit te ontwikkelen.[4-6] De NHG-Standaard Het soa-consult adviseert om bij een soa-risico tests af te nemen en laagdrempelig een CT-test aan te bieden aan vrouwen onder de 24 jaar.

Bij het opsporen van soa bij vruchtbare vrouwen met klachten van een urineweginfectie (UWI) gaat het vooral om het aantonen of uitsluiten van CT-infecties. We spreken dan van een CT-uretritis. Een CT-uretritis gaat geregeld samen met een CT-cervicitis. Eerder onderzoek vermeldt een CT-infectie bij 33% van de vrouwen met alleen mictieklachten.[7] Urineweg- en CT-infecties hebben vergelijkbare risicofactoren, zoals seksuele activiteit en leeftijd, en kunnen bovendien soortgelijke klachten geven. Het is aannemelijk dat in een groep jonge, gezonde vrouwelijke patiënten met klachten van een UWI meer patiënten een CT-infectie zullen hebben dan in een groep ver-

Wat is bekend?

- De huidige NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert om bij vrouwen met mictieklachten te vragen naar het soa-risico. Mictieklachten kunnen ook veroorzaakt worden door een soa.

Wat is nieuw?

- Er blijkt sprake van praktijkvariatie in het navragen van het soa-risico bij vrouwen met een mogelijke urineweginfectie.

EMGO/VUMC, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Van der Boechorstraat 7, 1081 BT Amsterdam: S.C. Buijs, huisarts i.o.; W. Avenarius, huisarts; dr. A.J.P. Boeke, huisarts; prof. dr. J.E.A.M van Bergen, huisarts • Correspondentie: s.buijs@vumc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

gelijkbare, maar asymptomatische patiënten.[8-10] De literatuur is hierover echter niet eenduidig.[11-14]

We hebben een oriënterend pilot-onderzoek verricht om antwoord te krijgen op de vraag hoe huisartsenpraktijken omgaan met het advies van de NHG-Standaard Urineweginfectie en wat het vragen naar soa-risico oplevert aan nieuw gevonden CT-infecties.

METHODE

Opzet

We hebben in zeven huisartspraktijken een oriënterend pilot-onderzoek uitgevoerd aan de hand van gestructureerde interviews, gericht op de werkwijze bij vermoeden van een urineweginfectie. Het betreft praktijken die werken aan kwaliteit en onderdeel uitmaken van het Academisch Netwerk Huisartsgeneeskunde VUmc. De praktijken zijn pragmatisch gekozen, zes verspreid in Amsterdam en één praktijk in het Gooi. Daarnaast hebben we beschreven wat de opbrengst was bij vrouwen die positief scoorden op soa-risico. Daartoe hebben we de antwoorden op schriftelijke vragenlijsten geanalyseerd en in verband gebracht met het gehoor geven aan advies tot doktersbezoek en uiteindelijk gevonden CT-infecties.

Werkwijze interviews

In de zeven huisartsenpraktijken hebben we bij de huisarts en de assistente gestructureerde interviews afgenomen. De huisartsen hebben we per e-mail verzocht deel te nemen. Tijdens een praktijkbezoek heeft een van de onderzoekers de huisarts en de doktersassistente apart en na elkaar geïnterviewd aan de hand van een vooraf vastgestelde vragenlijst. De onderzoeker vroeg naar de werkwijze van de praktijk als een patiënt urine komt brengen en of daar een protocol voor is. Verder vroeg zij of de huisarts of de assistente naar een mogelijk soa-risico informeert, en zo ja, op welke wijze dat gebeurt. Indien ze niet naar het soa-risico informeerden, vroeg de onderzoeker waarom ze dat niet deden. Vervolgens werd hen gevraagd wat de consequentie voor de patiënt was als deze aangaf een soa-risico te hebben gelopen. De onderzoeker heeft deze interviews vervolgens uitgeschreven en gecategoriseerd [**tabel**].

Werkwijze en opbrengst van de vragenlijst

In één groepspraktijk in de Amsterdamse Rivierenbuurt neemt de assistente sinds juli 2012 een korte schriftelijke vragenlijst af bij vrouwen die de praktijk bezoeken in verband met het vermoeden van een urineweginfectie. De praktijk is de vragenlijst gaan gebruiken in het kader van een praktijkverbeterplan. Het achterliggende doel van de vragenlijst is het faciliteren van de implementatie van de NHG-Standaard en hiermee het beter waarborgen van de privacy van de patiënt aan de balie. De patiënt vult deze vragenlijst zelfstandig in. De vragenlijst bevat relevante anamnestische vragen over klachten, comorbiditeit (diabetes mellitus, zwangerschap) en het soa-risico. Op de lijst is ook een korte uitleg te vinden over wat onder soa-risico verstaan wordt. Hierbij komen vrijen zonder condoom met een nieuwe partner en wisselende seksuele

Foto: Shutterstock/thodonal88

Abstract

Buijs SC, Avenarius W, Boeke AJP, Van Bergen JEAM. Bedroom secrets and urinary tract infections. Huisarts Wet 2015;58(11):570-3.

BACKGROUND The current Dutch College of General Practitioners (NHG) Guideline Urinary tract infections recommends questioning women with micturition problems about their risk of having a sexually transmitted disease (STD). It is unclear how general practitioners follow this advice in practice and whether it is of value for identifying infections.

To investigate implementation of the NHG guideline with regard to asking women with a suspected urinary tract infection (UTI) about their potential STD risk, and whether such information is related to the presence of confirmed UTIs.

METHOD In this pilot study, structured interviews were carried out among GPs and practice nurses in seven general practices. In addition, the value of asking about STD risk was determined in one group practice, using information collected over 18 months among women with micturition problems.

RESULTS The practice nurse usually dealt with patient requests for urinalysis for a suspected UTI. It is difficult to ask patients about their risk of an STD at the front desk, and 5 of the 7 practices used a written questionnaire that includes a question about STD risk. Of 170 women with a suspected UTI, 24 indicated that they had an increased STD risk; 12 of these women did not follow up the advice to consult their GP. Of 11 women tested, 2 were positive for *Chlamydia trachomatis*.

CONCLUSIONS General practices differ in whether women with a suspected UTI are asked about their potential STD risk. Further research is indicated to determine whether asking women with micturition problems about STDs contributes to the diagnosis of STDs and, if this is the case, how this can be done as effectively as possible.

Tabel Praktijkomvang en soa-beleid bij vrouwen met mictieklachten

	Praktijkgrootte (n = patiënten)	UWI-protocol	Soa-vraag?	Soa-vraag op vragenlijst	Beleid soa-vraag in protocol?	Toelichting
Praktijk 1	4800	Ja	Ja	Loopt u een risico op een seksueel overdraagbare aandoening? (vrijen zonder condoom met nieuwe partner, wisselende seksuele contacten)	Nee	Streven is direct een consult bij huisarts, nabellen als de patiënte niet op de afspraak komt.
Praktijk 2	15.000	Ja	Nee			Wordt zelden naar gevraagd
Praktijk 3	5700	Ja	Ja	Loopt u een risico op een seksueel overdraagbare aandoening? (vrijen zonder condoom met nieuwe partner, wisselende seksuele contacten)	Nee	Patiënte wordt consult bij de huisarts aangeboden op een ander moment.
Praktijk 4	2100	Nee	Nee			Wordt zelden naar gevraagd
Praktijk 5	2370	Nee	Ja	Kans op soa	Nee	Assistente: streven is direct diagnostisch materiaal meegeven en afspraak bij de huisarts te maken. Huisarts: niet direct consequentie, pas bij onverklaarde recidieven.
Praktijk 6	8000	Ja	Ja	Is er een kans op een soa?	Nee	Vraag wordt vaak overgeslagen. Altijd overleg met huisarts als risico wordt aangegeven
Praktijk 7	5800	Ja	Ja	Kans op geslachtsziekte?	Nee	Vooral als er geen duidelijke afwijkingen in urineonderzoek worden gevonden, dan naar soa kijken.

contacten aan de orde. Wanneer patiënten 'ja' invullen bij de vraag over het soa-risico, biedt de assistente aan een afspraak te maken op het spreekuur bij de huisarts. Tijdens het consult neemt de huisarts een seksuele risicoanamnese af volgens de NHG-Standaard Het soa-consult en gaat na of soa-diagnostiek van toepassing is. De huisarts verricht geen soa-diagnostiek wanneer er recentelijk een test is gedaan en de patiënt sindsdien geen nieuw onveilig seksueel contact heeft gehad.

Om te bepalen wat deze werkwijze oplevert voor de opsporing van soa hebben we de vragenlijsten over de periode juli 2012 tot februari 2014 geanalyseerd. We hebben gekeken hoeveel vrouwen hadden aangegeven een soa-risico te hebben. Vervolgens hebben we door middel van dossieronderzoek vastgesteld of de patiënten op consult bij de huisarts waren geweest. Ten slotte hebben we nagegaan wat de testresultaten van deze groep patiënten waren.

RESULTATEN

Interviews

De meeste assistentes in alle praktijken geven aan een barrière te voelen om persoonlijke vragen (bijvoorbeeld in het kader van een seksuele risicoanamnese) aan de patiënt te stellen, vooral als de patiënt komt vanwege een 'simpele' blaasontsteking. Daarnaast zeggen vooral de assistentes van de kleinere praktijken (< 2500 patiënten) dat er vaak eenvoudig geen tijd en gelegenheid is voor een uitgebreide anamnese.

Alle huisartsen en assistentes gaven aan dat het in het bijzonder om jonge, seksueel actieve vrouwen gaat die op soa worden getest. Alle assistentes bespreken bij deze groep jonge vrouwen geregeld de relatie tussen urineweginfecties en seks, maar dan voornamelijk in het kader van hygiëneadviezen.

Vijf van de zeven bezochte praktijken bleken te werken met een schriftelijke vragenlijst. De twee praktijken die niet met een vragenlijst werken, vragen niet standaard naar het soa-risico bij vrouwen met vermoeden van een urineweginfectie.

Alle praktijken die een vragenlijst gebruiken zeggen daarmee de privacy van de patiënt te willen waarborgen. In alle vragenlijsten was, naast vragen over klachten (dysurie, frequentie, buikpijn, koorts enzovoort) en risicofactoren (diabetes mellitus, zwanger, recidiverend, enzovoort), ook een vraag naar het soa-risico opgenomen. Deze vraag werd op uiteenlopende manieren gesteld [**tabel**].

In geen van de praktijken is in de praktijkprotocollen opgenomen wat het vervolgbeleid is als een patiënte aangeeft een verhoogd soa-risico te hebben. Ze gaan dan ook wisselend met het vervolgbeleid om, variërend tussen direct diagnostiek, overleg met de huisarts of een consult bij de huisarts.

Wanneer patiënten op een vragenlijst aangaven een soa-risico te hebben gelopen, adviseerden de assistentes meestal een consult bij de huisarts om te bepalen welke diagnostiek geïndiceerd was. Het is bij de geïnterviewde praktijken niet bekend of patiënten daadwerkelijk op de afspraak verschijnen.

Als er sprake is van nitrietpositieve urine en een door de patiënt aangegeven soa-risico beginnen twee van de zeven praktijken eerst met een behandeling voor een urineweginfectie met een banale verwekker. Wanneer de klachten niet verdwijnen of recidiveren, zetten deze praktijken alsnog soa-diagnostiek in. De andere vijf praktijken verrichten na een consult bij de huisarts meestal direct diagnostiek naar soa.

Opbrengst van de vragenlijst

In de periode juli 2012 tot februari 2014 hebben 170 vrouwen vragenlijsten ingevuld bij hun bezoek aan de huisarts in verband met een vermoeden van een urineweginfectie. De gemiddelde leeftijd was 39,5 jaar, met een spreiding van 15 tot 83

jaar. Vierentwintig van de 170 vrouwen gaven aan kans te hebben op een soa. Van deze 24 waren er 4 ouder dan 40 jaar. Er bleken 2 vrouwen positief getest voor CT en 9 werden negatief getest. De overige 13 vrouwen zijn niet getest. Volgens de assistente hebben deze niet-geteste vrouwen geen afspraak gemaakt bij de huisarts, ondanks actieve benadering en advies van de assistente. Volgens de assistente gaven patiënten als reden aan geen tijd te hebben voor een consult of een consult zelf niet nodig te vinden. Een van de 13 niet-geteste vrouwen heeft zich om financiële redenen niet laten testen.

BESCHOUWING

Dit oriënterende pilot-onderzoek geeft een indruk van de praktische uitvoering van de NHG-Standaard Urineweginfecties bij vragen naar het soa-risico bij vrouwen die mogelijk een urineweginfectie hebben. Het betreft een klein onderzoek in een beperkt aantal niet-representatieve huisartsenpraktijken. De resultaten laten zien dat het niet eenvoudig is het soa-risico aan de balie uit te vragen. Een deel van de praktijken vraagt naar het soa-risico met behulp van schriftelijke vragenlijsten. Het gebruik van dergelijke vragenlijsten kan bijdragen aan het consequenter naleven van de aanbevelingen van de standaard.

Uit een analyse van vragenlijsten van één groepspraktijk die volgens de richtlijn naar het soa-risico vraagt, blijkt dat meer dan de helft van de patiënten niet op het geadviseerde consult bij de huisarts komt. Als verder onderzoek laat zien dat dit ook het geval is in andere praktijken, is de vraag wat hiervan de achterliggende oorzaak is. De vraag is ook of schriftelijk vragen naar het soa-risico een valide en betrouwbare methode is om soa op te sporen. De uiteenlopende manieren waarop een vraag naar het soa-risico kan worden gesteld, kunnen door de patiënte op verschillende wijzen geïnterpreteerd worden. Daarbij kunnen bijvoorbeeld opleidingsniveau en etniciteit een rol spelen. Eerder onderzoek naar de waarde van het stellen van screeningsvragen om de kans op soa te voorspellen bij vrouwen die een spiraaltje willen laten plaatsen, liet lage positief voorspellende waarden zien.[15] Diverse onderzoeken naar de betrouwbaarheid van het vragen naar condoomgebruik laten geen eenduidige conclusies zien.[16,17]

Verder onderzoek moet zich allereerst richten op de vraag of er daadwerkelijk meer CT-infecties voorkomen bij vrouwen met klachten van een urineweginfectie, vergeleken met asymptomatische vrouwen in de algemene bevolking. Indien vrouwen met een mogelijke urineweginfectie inderdaad vaker de diagnose CT krijgen, kunnen we onderzoeken of het vragen naar een soa-risico, en de wijze waarop, het juiste selectiecriterium is voor het testen op CT. Als op basis van het vervolgonderzoek blijkt dat bij vrouwen met mictieklachten niet meer CT-infecties worden gevonden dan bij asymptomatische vrouwen, is het echter de vraag wat de waarde is van de huidige soa-risicovraag in de NHG-Standaard Urineweginfecties.

CONCLUSIE

Er zijn aanwijzingen dat er veel praktijkvariatie is in het navragen van het soa-risico bij vrouwen die mogelijk een urineweginfectie hebben, zoals de NHG-Standaard Urineweginfecties adviseert. Of deze variatie leidt tot gezondheidsschade is niet duidelijk. Om de volgende twee redenen is verder onderzoek aangewezen. Ten eerste is het de vraag of informeren naar het soa-risico bij vrouwen met mictieklachten effectief bijdraagt aan het diagnosticeren van soa. Als dat zo is, is het de vraag hoe huisartsen deze anamnestische informatie op een zinnige en effectieve wijze kunnen verzamelen en aanwenden. ■

LITERATUUR

1 Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). Huisarts Wet 2013;56:270-80.
2 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). Huisarts Wet 2013;56:450-63.
3 Van Oeffelen AAM, Van Aar F, Van den Broek IVF, Op de Coul ELM, Woestenberg PJ, Heijne JCM, et al. Sexually transmitted infections including HIV in the Netherlands in 2014. RIVM-rapport Mei 2015. Bilthoven: RIVM, 2015.
4 Gottlieb SL, Xu F, Brunham RC. Screening and treating Chlamydia trachomatis genital infection to prevent pelvic inflammatory disease: interpretation of findings from randomized controlled Trials. Sex Transm Dis 2013;40:97-102.
5 Herzog SA, Althaus CL, Heijne JC, Oakeshott P, Kerry S, Hay P, et al. Timing of progression from Chlamydia trachomatis infection to pelvic inflammatory disease: a mathematical modelling study. BMC Infect Dis 2012;12:187.
6 Land JA, Van Bergen JE, Morré SA, Postma MJ. Epidemiology of Chlamydia trachomatis infection in women and the cost-effectiveness of screening. Human Reprod Update 2010;16:189-204.
7 Sorbie J, O'Shaughnessy MV. Chlamydia trachomatis infections in women with urogenital symptoms. Can Med Assoc J 1982;127:974-6.
8 Shapiro T, Dalton M, Hammock J, Lavery R, Matjucha J, Salo DF. The prevalence of urinary tract infections and sexually transmitted disease in women with symptoms of a simple urinary tract infection stratified by low colony count criteria. Acad Emerg Med 2005;12:38-44.
9 Burney P, Marson WS, Evans M, Forsey T. Chlamydia trachomatis and lower urinary tract symptoms among women in one general practice. Br Med J (Clin Res Ed) 1983;286:1550-2.
10 Dryden MS, Wilkinson M, Redman M, Millar MR. Detection of Chlamydia trachomatis in general practice urine samples. Br J Gen Pract 1994;44:114-7.
11 Prentiss KA, Newby PK, Vinci RJ. Adolescent female with urinary symptoms: a diagnostic challenge for the pediatrician. Pediatr Emerg Care 2011;27:789-94.
12 Huppert JS, Biro FM, Mehrabi J, Slap GB. Urinary tract infection and chlamydia infection in adolescent females. J Pediatr Adolesc Gyneco 2003;16:133-7.
13 Knottnerus BJ. Uncomplicated urinary tract infections in general practice. Amsterdam [proefschrift]. Amsterdam: AMC-UvA, 2012.
14 European Centre for Disease prevention and Control. Chlamydia control in Europe: literature review. Stockholm: ECDC, 2014.
15 Murphy PA, Jacobson J, Turok DK. Criterion-based screening for sexually transmitted infection: sensitivity, specificity, and predictive values of commonly used questions. J Midwifery Womens Health 2012;57:622-8.
16 Zenilman JM, Weisman CS, Rompalo AM, Ellish N, Upchurch DM, Hook EW 3rd, et al. Condom use to prevent incident STDs: the validity of self-reported condom use. Sex Transm Dis 1995;22:15-21.
17 Shew ML, Remafedi GJ, Bearinger LH, Faulkner PL, Taylor BA, Potthoff SJ, et al. The validity of self-reported condom use among adolescents. Sex Transm Dis 1997;24:503-10.

Esther Feijen-de Jong, Frank Baarveld, Danielle Jansen, Jennie Ursum, Menno Reijneveld, François Schellevis

Ook zwangeren gaan naar de huisarts

Samenvatting

Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DE, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Ook zwangeren gaan naar de huisarts. Huisarts Wet 2015;58(11):574-6.

DOEL In Nederland heeft de verloskundige of de gynaecoloog de regie over de zorg bij zwangerschap, bevalling en kraambed, maar de huisarts blijft ook voor zwangeren een belangrijke zorgverlener. Wij vergeleken het gebruik van huisartsenzorg (contacten, gestelde diagnoses, medicatievoorschriften en verwijzingen) door zwangere vrouwen met dat door niet-zwangere vrouwen.

METHODE Op basis van gegevens uit de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn voerden wij een longitudinale analyse uit op de gegevens van 15.123 zwangere en 102.564 niet-zwangere vrouwen van 15-45 jaar, geregistreerd door 84 Nederlandse huisartsenpraktijken over de periode 2007-2009.

RESULTATEN Zwangeren hadden tijdens de zwangerschap gemiddeld 3,6 contacten met de huisarts (consult, telefonisch, huisbezoek), niet-zwangere vrouwen hadden in een vergelijkbaar tijdsbestek 2,2 contacten. Van de zwangeren had 35% geen enkel contact met de huisarts, van de niet-zwangere vrouwen 50%. Bij zwangeren waren de meest geregistreerde diagnoses 'zwangerschap' en 'urineweginfectie', bij niet-zwangere vrouwen waren dit 'urineweginfectie' en 'andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte'. Zwangeren kregen gemiddeld 2,1 medicatievoorschriften, niet-zwangere vrouwen 4,4. Zwangeren werden het vaakst verwezen naar een verloskundige of gynaecoloog, niet-zwangere vrouwen het vaakst naar een fysiotherapeut.

CONCLUSIE De huisarts is voor zwangeren weliswaar niet de centrale, maar wel een belangrijke zorgverlener. Daarom is het noodzakelijk dat de rol van de huisarts in de verloskundige zorgketen versterkt wordt en dat in de opleiding meer aandacht besteed wordt aan verloskundige kennis.

INLEIDING

De rol van huisartsen bij verloskundige taken is de afgelopen decennia afgenomen.[1] Momenteel is 2 tot 6% van de huisartsen verloskundig actief.[1] Volgens de NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode heeft in Nederland de verloskundige of de gynaecoloog de regie over de zorg bij zwangerschap, bevalling en kraambed.[2] Dit betekent niet dat de huisarts geen contact heeft met zwangeren, maar over het aantal en de aard van die contacten is geen informatie beschikbaar. Bevindingen uit buitenlands onderzoek zijn moeilijk vergelijkbaar met de Nederlandse situatie omdat de zorgsystemen verschillen. Onderzoek naar de contacten van zwangeren met de huisarts is zinvol, omdat het inzicht geeft in de gezondheid en zorgbehoeften van deze vrouwen, en in de rol van de huisarts tijdens zwangerschap en kraamperiode. Het kan ook zichtbaar maken in hoeverre samenwerking en communicatie tussen huisartsen en verloskundige zorgverleners noodzakelijk zijn, en een bijdrage leveren aan de implementatie van verloskundig onderwijs in de huisartsopleiding. Verloskundig onderwijs is namelijk geen vast onderdeel van het opleidingsprogramma.[3]

Bij elkaar leidde dit tot de volgende onderzoeksvraag: wat zijn de verschillen in het gebruik van huisartsenzorg (consulten, diagnoses, medicatievoorschriften en verwijzingen) tussen zwangere en niet-zwangere vrouwen van vergelijkbare leeftijd in Nederland?

METHODE

In de NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (voorheen Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg, LINH) selecteerden we voor de periode 2007-2009 alle vrouwen tussen 15 en 45 jaar.[4] We vormden twee groepen, vrouwen die een kind hadden gekregen en vrouwen die geen kind hadden gekregen. Moeders van prematuren en doodgeboren kinderen werden geëxcludeerd. Voor iedere zwangere stelden we op basis van de geboortedatum van het kind een onderzoeksperiode vast van 336 dagen, te weten de zwangerschapsperiode inclusief 6 weken postpartum, en maten daarin het zorggebruik. Voor de niet-zwangere vrouwen kozen wij aselect een onderzoeksperiode van eenzelfde duur in de periode 2007-2009. In de onder-

Wat is bekend?

- De verloskundige of de gynaecoloog heeft de regie over de zorg bij zwangerschap, bevalling en kraambed, maar ook de huisarts speelt een belangrijke rol.
- Huisartsen zijn terughoudend met medicatievoorschriften bij zwangeren.

Wat is nieuw?

- Vrouwen komen tijdens de zwangerschap 3,6 keer bij de huisarts, dat is 1,4 keer vaker dan niet-zwangere vrouwen over een vergelijkbare periode.
- Ruim eenderde van de zwangere vrouwen heeft geen contact met de huisarts tijdens zwangerschap en kraamperiode.
- Meer dan de helft van de zwangerschappen staat niet als zodanig geregistreerd bij de huisarts.
- Het zou goed zijn huisartsen meer te betrekken in de geboortezorgketen.

VUmc, afdeling Midwifery Science, EMGO+ Instituut voor Gezondheid en Zorg, en Academie Verloskunde Amsterdam Groningen (AVAG), Dirk Huizingastraat 3-5, 9713 GL, Groningen: dr. E.I. Feijen-de Jong, verloskundige-onderzoeker. Huisartsopleiding Nederland/Schola Medica, Utrecht: dr. F. Baarveld, huisarts. UMC Groningen, afdeling Gezondheidswetenschappen/Sociale Geneeskunde, Groningen: dr. D.E.M.C. Jansen, universitair docent; prof.dr. S.A. Reijneveld, hoogleraar Sociale Geneeskunde. NIVEL, Utrecht: dr. J. Ursum, senior onderzoeker; prof.dr. F.G. Schellevis, hoofd onderzoeksafdeling (tevens hoogleraar Huisartsgeneeskunde aan het VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde en Ouderengeneeskunde, Amsterdam) • Correspondentie: esther.feijen@inholland.nl •
Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Dit artikel is een vertaalde en bewerkte samenvatting van Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DE, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Do pregnant women contact their general practitioner? A register-based comparison of healthcare utilisation of pregnant and non-pregnant women in general practice. BMC Fam Pract 2013;14:10. Publicatie gebeurt met toestemming.

zochte populatie bevonden zich geen vrouwen die onder zorg waren van een verloskundig actieve huisarts.

Wij maten het zorggebruik op basis van het aantal contacten (consult, telefoon, huisvisite), de gestelde diagnoses gecodeerd volgens de International Classification of Primary Care (ICPC), medicatievoorschriften volgens de Anatomisch Therapeutisch Chemische classificatie (ATC) en verwijzingen naar andere zorgverleners. Daarnaast verzamelden we informatie over leeftijd, sociaal-economische status (SES) en urbanisatiegraad, beide laatstgenoemde op basis van postcode.

Stata 11.2 werd gebruikt voor het analyseren van de gegevens.

RESULTATEN

We analyseerden gegevens van 15.123 zwangeren en 102.564 niet-zwangere vrouwen.

De [**tabel**] laat zien dat de achtergrondkenmerken van beide groepen nagenoeg gelijk waren, met uitzondering van de SES. Relatief meer zwangere dan niet-zwangere vrouwen hadden een hoge of juist een lage SES.

Zwangeren hadden gemiddeld 3,6 contacten met de huisarts, niet-zwangere vrouwen gemiddeld 2,2. Van de zwangeren had 35% geen enkel contact met de huisarts gedurende zwangerschap en kraamperiode, versus 50% van de niet-zwangere vrouwen in een vergelijkbare periode.

De meest geregistreerde diagnoses bij zwangeren waren 'bevestigde zwangerschap' (ICPC-code W78), gevolgd door 'cystitis/urineweginfectie' (ICPC-code U71). Bij niet-zwangere vrouwen waren dit respectievelijk 'cystitis/urineweginfectie' (ICPC-code U71) en 'andere gegeneraliseerde/niet gespecificeerde ziekte' (ICPC-code A99).

Zwangeren kregen minder vaak medicatie voorgeschreven dan niet-zwangere vrouwen. Ongeveer de helft van de

Tabel **Gebruik van huisartsenzorg door zwangere en niet-zwangere vrouwen gedurende 336 dagen in de periode 2007-2009**

Zwangeren (n = 15.123)		Niet-zwangeren (n = 102.564)	
Aantal contacten met de huisarts			
■ mediaan (interkwartielafstand)	2 (0-5)		0 (0-3)
■ gemiddelde (standaarddeviatie)	3,6 (4,8)		2,2 (4,1)
■ aantal vrouwen dat geen contact had gehad met de huisarts (%)	5246 (35%)		51.494 (50%)
Aantal contacten met de huisarts in de groep die ten minste één contact met de huisarts heeft gehad			
■ mediaan (interkwartielafstand)	4 (2-7)		3 (1-6)
■ gemiddelde (standaarddeviatie)	5,6 (4,9)		4,5 (4,8)
Top-5 symptoomdiagnoses			
■ anticonceptie: orale anticonceptie (W11)	4,3%	■ anticonceptie: orale anticonceptie (W11)	3,8%
■ andere gelokaliseerde buikpijn (D06)	3,2%	■ moeheid/ziektegevoel (A04)	2,6%
■ misselijkheid/braken in de zwangerschap (W05)	3,0%	■ hoesten (R05)	2,4%
■ hoesten (R05)	2,7%	■ symptomen/klachten lage rug (L03)	2,1%
■ symptomen/klachten lage rug (L03)	2,6%	■ andere gelokaliseerde buikpijn (D06)	1,9%
Top-5 diagnoses			
■ zwangerschap, bevestigd (W78)	40,8%	■ cystitis/urineweginfectie (U71)	4,0%
■ cystitis/urineweginfectie (U71)	8,7%	■ andere gegeneraliseerde ziekte (A99)	3,6%
■ andere gegeneraliseerde ziekte (A99)	5,9%	■ acute infectie bovenste luchtwegen (R74)	3,4%
■ geen ziekte (A97)	5,9%	■ geen ziekte (A97)	2,9%
■ candidiasis urogenitaal (X72)	5,3%	■ contacteczeem/ander eczeem (S88)	2,7%
Aantal medicatievoorschriften			
■ mediaan (interkwartielafstand)	1 (0-3)		2 (1-5)
■ gemiddelde (standaarddeviatie)	2,1 (3,5)		4,4 (7,3)
■ aantal vrouwen dat geen medicatievoorschrift kreeg (%)	7244 (47,9%)		16.205 (15,8%)
Top-3 medicatievoorschriften			
■ antibacteriële middelen voor systemisch gebruik (J01)	16,4%	■ geslachtshormonen en modulatoren van het genitale stelsel (G03)	20,8%
■ middelen bij anemie (B03)	11,4%	■ antibacteriële middelen voor systemisch gebruik (J01)	12,2%
■ gynaecologische antimicrobiële middelen (G01)	10,8%	■ anti-inflammatoire en antireumatische middelen (M01)	10,2%
Top-3 verwijzingen			
■ gynaecoloog/verloskundige	5,1%	■ fysiotherapeut	1,6%
■ verloskundige	3,3%	■ gynaecoloog/verloskundige	1,0%
■ fysiotherapeut	2,2%	■ dermatoloog	0,9%

zwangeren kreeg een recept (meestal antibiotica, gevolgd door middelen bij anemie), tegen 85% van de niet-zwangere vrouwen (meestal geslachtshormonen/anticonceptiva, gevolgd door antibiotica). Zwangeren werden het vaakst verwezen naar de gynaecoloog of verloskundige; niet-zwangere vrouwen naar de fysiotherapeut of de gynaecoloog.

BESCHOUWING

Bevindingen

Dit onderzoek is het eerste dat het gebruik van huisartsenzorg door zwangeren in kaart heeft gebracht. Binnen de groep die contact heeft met de huisarts, hebben zwangeren gemiddeld ruim één keer vaker contact dan niet-zwangere vrouwen in een vergelijkbare periode. Het gaat daarbij vooral om zwangerschapsgerelateerde diagnoses. Aan de andere kant heeft ruim eenderde van alle zwangeren geen geregistreerd contact met de huisarts tijdens de zwangerschap en de kraamperiode.

Behalve met de gynaecoloog of de verloskundige zoekt een grote groep zwangere vrouwen relatief vaak contact met de huisarts; zelfs vaker dan een vergelijkbare groep niet-zwangere vrouwen. Een verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn dat de huisarts meteen na de bevalling een kraamvisite aflegt. Er is echter geen recent onderzoek gedaan naar de daadwerkelijke uitvoering van zulke kraamvisites. Een andere verklaring kan zijn dat zwangeren hun huisarts vaker raadplegen, omdat ze in deze periode meer zorgen hebben over hun gezondheid en die van het ongeboren kind. We weten niet wat de beweegredenen zijn om naar de huisarts te gaan in plaats van naar een verloskundige zorgverlener. Mogelijk is de vrouw meer vertrouwd met de huisarts dan met de verloskundige zorgverlener, of weet ze niet goed of ze met haar klacht naar de verloskundig zorgverlener of naar de huisarts moet. Wellicht gaan zwangeren eerder naar een huisarts wanneer ze denken geneesmiddelen nodig te hebben. Verloskundigen kunnen slechts een beperkt aantal geneesmiddelen voorschrijven.

Twee dingen zijn opvallend. Ten eerste had 35% van de zwangere vrouwen tijdens de zwangerschap geen contact met de huisarts. Ten tweede bevatte slechts 41% van de dossiers van de zwangeren de registratie 'bevestigde zwangerschap' (ICPC-code W78). Dit roept de vraag op of huisartsen wel altijd op de hoogte zijn van een zwangerschap, dan wel of ze deze niet registreren in het dossier. Een zwangerschap moet bekend zijn bij de huisarts, aangezien die informatie onmisbaar is wanneer er problemen optreden of medicatie moet worden voorgeschreven.

Zwangeren kregen minder medicatie voorgeschreven dan niet-zwangere vrouwen. Dit laat zien dat huisartsen terughoudend zijn met het voorschrijven van medicatie aan zwangeren, mogelijk omdat zij beducht zijn voor schadelijke effecten op de zwangerschap en het ongeboren kind.

Sterke en zwakke punten

Een sterk punt van ons onderzoek is het gebruik van een grote, landelijk representatieve gegevensset. Een beperking was echter dat de gegevens die bekend waren slechts een beperkt aantal achtergrondkenmerken betroffen. Dit limiteerde de mogelijkheden om verklaringen voor de gevonden verschillen te zoeken.

Implicaties

Ons onderzoek laat zien dat de huisarts een belangrijke rol speelt in de zorg voor vrouwen tijdens zwangerschap en kraamperiode. Deze bevindingen hebben implicaties voor onderwijs, onderzoek en dagelijkse praktijk.

Tijdens de contacten met de huisarts kunnen zwangeren specifieke zwangerschapsgerelateerde klachten presenteren, waaronder potentieel gevaarlijke ziektebeelden. Het zou dus goed zijn als de huisarts enige kennis had van deze ziektebeelden, maar uit eerder onderzoek is gebleken dat de huisartsopleidingen weinig aandacht besteden aan verloskunde.[3] Onze resultaten onderschrijven de aanbevelingen van dit onderzoek: verloskundige kennis en vaardigheden zouden moeten worden opgenomen in het reguliere aanbod van de huisartsopleiding.

Toekomstig onderzoek zal zich moeten richten op de redenen waarom zwangeren op een bepaald moment kiezen om een huisarts te consulteren dan wel een andere zorgverlener. Meer inzicht in die redenen zou het mogelijk maken de verloskundige zorgketen af te stemmen op de behoeften van zwangeren.

Om de continuïteit in de verloskundige zorg te waarborgen zouden huisartsen en verloskundige zorgverleners over en weer informatie moeten delen over de zorg die zij aan zwangeren verlenen. Een gezamenlijke digitale omgeving zou dit kunnen faciliteren en de samenwerking bevorderen. Bij zwangerschapsgerelateerde klachten zou de huisarts moeten overleggen met de behandelend verloskundig zorgverlener. De NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode geeft een richtlijn voor de momenten waarop en de redenen waarom huisartsen en verloskundigen elkaar zouden moeten informeren.[2] Daarnaast zouden huisartsen actiever kunnen participeren in Verloskundige Samenwerkings Verbanden. De huisarts maakt tenslotte deel uit van de geboortezorgketen.

CONCLUSIE

Verloskundigen en gynaecologen hebben weliswaar de regie over de zorg bij zwangerschap, bevalling en kraambed, maar de huisarts blijft ook voor zwangeren een belangrijke zorgverlener. De rol van de huisarts in de geboortezorgketen moet daarom worden versterkt. ■

LITERATUUR

1 Wiegers TA, Janssen BM. Monitor verloskundige zorgverlening: eindrapport. Utrecht: NIVEL, 2006.
2 Beentjes MM, Weersma RLS, Koch W, Offringa AK, Verduijn MM, Mensink PAJS, et al. NHG-Standaard Zwangerschap en kraamperiode (tweede herziening). Utrecht: NHG, 2012
3 Trompert CA, Boek M, Groenier KH, Koelewijn JM, Baarveld F. Algemeen verloskundige taken van de huisarts: een onderzoek naar de behoefte aan verloskundig onderwijs tijdens de huisartsopleiding. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2010;29:245-51.
4 Stirbu-Wagner I, Dorsman SA, Visscher S, Davids R, Gravestein JV, Abrahamse H, et al. Feiten en cijfers over huisartsenzorg in Nederland. Utrecht: NIVEL/LINH, 2010.

Harma Alma

Klinisch relevant en statistisch significant

PRAKTIJKPROBLEEM

Op het spreekuur komt een COPD-patiënt die een longrevalidatieprogramma heeft gevolgd. Hierbij werd de Clinical COPD Questionnaire (CCQ) afgenomen om te bepalen of zijn gezondheidsstatus is verbeterd. Vergeleken met het begin van het traject toonde de CCQ een verbetering van de totaalscore met één punt. Hoe moeten we dit interpreteren? Was het revalidatieprogramma succesvol? Is hier sprake van klinisch relevante verbetering?

ACHTERGROND

De effectiviteit van een behandeling wordt steeds vaker bepaald door uitkomstmaten die de patiënt rapporteert. Bij COPD heeft de FEV_1 slechts een beperkte correlatie met ervaren symptomen, beperkingen en impact op het dagelijks leven.[1] Deze factoren kunnen we meten met vragenlijsten. De CCQ is een veelgebruikte vragenlijst met 10 vragen, verdeeld over drie domeinen: symptomen, functionele status en mentale status.[2] De patiënt vult de vragenlijst in. De score per vraag varieert van 0 tot 6 (0 is geen beperkingen, 6 is volledig beperkt). De totaalscore is het gemiddelde van de 10 vragen. Negatieve veranderscores betekenen verbetering.

UITWERKING

Kon et al. gebruikten de CCQ om de effectiviteit van hun longrevalidatieprogramma te bepalen. De respons van de CCQ op het longrevalidatieprogramma was statistisch significant met een gemiddelde verandering van −0,50 (95%-BI −0,60 tot −0,30).[3] Men zou kunnen concluderen dat het traject succesvol was, de voor- en nameting verschillen significant. Maar als de onderzochte groep groeit, wordt uiteindelijk bijna elk verband statistisch significant. De steekproefomvang nadert die van de gehele populatie en vertegenwoordigt daarmee eerder het gemiddelde. Dit zegt echter niets over de klinische relevantie van een beleid. Daarvoor is een andere parameter nodig, die naast significantie ook rekening houdt met de mate waarin de patiënt de verandering klinisch bemerkt, en die verandering in het beleid rechtvaardigt.

Tegenwoordig wordt de *Minimal Clinically Important Difference (MCID)* vaak gebruikt om de klinische relevantie te bepalen. De MCID is de kleinste verandering in de score op een vragenlijst die klinisch relevant is voor patiënten.[4] Zonder deze MCID is het lastig te bepalen of verschillen in uitkomsten van de vragenlijsten daadwerkelijk relevant zijn.

De serie Praktische epidemiologie laat zien dat er een wetenschappelijke onderbouwing bestaat voor veel handelingen die de huisarts in de dagelijkse praktijk intuïtief uitvoert. Aan de hand van een herkenbaar praktisch gegeven in de praktijk geven we kort aan hoe de wetenschap achter dit praktijkprobleem in elkaar zit. Correspondentie: j.eekhof@nhg.org

De MCID voor de CCQ wordt geschat op 0,40.[3-5] In het onderzoek van Kon et al. bleek 54% van de patiënten deze MCID te hebben behaald. Kortom, de patiënten toonden na het longrevalidatieprogramma een significante verbetering, maar slechts de helft van deze patiënten bleek zich beter te voelen. Daarmee is de MCID een belangrijke uitkomstmaat.

Er bestaan verschillende methodes om een MCID te bepalen: statistische berekeningen, technieken met klinische ankers (zoals een globale inschatting van de gezondheidsverandering), klinische signalen (zoals exacerbaties) of een gouden standaardvragenlijst met bekende MCID. Er is geen consensus over de beste methode. Onduidelijk is nog wat de rol is van de populatie-eigenschappen, onderzoeksetting en type methode bij de hoogte van de MCID. Toch kan de MCID in de praktijk een handvat bieden, zolang we voor ogen houden dat deze wordt bepaald op populatieniveau en er sprake zal blijven van individuele variatie.

BETEKENIS

Terug naar de patiënt. Was het longrevalidatieprogramma succesvol? De patiënt heeft er geen boodschap aan dat longrevalidatie op groepsniveau een significante verbetering van de gezondheid oplevert. De MCID geeft echter inzicht in de klinisch relevante verandering. Uit onderzoek komt de MCID van de CCQ uit op 0,40; terwijl de gevonden verbetering bij de patiënt 1,00 was. Dat is voor de doorsneepatiënt een klinisch relevant verschil en daarmee een indicatie dat het programma succesvol was. Evaluatie met de MCID dient altijd in relatie tot kosten en complicaties van de behandeling te worden geïnterpreteerd. ■

LITERATUUR

1 Westwood M, Bourbeau J, Jones PW, Cerulli A, Capkun-Niggli G, Worthy G. Relationship between FEV1 change and patient-reported outcomes in randomised trials of inhaled bronchodilators for stable COPD: a systematic review. Respir Res 2011;12:40.
2 Van der Molen T, Willemse BW, Schokker S, Ten Hacken NH, Postma DS, Juniper EF. Development, validity and responsiveness of the Clinical COPD Questionnaire. Health Qual Life Outcomes 2003;1:13.
3 Kon SS, Dilaver D, Mittal M, Nolan CM, Clark AL, Canavan JL, et al. The Clinical COPD Questionnaire: response to pulmonary rehabilitation and minimal clinically important difference. Thorax 2014;69:793-8.
4 Jaeschke R, Singer J, Guyatt GH. Measurement of health status. ascertaining the minimal clinically important difference. Control Clin Trials 1989;10:407-15.
5 Kocks JW, Tuinenga MG, Uil SM, Van den Berg JW, Stahl E, Van der Molen T. Health status measurement in COPD: the minimal clinically important difference of the clinical COPD questionnaire. Respir Res 2006;7:62.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Huispostcode FA21, Antonius Deusinglaan 1, 9713 AV Groningen: H.J. Alma, MSc - MD-PhD student • Correspondentie: h.j.alma@umcg.nl

Els Visser

Urine-incontinentie bij oudere vrouwen

Samenvatting

Visser E. Urine-incontinentie bij oudere vrouwen. Huisarts Wet 2015;58(11):578-81.

Eén op de drie oudere vrouwen heeft urine-incontinentie, maar slechts weinigen zoeken hulp, hoewel er effectieve behandelingen zijn. De auteur onderzocht in haar proefschrift de effectiviteit van een proactieve benadering. In veertien huisartsenpraktijken screende zij vrouwen van 55 jaar en ouder op urine-incontinentie; degenen die positief scoorden, bood zij in een clustergerandomiseerd onderzoek actieve diagnostiek en behandeling dan wel standaardzorg aan. Ruim 63% van de deelnemers aan dat onderzoek had nooit eerder hulp gezocht, het ging dan vooral om relatief jonge vrouwen die weinig hinder hadden. In de interventiegroep waren de klachten na een jaar bij significant meer vrouwen verbeterd dan in de controlegroep (RR 2,0; 95%-BI 1,2 tot 3,5). Daarbij bleek niet zozeer het type incontinentie als wel de ernst van de symptomen van invloed te zijn op de kwaliteit van leven. De conclusie is dat oudere vrouwen er baat bij hebben als hun huisarts zich proactief opstelt ten aanzien van urine-incontinentie en dat zelfs een korte screening op incontinentie te overwegen zou zijn.

ACHTERGROND

Urine-incontinentie komt voor bij gemiddeld één op de drie vrouwen van 55 jaar en ouder.[1] De aandoening is niet levensbedreigend, maar kan aanzienlijke gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven. Ongewenst urineverlies kan schaamte teweegbrengen, stress, frustratie, verlies van eigenwaarde en depressieve gevoelens, en zorgt voor beperkingen in de dagelijkste activiteiten en de seksualiteit.[2] Opvallend is dat slechts een minderheid van de vrouwen met urine-incontinentie hulp zoekt voor haar klachten.[3] Daardoor worden effectieve behandelopties, zoals bekkenfysiotherapie, blaastraining of behandeling met anticholinergica, onvoldoende benut.[4] Hierin kan mogelijk verbetering worden gebracht door oudere vrouwen te screenen op urine-incontinentie en degenen die niet uit zichzelf hulp zoeken aan te moedigen diagnostiek en behandeling te ondergaan. In het URINO-onderzoek is het effect van deze proactieve benadering onderzocht.[5] Het onderzoek bood tevens de gelegenheid de invloed van de urine-incontinentie op de kwaliteit van leven te onderzoeken en het hulpzoekgedrag te evalueren van oudere vrouwen met urine-incontinentie.

Huisartsen De Held, De Held 117, 9745 DH Groningen: dr. E. Visser, huisarts • Correspondentie: visser@huisartsendeheld.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: het URINO-onderzoek is geregistreerd in het Nederlands Trial Register (NTR1181) en werd gefinancierd door het programma Doelmatigheid van ZonMW.

Dit artikel is een Nederlandse bewerking van een deel van: Visser, E. Offering care to older community-dwelling women with urinary incontinence [proefschrift]. Groningen: RUG, 2014.

HET URINO-ONDERZOEK

De deelnemers aan het URINO-onderzoek werden gerekruteerd door in veertien huisartsenpraktijken vrouwelijke patiënten van 55 jaar en ouder een schriftelijke vragenlijst te sturen over ongewenst urineverlies. Bleek daarvan sprake, dan werd de vrouw uitgenodigd. Om contaminatie te voorkomen is het onderzoek opgezet als een clustergerandomiseerde trial: niet de deelnemers zelf, maar de huisartsenpraktijken werden gerandomiseerd over een interventiegroep en een controlegroep.

De deelnemers in de interventiegroep werden uitgenodigd voor een gestandaardiseerd lichamelijk onderzoek en ontvingen een behandeladvies van een multidisciplinair team, bestaande uit een huisarts, bekkenfysiotherapeut, uroloog en gynaecoloog. De deelnemers in de controlegroep ontvingen de gebruikelijke zorg volgens de NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen, wat inhield dat zij slechts behandeld werden wanneer zij zich op eigen initiatief bij hun huisarts meldden.[6]

De follow-upduur was twaalf maanden. Alle deelnemers vulden aan het begin van het onderzoek en daarna maandelijks schriftelijke vragenlijsten in. Uitkomstmaten waren de ernst van de symptomen, gemeten met de Incontinence Severity Index (ISI), het aantal incontinentie-episodes per dag (genoteerd in een driedaags mictiedagboek) en de kwaliteit van leven, gemeten met de Incontinence Impact Questionnaire (IIQ-7) en de Medical Outcomes Study (MOS SF-20).[7-11]

De deelnemers

De [**figuur**] geeft de doorstroom van het onderzoek weer. Ruim 72% van de screeningsvragenlijsten kwam ingevuld retour, 31% van de respondenten had last van urine-incontinentie en van deze groep wilde 47% meedoen aan het onderzoek.[5] De 166 deelnemers in de interventiegroep waren qua leeftijd, opleiding, sociaal-economische status en incontinentieklachten vergelijkbaar met de 184 deelnemers in de controlegroep. De gemiddelde leeftijd was 65,8 jaar. Het meestvoorkomende type incontinentie was gemengde incontinentie (50%); de ernst van de symptomen was bij de meeste vrouwen matig (49%).

Na twaalf maanden rondden 105 deelnemers in de interventiegroep en 138 deelnemers in de controlegroep het onderzoek

De kern

- Slechts een minderheid van de oudere vrouwen met urine-incontinentie zoekt hulp voor de klachten.
- Therapeutisch nihilisme lijkt bij oudere vrouwen met urine-incontinentie niet gerechtvaardigd.
- Door oudere vrouwen te screenen op urine-incontinentie en hen actief aan te moedigen diagnostiek en behandeling te ondergaan, kan de huisarts bijdragen aan een beter gebruik van de beschikbare behandelopties en aan de verbetering van hun kwaliteit van leven.

Foto: Shutterstock/Danupol Noodam

af. Het uitvalpercentage was gemiddeld 30%. De meestgenoemde reden om de deelname te staken, was de belasting die het onderzoek gaf, en dan met name het mictiedagboek.

Het effect van behandeling

In de interventiegroep namen alle deelnemers de uitnodiging voor het diagnostisch onderzoek aan en startte 80% vervolgens met de behandeling die het multidisciplinair team had geadviseerd.[5] Van de deelnemers in de controlegroep, die niet actief werden aangemoedigd om hulp te zoeken maar dat wel mochten doen als zij dat wilden, ging slechts 2% naar hun huisarts en kreeg vervolgens een behandeling.[5] De meest gevolgde vorm van behandeling in de interventiegroep was bekkenbodemfysiotherapie (n = 105, 69%), al dan niet na een voorafgaand bezoek aan de tweede lijn (n = 30). Zes vrouwen kregen medicijnen (4%), 4 vrouwen kregen een pessarium (3%) en 3 vrouwen ondergingen een operatieve ingreep (2%).[12] Na twaalf maanden rapporteerde 34% van de deelnemers in de interventiegroep een verbetering op één of meer categorieën van de ISI versus 17% in de controlegroep (RR 2,0; 95%-BI 1,2 tot 3,5). Een eventuele genezing van de klachten was met de ISI niet meetbaar. Ook het aantal incontinentie-episodes verbeterde in de interventiegroep meer dan in de controlegroep: in de interventiegroep daalde het van gemiddeld 1 naar 0 per dag, in de controlegroep bleef het 1 per dag. De kwaliteit van leven verbeterde in beide groepen, maar de verbetering verschilde niet tussen beide groepen.

Kwaliteit van leven

In het onderzoek was de algemene kwaliteit van leven slechter naarmate leeftijd, BMI en comorbiditeit toenamen,[13] en beter naarmate de sociaal-economische status toenam. Incontinentie had invloed op de algemene kwaliteit van leven, maar het type incontinentie maakte daarbij geen verschil. Een grotere rol speelde de ernst van de symptomen: deze hing samen met een lagere algemene en ook ziektespecifieke kwaliteit van leven. De ziektespecifieke kwaliteit van leven werd, op het emotionele domein, sterker aangetast door gemengde incontinentie dan door stressincontinentie.

Hulpzoekgedrag

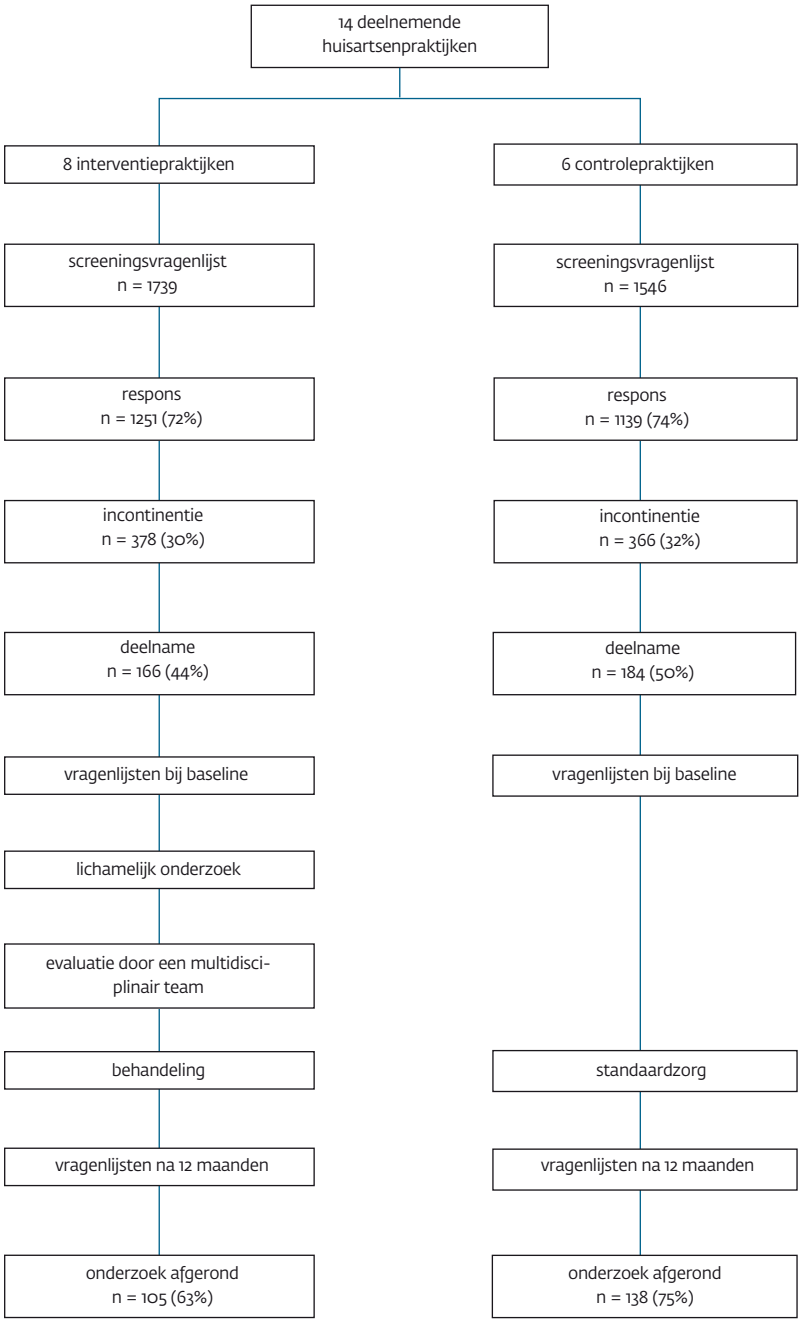
Van 64% van de deelnemers wist de huisarts voordat zij meededen met het onderzoek nog niet dat zij ongewenst urineverlies hadden.[14] Deze groep bestond uit relatief jonge vrouwen die aangaven weinig hinder van hun klachten te ondervinden. Als reden om geen hulp zoeken noemden zij het vaakst (73%) dat zij hun symptomen niet ernstig genoeg vonden.

Abstract

Visser E. Urinary incontinence in older women. Huisarts Wet 2015;58(11):578-81.

One in three older women experience urinary incontinence, but relatively few seek professional help, even though there are effective treatments. The studies described in the author's PhD thesis investigated the effectiveness of a proactive approach. To this end, women aged 55 years and older from 14 general practices were screened for urinary incontinence, and those who were incontinent were asked to participate in a cluster randomized controlled trial of diagnosis and treatment versus usual care. More than 63% of the participants had never previously sought help; most were relatively young women who experienced few problems with their incontinence. After 1 year, symptoms were significantly improved in the intervention arm compared with the control arm (RR 2.0; 95% CI 1.2–3.5). Results showed that it was not so much the type but the severity of incontinence that influences quality of life. The conclusion is that older women benefit from general practitioners taking a proactive approach to urinary incontinence, and that a short screening protocol for urinary incontinence should be considered.

Figuur Het URINO-onderzoek naar urine-incontinentie bij vrouwen van 55 jaar en ouder



DISCUSSIE

De zin van behandeling

Als men oudere vrouwen met urine-incontinentie actief aanmoedigt zich te laten diagnosticeren en behandelen, zorgt dat voor een afname van de ernst van de klachten én van het aantal episodes met urineverlies. Veel van deze vrouwen zoeken niet uit zichzelf hulp bij hun huisarts, maar zij kunnen wel degelijk baat hebben bij een behandeling.

Kwaliteit van leven

Opvallend is dat de interventie wel invloed had op de ernst van de symptomen en het aantal episodes, maar niet op de kwaliteit van leven. Zowel in de interventie- als de controlegroep verbeterde de kwaliteit van leven, maar wij vonden geen onderling verschil. Een verklaring kan zijn dat de meeste deelnemers slechts milde klachten hadden. De kwaliteit van leven, zowel ziektespecifiek als algemeen, lijdt vooral onder de ernst van de symptomen, meer dan onder het type urine-incontinentie. De meeste deelnemers aan het URINO-onderzoek rapporteerden bij aanvang relatief milde klachten en een vrij goede kwaliteit van leven, dus er was weinig ruimte voor verbetering op dit vlak. Een andere verklaring kan zijn dat veel vrouwen met urine-incontinentie manieren hebben gevonden om met hun milde klachten om te gaan en hun activiteiten zodanig hebben aangepast dat zij minder beperkingen ervaren.

Screenen en aanmoedigen

De meeste oudere vrouwen met urine-incontinentie zijn niet geneigd hulp te zoeken, al zouden zij baat kunnen hebben bij behandeling. Dat werpt de vraag op of het zinvol zou zijn oudere vrouwen actief te screenen op urine-incontinentie. Daarmee kan een groot deel van de niet-hulpzoekende populatie opgespoord worden, maar er kleven ook nadelen aan. In 1968 hebben Wilson en Jungner tien criteria geformuleerd waaraan een aandoening moet voldoen om screening te rechtvaardigen.[15] Urine-incontinentie voldoet aan de meeste daarvan: het is vanwege de hoge prevalentie een belangrijk gezondheidsprobleem; er zijn effectieve behandelingsopties; er zijn faciliteiten voor diagnostiek en behandeling; de diagnose is met zekerheid te stellen; wie behandeld zou moeten worden is duidelijk; er is een acceptabele screeningsmethode; screening is kosteneffectief en er komen voortdurend nieuwe patiënten bij.[5] Er zijn ook zaken die verder uitgezocht moeten worden. Zo is de ontstaanswijze van urine-incontinentie nog niet volledig bekend en is het onduidelijk of het zin heeft vrouwen die nog geen klachten hebben ter preventie bijvoorbeeld bekkenbodemspieroefeningen aan te bieden. Ook is onduidelijk of vrouwen wel behoefte hebben aan een screening. Daartegenover kwam uit het URINO-onderzoek naar voren dat een zeer aanzienlijk deel van de oudere vrouwen met urine-incontinentie die eerder niet uit zichzelf hulp hadden gezocht, wel de uitnodiging voor diagnostiek en behandeling aannam.

Screenen op urine-incontinentie is dus het overwegen waard. Er is nog onvoldoende bewijs voor het nut van een bevolkingsonderzoek, maar een proactieve houding van de huisarts ten aanzien van urine-incontinentie bij oudere vrouwen is alleszins gerechtvaardigd. Dat in de controlegroep van het URINO-onderzoek slechts 2% hulp zocht bij de huisarts, vergeleken met 80% in de interventiegroep, is een aanwijzing dat screening alleen niet genoeg is. Huisartsen moeten patiënten actief aangemoedigen zich te laten onderzoeken en behandelen.

AANBEVELINGEN

Huisartsen zouden bij oudere vrouwen alerter moeten zijn op het bestaan van urine-incontinentie en hen sneller moeten uitnodigen voor diagnostiek en behandeling. Therapeutisch nihilisme is niet gerechtvaardigd!

De huisarts kan patiënten die vragen naar incontinentiemateriaal eerst uitnodigen voor een diagnostisch consult, waarin ook plaats is voor het bespreken van de behandelopties en van de kans dat de klachten daardoor verbeteren.

Het beleid zal zich vooral moeten richten op bewustwording, zowel bij patiënten als bij huisartsen, van het feit dat er effectieve behandelopties zijn voor urine-incontinentie bij oudere vrouwen, en dat behandeling loont. De overheid kan het publiek in een reclamecampagne aanmoedigen een eventueel incontinentieprobleem met de huisarts te bespreken, bijvoorbeeld met een poster in de wachtkamer. Huisartsen kunnen aangemoedigd worden zich actiever op te stellen en bij (indirecte) signalen van urine-incontinentie te informeren naar de klachten en een eventuele hulpvraag te verhelderen.[6]

VERANTWOORDING

De medisch-ethische toetsingscommissie van het UMC Groningen verleende toestemming en alle deelnemers gaven schriftelijk *informed consent*. ■

LITERATUUR

1 Ebbesen MH, Hunskaar S, Rortveit G, Hannestad YS. Prevalence, incidence and remission of urinary incontinence in women: longitudinal data from the Norwegian HUNT study (EPINCONT). BMC Urol 2013;13:27.
2 Farage MA, Miller KW, Berardesca E, Maibach HI. Pyschosocial and societal burden of incontinence in the aged population: a review. Arch Gynecol Obstet 2008;277:285-90.
3 Koch LH. Help-seeking behaviors of women with urinary incontinence: an integrative literature review. J Midwifery Womens Health 2006;51:e39-44.
4 Moore K, Dumoulin C, Bradley C, Burgio K, Chambers T, Hagen S, et al. Committee 12: Adult conservative management. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, editors. Incontinence. Report of the 5th International Consultation on Incontinence. Paris: ICUD-EAU, 2013.
5 Visser E, Dekker JH, Vermeulen KM, Messelink EJ, Schram AJ, Berger MY, et al. The effect of systematic screening of older women for urinary incontinence on treatment uptake. Maturitas 2013;74:334-40.
6 Teunissen D, Dekker JH, Lagro-Janssen LAM, Berghmans LCM, Uijen JHJM, Mientjes GHC, et al. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening). Huisarts Wet 2015;58:368-75.
7 Sandvik H, Espujna M, Hunskaar S. Validity of the incontinence severity index: comparison with pad-weighing tests. Int Urogecol J Pelvic Floor Dysfunct 2006;17:520-4.
8 Uebersax JS, Wyman JF, Shumaker SA, McClish DK, Fantl JA. Short forms to assess life quality and symptom distress for urinary incontinence in women: the Incontinence Impact Questionnaire and the Urogenital Distress Inventory. Continence Program for Women Research Group. Neurourol Urodyn 1995;14:131-9.
9 Kempen GI. Assessment of health status of the elderly: Application of a Dutch version of the MOS scale. Tijdschr Gerontol Geriatr 1992;23:132-40.
10 Avery K, Donovan J, Peters TJ, Shaw C, Gotoh M, Abrams P. ICIQ: a brief and robust measure for evaluating the symptoms and impact of urinary incontinence. Neurol Urodyn 2004;23:322-30.
11 Lamers LM, Stalmeier PF, McDonnell J, Krabbe PF, Van Busschbach JJ. Kwaliteit van leven meten in economische evaluaties: het Nederlands EQ-5D-tarief. Ned Tijdschr Geneeskd 2005;149:1574-8.
12 Visser E, De Bock GH, Messelink EJ, Schram AJ, Kollen BJ, La Bastide-van Gemert S, et al. Active encouragement of older women with urinary incontinence is primary care to undergo diagnosis and treatment: a matched-pair cluster randomized controlled study. Maturitas 2015;80:212-9.
13 Barentsen JA, Visser E, Hofstetter H, Maris AM, Dekker JH, De Bock GH. Severity, not type, is the main predictor of decreased quality of life in elderly women with urinary incontinence: a population-based study as part of a randomized controlled study in primary care. Health Qual Life Outcomes 2012;10:153.
14 Visser E, De Bock GH, Kollen BJ, Meijerink M, Berger MY, Dekker JH. Systematic screening for urinary incontinence in older women: who could benefit from it? Scand J Prim Health Care 2012;30:21-8.
15 Wilson JM, Jungner YG. [Principles and practice of mass screening for disease]. Bol Oficina Sanit Panam 1968;65:281-393.

Ferdinand Schreuder

INTERMEZZO

Stressincontinentie

Dokter: Wat kan ik voor u doen?
Patiënte: Ja dokter, ik heb last met plassen.
Dokter: ....
Patiënte: Geen pijn of zo. Ik kan het soms moeilijk ophouden.
Dokter: En dan gebeurt er wel eens een 'ongelukje?
Patiënte: Nou, zeg maar 'ongeluk'!
Dokter: Da's vervelend voor u.
Patiënte: Ontzettend! Ik heb al van alles geprobeerd: warme sokken, geen koffie of thee meer drinken, steeds vóór ik de deur uitga even naar de wc, maar het helpt allemaal niet. En die verbandjes: ik heb het idee dat ik stink! Soms denk ik dat ik mezelf ruik op mijn werk. Dan ga ik naar de wc en ga ik mezelf van onder wassen: Da's toch niet normáál meer! Hebt u daar nou geen oplossing voor?

Hier aangekomen kan ik een keuze maken: me beperken tot de wat mechanische/fysiek georiënteerde aanpak van de NHG-Standaard of me ook richten op de aloude vraag: waarom komt déze patiënt op dít moment met déze klacht bij míj? Ik heb waarschijnlijk meer dan 500 patiënten in mijn praktijk met dit probleem, maar ze komen lang niet allemaal naar de praktijk. Schaamte, financiële afwegingen en weerzin tegen 'gedokter' zullen daarbij wel een rol spelen. Maar bij urgency-incontinentie is – denk ik – meer aan de hand: seksuele problemen, slechte stemming, angst of spanning spelen vaak een rol in de overgang van symptoom naar klacht en dat geldt ook voor de intensiteit van de urgency-klachten. Psychologische omstandigheden bepalen dus gedeeltelijk of en wanneer een vrouw naar de dokter gaat met deze klacht. Zo bezien is urgency-incontinentie eigenlijk ook een soort stressincontinentie. ■

Peter Leusink

Seks, dat spreekt vanzelf?

Samenvatting

Leusink P. Seks, dat spreekt vanzelf? Huisarts Wet 2015;58(11):582-5.

Huisartsen praten weinig met hun patiënten over seksualiteit. In het algemeen doen ze ook weinig genitaal onderzoek en kennen ze hun seksueel actieve patiëntenpopulatie slecht, althans voorzover het gaat om mannen die seks hebben met mannen (MSM), prostituees, vrouwen die een abortus hebben ondergaan of patiënten die anticonceptie gebruiken. Bij diverse aan seksualiteit gerelateerde aandoeningen is het noodzakelijk seksualiteit proactief ter sprake te brengen of erop door te vragen om tot de juiste aanpak te komen. De reden waarom zo'n gesprek vaak toch moeizaam verloopt, is vooral gebrek aan scholing en training bij de huisarts. Seksuele gezondheid zou structureel meer aandacht kunnen krijgen binnen het huisartsgeneeskundig onderzoek en onderwijs.

ONDER BELICHT

Het NHG-congres *Onder Belicht* zet op 13 november 2015 de schijnwerpers op ons genitaal gebied. Dat gebied, met zijn lusten en lasten, is nog te vaak een *no-go area*. Problemen op het terrein van urogynaecologie en seksuele gezondheid lijken voor de huisarts soms een ver-van-mijn-bedshow.

- *Zien* we nog wel eens een genitaal? De uitstrijkjes hebben we uitbesteed aan de assistente. Van de NHG-Standaard Fluor vaginalis mag lichamelijk onderzoek achterwege blijven als de vrouw ooit eerder een aangetoonde *Candida*-infectie had,[1] en bij angst voor een soa mag de man in een potje plassen en de vrouw zelf thuis een swab inbrengen. Maar als je – bijvoorbeeld – niet ook anaal test, mis je 63% van de anale chlamydia's bij mannen die seks hebben met mannen (MSM).[2]
- *Kennen* we onze seksueel actieve patiënten nog wel? MSM hebben een verhoogd gezondheidsrisico (angst, depressie, suïcide, hiv, soa)[3] en gaan evenals prostituees voornamelijk naar de GGD als ze soa-klachten hebben. Van de vrouwen die ongewenst zwanger zijn, gaat 40% rechtstreeks naar een abortuskliniek en na een abortus wordt slechts 18% van de vrouwen verwezen naar de huisarts voor anticonceptie. Gezonde vrouwen die anticonceptie gebruiken, raden we conform de betreffende NHG-Standaarden geen follow-upgesprek aan en de morning-afterpil kan zonder recept bij de drogist worden gekocht.[4,5]
- *Praten* we met onze patiënten over seksualiteit? Er is onderrapportage van seksueel geweld bij zowel vrouwen als mannen, de helft van de mannen die een recept van de huisarts krijgt voor een erectiepil komt niet voor een vervolgrecept terug en er is een flinke discrepantie tussen voorkomen van seksuele problemen in de bevolking en in de spreekkamer.[6-8]

De vraag is of dit allemaal wel zo erg is. Waarom zouden we geslachtsdelen moeten zien, onze seksueel actieve patiënten moeten kennen en met onze patiënten over seks moeten praten?

SEKS ALS DIAGNOSTICUM

De huisarts hoeft niet over seksualiteit te praten omdat dat sociaal wenselijk zou zijn, maar in de eerste plaats omdat bij seksgerelateerde problemen een juiste aanpak of behandeling vaak niet mogelijk is zonder een goed geformuleerde hulpvraag. De NHG-Standaard Seksuele klachten benoemt een scala aan goede momenten om seks bespreekbaar te maken: urogynaecologische klachten, soa, (controles bij) chronische ziekten als diabetes mellitus, COPD, hart- en vaatziekten, neurologische aandoeningen, oncologische aandoeningen, angstklachten, depressie, seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis, chronisch gebruik van geneesmiddelen die in verband worden gebracht met seksuele bijwerkingen zoals anticonceptiva en SSRI's, en een zieke of langdurig opgenomen partner. Ik geef enkele voorbeelden.

Soa

De diagnostiek van soa is niet optimaal als we niets weten over het feitelijke seksuele gedrag van de patiënt.[9] De huisarts zal dan in de eerste plaats willen weten of de patiënt seksueel contact heeft gehad met een man of met een vrouw. Een vraag naar de seksuele oriëntatie geeft hier minder informatie, omdat er meer MSM (9%) zijn dan mannen die zichzelf homoseksueel noemen (4%).[10] Vervolgens is het – onder andere – nodig te weten of het contact oraal en/of vaginaal en/of anaal is geweest (het laatste ook bij heteroseksuele contacten), of het tegen betaling heeft plaatsgevonden en of patiënt in de

De kern

- Praten over seksualiteit kan een noodzakelijk diagnosticum zijn als de huisarts de patiënt goed wil behandelen of verwijzen.
- Als het spreken over seksualiteit een te groot persoonlijk appel doet, is professionele wendbaarheid geboden zodat men soepel kan overschakelen op aangeleerde kennis en vaardigheden.
- Seksualiteit is sterk onderhevig aan waarden en normen. Daarom is er grote behoefte aan wetenschappelijke evidentie om heersende mythes en misvattingen te ontkrachten en onnodige medicalisering te voorkomen.
- Er is ook grote behoefte aan wetenschappelijke onderzoek naar eenvoudige seksuologische interventies door de huisarts.

Praktijk de Huisarts, W. Barentszlaan 32, 2803 XP Gouda: P. Leusink, huisarts, seksuoloog NVVS • Correspondentie: leusinkp@knmg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

afgelopen zes maanden wisselende contacten heeft gehad. De antwoorden bepalen of patiënt op één of op meer soa's getest moet worden, en in welke lichaamsopening de diagnostiek moet worden verricht.[9]

Fluor vaginalis

De diagnostiek van fluor vaginalis, ook en misschien wel juist als de vrouw ooit eerder een vaginale *Candida*-infectie heeft gehad, is niet optimaal zonder seksuele anamnese en onderzoek van vulva en bekkenbodem. Het is mogelijk dat een vrouw met een vermeende vaginale *Candida*-infectie deel uitmaakt van een subgroep met *provoked vulvodynia*.[11,12] Daar is alleen maar achter te komen door – onder andere – te vragen naar seksueel gedrag en beleving, naar hoe haar partner hiermee omgaat en naar eventuele negatieve seksuele ervaringen. Aanvullend onderzoek van vulva en bekkenbodem (recentelijk heeft het NHG hierover een instructiefilm uitgebracht) kan de diagnose bevestigen. Het beleid bij *provoked vulvodynia* bestaat uit verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut en een seksuoloog NVVS, in plaats van het voorschrijven van een antimycoticum (zie verder de NHG-Standaard Seksuele klachten).

Cervixcarcinoom

Het bevragen van de seksualiteit kan ook helpen problemen aan de orde te brengen bij vrouwen die niet zijn verschenen bij het Bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Eenderde van de vrouwen bij wie baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd, heeft niet of niet altijd aan dit bevolkingsonderzoek deelgenomen. Dat heeft meestal meer dan één reden, en er kan sprake zijn van seksueel trauma, dyspareunie, vaginisme of lesbische oriëntatie.[13]

Psychische en relationele problemen

Voor veel mensen met een chronische ziekte is seksualiteit het belangrijkste domein van de kwaliteit van leven.[14,15] Daarom kan vragen naar de seksualiteit niet alleen bij urogynaecologische klachten maar ook bij chronische ziekte, depressie of kanker bijdragen aan het welzijn van de patiënt. Seksuele klachten kunnen een forse lijdensdruk geven en leiden tot problemen met het aangaan en behouden van intieme relaties. Helaas blijkt dat, afhankelijk van onderzoeksgroep en geslacht, slechts 34 tot 52% van degenen die hulp zouden willen die hulp ook daadwerkelijk ontvangt.[10,16] Schaamte speelt een rol, zowel bij de huisarts als bij de patiënt. Huisartsen geven daarnaast ook aan dat ze gebrek aan tijd en een tekort aan training hebben.

De deze maand verschenen NHG-Standaard Seksuele klachten laat zien hoe een adequate seksuele anamnese en, op indicatie, lichamelijk en aanvullend onderzoek de huisarts kunnen helpen een zo goed mogelijk beeld van de onderliggende oorzaken te krijgen en een op de patiënt afgestemd behandelplan op te stellen. Het is belangrijk dóór te vragen bij de anamnese: is het probleem situatieafhankelijk of gegeneraliseerd? Als de klachten afwezig zijn bij seksuele prikkels buiten de context waarin het probleem optreedt (masturbatie, porno, andere partner, niet-coïtale vormen van seks), dan is de oorzaak zeker niet somatisch. In dat geval kan de huisarts uitleg geven, of eenvoudige adviezen. Om de patiënt correct te kunnen verwijzen, moet de huisarts weten of er bijvoorbeeld sprake is van een seksueel trauma of van relatieproblemen, en is het nodig expliciet naar zulke problemen te vragen.

Uit onderzoek is gebleken dat doorvragen naar de context ook belangrijk is bij een schijnbaar eenvoudig probleem als een erectiestoornis. Volgens huisartsen presenteren patiënten een erectieprobleem veelal als een opzichzelfstaand probleem; ze geven die patiënten dan ook voornamelijk erectiepillen. Daardoor is de kans groot dat ze complexere (psychosociale en relationele) problematiek van patiënt én partner, die samenhangt met het erectieprobleem, onderschatten of niet signaleren.[17]

Reality check

Tot slot kan het huisartsen moeilijk ontgaan zijn dat zij deel uitmaken van een geseksualiseerde samenleving. Ten aanzien van seksualiteit hebben mensen vaak verwachtingen die gebaseerd zijn op mythes en vooroordelen. Zie de irreële verwachtingen met betrekking tot erectiepillen, de introductie – via de media – van seksbevorderende medicatie zonder enig wetenschappelijk bewijs en de verwachting dat de seks gedurende het gehele leven hetzelfde blijft. Er is veel onwetendheid over hoe mannen en vrouwen seksueel reageren ('Seks is spontaan', 'Mannen kunnen altijd', 'Iedere man kan de zaadlozing wel een kwartier uitstellen', 'De vagina is haar seksorgaan'). De huisarts zou hier goed werk kunnen doen als realiteitscoach, die hulp biedt met informatie en eenvoudige adviezen.

De conclusie is dat genitaal onderzoek en het bespreekbaar maken van de seksualiteit noodzakelijke onderdelen zijn van het diagnostisch proces bij een grote variëteit aan somatische en psychische klachten. Waarom gebeurt dit dan kennelijk nauwelijks of zo moeizaam?

MAXIMALE NABIJHEID ÉN DISTANTIE

Deze schijnbare distantie tot seksualiteit is er binnen de huisartsgeneeskunde niet altijd geweest. Het domein van de seksuele gezondheid heeft zelfs zijn historische basis in de huisartsgeneeskunde. Het was huisarts Jan Rutgers die in 1892 het eerste contraceptiespreekuur in Nederland

Abstract

Leusink P. Talking about sex. Huisarts Wet 2015;58(11):582-5.

General practitioners do not often talk with their patients about sexuality. In general, GPs perform few genital examinations and have little knowledge about their sexually active patient population, in terms of men who have sex with men, prostitutes, women who have had an abortion, and patients who use contraception. However, it is essential to actively ask about sexuality in order to adopt the appropriate treatment approach for a number of sex-related conditions. The reason why this type of consultation is often difficult in practice is the lack of training among GPs. More attention should be paid to sexual health in general practice medicine, research, and teaching.

startte, wat leidde tot de meer dan zestig Rutgershuizen in heel Nederland. De huisartsen Bernard Premsela en Leo Levie schreven in de oorlogsjaren samen het eerste boek over medische seksuologie en het was huisarts Frank Wibaut die in 1954 in Amsterdam de eerste polikliniek Seksuologie in Nederland startte. In de jaren zeventig en tachtig promoveerden diverse huisartsen op het onderwerp 'anticonceptie' (anticonceptie was tot 1969 alleen op medische indicatie beschikbaar!) en waren diverse huisartsen betrokken bij de oprichting van abortusklinieken. De allereerste expertgroep *avant la lettre* van het NHG was Stichting bevordering Seksuologie in de Huisartspraktijk (later opgegaan in de SeksHAG), in 1993 opgericht door huisarts en seksuoloog Jan Moors.

In de jaren negentig heeft er een kentering plaatsgevonden in deze belangstelling voor seksuologie: in 1987 beschouwde nog ongeveer 60% van de huisartsen hulp bieden bij seksuele moeilijkheden als een taak voor de huisarts, in 2001 was dit gedaald naar ongeveer 40%.[18] Naar de reden is het gissen.

In het Verenigd Koninkrijk is onderzocht waarom huisartsen het moeilijk vinden seksualiteit bespreekbaar te maken. Daaruit kwamen zowel persoonlijke als organisatorische factoren naar voren: tijdgebrek; angst het deksel van een beerput te lichten; zich ongemakkelijk voelen bij patiënten die ouder zijn of behoren tot het andere geslacht of een minderheidsgroep (homoseksueel, allochtoon, lichamelijke of verstandelijke beperking); gebrek aan kennis en vaardigheden; angst de patiënt een ongemakkelijk gevoel te geven.[19] Een onderzoek onder Portugese huisartsen liet zien dat gebrek aan tijd en training belangrijke belemmeringen zijn om het onderwerp seksualiteit ter sprake te brengen.[20]

Seksualiteit is een onderwerp dat elke huisarts persoonlijk kent, in tegenstelling tot bijvoorbeeld diabetes, coloncarcinoom of eczeem, aandoeningen die niet elke huisarts zelf heeft ervaren. Het kan dus zijn dat praten over seks appelleert aan een gevoel ten aanzien waarvan de huisarts nog geen professionele houding heeft weten te ontwikkelen. Soms zitten er waarden en normen in de weg ('Soa? Eigen schuld, dikke bult!' of: 'Wat zou u nog, op uw leeftijd?') die voortkomen uit de eigen sociaal-culturele achtergrond. Het weinige onderzoek dat er is, laat zien dat artsen die sowieso geneigd zijn psychosociale problematiek bij het medische probleem te betrekken of die een liberale attitude hebben ten opzichte van seksualiteit, ook sneller geneigd zijn seks ter sprake te brengen.[21]

Mogelijk heeft de huisarts de neiging om bij gebrek aan kennis en vaardigheden eigen ervaringen als referentiekader te gebruiken ('Dan neemt u toch gewoon een glijmiddel' of: 'Probeer het eens bij een prostituee'), mogelijk heeft hij zich over het onderwerp geen ziektescript eigen gemaakt en voelt hij een handelingsverlegenheid die hij niet aan de patiënt wil tonen. Dit alles kan een reden zijn om het onderwerp 'seks' te mijden en houdt daarmee het probleem in stand. Op dat moment is professionele wendbaarheid belangrijk: herken het persoonlijke appel en schakel over op aangeleerde kennis en vaardigheden. Maximale nabijheid is alleen mogelijk bij voldoende professionaliteit die tot de nodige distantie kan leiden. De vraag dient zich aan: hoe kan de huisarts dit leren?

SCHOLING EN TRAINING

Sinds het NHG in 2004 een vaste referent heeft ingesteld voor seksuologische aspecten van de NHG-Standaarden, is het onderwerp 'seksualiteit' aan de orde gesteld in 36 van de 90 sindsdien gepubliceerde standaarden. Met de NHG-Standaarden Het soa-consult, Fluor vaginalis, Anticonceptie en Seksuele klachten (opvolger van de in 2008 verschenen NHG-Standaard Erectiele disfunctie) heeft de huisarts voldoende kennis om op terug te vallen, en zo nodig zijn er ook andere urogynaecologische standaarden beschikbaar.

Opvallend is wel dat seksualiteit nergens aan de orde komt in het NHG-Dossier Geestelijke Gezondheidszorg. Immers, psychische en relationele factoren dragen het meest bij aan seksuele problemen, het psychiatrisch handboek DSM heeft plaats ingeruimd voor seksuele disfuncties en stoornissen en het zijn bij uitstek psychologen die zich tot seksuoloog hebben geschoold.

Aangezien training en nascholing de belangrijkste voorspellers zijn gebleken voor het ter sprake brengen van seksualiteit,[19-21] is het van belang huisartsen die vaardigheden aan te leren. Studenten bleken zich veel meer op hun gemak te voelen bij het spreken over seksualiteit wanneer het basiscurriculum training in die communicatie omvat.[22]

De aandacht voor seksuele gezondheid in de huisartsopleidingen neemt toe, al is die aandacht vooralsnog beperkt en vaak afhankelijk van persoonlijke inzet. De NHG-expertgroep Seksuele gezondheid (SeksHAG) beschikt over huisartsen die scholing kunnen verzorgen, en er is een StiP Cursus Seksuele Problemen en soa-consult. De ervaring leert dat het overwinnen van schroom ('het gewoon doen') en het toepassen van communicatievaardigheden die de huisarts in feite al kent, faciliterend werken.

ONDERZOEK

Juist omdat seksualiteit zo onderhevig is aan waarden en normen is onderzoek noodzakelijk. Er is behoefte aan wetenschappelijke evidentie om tegenwicht te bieden aan heersende mythes en misverstanden, en aan onnodige medicalisering, en om eenvoudige seksuologische interventies door de huisarts wetenschappelijk te onderbouwen. Het meeste onderzoek naar seksualiteit vindt echter plaats in de tweede en derde lijn. In Nederland is slechts één promotieonderzoek gedaan naar seksuologische interventies in de eerste lijn.[23] Met het instellen van de bijzondere leerstoel 'Hiv en Soa in de eerste lijn' aan de Universiteit van Amsterdam is er een begin van wetenschappelijke aandacht voor één aspect van seksuele gezondheid in de eerste lijn. De huisartsgeneeskunde verdient meer aandacht voor dit onderwerp. ■

LITERATUUR

1 Dekker JH, Boeke AJP, Gercama AJ, Kardolus GJ, Boukes FS. NHG-Standaard Fluor vaginalis. Huisarts Wet. 2005;48:459-66.
2 Koedijk FDH, Van Bergen JEAM, Dukers-Muijrers NHTM, Van Leeuwen AP, Hoebe CJPA, Van der Sande MAB. The value of testing multiple anatomic sites for gonorrhoea and chlamydia in sexually transmitted infection centres in the Netherlands, 2006-2010. Int J STD AIDS 2012;23:626-31.
3 Leusink PM. Seksuele oriëntatie van mannen vermelden in het dossier van de huisarts? Ned Tijdschr Geneeskd 2015;159:A8969.
4 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Jaarrapportage 2013 van de Wet afbreking zwangerschap. 2014.
5 Brand A, Bruinsma A, van Groeningen K, Kalmijn S, Kardolus I, Peerden M, et al. NHG-Standaard Anticonceptie. Huisarts Wet 2011;54:652-76.
6 Feiten en cijfers seksueel geweld [internet]. Utrecht: Movisie, 2013.
7 Leusink P, Wiersma T, Kortenhof NVR. De standaard 'Erectiele disfunctie' van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Implicaties voor de seksuoloog. Tijdschr Seksuol 2010;34:44-9.
8 Kedde H, Donker G, Leusink P, Kruijer H. The incidence of sexual dysfunction in patients attending Dutch general practitioners. International Journal of Sexual Health 2011;23:269-77.
9 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS. NHG-Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet 2013;56:450-63.
10 Rutgers Nisso Groep. Seksuele gezondheid in Nederland. Delft: Eburon, 2006.
11 Smith EM, Ritchie JM, Galask R, Pugh EE, Jia J, Ricks-McGillan J. Case-control study of vulvar vestibulitis risk associated with genital infections. Infect Dis Obstet Gynecol 2002;10:193-202.
12 Leusink P, Kaptheijns A, Laan E, Van Boven K, Lagro-Janssen A. Comorbidities among women with vulvodynia in family practice. Submitted, 2015.
13 Giesen A, Lagro-Janssen ALM, Dielissen PW. Niet gekomen voor het uitstrijkje? In gesprek over seks. Huisarts Wet 2014;57:490-3.
14 Jansen D, Spreeuwenberg P, Heijmans M. Ontwikkelingen in de zorg voor chronisch zieken: Rapportage 2012. Utrecht: Nivel, 2012.
15 Zegers M, Heijmans M, Rijken M. Ondersteuningsbehoeften van (ex-)kankerpatiënten en de rol van de huisarts. Huisarts Wet 2010;53:415.
16 Picavet C, Tonnon S, Franssens D, Wijsen C. Hulpzoekgedrag en route naar zorg bij seksuele problemen. Tijdschrift voor Seksuologie 2012;36:3-11.
17 Kedde JH, Donker G. Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen: Gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Huisarts Wet 2006;49:586-90.
18 Kolthof E. Taakopvatting psychosociale zorgverlening versmald. Huisarts Wet 2004;47:267-9.
19 Dyer K, Das Nair R. Why don't healthcare professionals talk about sex? A systematic review of recent qualitative studies conducted in the United Kingdom. J Sex Med 2013;10:2658-70.
20 Alarcão V, Ribeiro S, Miranda FL, Carreira M, Dias T, Garcia e Costa J, et al. General practitioners' knowledge, attitudes, beliefs, and practices in the management of sexual dysfunction-results of the Portuguese SEXOS study. J Sex Med 2012;9:2508-15.
21 Tsimtsiou Z, Hatzimouratidis K, Nakopoulou E, Kyrana E, Salpigidis G, Hatzichristou D. Predictors of physicians' involvement in addressing sexual health issues. J Sex Med 2006;3:583-8.
22 Rosen R, Kountz D, Post-Zwicker T, Leiblum S, Wiegel M. Sexual communication skills in residency training: the Robert Wood Johnson model. J Sex Med 2006;3:37-46.
23 De Boer LJ. Erectile dysfunction in primary care: the Enigma-study [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2004.

INTERMEZZO

Nico van Duijn

Seks en migraine

Seks verlicht een migraineaanval bij een kwart van de migrainemensen. Bij 10% verdwijnt de aanval helemaal, bij nog eens 30% neemt de migraine af. Dit geldt voor mannen en voor vrouwen, voor masturberen en voor samen seks. Sommigen vertelden dat het moment tijdens de aanval uitmaakte voor het effect. Overigens werd de migraine bij 15% erger van seks.

Voor mensen met clusterhoofdpijn geldt iets dergelijks. Van hen vertelde 30% dat seks hielp en 50% dat de clusterhoofdpijn er erger door werd. De vragenlijst was heel voorzichtig opgesteld. Seks was omschreven als elke gezamenlijke of individuele activiteit die was bedoeld om een orgasme te bereiken of iets wat daarop lijkt. Daarom is niet duidelijk of het wel echt het orgasme is wat het doet. Misschien is een knuffel wel genoeg. Misschien is een fantasie wel genoeg.

Seks kan dus een goedkoop hoofdpijnmedicijn zijn, tenminste als je het gewoon thuis doet. Vanaf nu is de bedopmerking 'Schat, ik heb hoofdpijn' een verwarrende opmerking voor de partner. Wel moet ik nog bedenken welke tekst ik zal gebruiken om een beschaafd advies te geven. Zo'n adviesgesprek lijkt me veel leuker dan ernstige opmerkingen over afvallen, regelmaat en sla eten. Het vak wordt steeds leuker. ■

NHG-Standaard Seksuele klachten (eerste herziening)

NHG-Werkgroep Seksuele klachten

Belangrijkste wijzigingen

- Deze standaard vervangt de NHG-Standaard Erectiele disfunctie.

Kernboodschappen

- De NHG-Standaard Seksuele klachten beschrijft diagnostiek en beleid bij de meestvoorkomende seksuele klachten: bij vrouwen zijn dit verminderde zin en opwindingsproblemen, dyspareunie en orgasmeproblemen; bij mannen erectieklachten en vroegtijdige zaadlozing.
- De huisarts kan een aantal specifieke (symptoom)diagnoses stellen. In veel gevallen is een oorzakelijke factor bepalend voor het beleid (zoals seksueel trauma, relatieproblemen).
- Bij de behandeling van seksuele klachten staan voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen centraal; er is aandacht voor de diverse aspecten van seksueel functioneren: lichamelijk, psychisch, relationeel, sociaal/cultureel en genderverschillen.
- Bij oppervlakkige dyspareunie wordt geadviseerd geen seksuele handelingen die pijn geven te verrichten ('pijnverbod') naast bekkenfysiotherapie en eventueel het advies het pijnlijke gebied met een indifferente crème te masseren.
- Bij verminderde zin of opwindingsproblemen kan in veel gevallen met voorlichting worden volstaan.
- Bij vroegtijdige zaadlozing volstaat meestal voorlichting en advies.
- Bij erectiele disfunctie met een overwegend lichamelijke oorzaak kan worden behandeld met leefstijladviezen, een PDE-5-remmer of met hulpmiddelen. Bij een overwegend psychische oorzaak kan de huisarts zelf adviezen geven of verwijzen.

INLEIDING

De NHG-Standaard Seksuele klachten geeft richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van de meestvoorkomende seksuele klachten.[1] Bij vrouwen zijn dit dyspareunie, orgasmeproblemen en verminderde zin of opwindingsproblemen, bij mannen erectiele disfunctie en vroegtijdige zaadlozing. Patiënten met seksuele klachten kunnen een forse lijdensdruk ervaren en problemen hebben met het aangaan en behouden van intieme relaties. Een adequate seksuele anamnese en op indicatie lichamelijk en aanvullend onderzoek kunnen de huisarts helpen een zo goed mogelijk beeld van de onderliggende oorzaken te krijgen en een op de patiënt afgestemd behandelplan op te stellen. Bij seksuele klachten of problemen kan meestal met een symptoomdiagnose worden volstaan; nadere specificering, bijvoorbeeld volgens DSM-5-criteria, heeft geen consequenties voor het beleid van de huisarts. Waar in deze standaard geschreven wordt over de partner van de patiënt wordt de seksuele partner bedoeld.

ACHTERGRONDEN

Begrippen

Dyspareunie: pijnlijke coïtus (ervaren door de vrouw). *Oppervlakkige dyspareunie* is pijn bij het naar binnen gaan van de penis in of rond het vestibulum of de introitus vaginae, *diepe dyspareunie* is pijn achter in de vagina of onderbuik bij doorstoten van de penis. Bij oppervlakkige dyspareunie die langer dan 3 maanden bestaat zonder specifieke lichamelijke oorzaak is er *Provoked vestibulodynie* (PVD, voorheen vulvair vestibulitissyndroom of focale vulvitis):[2] symptomencomplex met vulvaire pijn, meestal branderig van aard, bij aanraken van de vulva. Dit symptomencomplex gaat vaak gepaard met *bekkenbodemproblematiek*:[3] onvoldoende relaxatie van en controle over de bekkenbodemspieren zich uitend in onderbuikklachten, mictie- en defecatieproblemen en seksuele klachten. Dikwijls is er ook inadequaat pijngedrag (doorgaan met coïtus ondanks pijn). PVD wordt onderscheiden van de *unprovoked* of *gegeneraliseerde vulvodynie* waarbij de vulvaire irritatie min of meer constant aanwezig is.

Vaginisme: aanhoudende problemen om een penis, vinger, speculum of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, ondanks de uitdrukkelijke wens van de vrouw. Het onderscheid tussen vaginisme en dyspareunie is vaak niet of moeilijk te maken.[4]

Verminderde zin of opwindingsproblemen: vermindering van seksuele activiteit, initiatief, verlangen, fantasie en opwinding, waarbij de patiënte aangeeft daar last van te hebben.[5]

Inbreng van de patiënt

De NHG-Standaarden geven richtlijnen voor het handelen van de huisarts; de rol van de huisarts staat dan ook centraal. Daarbij geldt echter altijd dat factoren van de kant van de patiënt het beleid mede bepalen. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de richtlijn aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld. De huisarts stelt waar mogelijk zijn beleid vast in samenspraak met de patiënt, met inachtneming van diens specifieke omstandigheden en met erkenning van diens eigen verantwoordelijkheid, waarbij adequate voorlichting een voorwaarde is.

Afweging door de huisarts

Het persoonlijk inzicht van de huisarts is uiteraard bij alle richtlijnen een belangrijk aspect. Afweging van de relevante factoren in de concrete situatie zal beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid kunnen rechtvaardigen. Dat laat onverlet dat deze standaard bedoeld is om te fungeren als maat en houvast.

Delegeren van taken

NHG-Standaarden bevatten richtlijnen voor huisartsen. Dit betekent niet dat de huisarts alle genoemde taken persoonlijk moet verrichten. Sommige taken kan de huisarts delegeren aan de praktijkassistente, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige, mits zij worden ondersteund door duidelijke werkafspraken waarin is vastgelegd in welke situaties zij de huisarts moeten raadplegen en mits de huisarts toeziet op de kwaliteit. Omdat de keuze van de te delegeren taken sterk afhankelijk is van de lokale situatie, bevatten de standaarden daarvoor geen concrete aanbevelingen.

Evenmin bevatten standaarden gedetailleerde aanwijzingen over de beoordeling van het spoedeisende karakter van een hulpvraag als de patiënt zich telefonisch meldt bij de triagist tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten of bij de praktijkassistente tijdens praktijkuren. Meer gedetailleerde informatie hierover is te vinden in de NHG-TriageWijzer. Ook bij telefonische spoedbeoordeling geldt dat de huisarts verantwoordelijk blijft en moet toezien op de kwaliteit.

NHG-Werkgroep Seksuele klachten. NHG-Standaard Seksuele klachten (eerste herziening). Huisarts Wet 2015;58(11):586-97.

De werkgroep bestond uit: Bouma J, De Boer JJ, De Jong J, De Schepper EIT, Leusink PM, Oomkes W, Stevens NTJM, Van der Waart ThHAM, Wiersma Tj.

Orgasmeproblemen: het aanhoudend of herhaaldelijk niet kunnen bereiken van een orgasme ondanks voldoende en adequate stimulatie in situaties waarbij de vrouw dit wel zou wensen.

Ejaculatio praecox of *vroegtijdige zaadlozing*: ejaculatie die vrijwel altijd binnen een minuut na penetratie optreedt en gepaard gaat met het gevoel onvoldoende controle te hebben over het moment van ejaculatie.[6,7]

Erectiele disfunctie: voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of voldoende te behouden voor seksuele activiteit.[8]

Epidemiologie

Uit vragenlijstonderzoek blijkt dat seksuele problemen onder de Nederlandse bevolking veel voorkomen. Van de mannen geeft 8% aan erectieproblemen te hebben, 10% heeft een vroegtijdige zaadlozing. Bij de vrouwen heeft 11% orgasmeproblemen, 3% geeft aan verminderd seksueel verlangen te hebben, 10% heeft opwindingsproblemen. Tevens heeft 5% dyspareunie en eveneens 5% heeft vaginisme.[9,10] Deze problemen kunnen in combinaties aanwezig zijn. Bij niet-westerse Nederlanders van 15 tot 40 jaar is de prevalentie van seksuele disfuncties volgens vragenlijstonderzoek ongeveer even hoog als in de totale populatie Nederlanders, namelijk 19% van de mannen en 27% van de vrouwen.[9] De prevalentie van seksuele problemen bij niet-westerse Nederlanders boven de 40 is niet bekend. Een speciale groep vormt vrouwen die een besnijdenis hebben ondergaan, bij wie seksuele problematiek veelvuldiger voorkomt.[11]

Het aantal patiënten dat zich met seksuele klachten bij de huisarts meldt is laag.[12] De totale incidentie van seksuele klachten is 1 per 1000 patiënten per jaar. Voor een normpraktijk betekent dit ruim twee nieuwe patiënten per jaar. Bij mannen gaat het verreweg het meest om erectieproblemen (1 per 1000 patiënten per jaar). De incidentie van vroegtijdige zaadlozing is 0,1. Bij vrouwen is de incidentie van dyspareunie 0,3, van vaginisme 0,03, van verminderde zin 0,13, van zowel opwindings- als lubricatieproblemen 0,04.[9]

De belangrijkste oorzaak van het verschil tussen voorkomen van seksuele klachten en spreekuurbezoek is vermoedelijk de drempel die patiënten en artsen ervaren om seksuele klachten bespreekbaar te maken.[13,14] Schaamte speelt bij beiden een rol, de artsen geven daarnaast aan gebrek te hebben aan tijd en training. Patiënten geven onder andere aan gebrek te hebben aan vertrouwen in een oplossing of ze hebben weerstand tegen behandeling, zoals medicatie of gesprekstherapie (beide meestal niet vergoed). De lijdensdruk is niet altijd zo groot dat een patiënt moeite doet om een oplossing te zoeken. Bovendien kunnen seksuele problemen ter sprake komen in het kader van andere (chronische) aandoeningen, waarbij ze niet altijd als afzonderlijke aandoening worden geregistreerd en gecodeerd.

Fysiologie

Voor het ontstaan van seksuele opwinding zijn lichamelijke, psychische en sociale factoren in combinatie met een adequate stimulatie van belang.[15] Ten eerste is een situatie nodig waarin men ontvankelijk is voor seksuele stimuli of bereid is over te gaan tot seksuele activiteit. Een tweede voorwaarde is adequate seksuele stimuli. Dit kunnen externe prikkels zijn, zoals visuele, tactiele of auditieve, maar ook interne, zoals herinneringen of fantasieën. Of een prikkel als seksueel opwindend wordt ervaren, is individueel verschillend en onder andere afhankelijk van leeftijd en geslacht. Naast een adequate situatie en stimuli is een intact lichamelijk seksueel systeem nodig, dat de prikkels verwerkt[16] en een psychologisch proces dat zorgt voor positieve waardering van de prikkels. Prettige seksuele ervaringen kunnen motiveren tot herhaling van seksueel gedrag.

Genitale opwinding komt bij de man tot uiting in erectie van de penis, bij vrouwen in zwelling van de clitoris en lubricatie van de vagina.

Het orgasme kenmerkt zich door contracties van bekkenbodemspieren en genitalia (epididymis, zaadleiders en zaadblaas of baarmoeder, eileiders en para-urethrale klieren) die intens worden gevoeld en gevolgd worden door een periode van ontspanning. Bij mannen valt het orgasme samen met de zaadlozing.

Pathofysiologie

Oppervlakkige dyspareunie: bij een minderheid van de vrouwen wordt een oorzaak gevonden, zoals een infectie (Candida, herpes), dermatose (lichen sclerosus, psoriasis inversa, eczeem), atrofie, een litteken, of anatomische afwijkingen. Bij de overige vrouwen met dyspareunie is er geen specifieke lichamelijke oorzaak. Als geen specifieke lichamelijke oorzaak wordt gevonden, is er sprake van oppervlakkige dyspareunie door penetratie bij onvoldoende opwinding, lubricatie en ontspanning. Als de pijn langer bestaat dan 3 maanden is er sprake van provoked vestibulodynie (PVD, zie *begrippen*).[17]

Verminderde zin of opwindingsproblemen: bij verminderde zin of opwindingsproblemen spelen negatieve ervaringen en remmende gedachten veelal een rol (zie [**kader Belemmeringen bij seksualiteit**]). Deze kunnen belemmerend werken op de seksuele respons. Factoren die van invloed zijn, zijn bijvoorbeeld de relatie met de partner, kinderwens, angst voor zwangerschap of soa en de normen en waarden vanuit opvoeding, cultuur of geloof (zie [**kader Belemmeringen bij seksualiteit**]).

Verschil in seksuele behoeften tussen partners hoeft niet altijd op een seksuele stoornis te berusten. De functie en betekenis van seksualiteit is voor mannen en vrouwen nogal eens verschillend.

Bij chronische ziekten, gebruik van medicatie, operaties, zoals ovariëctomie of andere (oncologische) behandelingen, kunnen zin en opwinding verminderen.

Vroegtijdige zaadlozing: bij de primaire vroegtijdige zaadlozing (vanaf de eerste seksuele ervaring optredend) – aanwezig bij 2 tot 3% in de algemene mannelijke bevolking – speelt mogelijk een genetische predispositie een rol. De secundaire vorm ontstaat later in het leven en gaat vaak samen met erectieproblemen. De man tracht zijn erectieverlies voor te zijn door een snel

orgasme. Ook psychologische factoren als een negatief lichaamsbeeld, depressie, faalangst, gebrek aan/angst voor intimiteit en woede kunnen aanleiding geven tot een secundaire vroegtijdige zaadlozing. In een vicieuze cirkel kunnen prestatiedruk en faalangst leiden tot vroegtijdige zaadlozing, die dan weer de oorspronkelijke faalangst kan verergeren. Een wisselende duur van penetratie tot ejaculatie, waarbij er soms sprake is van snellere zaadlozing, dan de man (of partner) wenst, wordt beschouwd als een normale variatie van het seksueel functioneren. Er zijn mannen die erg gericht zijn op een lange penetratieduur ('seksuele prestatie') en die, als dit niet lukt, daardoor het idee hebben dat deze van te korte duur is. Bij deze beide vormen kan er preoccupatie met het probleem ontstaan, maar strikt genomen is er geen sprake van vroegtijdige zaadlozing. Schildklierproblemen en prostatitis zijn zelden een oorzaak van vroegtijdige zaadlozing.

Erectiele disfunctie: de belangrijkste factoren die bijdragen aan of geassocieerd zijn met erectiele disfunctie zijn psychologische factoren (stress, depressie en relatieproblemen), seksuologische factoren (faalangst, inadequate seksuele stimulatie), lichamelijke factoren (diabetes mellitus, hart- en vaatziekten, schade als gevolg van behandeling prostaatcarcinoom), lokale afwijkingen aan de penis, neurologische schade/aandoeningen en medicatie. De kans op erectiele disfunctie neemt toe met de leeftijd. Er is ook een associatie met overgewicht, roken, fors alcoholgebruik (> 30 eenheden/week), en gebrek aan regelmatige lichaamsbeweging.[18,19]

Seksuele diversiteit

Religieuze en culturele achtergrond zijn van belang om seksueel gedrag, attitude en beleving beter te begrijpen en kunnen aanleiding zijn tot vooroordelen bij zowel huisarts als patiënt.[20] Bij het bespreken van seksualiteit is het raadzaam cultuur en religie te betrekken zonder in stereotypering te vervallen, en niet uit te gaan van een heteroseksuele en monogame relatie.[21] Niet iedereen die seks heeft met een persoon van hetzelfde geslacht noemt zich homoseksueel; er is een grote variatie aan seksueel gedrag.

Mannen en vrouwen hebben in houding en gedrag ten aanzien van seksualiteit veel overeenkomsten, maar er zijn ook verschillen. Over het algemeen masturberen mannen vaker, zoeken ze meer seksuele stimuli dan vrouwen en staan ze minder negatief tegenover 'casual seks'. Vrouwen zijn meer gericht op intimiteit en de relatie, mannen meer op lichamelijkheid en opwinding. Bij vrouwen vallen de genitale respons en de subjectieve seksuele opwinding minder vaak samen dan bij mannen. Vrouwen zijn daardoor meer afhankelijk van de context (setting, relatie) voor optimale seksuele beleving, terwijl mannen hun opwinding vaker als spontaan beleven.

RICHTLIJNEN DIAGNOSTIEK

Bij seksuele klachten staat de anamnese centraal, lichamelijk onderzoek heeft een bescheiden plaats en aanvullend onderzoek is zelden geïndiceerd. Als de seksuele problemen zich ook of voornamelijk voordoen bij het seksueel contact met de partner is het raadzaam deze bij de diagnostiek te betrekken. (Niet-westerse) patiënten zullen echter niet altijd in het bijzijn van hun partner willen praten over seksueel geweld vanwege de 'schande' en het risico op verstoting.

Belemmeringen bij seksualiteit[22]

Seksuele belemmeringen
- inadequate stimulatie (seksuele prikkels);
- beperkt seksueel (erotisch) repertoire;
- prestatiegerichte seksuele activiteit;
- seksuele problemen bij partner;
- irreële verwachtingen (mythes).

Lichamelijke belemmeringen
- anatomische, hormonale, neurologische, cardiovasculaire aandoeningen;
- medicatiegebruik;
- behandeling (chirurgie, bestraling bekkengebied, chemotherapie).

Psychologische belemmeringen
- stress en life-events;
- depressie, woede, angst;
- belemmerende negatieve gedachten;
- negatief zelf- of lichaamsbeeld;
- negatieve seksuele ervaringen.

Sociale belemmeringen
- relatieproblemen;
- miscommunicatie over wensen en grenzen;
- angst voor ongewenste zwangerschap of soa;
- repressieve culturele of religieuze waarden en normen;
- geen partner; geen geschikte, rustige plek, angst gezien of gehoord te worden.

Signalering seksuele klachten

Patiënten wenden zich niet vaak tot de huisarts met seksuele problemen, de hulpvraag van mannen beperkt zich vaak tot een medicatiewens en mannen vertalen minder zin nogal eens als erectieklachten. Huisarts en patiënt verwachten vaak dat de ander het gesprek erover begint.

Het is aan te bevelen seksuele klachten *actief* te exploreren bij:
- onderbuikklachten;
- urologische klachten;
- gynaecologische klachten, zoals soa's, recidiverende candida-infecties of subfertiliteit.

De huisarts zal op geleide van de behoefte van de patiënt een beperkte of een uitgebreidere anamnese afnemen (zie [**kader Seksualiteit bespreekbaar maken**]).

Bij patiënten met de volgende problemen verdient het aanbeveling om *op enig moment* seksualiteit ter sprake te brengen:[23]
- psychische problematiek, zoals een depressie;
- (reeds bekend) seksueel misbruik of mishandeling in de voorgeschiedenis;
- chronische lichamelijke aandoeningen, zoals diabetes mellitus, COPD, maligniteiten, hart- en vaatziekten; chronisch gebruik van geneesmiddelen die in verband worden gebracht met seksuele bijwerkingen;[24]
- een zieke of langdurig opgenomen partner.

Goede momenten om seksualiteit bespreekbaar te maken en te vragen naar seksuele klachten zijn een controle van hypertensie of diabetes mellitus, een eerste uitgifte en controle van medicatie (anticonceptie, SSRI's) en controle na een acuut myocardinfarct of beroerte (zie respectievelijk de NHG-Standaarden Cardiovasculair risicomanagement, Di-

Seksualiteit bespreekbaar maken[22]
De volgende formuleringen kunnen behulpzaam zijn bij het bespreekbaar maken van seksuele problematiek.
- Bij deze aandoening/klachten hebben sommige patiënten ook seksuele klachten. Herkent u dat?
- Mag ik u iets vragen over seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- Bent u seksueel actief/in hoeverre speelt seksualiteit in uw leven een rol?
- Heeft uw aandoening/behandeling/situatie geleid tot verandering van seksualiteit/het vrijen/uw relatie?
- In hoeverre heeft u daar last van?
- Wilt u hier hulp voor?

abetes mellitus type 2, Acuut coronair syndroom en Beroerte).

Anamnese
Informeer naar de volgende aspecten:
- Duur en beloop van de klachten (altijd aanwezig geweest, of later ontstaan)?
- Zijn de klachten bij elke seksuele activiteit aanwezig of alleen in bepaalde situaties (alleen met partner of ook bij masturbatie, kijken naar erotisch materiaal, eventueel andere partner)?
- Ernst van de klachten en hinder, ook van de eventuele partner.
- Zin, opwinding, orgasme (te snel, laat, afwezig).
- Is coïtus (nog) mogelijk?
- Wat gaat op seksueel gebied wel goed?
- Seksuele voorkeur (hetero- of homoseksueel, homoseksualiteit in een heterorelatie of een andere seksuele voorkeur).
- Angst voor coïtus, pijn, soa, zwangerschap.
- Schuldgevoel, belemmerende gedachten.
- Negatieve ervaringen in het verleden, misbruik, incest.
- Heeft de partner (ook) seksuele problemen?
- Zijn er relatieproblemen?
- Voorgeschiedenis, comorbiditeit, fertiliteitsproblemen, gebruik van medicatie, cardiovasculaire risicofactoren.

Bij specifieke klachten worden *aanvullende* vragen gesteld.

Vrouwen
Bij pijnlijke, bemoeilijkte of onmogelijke coïtus
- Moment van pijn (tijdens/na coïtus). Ook pijn buiten seks (tampon, vinger) of alleen in specifieke situaties? Wat doet de patiënt bij pijn (doorgaan of stoppen, andere manier)?
- Lokalisatie (vulva, introïtus, diep vaginaal, onderbuik).
- Mictie/defecatieklachten, incontinentie (kan wijzen op bekkenbodemproblematiek).
- (Andere) vaginale klachten (jeuk, fluor, prolaps, littekens, bijvoorbeeld ten gevolge van een bevalling?).
- Is er een kinderwens?

Bij verminderde zin of opwindingsproblemen
- Voldoende seksuele stimulatie?
- Somberheid, interesseverlies (aanwijzingen voor een depressie)?

Bij orgasmeproblemen
- Kennis over anatomie, fysiologie en adequate stimulatie (stimulatie clitoris nodig voor orgasme, alleen coïtus leidt bij vrouwen zelden tot orgasme).

Mannen
Bij vroegtijdige zaadlozing
- Heeft u het gevoel onvoldoende controle te hebben over het moment van ejaculatie?
- Schatting van de gemiddelde tijd tussen het moment van penetratie en ejaculatie.

Bij erectiele disfunctie
- Nachtelijke en/of ochtenderecties.
- Mate van stijfheid bij coïtus of masturbatie (kort of helemaal afwezig, coïtus wel of niet mogelijk).
- Voldoende seksuele stimulatie.
- Pijn, vorm- of standsverandering van de penis.

Lichamelijk onderzoek
Bij vrouwen
Bij verminderde zin, opwindingsproblemen of orgasmeproblemen is een gynaecologisch onderzoek niet geïndiceerd; soms kan dit echter bijdragen aan het bespreekbaar maken van het probleem.

Bij klachten van oppervlakkige vulvaire of vaginale pijn tijdens of na seksuele activiteit vindt inspectie van vulva en soms vagina, en bekkenbodemonderzoek plaats om lichamelijke aandoeningen uit te sluiten. Bij diepe dyspareunie is er een indicatie voor volledig gynaecologisch onderzoek (inclusief speculumonderzoek en vaginaal toucher), waarbij vooral gelet wordt op aanwijzingen voor lichamelijke oorzaken, zoals endometriose en uterus myomatosus.

Inspectie en bekkenbodemonderzoek bij oppervlakkige dyspareunie
Maak voor het onderzoek bij oppervlakkige dyspareunie eventueel een nieuwe afspraak.

Zorg voor voldoende tijd en rust, geef de vrouw eventueel een handspiegel om mee te kijken. Leg uit dat er geen onderzoek met een speculum plaatsvindt en geen (diep) vaginaal toucher. De patiënte kan op elk moment aangeven het onderzoek te willen stoppen.

Desgewenst kan de huisarts (met spiegel) uitleg geven aan de vrouw over de normale anatomie, fysiologie en de werking van de bekkenbodem. Als alternatief kan deze uitleg worden gegeven met behulp van afbeeldingen, modellen of een filmpje (zie www.thuisarts.nl).

De gynaecologische inspectie en het bekkenbodemonderzoek bestaan uit de volgende stappen.
- Inspectie van uitwendige genitalia en onderzoek van de bekkenbodem ter uitsluiting van lichamelijke oorzaken (lichen sclerosus of planus, candidiasis, psoriasis inversa, eczeem, traumata, prolaps, blaasjes (herpes), condylomata, fluor, littekens, atrofie).
- Vraag de vrouw de plaats van de pijn aan te wijzen. Eventueel kan het pijnlijke gebied in het vestibulum met een wattenstokje worden aangeraakt, waarop de patiënte kan aangeven of ze de pijn herkent.[25]
- Beoordeel de bekkenbodem: is controle mogelijk bij de opdracht aan-/ontspannen en persen?[3] Ga na of aanspannen op één getoucheerde vinger mogelijk is. Als de vrouw niet in staat is om de juiste spieren aan te spannen

of niet in staat is deze spieren vervolgens weer te ontspannen is er mogelijk onvoldoende controle en/of inadequate bekkenbodemspanning.

Bij mannen

Lichamelijk onderzoek draagt zelden bij aan het vinden van de oorzaak van de erectieklachten[26] of vroegtijdige zaadlozing. Een eventuele onderliggende lichamelijke aandoening kan worden gezocht indien de anamnese deze doet vermoeden. Bij klachten van een pijnlijke erectie kan de huisarts de penis onderzoeken op verhardingen en (para)phimosis. Vorm- en standsverandering zijn bij lichamelijk onderzoek echter niet altijd zichtbaar; adviseer de patiënt foto's van zijn erecte penis mee te nemen.[27]

Aanvullend onderzoek

Bij vrouwen

Aanvullend onderzoek bij seksuele problemen is doorgaans niet geïndiceerd.[28] Bij dyspareunie wordt alleen op indicatie fluordiagnostiek en/of urine- of bloedonderzoek gedaan, zoals bij fluor- of mictieklachten, of vermoeden van een soa (zie de NHG-Standaard Het soa-consult). Bij gezonde pre- en postmenopauzale vrouwen met zin-, opwindings- en orgasmeproblemen is bepaling van het testosteron niet geïndiceerd.

Bij mannen

Routinematig laboratoriumonderzoek wordt niet aanbevolen. Erectiele disfunctie is een laat symptoom van diabetes mellitus en hypothyreoïdie, routinematig onderzoek van nuchtere glucose en TSH wordt niet aanbevolen.[29] Het maken van een cardiovasculair risicoprofiel wordt bij sommige mannen geadviseerd (zie *Beleid*).

Testosteronbepaling

Bij ouder wordende mannen is een daling van de testosteronspiegel fysiologisch. De relatie tussen testosteronspiegel en seksuele klachten is bij oudere mannen onduidelijk en routinematige testosteronbepaling is niet zinvol.[30]

Testosteronbepaling is uitsluitend geïndiceerd bij mannen met erectiele disfunctie waarbij verminderde zin en opwinding op de voorgrond staan als er bovendien duidelijke aanwijzingen zijn voor een testosterontekort ('hypogonadisme'), zoals extreme moeheid, prikkelbaarheid, geheugenstoornissen, stemmingsveranderingen en spierzwakte.[31] Bij lichamelijk onderzoek kunnen een gering volume van de testes (< 15 ml), weinig lichaamsbeharing, geringe spiermassa en toename van visceraal vet worden gevonden. Het gaat meestal om mannen met een slechte algemene gezondheid, adipositas en/of diabetes mellitus.

Bepaal het testosteron voor 10.00 uur 's ochtends en herhaal dit bij een waarde < 11 nmol/l met een tussenpoos van ten minste enkele weken; neem de gemiddelde waarde van de twee metingen.[32] Overweeg bij een gemiddeld testosteron < 11 nmol/l te verwijzen naar een ter zake kundige uroloog of een artsseksuoloog[33] voor nadere diagnostiek en eventuele suppletie met testosteron.[34,35]

Evaluatie

De huisarts stelt de volgende diagnoses:

Vrouwen

- *Oppervlakkige dyspareunie met (aanwijzingen voor) een specifieke lichamelijke oorzaak.*
- *Oppervlakkige dyspareunie zonder specifieke lichamelijke oorzaak*: bij pijn tijdens de coïtus, indien er geen aanwijzingen zijn voor een specifieke oorzaak. Vulvair erytheem kan hierbij aanwezig zijn. Bij aanhoudende of herhaaldelijke klachten gedurende minimaal 3 maanden is er sprake van PVD.
- *Vaginisme*: bij aanhoudende problemen om een penis, vinger, speculum of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, ondanks de uitdrukkelijke wens van de vrouw.
- *Verminderde zin of opwindingsproblemen*: bij weinig of ontbreken van seksuele activiteit, initiatief, verlangen, opwinding en/of fantasie, opwindingsgevoelens, zwelling of lubricatie waarbij patiënte aangeeft daar last van te hebben.
- *Orgasmeproblemen*: bij aanhoudend of herhaaldelijk niet kunnen bereiken van een orgasme bij voldoende en adequate seksuele stimulatie in situaties waarbij dit wel wordt gewenst.

Mannen

Erectiele disfunctie: bij voortdurend of terugkerend onvermogen een erectie te krijgen of voldoende te behouden voor seksuele activiteit. Maak onderscheid tussen een overwegend lichamelijke of overwegend psychische oorzaak. Als de erectiele disfunctie situatief is (bijvoorbeeld niet bij masturbatie optreedt) en er nachtelijke of ochtenderecties aanwezig zijn, is er sprake van een overwegend psychische oorzaak.

Vroegtijdige zaadlozing: bij ejaculatie die vrijwel altijd optreedt binnen 1 minuut na penetratie en gepaard gaat met het gevoel onvoldoende controle over het moment van ejaculatie te hebben.

Stel vast of de klachten *primair* (vanaf de eerste seksuele ervaring) aanwezig zijn of *secundair* (later ontstaan). Onderscheid tevens of de klachten *gegeneraliseerd* optreden (in alle omstandigheden aanwezig) of *situationeel* (alleen in bepaalde omstandigheden). Situationele klachten hebben meestal geen lichamelijke maar een psychische oorzaak of zijn het gevolg van relatieproblemen.

Oorzakelijke factoren

Beoordeel of de klachten een gevolg zijn van de volgende oorzakelijke factoren. In veel gevallen is niet zozeer de klacht of diagnose maar de oorzakelijke factor bepalend voor het beleid:

- beperkte kennis van seksualiteit, anatomie en werking geslachtsorganen;
- comorbiditeit;
- bijwerkingen van medicatie;
- relatieproblemen;
- seksueel trauma.

RICHTLIJNEN BELEID

Voorlichting en algemene adviezen

Als de seksuele klachten verband lijken te houden met een van de genoemde oorzakelijke factoren, kan de huisarts de volgende zaken bespreken.

Kennis van seksualiteit, anatomie en werking geslachtsorganen

Stimulatie van de clitoris

Patiënten (zowel mannen als vrouwen) zijn nogal eens onbekend met de vrouwelijke anatomie en kennen de locatie,

vorm en grootte van de clitoris niet. Vrouwen kunnen meestal alleen een orgasme krijgen door stimulatie van de clitoris en niet door coïtus alleen. Indien gewenst, is een orgasme tijdens de coïtus vaak mogelijk door de clitoris zelf te stimuleren of dit door de partner te laten doen. Om de coïtus plezierig en zonder pijn te laten verlopen is seksuele opwinding nodig, voor voldoende lubricatie en zwelling van labia, clitoris en vaginawand.

Mythen en vooroordelen

Patiënt en partner kunnen ideeën of vooronderstellingen hebben over 'normaal' seksueel functioneren die niet altijd overeenkomen met de realiteit. Enkele voorbeelden zijn: seks moet altijd spontaan zijn, seks zonder coïtus is geen echte seks, een man heeft altijd zin, hoe langer een man de coïtus volhoudt, hoe beter zijn 'prestatie' is, seks moet tweemaal per week, een gelijktijdig orgasme is noodzakelijk, een man moet meermalen achtereen coïtus kunnen hebben, masturberen doe je niet als je een vaste relatie hebt. Bespreek irreële gevoelens, opvattingen en verwachtingen omtrent seksualiteit als deze tijdens het consult naar voren komen.

Pijn en vermijding

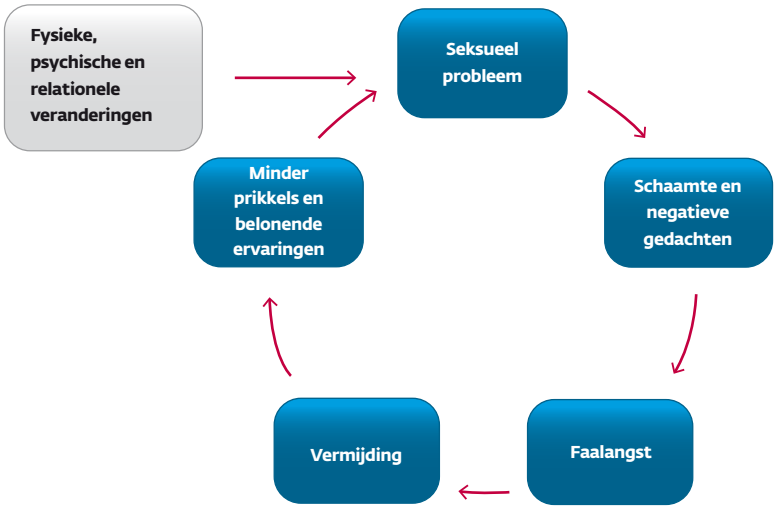
Het anticiperen op falende erectie, pijn of andere problemen bij de coïtus veroorzaakt angst, schaamte, en/of schuldgevoel waardoor seksuele prikkeling of toenadering wordt vermeden. De seksuele opwinding wordt niet meer actief opgezocht en vermindert en zo ontstaat een 'vicieuze cirkel van faalangst' die het seksuele probleem in stand houdt. Bij PVD wordt vaak een vicieuze cirkel in stand gehouden doordat de vrouw ondanks (verwachting van) pijn coïtus blijft hebben, waardoor bekkenbodemoveractiviteit en onvoldoende lubricatie pijn blijven genereren en alertheid en angst voor pijn toenemen.

Verandering seksualiteit bij ouder worden

De seksualiteitsbeleving kan veranderen bij het ouder worden, bijvoorbeeld door een afnemende gezondheid, of het verlies van de partner. Bij gezonde mannen is vermindering van de mate en/of duur van de erectie een onderdeel van het normale, fysiologische verouderingsproces, vergelijkbaar met het afnemen van de algehele fysieke prestaties. Dit sluit echter niet uit dat de patiënt veel hinder kan ervaren van een verminderde erectiefunctie en behandeling wenst. Visuele prikkels alléén zijn op latere leeftijd meestal niet meer toereikend, vooral directe tactiele stimulatie van de penis is noodzakelijk om een erectie te bewerkstelligen. Het kan zinvol zijn aan de man en zijn partner uit te leggen dat stimulatie nodig is omdat een erectie niet altijd vanzelf komt.

Ook bij vrouwen zijn er bij het ouder worden vaak wat langduriger en directer stimuli nodig voor een optimale genitale respons. Na de menopauze wordt

Figuur 1 Vicieuze cirkel bij vermijding[36]



Figuur 2 Vicieuze cirkel bij dyspareunie[37]

door het afnemen van de hoeveelheid oestrogeen het epitheel van de vagina dunner en minder elastisch, ook is er een afname van vaginale doorbloeding en vochtigheid. De beide laatste verschijnselen verdwijnen echter na erotische prikkeling.[38]

Een voldoende lange, adequate seksuele stimulatie verhoogt de vaginale doorbloeding, waarna de lubricatie veelal voldoende is voor plezierige en pijnloze coïtus (zie de NHG-Standaard De overgang).

(Oudere) mannen met lichte erectiele disfunctie kunnen snel willen overgaan tot coïtus uit angst de erectie te verliezen; door nog onvoldoende lubricatie bij de vrouw kan de coïtus dan pijnlijk worden. Goede afstemming door open communicatie en wederzijdse niet-coïtale vormen van seks kan de timing voor een pijnloze en plezierige coïtus bevorderen.

Hoewel de lichamelijke seksuele respons trager is naarmate men ouder wordt, zegt dat niets over de zin in seks, het vermogen om te vrijen noch over de mate van bevrediging.[39] Wel verschuift de betekenis van seksualiteit bij het ouder worden: coïtus raakt meer op de achtergrond en wordt vaak vervangen door strelen en (wederzijdse) masturbatie. De huisarts kan bij problemen helpen door bespreekbaar te maken dat seksualiteit en intimiteit ook mogelijk zijn zonder coïtus en de partners aanmoedigen hierover met elkaar in gesprek te gaan.

Comorbiditeit

Status na operaties

Als gevolg van een mutilerende operatie (borstamputatie, stoma, urogenitale operaties) kan het zelfvertrouwen of het zelfbeeld veranderen. De seksuele functie kan door anatomische schade zijn verminderd, of de seksuele activiteit kan pijnlijk zijn. De patiënt vindt zichzelf niet meer aantrekkelijk of denkt dat de partner dat niet meer vindt. De huisarts kan trachten dit tussen de partners bespreekbaar te maken en eventueel verwijzen naar een seksuoloog.[40]

Stabiele angina pectoris, myocardinfarct

Seksuele activiteiten hoeven niet te worden ontraden, mits de patiënt géén pijn op de borst krijgt bij activiteiten (wandelen, bed opmaken, tuinieren of twee trappen oplopen) die evenveel inspanning kosten als seksuele activiteiten[41] (zie de NHG-Standaard Stabiele angina pectoris).

Seksuele activiteiten dienen wel te worden ontraden of te worden aangepast in de volgende situaties: stabiele angina pectoris met klachten bij geringe inspanning; hartfalen met dyspneu in rust of bij geringe inspanning; ernstige aritmie; en een minder dan 2 weken geleden doorgemaakt myocardinfarct of beroerte.

Neurologische aandoeningen

In het algemeen kan worden gesteld dat langzaam progressieve neurologische aandoeningen, zoals MS, ALS en de ziekte van Parkinson, invloed hebben op de sensibiliteit, motoriek en de emotionele en cognitieve vermogens. Seksuele veranderingen kunnen daarvan een gevolg zijn, maar zijn niet altijd voorspelbaar. De huisarts kan behulpzaam zijn door het onderwerp bespreekbaar te maken en praktische adviezen te geven: seks afspreken op momenten van weinig klachten, houdingsadviezen, niet-coïtale vormen van seks, hulpmiddelen, erectiebevorderende middelen (zie Beleid bij specifieke klachten: *Erectiele disfunctie*).

Psychische problemen

Seksuele klachten kunnen zowel oorzaak als gevolg zijn van psychische problemen en deze in stand houden. Bij het gelijktijdig voorkomen van psychische en seksuele problemen wordt in samenspraak met de patiënt gekozen om in eerste instantie de psychische problemen te behandelen en de seksuele klachten op een later moment, of beide meteen gelijktijdig. Een eventuele verwijzing kan hierop worden afgestemd. Let bij het voorschrijven van psychofarmaca op seksuele bijwerkingen (zie *Bijwerkingen van medicatie*).

Bijwerkingen van medicatie[24]

SSRI's geven vaak seksuele bijwerkingen, zoals vertraagd orgasme of verminderd seksueel verlangen. Medicatie waarbij er enig bewijs is voor seksuele bijwerkingen, zoals negatieve invloed op de erectie of seksueel verlangen, zijn: thiazidediuretica, antipsychotica, 5-alfa-reductaseremmers, spironolacton. Over het algemeen moet men echter terughoudend zijn om seksuele klachten of disfuncties toe te schrijven aan geneesmiddelen. Als er toch een (sterk) vermoeden is dat de seksuele klacht het gevolg is van een bijwerking, kan worden overwogen de dosis te verlagen of worden overgegaan naar een ander middel, soms na overleg met een andere behandelaar. In de praktijk zal een medicatieaanpassing niet altijd eenvoudig zijn en moet samen met de patiënt worden afgewogen wat de voor- en nadelen zijn van diens medicatie. Na het staken of wijzigen van de medicatie kunnen de klachten blijven bestaan, bijvoorbeeld doordat de patiënt(e) onzeker is geworden over zijn of haar seksueel functioneren.

Een vermoeden van seksuele bijwerkingen kan voor patiënten een reden zijn de voorgeschreven medicatie niet of niet goed te gebruiken; het is raadzaam hier alert op te zijn en daarnaar te vragen. Levodopa of carbidopa en dopamineagonisten (pramipexol, ropinirol), meestal gebruikt voor behandeling van de ziekte van Parkinson, kunnen leiden tot een (dwangmatige) toename van de belangstelling voor seks (hyperseksualiteit); dit kan hinderlijk zijn voor de partner en/of verzorgers.

Partner en relatieproblemen

Als de seksuele problemen zich ook of voornamelijk voordoen bij het seksueel contact met de partner is het raadzaam deze bij de behandeling te betrekken. Ook als de partner zelf niet het idee heeft bij te dragen aan de oorzaak van de klachten van de patiënt, of deze zelf niet als een probleem ervaart, kan deze een rol spelen bij de oplossing ervan: meer of een andere vorm van stimulatie, tijdig onderbreken, afstemming van wensen en grenzen. In sommige gevallen is erectiele disfunctie of vroegtijdige zaadlozing een gevolg van dyspareunie of vaginisme bij de partner en hebben beiden een seksueel probleem. Bij verminderde zin of opwindingsproblemen

wordt nagegaan of er vooral sprake lijkt te zijn van een verschil in zin (zie *Verminderde zin of opwindingsproblemen*). Moedig de partners aan om samen een oplossing te zoeken en waak ervoor partij te kiezen voor een van hen. Bij het bespreken van geweld binnen de relatie is het vaak juist wenselijk als de partner niet aanwezig is.

Seksuele klachten en relatieproblemen komen vaak samen voor. Oorzaak en gevolg worden vooral in heteroseksuele relaties nogal eens verschillend geïnterpreteerd. Vooral vrouwen menen dan dat de seks pas kan verbeteren als de relatie verbetert; mannen menen nogal eens dat de relatie verbetert zodra de seks verbetert. Als het seksuele probleem op de voorgrond staat kan de huisarts zelf adviezen geven of verwijzen naar een seksuoloog. Als de seksuele klachten een gevolg lijken te zijn of sterk verband houden met ernstiger relatieproblemen kan de huisarts een verwijzing naar een relatietherapeut voorstellen; het seksuele probleem behoeft dan veelal op een later moment alsnog aandacht.

Beleid bij specifieke klachten

Dyspareunie

Oppervlakkige dyspareunie met (aanwijzingen voor) een specifieke oorzaak

Als bij oppervlakkige dyspareunie aanwijzingen worden gevonden voor een specifieke oorzaak, zoals candida vaginalis of lichen sclerosus, wordt in eerste instantie deze aandoening behandeld (zie de NHG-Standaarden Fluor vaginalis en Lichen sclerosus). Als bij vrouwen met dyspareunie vulvaire afwijkingen van onduidelijke aard worden gevonden die wijzen op een lichamelijke aandoening, is nadere diagnostiek geïndiceerd en kan verwijzing naar een gynaecoloog worden overwogen. Soms is er de mogelijkheid te verwijzen naar een vulvapoli, waarbij ook andere specialismen betrokken zijn (dermatoloog, seksuoloog/psycholoog).

Oppervlakkige dyspareunie zonder specifieke oorzaak/PVD

- Geef uitleg over de vicieuze cirkel van onvoldoende opwinding en lubricatie, pijn, inadequaat pijngedrag en de rol van (on)plezierige seks (zie *Pijn en vermijding*). Geef om deze cirkel te doorbreken een 'pijnverbod' tot aan de volgende afspraak. Dit betekent dat geen handelingen worden verricht die pijn zouden kunnen geven ('pijnvrij vrijen'). In de praktijk betekent dit vaak een coïtusverbod en aanmoediging van niet-coïtale vormen van seks.
- Eventueel kan bij lokale pijn het pijnlijke gebied tweemaal daags met een indifferente crème (vaselinecetomacrogolcrème, vaselinelanettecrème of vaseline/paraffine ana) worden gemasseerd. Dit dient ter bescherming van de huid en om te wennen aan aanraking. Gebruik van lidocaïnecrème wordt afgeraden.
- Leg uit dat onvoldoende ontspanning van de bekkenbodemspieren tot frictie en pijn kan leiden bij coïtus en op deze manier de seksuele problemen in stand houdt. Verwijs bij aanwijzingen voor bekkenbodemproblematiek naar een bekkenfysiotherapeut. Deze kan de patiënte leren controle te krijgen over de bekkenbodem.[42]
- Maak een vervolgafspraak na 6 weken om het resultaat van het pijnverbod, het herstel van zin, opwinding en plezier en eventuele vragen of belemmeringen te bespreken. Herhaal deze vervolgafspraak eventueel enkele keren.
- Verwijs bij uitblijven van verbetering ondanks behandeling of bij ernstige klachten naar een seksuoloog.
- In therapieresistente gevallen kan een chirurgische ingreep, waarbij de pijnlijke gebieden worden verwijderd, een laatste optie zijn.[42] Dit wordt beslist niet geadviseerd voordat alle stappen van een seksuologische behandeling zijn geprobeerd.

Pijnklachten die ontstaan zijn na de menopauze

- Leg uit dat dyspareunie na de menopauze een gevolg kan zijn van onvoldoende lubricatie. Door vaginale atrofie komt de lubricatie wat langzamer op gang. Voor voldoende lubricatie in de postmenopauze is een voldoende lange, adequate seksuele stimulatie noodzakelijk (zie: *Verandering seksualiteit bij ouder worden*).[38]
- Postmenopauzale vrouwen met dyspareunie als gevolg van atrofie kunnen tevens worden behandeld met lokale oestrogenen (zie NHG-standaard De overgang).

Glijmiddelen

Bij pijnlijke coïtus zal glijmiddel vaak al geprobeerd zijn. Bij gebrek aan opwinding, lubricatie en ontspanning is dit meestal niet of niet voldoende effectief. Glijmiddel kan worden geadviseerd bij onvoldoende lubricatie ondanks voldoende stimulatie en opwinding. Alleen glijmiddel op water- of siliconenbasis wordt geadviseerd. Glijmiddel op siliconenbasis werkt (veel) langer dan glijmiddel op waterbasis. Sommige glijmiddelen op siliconenbasis kunnen latex beschadigen en de betrouwbaarheid van condooms verminderen, evenals glijmiddelen op oliebasis. Alle crèmes en zalven (ook indifferente) kunnen de betrouwbaarheid van condooms verminderen.

Vaginisme

Bij secundair vaginisme dat vooral het gevolg lijkt van (langer bestaande) dyspareunie is het beleid hetzelfde als bij PVD. Bij primair vaginisme wordt verwezen naar een seksuoloog.[43]

Indien de kinderwens prioriteit heeft boven de wens tot coïtus kan instructie worden gegeven voor zelfinseminatie. In weerwil van wat patiëntes nogal eens denken is vaginisme geen indicatie voor een keizersnede en verdwijnt het niet spontaan door de partus. De partus kan bij vaginisme begeleid worden in de eerste lijn.

Verminderde zin of opwindingsproblemen

Verminderde zin of opwindingsproblemen ontstaan vaak als de verliefdheid in een relatie voorbij is, verschillen in wensen ten aanzien van seksualiteit en intimiteit zichtbaar worden en/of het leven door kinderen en werk in beslag genomen wordt. In sommige gevallen is gebrek aan aantrekkingskracht al langere tijd aan de orde (andere seksuele geaardheid, gearrangeerd huwelijk). Geef patiënten met verminderde zin of opwindingsproblemen uitleg over de factoren die van invloed kunnen zijn op

de seksuele beleving en het verlangen. Hierbij kan gedacht worden aan relatieproblemen, verandering van gezinssamenstelling: naast seksuele partner ook de rol van ouder vervullen, stress ten gevolge van werk of financiële problemen. Partners worden aangemoedigd het gesprek hierover aan te gaan, ieders wensen en grenzen te bespreken en zo nodig de seksuele activiteit te plannen. Geef daarnaast ook uitleg over het belang van voldoende tijd voor elkaar en voor seksuele handelingen/activiteiten die door beide partners als prettig en seksueel opwindend ervaren kunnen worden. Coïtus hoeft niet altijd het doel te zijn.

Een deel van de patiënten met verminderde zin is met deze voorlichting en niet-medicamenteuze adviezen al voldoende geholpen. Bespreek de klachten elke 4 tot 6 weken met de patiënt (en diens partner), totdat deze geen verdere hulp meer nodig heeft. In overleg met de patiënt kan verwijzing naar een seksuoloog worden overwogen.[44]

Het is niet aangetoond dat hormonale anticonceptie negatieve invloed heeft op seksueel verlangen. (Zie de NHG-Standaard Anticonceptie). Als er echter anamnestisch aanwijzingen zijn voor een verband tussen anticonceptie en verminderd verlangen kan worden overwogen deze anticonceptie te staken en/of door een andere methode (met alleen progesteron) te vervangen en na drie maanden opnieuw te introduceren.

Testosteron(pleisters), PDE-5-remmers of andere medicatie wordt bij gezonde vrouwen niet geadviseerd vanwege de onvoldoende vastgestelde effectiviteit en onbekendheid met, of mogelijk schadelijke gevolgen op langere termijn.[45]

Orgasmeproblemen

Geef voorlichting over de noodzaak van stimulatie van de clitoris. Seksuele opwinding is essentieel, bijvoorbeeld door te fantaseren, opwindende activiteiten of erotisch materiaal te bekijken. Bij langer bestaande primaire orgasmeproblemen ondanks voldoende zin en stimulatie wordt de mogelijkheid van verwijzing naar een seksuoloog besproken.[46]

Bij secundaire of situationele orgasmeproblemen wordt nagegaan of deze vooral het gevolg zijn van verminderde zin of opwindingsproblemen, relatieproblemen, comorbiditeit of SSRI-gebruik. Relatieproblemen kan de huisarts zelf bespreekbaar proberen te maken en de partners kunnen worden aangemoedigd om een oplossing te zoeken, al of niet met ondersteuning van een relatietherapeut. Bij SSRI-gebruik kan in veel gevallen met uitleg worden volstaan (zie *Bijwerkingen van medicatie*).

Medicamenteuze behandeling wordt niet geadviseerd.

Vroegtijdige zaadlozing

Niet-medicamenteuze behandeling

Bij mannen met een wisselende duur van penetratie tot ejaculatie die langer is dan 1 tot 2 minuten, kan meestal worden volstaan met de uitleg dat dit een normale variatie is. Bespreek met mannen die 'prestatiegericht' zijn dat vrouwen zelden een orgasme door coïtus alleen krijgen; de wens om langere gemeenschap te hebben kan soms met deze uitleg worden bijgesteld. Bij mannen die irreële verwachtingen hebben kan, als voorlichting niet voldoende effectief is, verwijzing naar een seksuoloog voor cognitieve gedragstherapie worden overwogen.

De behandeling van vroegtijdige zaadlozing kan meestal in de huisartsenpraktijk plaatsvinden door middel van voorlichting en adviezen:[47]

- Geef uitleg over het leren herkennen en uitstellen van het 'point of no return' en vraag de coïtus (of de frictie) tijdelijk te onderbreken. Adviseer dit te oefenen tijdens masturbatie: bij vermoeden van het begin van de ejaculatie stoppen met stimuleren van de penis, even wachten, daarna het stimuleren hervatten.
- Varieer de wijze van seksueel contact om geregeld de genitale stimulatie te onderbreken en meer aandacht aan ontspanning in het seksueel contact te kunnen besteden. Leg hierbij uit dat zorg over het moment van de zaadlozing juist een vroegtijdige zaadlozing kan veroorzaken.
- Een (snelle) eerste zaadlozing en daarna doorgaan met seksuele activiteit zullen veel mannen zelf al hebben geprobeerd en het kan een oplossing zijn. Bij de tweede erectie is er in de regel meer controle over de ejaculatie. Nadeel is dat het gevoel van controle zich niet goed kan ontwikkelen en dat op latere leeftijd een tweede erectie niet altijd snel genoeg tot stand komt.
- Leg uit dat vroegtijdige zaadlozing bij jonge mannen veel voorkomt; door meer seksuele ervaring neemt de penetratieduur meestal wat toe, al neemt deze in de loop van het latere leven juist wat af.[48] Ook is de penetratieduur in het begin van een relatie door spanning en verliefdheid soms wat korter dan in het vervolg van de relatie.
- Soms kan condoomgebruik de penetratieduur verlengen.
- De mediane duur tot de ejaculatie vanaf start van de gemeenschap is 5 tot 6 minuten.[48] Leg uit dat dit niet een na te streven gemiddelde of minimale waarde is; er is veel variatie.
- Bij mannen met secundaire vroegtijdige zaadlozing is er nogal eens sprake van een complex psychologisch mechanisme: faalangst (soms door afgenomen erectiele functie), soms door seksuele problemen bij de (ex-)partner of relatieproblemen. Veelal is seksuologische behandeling of relatietherapie te overwegen om langdurig medicatiegebruik te voorkomen. Eventueel kan psychologische interventie met medicatie worden gecombineerd en kan na enige tijd worden getracht de medicatie af te bouwen of te staken.

Bij comorbide urologische problemen verwijst de huisarts naar een uroloog.

Medicamenteuze behandeling

Als niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effectief zijn en de patiënt veel last heeft van de klachten kan medicamenteuze behandeling worden overwogen. Bij duidelijke primaire vroegtijdige zaadlozing is dit veelal de enige effectieve behandeling. Secundaire vroegtijdige zaadlozing wordt alleen medicamenteus behandeld als de patiënt niet gemotiveerd is voor seksuologische behandeling of als

deze onvoldoende effect heeft gehad, en gemotiveerd is voor medicamenteuze behandeling. Bij een combinatie van vroegtijdige zaadlozing en erectiele disfunctie wordt eerst de erectiele disfunctie behandeld.

Selectieve serotonineheropnameremmers verlengen de duur van penetratie tot zaadlozing. Als de SSRI bij mannen met primaire vroegtijdige zaadlozing wordt gestaakt keren de klachten meestal terug. De bijwerkingen van SSRI's zijn dezelfde als bij een andere indicatie.

Geef 1× daags 20 mg paroxetine (off label).[49] Leg aan de patiënt uit dat de bijsluiter deze indicatie niet vermeldt en dat de apotheek mogelijk andere informatie geeft. Bespreek dat het middel voor vroegtijdige zaadlozing sneller werkt dan voor een depressie waarvoor het meestal voorgeschreven wordt. Controleer na 2 weken of de patiënt de medicatie goed verdraagt en na 4 tot 6 weken of deze het gewenste effect heeft. Verlaag de dosis bij voldoende effectiviteit na 2 maanden naar 10 mg. Een alternatief voor paroxetine is sertraline 1× daags 50 mg (off label).

Desgewenst kan na 2 maanden geprobeerd worden of het middel 'on demand' voldoet, de effectiviteit is dan echter meestal minder groot. Bij 'on demand'-gebruik wordt de SSRI 3 tot 4 uur voor de seksuele activiteit ingenomen.[49] Als na de instelfase de gewenste dosering is gevonden kan de medicatie zonder controle worden herhaald. Behandeling met een SSRI wordt niet geadviseerd aan mannen < 25 jaar (zie *Niet-medicamenteuze behandeling*).

Dapoxetine is als enige SSRI geregistreerd voor de 'on demand'-behandeling van vroegtijdige zaadlozing.[49] Met dapoxetine is weinig ervaring in de eerste lijn en de langetermijneffecten en bijwerkingen zijn niet goed bekend. De effectiviteit van dapoxetine is beperkt en het is fors duurder dan andere SSRI's.

Bij contra-indicatie(s) voor een SSRI kan eventueel (off label) *tramadol*, een (off label) *PDE-5-remmer* of (off label) *lidocaïne-prilocaïnecrème* gebruikt worden. Er is enig bewijs dat tramadol leidt tot een vertraagde ejaculatie, maar de klinische relevantie van dat effect is niet geheel helder. Ook is er nauwelijks ervaring met tramadol voor deze indicatie. Bovendien zijn er geregeld bijwerkingen (zoals misselijkheid) en is er kans op afhankelijkheid. PDE-5-remmers hebben een beperkt effect en komen bij vroegtijdige zaadlozing in aanmerking als er tevens erectiele disfunctie is met een overwegend lichamelijke oorzaak.

Lidocaïne-prilocaïnecrème (beide 2,5%) komt met name in aanmerking bij weerstand tegen systemische behandeling. [49] De crème wordt op de penis aangebracht en moet 5 tot 10 minuten inwerken. Lidocaïne-prilocaïnecrème mag niet gebruikt worden op beschadigde huid. Voordat gestart wordt met de seksuele activiteit moet de crème worden verwijderd omdat de partner door de verdovende werking hinder kan ondervinden. Eventueel kan na het verwijderen van de crème een condoom worden gebruikt; de crème kan latex beschadigen en de betrouwbaarheid van het condoom verminderen.

Erectiele disfunctie

Niet-medicamenteuze behandeling

Overwegend lichamelijke oorzaak

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) en leefstijladviezen. Bij mannen boven de 40 jaar met sterke aanwijzingen voor erectiele disfunctie met een overwegend lichamelijke oorzaak waarbij anamnestisch cardiovasculaire risicofactoren aanwezig zijn, wordt een risicoprofiel gemaakt.[50,51]

Geef patiënten met erectiele disfunctie leefstijladviezen volgens de standaard CVRM; niet roken, genoeg lichaamsbeweging, goede voeding, streef naar BMI ≤ 25 kg/m² en matig alcoholgebruik (zie NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement). Het is van belang de patiënt te melden dat deze adviezen kunnen leiden tot enige verbetering van de erectie, maar dat niet aan te geven is óf dit optreedt en in welke mate.[52]

Hulpmiddelen. Bij de behandeling van erectiele disfunctie kunnen niet-medicamenteuze hulpmiddelen worden ingezet, bijvoorbeeld als de patiënt hier de voorkeur aan geeft of als er contra-indicaties bestaan voor PDE-5-remmers.[53] Naast hulpmiddelen die de prikkeling intensiveren (zoals vibrerende hulpmiddelen) zijn er de elastische penisring en de vacuümpomp met elastisch constrictiebandje. Deze hulpmiddelen worden niet vergoed door de ziektekostenverzekering en zijn verkrijgbaar bij (internet) winkels. Een penisring kan de huisarts zelf adviseren; deze is vooral effectief bij erecties die initieel wel goed zijn maar te snel weer verdwijnen. Voor een vacuumpomp is het veelal zinvol te verwijzen naar een uroloog.

Overwegend psychische oorzaak

Probeer bij een overwegend psychische oorzaak seksualiteit tussen de partners bespreekbaar te maken en geef uitleg over vermijding (zie de paragraaf *Pijn en vermijding*). Adviseer de patiënt zijn aandacht te richten op de op dat moment ervaren opwindende prikkels en sensaties, in plaats van te denken aan wat er nog komen moet en wat daarbij allemaal mis kan gaan. Geef aan dat het zinvol is om dat patroon te doorbreken door gedurende enige tijd (enkele weken) te stoppen met seksuele gewoonten die tot teleurstelling leiden. Moedig de patiënt en zijn partner aan om zich te richten op de dingen die wel goed gaan. Stimuleer niet-coïtale vormen van seks.

Seksuologische behandeling. Patiënten met erectiele disfunctie met een overwegend psychische oorzaak bij wie voorlichting en advies niet tot verbetering hebben geleid, kunnen worden verwezen naar een seksuoloog.[54]

Ook patiënten met een overwegend lichamelijke oorzaak van de erectiele disfunctie kunnen baat hebben bij verwijzing naar een seksuoloog. Dit is een optie als PDE-5-remmers gecontra-indiceerd zijn, niet goed verdragen worden of niet het gewenste effect hebben, er tevens relatieproblemen zijn of bij een duidelijke wens van de patiënt.

Medicamenteuze behandeling

PDE-5-remmers

Bij mannen met erectiele disfunctie

met een overwegend lichamelijke oorzaak kan een PDE-5-remmer worden voorgeschreven.[55,56] Bij het voorschrijven van een PDE-5-remmer wordt de effectiviteit vergroot door goede voorlichting, begeleiding en zo mogelijk het betrekken van de partner.

Bij erectiele disfunctie met overwegend psychische oorzaak beperkt de rol van medicatie zich tot het *kortdurend* voorschrijven van een PDE-5-remmer, hetgeen kan helpen bij het doorbreken van een negatieve vicieuze cirkel die heeft geleid tot faalangst.[57]

De huisarts geeft de volgende informatie over PDE-5-remmers:

- Met sildenafil, vardenafil en tadalafil is veel ervaring; de effectiviteit en veiligheid ervan ontlopen elkaar nauwelijks, de werkingsduur en de prijs verschillen wel.[55] Sildenafil en vardenafil werken 4 tot 5 uur, tadalafil werkt 36 uur maar is duurder.
- Sildenafil en vardenafil bij voorkeur op een lege maag innemen omdat de absorptie vertraagd wordt door vetrijk voedsel.
- De middelen werken gemiddeld na dertig minuten.
- De middelen zijn pas effectief bij seksuele opwinding en stimulatie.
- De werkzaamheid van PDE-5-remmers is soms pas optimaal als ze viertot zesmaal gebruikt zijn.[58]

Bijwerkingen, zoals hoofdpijn, misselijkheid, blozen, verstopte neus en duizeligheid, treden vooral in het begin op maar verminderen of verdwijnen meestal na het gebruik van enkele tabletten. Bij gebruik van tadalafil kunnen de bijwerkingen door de langere werkingsduur langer aanhouden.

Bij de keuze tussen sildenafil, vardenafil of tadalafil wordt in overleg met de patiënt de werkingsduur, de kans op (cardiovasculaire) bijwerkingen en de prijs meegewogen. Start met een dosis van 50 of 100 mg sildenafil, 10 of 20 mg tadalafil of vardenafil. Adviseer PDE-5-remmers niet vaker dan 1 x per dag te gebruiken.[59]

Als de patiënt vier keer een tablet heeft gebruikt, wordt geëvalueerd of het effect voldoende is en de patiënt tevreden is. De informatie over PDE-5-remmers wordt bij de controleafspraken herhaald. Bij voldoende werkzaamheid of bij bijwerkingen kan de dosis eventueel worden gehalveerd. Bij onvoldoende effect wordt nagegaan of de medicatie op de juiste wijze is gebruikt en of er voldoende zin, opwinding en seksuele stimulatie was. Als met een lagere dosis was gestart kan de dosering worden verhoogd tot de maximale dosering (100 mg sildenafil, 20 mg tadalafil of vardenafil). Als de juiste dosering is gevonden kunnen PDE-5-remmers zonder controle herhaald worden. Wees alert bij het voorschrijven van nitraten. PDE-5-remmers mogen ook niet gecombineerd worden met 'poppers', zoals amylnitriet.[60]

Bij verminderde nierfunctie hoeft de dosering sildenafil en vardenafil niet aangepast te worden. Een nierfunctie < 30ml/min is een contra-indicatie voor het gebruik van tadalafil.

Halveer de doseringen bij lichte tot matige leverfunctiestoornissen.

Gebruik van PDE-5-remmers bij cardiovasculaire aandoeningen

Patiënten met stabiele angina pectoris die zonder pijn op de borst activiteiten kunnen volbrengen van vergelijkbare intensiteit als seksuele activiteit (zie paragraaf *Stabiele angina pectoris, myocardinfacrct*) kunnen veilig een PDE-5-remmer gebruiken. Dit geldt ook voor patiënten met hartfalen die zonder klachten activiteiten kunnen volbrengen van vergelijkbare intensiteit als seksuele activiteit. PDE-5-remmers kunnen niet worden voorgeschreven aan patiënten die dagelijks nitraten gebruiken of angineuze klachten hebben bij geringe inspanning. Andere contra-indicaties zijn onder meer een recent myocardinfarct of beroerte, instabiele angina pectoris, hypotensie (< 90/50 mmHg).[61] PDE-5-remmers mogen ook niet binnen 24 uur na gebruik van nitraten voor aanvalsbehandeling van angina pectoris worden ingenomen. Wijs een patiënt die een nitraat gebruikt voor aanvalsbehandeling erop dat hij als er na gebruik van een PDE-5-remmer toch pijn op de borst ontstaat die niet binnen vijf minuten afneemt, géén nitraat moet innemen, maar direct contact moet opnemen met de huisarts. Stuur patiënten die PDE-remmers toch gecombineerd hebben met nitraten met spoed naar het ziekenhuis voor medische observatie en hemodynamische controle tot ten minste 24 uur na de laatste dosis sildenafil of vardenafil en ten minste 48 uur na de laatste dosis tadalafil.

Testosteronsuppletie

Als bij een patiënt met erectiele disfunctie en aanwijzingen voor testosterontekort (zie Aanvullend onderzoek) een gemiddeld testosteron van < 11 nmol/l is gemeten, kan de patiënt worden verwezen naar een terzake kundige uroloog of een arts-seksuoloog voor nadere diagnostiek en eventuele testosteronsuppletie.[35] De effectiviteit van testosteronsuppletie bij de behandeling van erectiele disfunctie bij testosterontekort is minder groot dan die van behandeling met PDE-5-remmers.

Verwijzing

Verwijs naar seksuoloog

- Vrouwen met langer bestaande of ernstige oppervlakkige dyspareunie (al of niet met secundair vaginisme).
- Vrouwen met primair vaginisme.
- Vrouwen met verminderde zin of opwinding, bij wie de adviezen van de huisarts onvoldoende verbetering hebben gegeven.
- Vrouwen met orgasmeproblemen, bij wie de adviezen van de huisarts onvoldoende verbetering hebben gegeven.
- Mannen met erectiele disfunctie, bij wie de adviezen van de huisarts en/of behandeling met PDE-5-remmers onvoldoende verbetering hebben gegeven.
- Mannen met primaire vroegtijdige zaadlozing bij onvoldoende effectiviteit van een SSRI.
- Mannen met secundaire vroegtijdige zaadlozing, bij wie niet-medicamenteuze adviezen onvoldoende effectief zijn en bij wie mogelijk sprake is van complexe onderliggende problematiek.

Verwijs naar bekkenfysiotherapeut

- Vrouwen met dyspareunie met aanwijzingen voor bekkenbodemproblematiek.

Verwijs naar gespecialiseerde GGZ

- Patiënten met (aanwijzingen voor) seksueel trauma naar psychiater of gespecialiseerd GZ-psycholoog of psychotherapeut.

Verwijs naar gynaecoloog

- Vrouwen met dyspareunie bij wie nadere diagnostiek geïndiceerd is; soms is er de mogelijkheid te verwijzen naar een vulvapoli waarbij ook andere specialismen betrokken zijn (dermatoloog, seksuoloog/psycholoog).
- Voor behandeling van de oorzaak van diepe dyspareunie (zoals endometriose, uterus myomatosus, (ovarium)tumoren).

Verwijs naar uroloog

- Mannen met een gemiddeld testosteron < 11 nmol/l (evt. naar arts-seksuoloog).
- Mannen die geen PDE-5-remmers willen of kunnen gebruiken en een vacuumpomp willen proberen.
- Een standsafwijking van de penis die penetratie lastig of onmogelijk maakt en waarvoor de man een operatie wenst of overweegt.[27]
- PDE-5-remmer-resistente erectieproblemen met een overwegend lichamelijke oorzaak (vaatlijden, prostaatkankerbehandelingen, diabetische neuropathie), waarbij de man intracaverneuze injecties, intra-urethraal alprostadil of een penisprothese wenst of overweegt.[62]

Indien de mogelijkheid er is heeft het soms de voorkeur te verwijzen naar een samenwerkingsverband (centrum seksuele gezondheid, poli seksuologie, bekkenbodemteam), bestaande uit verschillende specialisten (bijvoorbeeld zowel bekkenfysiotherapeut als seksuoloog, psycholoog).

© 2015 Nederlands Huisartsen Genootschap

NOTEN EN LITERATUUR

Zie voor de noten en de literatuur www henw.org, rubriek NHG-Standaard.

Totstandkoming

In januari 2014 begon een werkgroep met de ontwikkeling van de NHG-Standaard Seksuele klachten. Deze standaard is een herziening van de NHG-Standaard Erectiele disfunctie en vervangt deze. De werkgroep bestond uit de volgende leden: J. Bouma, huisarts te Amsterdam, J.J. de Boer, huisarts te Amsterdam, E.I.T. de Schepper, AIOTHO, werkzaam bij Erasmus MC–SBOH, P.M. Leusink, huisarts en seksuoloog NVVS te Gouda, W. Oomkes, huisarts te Vlaardingen, N.T.J.M. Stevens, huisarts-seksuoloog NVVS, te Den Haag, Th.H.A.M. van der Waart, huisarts-seksuoloog NVVS, FECSM te Maastricht. Door de leden van de werkgroep werd geen belangenverstrengeling gemeld.

De begeleiding van de werkgroep was in handen van dr. J. de Jong, niet-praktiserend huisarts en wetenschappelijk medewerker van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap van het NHG. Dr. Tj. Wiersma was betrokken als senior wetenschappelijk medewerker, M.M. Verduijn als senior wetenschappelijk medewerker Farmacotherapie, beiden van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap, en dr. J.S. Burgers als hoofd van de afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. B. Spelberg was betrokken als medewerker van de afdeling Implementatie.

Gedurende de ontwerpfase werden de conceptteksten van commentaar voorzien door mw. C.M. Salvatore, gynaecoloog-seksuoloog NVVS, AMC; dr. E.R. Nijhuis, gynaecoloog-seksuoloog FECSM, Ziekenhuis Nij Smellinghe; J.R. Dijkstra, gynaecoloog, Isala Klinieken Zwolle en C. Vos, gynaecoloog, St. Elisabeth Ziekenhuis namens de NVOG, allen lid van de Werkgroep Psychosomatische Obstetrie en Gynaecologie (WPOG); dr. G.R. Dohle, uroloog en prof.dr. E.J.H. Meuleman, uroloog en hoogleraar andrologische urologie namens de NVU en prof. J.J.D.M. van Lankveld, psycholoog-seksuoloog NVVS en dr. M.M. ter Kuile, klinisch psycholoog, seksuoloog NVVS namens de NVVS.

Op 13 april 2015 werd de ontwerpstandaard besproken in een focusgroep die bijgewoond werd door elf huisartsen, onder leiding van F. Jacobi. In maart 2015 werd commentaar op de ontwerpstandaard ontvangen van M.L.A. Favié, voorzitter Bogin; prof.dr. E.P. van Puijenbroek, arts-klinisch farmacoloog Bijwerkingencentrum Lareb en bijzonder hoogleraar Geneesmiddelenbewaking en Geneesmiddelenveiligheid, basiseenheid farmacotherapie en farmaceutische patiëntenzorg Rijksuniversiteit Groningen en L. de Jong, MSc, apotheker Bijwerkingencentrum Lareb; dr. M.F. van Driel, uroloog, werkzaam bij het UMCG; drs. R.A. Schipper, uroloog, FECSM, werkzaam bij het Jeroen Bosch Ziekenhuis; dr. T.A.M. Teunissen, huisarts, docent/onderzoeker, kaderhuisarts urogynaecologie, coördinator kaderopleiding urogynaecologie, Eerstelijnsgeneeskunde Radboudumc, Nijmegen namens de expertgroep UgynHAG; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts en hoofdredacteur van *Huisarts & Wetenschap*; dr. H.J.M.G. Nelissen-Vrancken, apotheker namens het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM); dr. J.J. Oltvoort, senior beleidsadviseur Gezondheidseconomie namens Nefarma; drs. E.F.W. van Vlijmen en dr. J. Span namens het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG); dr. H.W. Elzevier, uroloog en werkzaam bij het LUMC; K. de Leest, apotheker namens de werkgroep voor Farmacotherapie en Geneesmiddelinformatie (WFG) van het KNMP Geneesmiddel Informatie Centrum; L.J. Meijer, huisarts en voorzitter van FMCC namens de FMCC; dr. M.E.T.C. van den Muijsenbergh, huisarts werkzaam bij Pharos/Radboudumc afdeling eerstelijnsgeneeskunde namens Pharos; B. Ruesink, psychiater, psychotherapeut en seksuoloog NVVS werkzaam bij praktijk Ruesink en namens de NVvP/ Platform LHBT & psychiatrie; dr. H.W. van Lunsen, arts-seksuoloog NVVS werkzaam bij het AMC, afdeling Seksuologie en M.J. Ramakers, arts-seksuoloog NVVS, FECSM, werkzaam bij Censere Voorschoten en Rooseveltkliniek Leiden, beiden namens de NVVS; dr. ir. B.E.P.B. Ballieux, klinisch chemicus LUMC namens de NVKC; M. de Vries, apotheker/adviseur redacteur Farmacotherapeutisch Kompas namens Zorginstituut Nederland (ZINL); prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, huisarts en hoogleraar vrouwenstudies medische wetenschappen, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen aan het UMC St. Radboud te Nijmegen; dr. D. Bijl, arts-epidemioloog en hoofdredacteur van het *Geneesmiddelenbulletin*; prof.dr. J.E.A.M. van Bergen, huisarts te Amsterdam en bijzonder hoogleraar soa en hiv in de eerste lijn aan de afdeling huisartsgeneeskunde AMC-UVA, tevens werkzaam bij Soa AIDS Nederland namens de expertgroep SeksHAG; C.M. Salvatore, gynaecoloog-seksuoloog NVVS namens de NVOG; J. Klein, werkzaam bij Achmea en G.J.H. Mellema, arts Beleid & Advies MHA, beiden namens Zorgverzekeraars Nederland.

Naamsvermelding als referent betekent overigens niet dat een referent de standaard inhoudelijk op ieder detail onderschrijft.

R. Starmans en H. Eekhof hebben namens de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS) tijdens de commentaarronde beoordeeld of de ontwerpstandaard antwoord geeft op de vragen uit het herzieningsvoorstel. In juni 2015 werd de standaard becommentarieerd en geautoriseerd door de NHG-Autorisatiecommissie (AC). De zoekstrategie die gevolgd werd bij het zoeken naar de onderbouwende literatuur is te vinden bij de webversie van deze standaard. Tevens zijn de procedures voor de ontwikkeling van de NHG-Standaarden in te zien in het procedureboek (zie www.nhg.org).

Enkele tekstgedeeltes zijn, soms na bewerking, met toestemming van de uitgever overgenomen uit het *Handboek seksuele gezondheid* van Leusink en Ramakers [Leusink 2014].

Aanvulling op de NHG-Standaard Visusklachten (tweede herziening)

Bij de NHG-Standaard Visusklachten, die in oktober in* Huisarts en Wetenschap *verscheen, is onderstaand kader weggevallen. Dit kader is onlosmakelijk verbonden met de tekst van de standaard en is in de webversie wel opgenomen. Het kader geeft een overzicht van de diverse disciplines die in de oogzorg werkzaam zijn.

Disciplines in de oogzorg

De huisarts heeft in het algemeen beperkte oogheelkundige diagnostische mogelijkheden. Voor nadere diagnostiek of behandeling werkt hij daarom samen met diverse hulpverleners in de oogzorg.

Het *jeugdgezondheidszorgteam* (JGZ-team) voor 0- tot 19-jarigen (consultatiebureau, schoolgezondheidszorg), bestaande uit jeugdarts, verpleegkundig specialist preventie, JGZ-verpleegkundige en (dokters)assistent richt zich op de vroege opsporing van visuele stoornissen. Het doel is om amblyopie, amblyogene factoren (strabismus en refractieafwijkingen) en aangeboren oogafwijkingen vroegtijdig op te sporen. Jeugdartsen kunnen kinderen rechtstreeks naar de oogarts/orthoptist verwijzen, bijvoorbeeld bij vermoeden van of na vaststelling van een functieafwijking of een aangeboren afwijking.

De *orthoptist* neemt een eigen, zelfstandige plaats in binnen een specifiek deel van de oogzorg en is veelal werkzaam in de tweede lijn, in nauwe samenwerking met oogartsen. Het beroep van orthoptist is opgenomen in de Wet BIG art.34. De orthoptist meet de visus en onderzoekt de samenwerking tussen beide ogen en de oogmotoriek, spoort afwijkingen en de gevolgen daarvan op, zoals scheelzien, al dan niet gepaard gaand met dubbelzien en amblyopie en behandelt kinderen met een (dreigende) amblyopie.

Een *opticien* doet oogmetingen en beschikt over kennis van brillenglazen en monturen. Een gediplomeerde opticien heeft een MBO4-opleiding afgerond. Het gebruik van de titel opticien en het doen van oogmetingen is bij wet niet gereguleerd. In het dagelijks spraakgebruik wordt het woord opticien zowel gebruikt om het optiekbedrijf mee aan te duiden als de persoon van de opticien. Binnen het optiekbedrijf werken vaak niet alleen de opticien, maar ook andere zorgverleners, zoals de optometrist en de contactlensspecialist. Soms werken er ook '*low-vision*'-specialisten.

Een *contactlensspecialist* kan bepalen of een oog geschikt is voor het dragen van contactlenzen, kan contactlenzen aanmeten en deze controleren. Een gediplomeerde opticien kan een tweejarige deeltijdopleiding voor contactlensspecialist volgen.

De *optometrist* werkt als zelfstandig beroepsbeoefenaar in de eerste- of tweedelijnsgezondheidszorg. De optometrist doet oogonderzoek (met behulp van daartoe geëigende apparatuur en/of door het toedienen van voor het onderzoek noodzakelijke geneesmiddelen) en is opgeleid om optometrische diagnoses te stellen. Het beroep van optometrist is opgenomen in de Wet BIG art.34. De optometrist, werkzaam in de eerste lijn, is zonder verwijzing van de huisarts toegankelijk voor patiënten. Optometrische zorg wordt anno 2015 niet vergoed vanuit de basisverzekering. Naar schatting 70% van de optometristen in Nederland is werkzaam in de optiekbranche. De belangrijkste taken van optometristen, werkzaam in de eerste lijn zijn: beoordelen of er sprake is van een refractieafwijking, signaleren van niet-refractiegerelateerde afwijkingen, zoals cataract, maculadegeneratie en glaucoom en de patiënt hiervoor doorverwijzen naar de huisarts en het verstrekken en afpassen van optische hulpmiddelen (bril, contactlenzen, 'low-vision'-hulpmiddelen). In de tweede lijn werkt de optometrist onder verantwoordelijkheid van de oogarts en betreffen de werkzaamheden, naast diagnostiek, voor- en naonderzoek bij behandeling van oculaire pathologie.

Maaike Goenee, Gé Donker, Ciel Wijsen

Anticonceptie voor en na ongewenste zwangerschap

Eén op de vijf Nederlandse vrouwen is ooit ongepland zwanger geweest, maar ongepland is niet altijd ongewenst. Van alle ongeplande zwangerschappen eindigt 13,5% met een abortus. Van de cliënten in abortusklinieken is 60% verwezen door de huisarts. Gezien het percentage van circa 30% herhaalde abortussen is anticonceptiecounseling erg belangrijk. Wij onderzochten het anticonceptiegebruik van vrouwen die voor een ongewenste zwangerschap hun huisarts consulteren.

WAT GAAT ER FOUT?

Ruim eenderde van de 853 vrouwen gebruikte geen anticonceptie voorafgaand aan de ongewenste zwangerschap [**figuur A**]. De pil (29,7%) en het condoom (18,8%) werden het vaakst gebruikt en het spiraal opvallend weinig (2,6%). Nieuwere methoden, zoals de anticonceptiering en -pleister, werden nauwelijks toegepast.

Van de vrouwen die wel anticonceptie gebruikten voorafgaand aan de zwangerschap, deed een kwart dit inconsequent. Eén op de tien vrouwen paste de anticonceptie verkeerd toe, 9,8% was (tijdelijk) gestopt met de aangegeven methode en 7,7% was de anticonceptie eenmalig vergeten (gebruikersfouten). Bijna de helft (45,8%) van de vrouwen zegt de anticonceptie wel goed te hebben gebruikt, maar dat deze desondanks faalde.

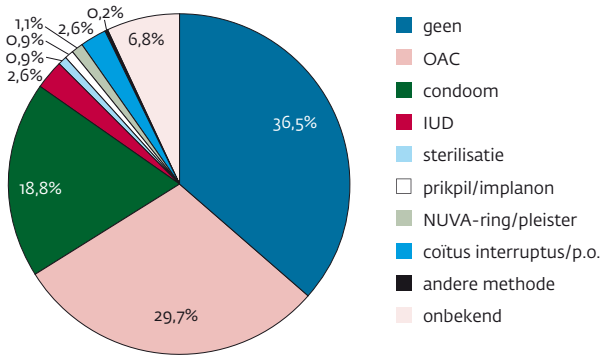
EN HOE GAAT HET VERDER?

Driekwart (74,9%) van de vrouwen koos uiteindelijk voor abortus. Wij onderzochten welke anticonceptie deze vrouwen kozen na beëindiging van de zwangerschap [**figuur B**] (n = 490). Bijna de helft koos voor de pil en een kwart voor een spiraal. Het percentage vrouwen dat geen anticonceptie gebruikt, daalde van 36,5% naar 8,8%. Van diegenen die aanvankelijk geen anticonceptie gebruikten, startte de meerderheid met de pil. De helft van de pilgebruiksters blijft deze methode gebruiken en eenvijfde stapt over naar het spiraal. Condoomgebruikers stappen na abortus het vaakst over naar andere anticonceptie. Een kwart van de vrouwen verandert de anticonceptiemethode niet.

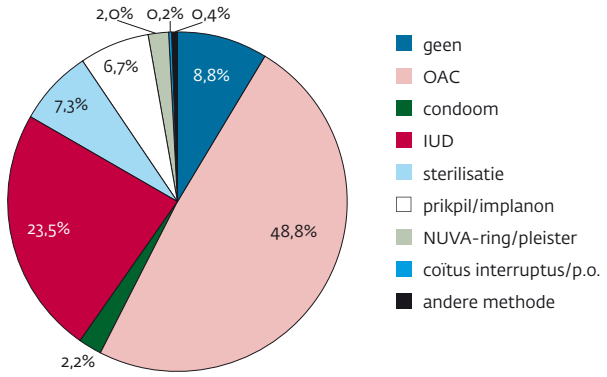
CONCLUSIE

Een meerderheid van de ongewenst zwangere vrouwen die hiervoor de huisarts bezoekt, gebruikt anticonceptie. Bijna de helft van deze ongewenste zwangerschappen wordt toegeschreven aan falende anticonceptie. Gezien de betrouwbaarheid van de meestgebruikte anticonceptiemiddelen is de anticonceptie waarschijnlijk vaker verkeerd gebruikt dan gerapporteerd. De kans op gebruikersfouten is het grootst bij methoden die afhankelijk zijn van dagelijks gebruik of waarbij intermediërende problemen (braken, diarree of het slikken van bepaalde medicatie) van invloed zijn. Dit is vooral het geval bij de pil en het condoom. Toch kiest de helft van de vrouwen ook na het beëindigen van de zwangerschap voor deze methoden. Na een abortus gebruikt nog steeds 1 op de 11 vrouwen geen anticonceptie. Huisartsen kunnen het verschil maken en bijdragen aan effectiever anticonceptiegebruik door na een ongewenste zwangerschap met de vrouw te exploreren welke anticonceptiemethode het best past bij haar leefstijl en levensfase. ■

Figuur Anticonceptiegebruik bij vrouwen die hun huisarts consulteren voor ongewenste zwangerschap: (A) voorafgaand aan ongewenste zwangerschap (n = 853) en (B) na abortus provocatus (n = 490)



A Voorafgaand aan ongewenste zwangerschap (%)



B Na abortus provocatus (%)

Dit onderzoek is een samenwerkingsproject tussen het NIVEL en Rutgers. Gegevens over ongewenste zwangerschap werden vanaf januari 2004 tot en met december 2011 verzameld in 42 huisartsenpraktijken die participeren in de Peilstations van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. In een aanvullende vragenlijst noteerde de huisarts onder andere achtergrondkenmerken en de intentie van de patiënt tot behoud of afbreking van de zwangerschap. Na 6 maanden verzamelde een follow-upvragenlijst over dezelfde zwangerschappen informatie over de uiteindelijke zwangerschapsuitkomst, het verwijsbeleid en de in gebruik zijnde anticonceptie.

Mariëlla Withagen

Functie en disfunctie van de bekkenbodem

INLEIDING

Bekkenbodemproblemen komen zeer frequent voor. Tijdens lichamelijk onderzoek wordt bij de helft van de vrouwen die vaginaal bevallen zijn een verzakking gevonden.[1] Gelukkig hebben niet al deze vrouwen klachten, maar blijkens Nederlands onderzoek heeft 1 op de 8 vrouwen in de leeftijd 45-85 jaar een symptomatische verzakking.[2] Van alle volwassen vrouwen heeft 30 tot 40% urine-incontinentie.[3] Naast deze voor de hand liggende bekkenbodemproblemen, zijn er nog meer klachten waarin de bekkenbodem een duidelijke rol speelt. In dit artikel bespreken wij de functie en disfunctie van de bekkenbodem, de relatie met klachten en behandelopties.

FUNCTIE VAN DE BEKKENBODEM

De bekkenbodem is een complexe structurele eenheid op de bodem van de abdominale holte die een soort hangmat vormt voor de inwendige bekkenorganen. De bekkenbodem bestaat uit een spiergroep (de m. levator ani, bestaande uit m. coccygeus, m. ileococcygeus, m. pubococcygeus en m. puborectalis), bindweefsel en ligamenten, die aan het benige bekken vastzitten en het afsluiten [**figuur**]. In de bekkenbodem bevindt zich een aantal openingen waardoorheen bij mannen twee en bij vrouwen drie structuren lopen: urethra, vagina en rectum/anus.

Samenvatting

Withagen MIJ. Functie en disfunctie van de bekkenbodem. Huisarts Wet 2015;58(11):600-3.

Bekkenproblemen komen frequent voor. De bekkenbodem bestaat uit een groep spieren en ligamenten die samen het benige bekken afsluiten. Een normaal functionerende bekkenbodem moet steun geven aan de bekkenorganen en extra kunnen aanspannen om continent te blijven, maar ook op het juiste moment kunnen ontspannen om te urineren, defeceren, coïteren of baren. Als de bekkenbodem onderactief is en te weinig steun geeft, kan dat leiden tot incontinentie voor urine of ontlasting, en tot verzakking van uterus, blaas en rectum, Anderzijds kan een te sterk aangespannen, overactieve bekkenbodem leiden tot dyspareunie, obstipatie, klachten van een overactieve blaas, recidiverende urineweginfecties en chronische buik- en bekkenpijn. Vaak heeft een patiënt klachten tegelijk, maar staat er één op de voorgrond. Daarom is het zaak ook andere, soms zeer verschillende klachten uit te vragen en de samenhang duidelijk in beeld te brengen. Bekkenfysiotherapie kan een belangrijke bijdrage leveren aan de behandeling.

UMC Utrecht, Divisie Vrouw en Baby, Voortplanting en Gynaecologie, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht: dr. M.I.J. Withagen, urogynaecoloog (tevens Bergman Clinics|Vrouwenzorg Bilthoven) • Correspondentie: m.i.j.withagen@umcutrecht.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: Auteur ontving financiële vergoeding van Astellas voor het geven van een nascholing 'Bekkenbodemproblematiek'. Daarnaast ontving zij subsidie van de firma Johnson & Johnson voor onderzoek naar recidieve en primaire prolaps (2010).

In rust moeten de bekkenbodemspieren een basisspanning hebben waardoor zij steun kunnen geven aan de bekkenorganen, zodat deze niet uitzakken. Bij inspanning, zoals bij lopen of hoesten, moeten de bekkenbodemspieren extra aanspannen om de organen op hun plaats te houden en verlies van urine en ontlasting te voorkomen. Om normaal te kunnen urineren, defeceren en gemeenschap te hebben, moet de bekkenbodem op het juiste moment kunnen ontspannen. Een vaginale bevalling vergt optimale ontspanning en de bekkenbodem moet tijdelijk ook verder oprekken om het kind te laten passeren.

Wanneer de basisspanning van de bekkenbodem niet adequaat is (te gespannen of te ontspannen), wanneer een deel van de bekkenbodem beschadigd is of wanneer zenuwen die de bekkenbodem aansturen beschadigd zijn, kan er een disfunctie van de bekkenbodem ontstaan.

ONDERACTIVITEIT VAN DE BEKKENBODEM

Als bekkenbodemspieren niet goed kunnen aanspannen (onderactief zijn) of deels beschadigd zijn, kan daardoor een aantal klachten ontstaan, waaronder stressincontinentie voor urine, fecale incontinentie en prolaps [**tabel**].

Stressincontinentie

Stressincontinentie is een klacht die bij vrouwen zeer frequent voorkomt.[3] Het weefsel onder de urethra bezit niet meer voldoende stevigheid om er de plasbuis mee te kunnen dichtdrukken bij drukverhogende momenten, en daardoor kan urineverlies optreden. Dit type urineverlies kan worden behandeld met leefstijlaanpassingen, bekkenbodemoefeningen, bekkenfysiotherapie (met nadruk op kracht, duurzaamheid van contractie en coördinatie), een klaptampon,[13] een pessarium of een operatie waarbij een mid-urethrale tape wordt geplaatst.[14] Een Nederlands gerandomiseerd onderzoek heeft aangetoond dat een mid-urethrale tape effectiever is dan bekkenfysiotherapie als primaire behandeling voor matige tot ernstige stressincontinentie.[15]

Fecale incontinentie

Fecale incontinentie kan optreden door verslapping of beschadiging van de anale kringspier of de bekkenbodemspieren, of door schade aan de zenuwen die deze spieren aansturen. An-

De kern

- Een goed functionerende bekkenbodem heeft een normale basisspanning en kan adequaat aan- en ontspannen.
- Een onder- of overactieve bekkenbodem kan uiteenlopende klachten geven; het is zaak daarin de samenhang te zoeken.
- Bekkenfysiotherapie zal vaak deel uitmaken van de behandeling.

Figuur De vrouwelijke bekkenbodem

A Onderaanzicht

B Vooraanzicht

dere oorzaken zijn verminderde elasticiteit van het rectum, verandering van het gevoel in het rectum of chronische diarree. Verlies van ontlasting kan worden tegengegaan door te zorgen voor betere lediging van het rectum (vezelrijke voeding of supplementen, rectale spoelingen), of, in geval van diarree, door juist loperamide voor te schrijven. Naast deze maatregelen is bekkenfysiotherapie, waarin de nadruk gelegd wordt op kracht, duurzaamheid van contractie, coördinatie en soms rectale ballontraining, een goede behandeling. Operaties zijn alleen effectief bij specifieke afwijkingen, zoals rectale prolaps, een fistel of recent obstetrisch letsel aan de anale sfincter. Soms is sacrale neuromodulatie een optie.[5]

Prolaps

Prolaps of verzakking van de bekkenorganen kan een gevolg zijn van een onderactieve bekkenbodem of schade aan de bekkenbodem. Bij een normaal werkende levator ani is de bekkenbodem gesloten en staat er geen spanning op de ligamenten en kapsels die uterus, blaas, rectum en vagina op hun plaats houden. Als de m. levator ani volledig ontspannen is, staat de bekkenbodem open en zijn het de ligamenten en kapsels die de organen op hun plaats moeten houden.[10] Voor kortere periodes is dit geen probleem, maar als het langer duurt zakken de wanden van de organen uit en ontstaat er een cystocele, rectocele, enterocele, rectumprolaps of descensus uteri. Voor een verzakking die geen klachten geeft, is geen behandeling nodig. Bij een beginnende prolaps kunnen de klachten met bekkenfysiotherapie worden verminderd.[16] In verder gevorderde stadia is een pessarium of verzakkingsoperatie nodig.

Tabel Prevalentie van bekkenbodemdisfunctie naar geslacht

Bekkenbodem	Aandoening	Prevalentie vrouwen	mannen
Onderactief	stressincontinentie[3,4]	20%	zeldzaam, iatrogeen
	prolaps[2,5]	12%	0,5% (rectumprolaps)
	fecale incontinentie[6]		
	■ gemiddeld	8% (vrouwen en mannen samen)	
	■ 20-29 jaar	2,6% (vrouwen en mannen samen)	
	■ > 70 jaar	15,3% (vrouwen en mannen samen)	
Overactief	dyspareunie[7]	30% (indien gemeenschap)	–
	obstipatie[8]	10-20% (vrouwen en mannen samen)	
	overactieve blaas[9]	10-12% (vrouwen en mannen samen)	
	recidiverende urineweginfectie[10]	10%	–
	chronische buik- en bekkenpijn[11,12]	14-24%	3-4%

OVERACTIVITEIT VAN DE BEKKENBODEM

Als de bekkenbodem te 'gespannen' is, kunnen klachten ontstaan, zoals dyspareunie, obstipatie, overactieve blaas (soms met urgency-incontinentie), recidiverende urineweginfecties en chronische buik- en bekkenpijn [**tabel**].

Dyspareunie

Pijn tijdens de geslachtsgemeenschap kan ontstaan door primaire overactiviteit of in stand gehouden worden door secundaire overactiviteit van de bekkenbodem.[17] Beide vormen van overactiviteit kunnen een scala aan oorzaken hebben: primaire overactiviteit kan het gevolg zijn van stress, een operatie in het bekkengebied, taboes of negatieve (seksuele) ervaringen; secundaire overactiviteit kan een gevolg zijn van dyspareunie en pijn door een infectie, vulvaire dermatose, endometriose of atrofie. Naast behandeling van de onderliggende oorzaak kan bekkenfysiotherapie met relaxatie, eventueel biofeedback en pelottes, een goede aanvulling zijn. Sommige patiënten hebben seksuologische begeleiding nodig.

Abstract

Withagen MIJ. Function and dysfunction of the pelvic floor. Huisarts Wet 2015;58(11):600-3.
Pelvic floor disorders are common. The muscles and ligaments of the pelvic floor support the pelvic organs and span the bottom of the pelvis. Additional contraction of the muscles maintains continence, whereas relaxation at the appropriate moment allows urination, defaecation, intercourse, and birth. Underactive pelvic floor muscles that provide too little support can give rise to urinary and faecal incontinence and vaginal, rectal, or bladder prolapse. In contrast, overactive pelvic floor muscles can give rise to dyspareunia, constipation, overactive bladder, recurrent urinary tract infections, and chronic abdominal or pelvic pain. Although patients often experience several symptoms at the same time, one is usually more pronounced. This is why it is important to ask about the various, sometimes very different, symptoms and their association, in order to get a complete picture. Pelvic floor physiotherapy has an important role in treatment.

Foto: Shutterstock/Dr pixel

Obstipatie

Obstipatie is meestal het gevolg van een stoornis in de motoriek van het colon, de bekkenbodem en/of de externe anale sfincter.[8] Een overactieve bekkenbodem ontspant zich onvoldoende tijdens pogingen tot defecatie (men spreekt ook wel van spastischebekkenbodemsyndroom of anisme). Vaak spant de patiënt tijdens de poging zelfs onbewust spiergroepen aan zoals de m. puborectalis en de m. sphincter ani externus (paradoxale aanspanning).[8] Doordat de ontlasting zich ophoopt in het rectum en het colon en daar verder indikt, wordt de defecatie steeds moeizamer. De behandelstrategie bestaat uit leefstijladviezen, toiletadvies en een vezel- en vochtrijk dieet. Relaxerende bekkenfysiotherapie is een goede aanvullende behandeling.

Overactieve blaas

Een overactieve blaas met of zonder urgency-incontinentie kan vele oorzaken hebben: neurologische afwijkingen, urineweginfectie, blaasstenen, verdikte blaaswand, obstructie door een vergrote prostaat of prolaps, prikkeling door alcohol, koffie of medicatie, of prikkeling door een overactieve bekkenbodem. De overactiviteit van de bekkenbodem kan primair zijn, maar kan ook zijn veroorzaakt door de overactieve blaas. Relaxatie van de bekkenbodem in combinatie met blaastraining is vaak de eerste stap in het therapeutisch plan, zo nodig ondersteund met een muscarine-antagonist, zoals oxybutinine, of een bèta-3-agonist, zoals mirabegron. Heeft dit onvoldoende effect, dan zijn er nog effectieve behandelopties, zoals botulinetoxine in de blaas, percutane stimulatie van de n. tibialis (PTNS) of sacrale neuromodulatie (SNS).[14]

Urineweginfecties

Recidiverende urineweginfecties worden vooral veroorzaakt door micro-organismen afkomstig uit de fecale flora die de blaas koloniseren. Bij veel infecties speelt residuvorming en stase van urine een rol, ontstaan door bijvoorbeeld een neurogene blaasfunctiestoornis, een te geringe mictiefrequentie, pendel van urine binnen de urinewegen of obstructie als gevolg van een vergrote prostaat, een grote verzakking of een overactieve bekkenbodem. Andere oorzaken van urineweginfecties zijn atrofie, een verminderde weerstand en geslachtsgemeenschap. Behandelmogelijkheden zijn lokale oestrogenen bij atrofie, profylaxe met antibiotica, preventie met cranberryproducten, mictie(re-)educatie, optimalisering van het defecatiepatroon met vezels en relaxatie van de bekkenbodem met bekkenfysiotherapie.[18]

Buik- en bekkenpijn

Chronische buik- en bekkenpijn is een intermitterende of continu aanwezige pijn in de onderbuik of het bekken, die minstens zes maanden aanwezig is en niet uitsluitend optreedt bij menstruatie, coïtus of zwangerschap.[19] Lichamelijke, psychologische, sociale en seksuologische factoren kunnen een rol spelen. Vaak is de spierspanning in de bek-

kenbodem te hoog, waardoor sommige organen en zenuwen langdurig onder druk komen te staan. Zowel bij mannen als bij vrouwen kan dit leiden tot pijnklachten in onderbuik, kruis en liezen, pijn in de rug, moeilijk plassen of pijn bij het vrijen. De klachten kunnen bij mannen sterk doen denken aan een prostaatontsteking of prostatodynie. Een zittend beroep, een prostaatontsteking, een traumatische bevalling, een vaginale infectie of een gynaecologische operatie zijn risicofactoren voor overactiviteit en chronische pijn. Maar de verhoogde bekkenbodemspanning en de pijnklachten kunnen ook andere oorzaken hebben, zoals verkeerd aangeleerd plasgedrag, stress of negatieve seksuele ervaringen. Naast de behandeling van de onderliggende oorzaak (stress, onverwerkt verleden, initiële infectie) zijn bekkenbodemrelaxatie en bekkenbodem(re)-educatie een belangrijke ingang voor de behandeling.

BESCHOUWING

De bekkenbodem is een complexe functionele eenheid met twee tegengestelde functies. De eerste functie is steun geven aan de inwendige organen in het bekken om te voorkomen dat deze uitzakken, en verlies van urine en ontlasting tegengaan. Maar op het juiste moment moet de bekkenbodem ook urine, ontlasting of een kind kunnen laten passeren en geslachtsgemeenschap mogelijk maken. Een juiste aansturing is dus van groot belang om het evenwicht tussen over- en onderactiviteit te handhaven. Een verstoring van dit evenwicht kan verschillende klachten geven. De patiënt heeft vaak diverse klachten die passen bij een over- of juist onderactieve bekkenbodem. Het loont dan – zeker bij kenmerkende bekkenbodemklachten maar ook bij minder voor de hand liggende klachten – om de bekkenbodem te onderzoeken (basisspanning, aanspannen en ontspannen) en andere mogelijke klachten uit te vragen. De klachten met elkaar in verband brengen geeft de patiënt vaak inzicht.

Bekkenfysiotherapie, in de vorm van re-educatie, krachttraining, coördinatietraining en relaxatietraining door een erkend bekkenfysiotherapeut, kan zeer effectief zijn bij een disfunctionele bekkenbodem.[10] Van groot belang zijn de motivatie van de patiënt, voldoende tijd en persoonlijke aandacht van de therapeut, en goede feedback over de spanning van de bekkenbodemspieren door middel van toucher of myofeedback. De behandeling kan worden uitgebreid met biofeedback, elektrostimulatie of pelottes.

CONCLUSIES

- De bekkenbodem heeft tegenstrijdige functies: steun geven aan de bekkenorganen, maar op het juiste moment ontspannen om urine, ontlasting of een kind te laten passeren.
- Als de bekkenbodem onderactief of beschadigd is, kan dit leiden tot stressincontinentie, fecale incontinentie of prolaps. Vaak heeft de patiënt meerdere van deze klachten tegelijk.
- Als de bekkenbodem overactief is, kan dit leiden tot dyspareunie, obstipatie, overactieve blaas, recidiverende urineweginfecties en chronische buik- en bekkenpijn. Vaak heeft de patiënt verschillende van deze klachten tegelijk.
- Door de spanning en ontspanning van de bekkenbodem te beoordelen en de klachten in samenhang uit te vragen, kan men de patiënt op het juiste spoor zetten.
- Bekkenfysiotherapie kan zeer effectief zijn bij een onder- of overactieve bekkenbodem, mits de patiënt gemotiveerd is. ■

LITERATUUR

1 Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. Cochrane Database Syst Rev 2013;4:CD004014.
2 Slieker-ten Hove MC, Pool-Goudzwaard AL, Eijkemans MJ, Steegers-Theunissen RP, Burger CW, Vierhout ME. Symptomatic pelvic organ prolapse and possible risk factors in a general population. Am J Obstet Gynecol 2009;200:184.e1-7.
3 Hannestad YS, Rortveit G, Sandvik H, Hunskaar S. A community-based epidemiological survey of female urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT study. Epidemiology of Incontinence in the County of Nord-Trøndelag. J Clin Epidemiol 2000;53:1150-7.
4 Börgermann C, Kaufmann A, Sperling H, Stöhrer M, Rübben H. The treatment of stress incontinence in men: part 2 of a series of articles on incontinence. Dtsch Arztebl Int 2010;107:484-91.
5 Steele SR, Varma MG, Prichard D, Bharucha AE, Vogler SA, Erdogan A, et al. The evolution of evaluation and management of urinary or fecal incontinence and pelvic organ prolapse. Curr Probl Surg 2015;52:17-75.
6 Whitehead WE, Borrud L, Goode PS, Meikle S, Mueller ER, Tuteja A, et al. Fecal incontinence in US adults: epidemiology and risk factors. Gastroenterology 2009;137:512-7.
7 Herbenick D, Schick V, Sanders SA, Reece M, Fortenberry JD. Pain experienced during vaginal and anal intercourse with other-sex partners: findings from a nationally representative probability study in the United States. J Sex Med 2015;12:1040-51.
8 Smout AJ, Brummer RJ. Gastro-intestinale chirurgie en gastro-enterologie IX. Obstipatie: oorzaken en diagnostiek. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144:878-84.
9 Wyndaele JJ. Overactive bladder, differential diagnosis, and clinical utility of fesoterodine. Int J Gen Med 2012;5:943-51.
10 Textbook of female urology and urogynecology. 2nd ed. Milton Park: Informa Healthcare, 2006.
11 Ahangari A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. Pain Physician 2014;17:E141-7.
12 Zhang R, Sutcliffe S, Giovannucci E, Willett WC, Platz EA, Rosner BA, et al. Lifestyle and risk of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in a cohort of US male health professionals. J Urol 2015. [Epub ahead of print].
13 Thyssen H, Bidmead J, Lose G, Møller Bek K, Dwyer P, Cardozo L. A new intravaginal device for stress incontinence in women. BJU Int 2001;88:889-92.
14 Bosch R, Van Balken M, Heesakkers J, Koldewijn E, De Kort L, Dietz V, et al. Richtlijn Urine-incontinentie voor de tweede en derde lijnszorg. Utrecht: NVU/NVOG, 2013.
15 Labrie J, Berghmans BL, Fischer K, Milani AL, Van der Wijk I, Smalbraak DJ, et al. Surgery versus physiotherapy for stress urinary incontinence. N Engl J Med 2013;369:1124-33.
16 Hagen S, Stark D, Glazener C, Dickson S, Barry S, Elders A, et al. Individualised pelvic floor muscle training in women with pelvic organ prolapse (POPPY): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2014;383:796-806 [Erratum in Lancet 2014;384:28].
17 Messelink B, Benson T, Berghmans B, Bø K, Corcos J, Fowler C, et al. Standardization of terminology of pelvic floor muscle function and dysfunction: report from the pelvic floor clinical assessment group of the International Continence Society. Neurourol Urodyn 2005;24:374-80.
18 Van Haarst EP, Bootsma AMJ, Elzevier HW, Froeling FMJA, Geerlings SE, Jansen FH, et al. Richtlijn Bacteriële urineweginfecties bij adolescenten en volwassenen. Utrecht: NVU, 2009.
19 Fall M, Baranowski AP, Elneil S, Engeler D, Hughes J, Messelink EJ, et al.; European Association of Urology. EAU guidelines on chronic pelvic pain. Eur Urol 2010;57:35-48.

Liesbeth AB, Alie van der Heide, Toine Lagro-Janssen, Janny Dekker

Rectale klachten: denkt ú aan een soa?

INLEIDING

Bijna 3% van het totaal aantal geregistreerde episoden in de huisartsenpraktijk betreft rectale klachten. Het gaat dan over anale pijn of jeuk, diarree, rectaal bloedverlies of slijm.[1] Onlangs zagen we in onze praktijk in de binnenstad van Groningen een aantal patiënten met anorectale klachten die uiteindelijk op een soa bleken te berusten. De presentatie van de klachten deed niet altijd direct een soa vermoeden. We beschrijven deze casuïstiek met als doel huisartsen aan te zetten om bij patiënten met rectale klachten vaker de mogelijkheid van een soa te overwegen. We zullen anamnestische en diagnostische aanwijzingen bespreken die huisartsen op het spoor van een soa kunnen zetten. Met eenvoudig aanvullend onderzoek kunnen huisartsen een rectale soa zelf diagnosticeren en behandelen.

Samenvatting

AB L, Van der Heide A, Lagro-Janssen T, Dekker J. Rectale klachten: denkt ú aan een soa? Huisarts Wet 2015;58(11):604-7.

Bijna 3% van het totaal aantal geregistreerde episoden in de huisartsenpraktijk betreft rectale klachten. De oorzaak hiervan kan een rectale soa zijn. We beschrijven drie casussen waarbij dit inderdaad het geval was. De eerste casus betreft een man bij wie de huisarts aanvankelijk een rectumcarcinoom vermoedde. De tweede gaat over een man die denkt dat hij aambeien heeft. De derde casus is die van een jonge vrouw met wisselende seksuele contacten die haar huisarts bezoekt met milde buikklachten. Proctitisklachten, al dan niet veroorzaakt door een soa, zijn bloed, slijm of pus bij de ontlasting, diarree, jeuk of pijn in de anale regio en loze aandrang en krampen. Om bij de anamnese een indruk te krijgen van het risico op een soa zijn de volgende aspecten van belang: het aantal sekspartners, sekstechnieken, de vraag of het gaat om mannen die seks hebben met mannen en of de patiënt of diens partners uit soa-endemische gebieden komen. Lichamelijke afwijkingen die de huisarts op het spoor van een rectale soa kunnen zetten, zijn oedeem, ulcera, blaasjes of wratjes in de perianale regio. De lymfeklieren in de liezen kunnen opgezet zijn. Bij rectaal toucher kan bloed, pus of slijm, of een weke zwelling worden gevonden. Als de huisarts een rectale soa overweegt kan hij dat met PCR-diagnostiek eenvoudig aantonen. De behandeling van een rectale chlamydia-infectie bestaat volgens de NHG-Standaard Het soa-consult uit doxycycline 2dd 100 mg gedurende één week en als er sprake is van lymphogranuloma venereum gedurende drie weken.

Academische Huisartsenpraktijk Groningen, Oostersingel ingang 47, 9700 AW Groningen: E. AB, huisarts; A. van der Heide, praktijkassistente; dr. J.H. Dekker, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar en huisarts • Correspondentie: e.ab@umcg.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

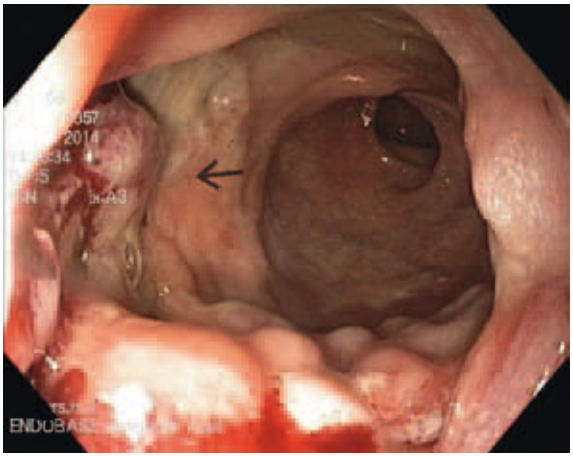
Casus 1

Een man van 54 jaar komt met zijn vrouw op het spreekuur. Hij heeft sinds twee weken rectaal bloedverlies. Hij vertelt nauwelijks meer de straat op te durven, omdat hij heftige aandrang heeft en de ontlasting maar moeilijk kan ophouden. Hij heeft verschillende keren per dag bloederige, slijmerige afscheiding uit de anus. Daarnaast heeft hij twee- tot driemaal per dag een brijachtige ontlasting, waarin ook bloedstolsels meekomen. Hij is niet afgevallen, heeft een goede eetlust en heeft ook niet gebraakt. Hij is niet in het buitenland geweest. De huisarts verricht een lichamelijk onderzoek en constateert dat het abdomen soepel is, zonder pijn of palpabele zwellingen. De klieren in de liezen zijn niet opgezet. De lichaamstemperatuur is 37,4 °C. Bij rectaal toucher voelt de huisarts vlak na de anus een weke zwelling van ongeveer 5 cm doorsnede. Aan de handschoen zit zachte ontlasting met bloed en pus. Omdat de huisarts denkt aan een rectumcarcinoom, verwijst ze de patiënt met spoed naar de maag-darmarts.

Op grond van het beeld bij sigmoïdoscopie denkt ook de MDL-arts aan een rectumcarcinoom en hij neemt biopten. De PA-uitslag van deze biopten luidt: aspecifieke ontsteking met lymfogranulomateus weefsel, geen maligniteit. Op grond van deze bevinding overweegt de huisarts de mogelijkheid van een soa en neemt ze een seksuele anamnese af bij de patiënt. De patiënt vertelt dat hij ongeveer een half jaar geleden receptief anaal contact heeft gehad met een anonieme mannelijke partner.

De huisarts neemt een PCR-swab af van het rectum voor onderzoek op *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (GO) en herpes simplex (HSV). Het onderzoek is positief voor chlamydia en bij doortesten blijkt deze van het type lymphogranuloma venereum (LGV) te zijn. De PCR-tests op herpes en gonorroe zijn negatief. Hiv-, lues-, hepatitis B- en C-serologie zijn ook negatief. De vrouw van de patiënt is inmiddels volledig op de hoogte en zij blijkt na testen geen soa te hebben [**figuur**].

Figuur **Rectaal ulcus lymphogranuloma venereum**



Casus 2

Een 38-jarige man belt met de doktersassistente. Hij vertelt dat hij aambeien heeft en wil graag een middeltje om de lasten te verlichten. De doktersassistente vraagt wat de klachten precies zijn. De patiënt blijkt ruim een week tevoren helder rood bloed bij de

ontlasting gehad te hebben. Dat is nu over, de ontlasting is zacht en hij heeft vooral last van gevoeligheid bij de anus. Hij herkent dit van eerdere keren dat hij aambeien had. De doktersassistente, die ook soa-spreekuren doet, ziet in zijn probleemlijst dat hij in het verleden een luesinfectie heeft gehad. Daarom overweegt zij de mogelijkheid van seksuele contacten met mannelijke partners (MSM: mannen die seks hebben met mannen). Zij vraagt hem een afspraak te maken op het spreekuur van de huisarts. Uit de anamnese blijkt dat er geen sprake is van een veranderd defecatiepatroon, de patiënt valt niet af en heeft een goede eetlust. Er komt geen darmkanker in de familie voor. De huisarts neemt ook een seksuele anamnese af vanwege de rectale klachten en de voorgeschiedenis en daaruit komt naar voren dat de man twee maanden geleden anaal seksueel contact heeft gehad met een man, waarbij hij de receptieve partner was. Het was naar zijn zeggen wel veilig gegaan (met condoom). Hij vertelt dat hij één keer per jaar door de GGD wordt getest vanwege zijn MSM-contacten. Daarom is hij ook voor hepatitis B gevaccineerd. Een half jaar geleden is hij nog getest op chlamydia, gonorroe, hiv en syfilis. De patiënt geeft aan nu absoluut geen soa-risico te hebben gelopen. Hij wil gewoon een pijnstillende zalf voor zijn aambeien. Hij vindt het ook maar vreemd dat hij, als hij voor een middeltje voor aambeien belt, op het spreekuur moet komen en al deze vragen krijgt. Bij inspectie van de anus ziet de huisarts geen bijzonderheden en ook geen aambeien. Het rectaal toucher levert ook geen bijzonderheden op. Het buikonderzoek is normaal. De huisarts neemt materiaal van het rectum voor een PCR-test op chlamydia en gonorroe, omdat de klachten zouden kunnen passen bij een rectale soa, en vanwege de voorgeschiedenis. De uitslag van de test blijkt positief voor chlamydia. Het betreft geen LGV-type.

Casus 3

Een jonge vrouw van 24 jaar heeft een dubbele afspraak gemaakt bij de huisarts. Ze heeft buikklachten en wil daarnaast een soa-test laten doen, omdat ze een nieuwe vriend heeft. Sinds een week of twee is haar ontlasting wat dunner en heeft ze een branderig gevoel bij de anus. Ze ervaart ook wat krampen. Ze dacht zelf dat ze iets verkeerds had gegeten. De huisarts vermoedt een infectieuze enteritis en laat een feceskweek doen. Omdat patiënte graag een soa-test wil, neemt de huisarts ook een seksuele anamnese af. Het blijkt dat ze het afgelopen half jaar drie verschillende sekspartners heeft gehad. Er was sprake van vaginaal en rectaal contact, beide onveilig. Ze heeft een lichte toename van vaginale afscheiding, maar geen vaginale jeuk of pijn. De huisarts realiseert zich nu dat haar buikklachten ook door een soa kunnen worden veroorzaakt. Bij het lichamelijk onderzoek blijkt dat de patiënte geen koorts heeft. De buik is soepel en niet pijnlijk, en ook het gynaecologisch onderzoek levert geen afwijkingen op. De huisarts adviseert om vaginaal en rectaal materiaal af te nemen voor PCR-tests op chlamydia en gonorroe, en bloed te laten prikken op hiv, hepatitis B en syfilis, in verband met het aantal verschillende sekscontacten in de voorafgaande zes maanden.

De patiënte krijgt het materiaal voor de PCR-tests mee, zodat zij die zelf thuis kan afnemen uit vagina en rectum. Zowel de vaginale als de rectale test blijkt positief voor chlamydia. Het betrof geen LGV. Het fecesonderzoek is negatief voor salmonella, shigella, campylobacter, wormeieren en cysten.

De kern

- Rectale klachten kunnen veroorzaakt worden door een soa, maar een rectale soa geeft meestal geen klachten.
- Voor de opsporing hiervan is de seksuele anamnese belangrijk en moet men een soa-risicoschatting maken.
- Klachten die passen bij een proctitis zijn: bloed, slijm of pus bij de ontlasting, jeuk of pijn in de anale regio, diarree of loze aandrang en krampen.
- Lichamelijke afwijkingen die op een soa kunnen wijzen zijn: oedeem, ulcera, blaasjes of wratjes in de perianale regio, opgezette klieren in de liezen of een weke zwelling bij rectaal toucher.
- Met een PCR-test gericht op chlamydia of gonorroe is een anorectale soa eenvoudig op te sporen.

BESCHOUWING

Epidemiologie

In de huisartsenpraktijk komen geregeld patiënten met rectale klachten. Tot de differentiaaldiagnose behoren dan virale, bacteriële of parasitaire infecties, hemorroïden of een anale fissuur. Wat zeldzamer zijn diverticulitis, coeliakie, auto-immuunziekten, zoals de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa, en goed- of kwaadaardige tumoren. Ook medicatie of radiotherapie kan rectale klachten geven. We weten niet wat de incidentie is van een rectale soa bij rectale klachten, maar het lijkt aannemelijk dat huisartsen en andere artsen rectale soa onderdiagnosticeren. De meestvoorkomende rectale soa is *Chlamydia trachomatis*. Het aantal chlamydia-infecties in de huisartsenpraktijk en centra voor seksuele gezondheid stijgt de afgelopen jaren. De meeste betreffen genitale infecties, of liever gezegd: meestal is alleen genitaal getest.[2,3] Uit onderzoek weten we dat 30,6% van de mannen en 26,5% van de vrouwen tussen de 15 en 71 jaar (op grond van een representatieve steekproef) ooit anale seks had. Uitgaande van de afgelopen 6 maanden betrof dit 13% van de mannen en 8% van de vrouwen.[4] Uit onderzoek in het regionaal soa-centrum in Den Haag blijkt dat 8,7% van de vrouwen die anale seks rapporteerden en 8,2% van de mannen met MSM-contacten een rectale chlamydia-infectie heeft.[5] Uit gegevens van de GGD Zuid-Limburg blijkt dat 71% van de vrouwen met een vaginale

Abstract

AB L, Van der Heide A, Lagro-Janssen T, Dekker J. Rectal symptoms: would you think of an STD? Huisarts Wet 2015;58(11):604-7.

Almost 3% of all registered general practice appointments involve rectal symptoms. These can be caused by a rectal sexually transmitted disease (STD). Three cases are described: the first involved a patient in whom a rectal carcinoma was suspected; the second a man who thought he had haemorrhoids; and the third a young woman who had had several sexual partners and complained of mild abdominal symptoms. Symptoms of proctitis, whether or not caused by an STD, are anorectal bleeding, mucopurulent discharge, diarrhoea, itching or pain in the anal region, a sensation of rectal fullness, and cramps. To assess the STD risk, it is important to know how many sexual partners the patient had in the previous 6 months, the sexual techniques used, if intercourse was between males, and if partners were from STD-endemic areas. Physical signs suggestive of a rectal STD are oedema, ulcers, vesicles, or warts in the perianal region, swollen lymph nodes in the groin, and blood, mucus, pus, or a soft tissue swelling found at rectal examination. Suspected rectal STDs can easily be confirmed using a PCR diagnostic test. According to the Dutch College of General Practitioners guideline Het soa-consult (The STD consultation), a rectal chlamydia infection should be treated with doxycycline (100 mg) twice daily for 7 days and lymphogranuloma venereum with the same dose of doxycycline for 3 weeks.

Foto: Flickr/Ton Rulkens

chlamydia ook een rectale chlamydia heeft, ongeacht of ze rectale seks rapporteerden of niet.[6] Dit kan betekenen dat de seksuele anamnese erg onbetrouwbaar is. Er kan ook sprake zijn van auto-inoculatie, dus dat chlamydiamateriaal vanuit de vagina in het rectum terechtkomt (of andersom).

Het belang van de anamnese

Proctitisklachten, al dan niet veroorzaakt door een soa, zijn bloed, slijm of pus bij de ontlasting, diarree, jeuk of pijn in de anale regio, loze aandrang en krampen. De eerste casus beschrijft een man met klachten die passen bij een proctitis, met daarbij rectaal bloedverlies. De NHG-Standaard Rectaal bloedverlies adviseert in zo'n geval te vragen naar seksuele gewoonten. Dat hebben de huisarts en de MDL-arts niet gedaan. Als de huisarts bij deze patiënt eerder de mogelijkheid van een soa had overwogen, was hem mogelijk een verwijzing naar de MDL-arts en een scopie bespaard gebleven.

Om bij de anamnese een indruk te krijgen van het risico op een soa zijn de volgende zaken van belang: het aantal sekspartners, sekstechnieken, de vraag of het MSM betreft en of de patiënt of diens partners uit soa-endemische gebieden komen. De seksuele anamnese is niet altijd betrouwbaar en de huisarts kan op weerstand stuiten bij het stellen van vragen, zoals bij casus 2 het geval is.[2] In de dagelijkse praktijk zal de doktersassistente vragen over aambeien als in casus 2 waarschijnlijk veelal telefonisch afhandelen. Het viel de assistente op dat de patiënt syfilis in zijn voorgeschiedenis had. Dat maakte dat zij aan de mogelijkheid van een soa dacht en een afspraak voor het spreekuur maakte. De huisarts vroeg deze mannelijke patiënt of hij seks had met mannen en of er receptief of insertief rectaal contact was geweest. Daarnaast verrichtte ze een lichamelijk onderzoek.

Casus 3 beschrijft een jonge vrouw met wisselende heteroseksuele contacten waarbij zowel vaginaal als anaal onveilige seks had plaatsgevonden. Verder had ze een mild proctitisbeeld. Omdat ze vroeg om een soa-test dacht de huisarts aan de mogelijkheid van een proctitis door een soa. Het gros van de vrouwen en driekwart van de mannen met een rectale chlamydia heeft echter geen rectale klachten. Als uit de seksuele anamnese blijkt dat een rectale soa niet uit te sluiten is, is het belangrijk rectaal te testen, ook als er geen klachten zijn.[7]

Lichamelijk onderzoek

Bij de man uit casus 1 was een weke zwelling in het rectum te voelen. Bij de scopie vermoedde ook de MDL-arts dat er sprake was van een rectumcarcinoom. Bij *Chlamydia trachomatis* van het type LGV komen granulomateuze ontstekingen voor, die kennelijk bij palpatie verward kunnen worden met een carcinoom. Mogelijk is het weke aspect van de tumor een aanwijzing dat er ook iets anders aan de hand kan zijn dan een maligniteit.[2,8] Pas de uitslag van de PA, een lymfogranulomateuze ontsteking, zette de huisarts en MDL-arts op het spoor van een soa. Lymphogranuloma venereum is een *Chlamydia trachomatis*-infectie van het serovartype L1, L2 of L3. Deze verloopt in het algemeen agressiever dan een infectie met andere chlamydiatypes. Er kan zich bij LGV ook een inguïnale lymfadenopathie ontwikkelen. Door het ulcererende karakter, dat ook bij andere rectale soa voorkomt, is er een grotere kans op transmissie van andere infecties, zoals hiv, hepatitis B en C. LGV komt vooral voor bij mannen die seks hebben met mannen. De prevalentie verschilt per regio.[9] In 2013 is in Nederlandse centra voor seksuele gezondheid 105 keer de diagnose LGV gesteld, naast 15.767 nieuwe gevallen van chlamydia.[3]

Bij de tweede patiënt vond de huisarts geen lichamelijke

afwijkingen, maar ook geen aambeien. Afwijkingen die de huisarts op het spoor van een rectale soa kunnen zetten, zijn: oedeem, ulcera, blaasjes of wratjes in de perianale regio. De lymfeklieren in de liezen kunnen opgezet zijn. Bij rectaal toucher kan bloed, pus of slijm worden gevonden of, zoals in casus 1, een weke zwelling. Dat veilig vrijen niet in alle gevallen echt veilig is blijkt uit casus 2. Condoomgebruik is niet altijd consequent, ook al geeft de patiënt dat aan. Deze patiënt behoort vanwege zijn contacten met mannen tot een hoogrisicogroep voor soa.

Aanvullend onderzoek

Als de huisarts een rectale chlamydia of gonorroe overweegt, zijn deze aandoeningen met PCR-diagnostiek (of andersoortige nucleic acid-amplificatietechnieken) eenvoudig aan te tonen. Een wat wordt 3 tot 5 cm voorbij de anus rondgedraaid tegen de rectumwand en naar het laboratorium voor infectieziekten gestuurd voor het verrichten van een PCR. De patiënt kan dit ook zelf doen. Van belang is op het formulier te zetten dat het om een rectale afname gaat, zodat het laboratorium kan doortesten op LGV indien de PCR positief is voor chlamydia. De diagnose herpes of condylomata acuminata is meestal op het oog te stellen, eventueel kan men ook hiervoor PCR-diagnostiek verrichten. Bij een patiënt met een hoog risico op soa is het ook verstandig serologisch onderzoek te doen naar hepatitis B (eventueel C), syfilis en hiv.

Therapie

De behandeling van een rectale chlamydia-infectie bestaat volgens de NHG-Standaard Het soa-consult uit één week doxycycline 2dd 100 mg. Als het om het type LGV gaat, is het advies de behandeling te verlengen tot drie weken (een vaginale of urethrale chlamydia wordt behandeld met azitromycine 1 gram eenmalig). Vanwege de grote effectiviteit is het niet nodig om een controletest te doen. Partneropsporing is wel van belang. De huisarts of de praktijkassistente kan hiervoor de website partnerwaarschuwing.nl gebruiken. Ze kunnen de partnerwaarschuwing ook uitbesteden aan de GGD, bijvoorbeeld als de patiënt veel anonieme contacten heeft.[2]

Foto: Flickr/Hey Paul Studios

CONCLUSIE

Bij een patiënt met rectale klachten moet ook gedacht worden aan een soa. Chlamydia is de meestvoorkomende rectale soa en het aantal infecties hiermee neemt de laatste jaren toe. Aanwijzingen voor een rectale soa zijn:

1. klachten die passen bij een proctitis: bloed, slijm of pus bij de ontlasting, jeuk of pijn in de anale regio, diarree of loze aandrang en krampen;
2. anale seks, MSM-contacten;
3. oedeem, ulcera, blaasjes of wratjes in de perianale regio, opgezette klieren in de liezen en een weke zwelling bij rectaal toucher.

Met een PCR-test op chlamydia en gonorroe is een rectale soa eenvoudig op te sporen. De behandeling van een rectale chlamydia is anders dan die van een genitale.

DANKWOORD

Met dank aan Hugo Wolters, MDL-arts Martini Ziekenhuis Groningen, voor de foto. ■

LITERATUUR

1 Van der Linden MW, Westert GP, De Bakker DH, Schellevis FG. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Klachten en aandoeningen in de bevolking en in de huisartspraktijk. Utrecht/Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
2 Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet 2013;56:450-63.
3 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Thermometer Seksuele gezondheid. Bilthoven: RIVM, 2014. www.rivm.nl/dsresource?objectid=rivmp:245026&type=org&disposition=inline&ns_nc=1.
4 De Graaf H. Seksueel gedrag en seksuele beleving in Nederland. Tijdschr Seksuol 2012;36:87-97.
5 Hermanussen R, Starink MV. Verschijningsvormen van anale soa's. Hertogenbosch: SekSOA: soa, hiv en seksuele gezondheid 2013. http://www.seksoa.nl/artikelen/verschijningsvormen-van-anale-soa.
6 Van Liere G, Hoebe C, Wolffs P, Dukers-Muijrers N. High co-occurrence of anorectal chlamydia in women visiting an STI clinic revealed by routine universal testing in an observational study; a recommendation towards a better anorectal chlamydia control in women. BMC Infectious Diseases 2014;14:274.
7 De Graaf H, Kruijer H, Van Acker J, Meijer S. Seks onder je 25e. 2: Seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Delft: Eburon, 2013.
8 Peters RP, Nijsten N, Mutsaers J, Jansen CL, Morre SA, Van Leeuwen AP. Screening of oropharynx and anorectum increases prevalence of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae infection in female STD clinic visitors. Sex Transm Dis 2011;38:783-7.
9 Koper NE, Van der Sande M, Koedijk FD. Lymfogranuloma venereum among men who have sex with men in the Netherlands; regional differences in testing rates lead to underestimation of the incidence, 2006-2012. Euro Surveill 2013;18:1-8.

Interview met Jan van Bergen

'Als je niet over seks práát, is een goede diagnostiek, behandeling en counseling niet mogelijk'

Jan van Bergen is huisarts in Amsterdam-Bijlmer, programmaleider bij Soa/Aids Nederland, voorzitter van de SeksHAG en bijzonder hoogleraar *Hiv en soa in de eerste lijn* aan de UvA. In een interview vertelt hij over de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van soa en waarom het huisartsenconsult over seksuele problematiek staat of valt bij een open communicatie.

Altijd al interesse

Van Bergen zet zich sinds jaar en dag in voor het onderwerp seksuologie. Hoe is deze belangstelling ontstaan? 'Die is er al vanaf mijn geneeskundeopleiding. Seksualiteit is erg belangrijk in het leven. Dat geldt voor jezelf, maar ook voor je patiënten. Die vinden het niet altijd gemakkelijk om te praten over hun problemen en onzekerheden, maar als je hen daarmee kunt helpen, kan dat tot veel "verlichting" leiden en versterk je de arts-patiëntrelatie. In Nederland zijn we gelukkig goed in het bespreekbaar maken van lastige onderwerpen: dit is wat er gebeurt en laten we daar nou gewoon over praten.

Tijdens mijn "tropenjaren" in Zambia en Nicaragua raakte ik geïnteresseerd in seksueel overdraagbare infecties. In ontwikkelingslanden zijn soa en hiv de op een na belangrijkste oorzaak van gezondheidsverlies bij vrouwen. Die overlijden daar aan gewone soa, bijvoorbeeld door een PID of een buitenbaarmoederlijke zwangerschap.'

Stokjes en gaatjes

'Praten over seks in de spreekkamer, daar gaat het allemaal om', meent Van Bergen. 'Doe je dat niet, dan is een goede diagnostiek, behandeling en counseling niet mogelijk. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat huisartsen amper laten testen op anale soa. Maar bij mannen die seks hebben met mannen zijn de meeste soa's, en vooral chlamydia, anaal en niet urethraal gelokaliseerd. Vraagt een man echter om een soa-test, dan wordt veelal zijn urine onderzocht. Waarom stelt de huisarts in zo'n geval niet de goede vragen? Dat kan heel simpel. "Wilt u een soa-test? Dan moet ik u een paar vragen stellen." En dan niet: "Bent u homo?", maar wel: "Heeft u seks met mannen, vrouwen of beide?" Zo'n vraag levert al heel veel informatie op en alleen dan steek je het goeie stokje in het goeie gaatje...'

Dubbele infecties bij vrouwen

Anale seks komt ook voor in heteroseksuele relaties. Moet de vraagstelling aan vrouwen daar dan niet eveneens op inspelen? Van Bergen: 'Jazeker! Vooral ook omdat er bij vrouwen vaak sprake is van dubbele infecties, vaginaal én anaal; bij mannen is de infectie vaak geïsoleerd op één plek. Het is ook van belang om daar goed naar te vragen bij vrouwen omdat het consequenties kan hebben voor je medicatievoorschrift. Bij een vaginale chlamydia is een eendagsbehandeling met azitromycine wel voldoende, maar bij een anale infectie geef je liever een kuur doxycycline van een week. Mogelijk is dat ook een oorzaak van recidieven, al weten we dat nu nog niet zeker.'

Stiekem overgedragen aandoeningen

En wanneer moet een huisarts bij keelklachten denken aan een soa? Van Bergen: 'Chlamydia komt niet zo vaak voor in de keel. Gonorroe kan wel tonsillitis geven, maar in 90% van de gevallen zijn er geen klachten. Helaas kun je chlamydia en gonorroe, of die nou anaal, oraal of genitaal zijn gelokaliseerd, ook overbrengen als je geen symptomen hebt. Het zijn dus vooral "stiekem overgedragen aandoeningen". Bij homomannen met plasbuisinfecties die zeggen veilig te vrijen, denken huisartsen vaak: Dat zal wel! Maar zo iemand kan keurig een condoom gebruiken bij anale seks en zijn infectie hebben opgelopen tijdens orale seks. Zo ook kwam de syfilisepidemie van een paar jaar geleden voort uit vooral orale seks. Maar om overdracht op anderen tegen te gaan is het opsporen van orale infecties vooral van belang bij mensen met veel wisselende contacten uit risicogroepen, zoals mensen met betaald sekswerk en mannen die seks hebben met mannen.'

Meevallende complicaties

'Veel infecties gaan vanzelf over, en dat geldt ook voor soa', stelt Van Bergen. Maar zijn de complicaties van syfilis op lange termijn dan niet heel ernstig? Van Bergen: 'Dat klopt. Het natuurlijk beloop van syfilis is onderzocht in het ethisch verwerpelijke Tuskegee-onderzoek in Amerika; Clinton heeft daarvoor nog zijn excuses aangeboden. Tot 1970 zijn daar Afro-Amerikaanse mannen in gevangenissen niet behandeld voor syfilis. Bij eenderde leidde dat tot ernstige complicaties, zoals neurolues. Maar hoewel de meeste mensen wel HPV-infecties doormaken, zijn complicaties daarvan uiterst zeldzaam. En ook de complicaties van chlamydia zijn lange tijd overschat; we weten nu dat het vermoedelijk slechts bij 1% van de gevallen leidt tot sub- of infertiliteit. Anderzijds, chlamydia komt zo vaak voor, dat zelfs dat ene procentje toch nog een probleem is.'

Herpes in de slaapkamer

'Een verschuiving is ook zichtbaar bij de herpesvirussen', vertelt Van Bergen.

'Vroeger had iemand meestal een koortslip door HSV type 1, óf een genitale besmetting door HSV type 2. Tegenwoordig wordt herpes genitalis in 50% van de gevallen door HSV-1 veroorzaakt.'

Komt die verschuiving doordat jongeren meer aan orale seks doen dan vroeger? Van Bergen: 'Wellicht dat dat ook meespeelt. Maar in de grote gezinnen van vroeger moesten meerdere kinderen nogal eens de slaapkamer delen. Je liep dan vaak al jong een koortslip op en bouwde zo antistoffen op. Tegenwoordig vindt de eerste besmetting meestal pas in de puberteit plaats, met als gevolg een toename van de genitale variant.'

Hiv: *test and treat!*

'Bij hiv, nog niet zo lang geleden een terminale besmetting, kunnen we nu een goede behandeling geven', vervolgt Van Bergen. 'Als iemand zijn medicijnen nu maar goed inneemt, is zijn levensverwachting vrijwel normaal. Bovendien is een goed behandelde patiënt bijna of geheel niet meer infectieus. Belangrijk is ook het *test and treat*-principe: je moet zo snel mogelijk bij iemand met een positieve hiv-test met de behandeling starten.'

Het Amsterdamse *H-team*

In Nederland zijn er nog steeds elk jaar duizend nieuwe hiv-infecties. Hoe kan dat nou als je niet meer infectieus bent zodra je wordt behandeld? Van Bergen: 'Zo'n 30% van alle hiv-besmette mensen is nooit getest. Vandaar de oproep aan alle risicogroepen om zich vooral wél te laten testen: dat geldt voor alle mannen die seks hebben met mannen én voor mensen uit hiv-endemische gebieden. We hebben hier in Amsterdam het *H-team* opgericht, dat aan hiv een halt wil toeroepen. Het gaat dan vooral om een eerdere opsporing, want meer dan 40% van de hiv-besmette mensen komt te laat in de zorg en bij migranten uit sub-Sahara-Afrika is dat zelfs meer dan 60%. Het is toch raar... we testen Hindoestaanse migranten wél proactief op suiker, maar migranten uit endemische gebieden niet op hiv! Ik vind dat we bij het registreren van nieuwe patiënten moeten vragen naar etniciteit én seksuele voorkeur; dat is belangrijk voor je kwaliteit van zorg. Net zoals we bij hypertensie en hepatitis B en C cultuurspecifiek handelen, kan dat dan ook bij hiv. Daartoe zou bijvoorbeeld een alert in NHG*Doc* kunnen worden opgenomen.'

Over- en onderdiagnostiek

'Het advies luidt om mannen die seks hebben met mannen minimaal jaarlijks te testen op hiv', stelt Van Bergen. 'Je hebt hun nu ook echt iets te bieden. Maar ook is het slechter om één hiv-diagnose te missen dan om een keertje te veel te testen. Er is nog een wereld te winnen, want er is sprake van onderdiagnostiek bij homomannen en mensen uit endemische gebieden. Ook wordt niet verder getest op hiv bij indicatorziekten als herpes zoster, een pfeifferachtig beeld of een andere gediagnosticeerde soa. Anderzijds is er overdiagnostiek bij jongeren met laagrisico seksuele contacten. Dan is er geen indicatie voor een test anders dan op chlamydia, maar het lab tekent soms dankbaar af bij allerlei andere soa. Vanwege de kosten willen sommige mensen al die soa-tests niet meer doen; die gaan dan naar internet of de drogist. En doe-het-zelftests zijn notoir onbetrouwbaar.'

Maar jongeren willen nu eenmaal alles via internet, dus valt die strijd nog wel te winnen? 'Je kunt ook tests bestellen waarmee je thuis materiaal afneemt dat je bij een erkend lab kunt laten nakijken. Dan krijg je wél een goede uitslag. Maar ook is het belangrijk op welk moment, op welke soa en op welke locaties je test. Een goede digitale beslisboom is dus zeker nodig! Hoe dan ook, die ontwikkelingen gaan snel. De *point of care test* komt eraan en straks kan het ongetwijfeld ook via je smartphone.'

Grenzen en vaccineren

'We moeten wel zorgen dat we seks bij jongeren niet te veel medicaliseren; het gaat om seksuele gezondheid en niet alleen om ziekte', meent Van Bergen. 'Het belangrijkste wat jongeren moeten leren is praten over wat ze wel en niet willen. Het merendeel van de meisjes geeft aan dat ze liever nog wat langer hadden gewacht met hun eerste keer en de belangrijkste soa bij de jeugd is nog altijd zwangerschap. Je moet dus leren je grenzen aan te geven, maar ook te zeggen wat je wél lekker en prettig vindt!'

Als het gaat om jongeren heeft Van Bergen nog een ander stokpaardje: de HPV-vaccinatie. 'Waarom vaccineren we wel meisjes en geen jongens? Ja, het HPV veroorzaakt baarmoederhalskanker, maar ook kanker van de mond, keel, penis en anus. En homomannen hebben een veel grotere kans op anale kanker dan vrouwen op baarmoederhalskanker. Bovendien: waarom vaccineren we alleen tegen de HPV-typen 16 en 18? Je kunt ook vaccineren tegen de HPV-typen die genitale wratten veroorzaken; in landen waar ze dat doen zijn de wratten bijna uitgeroeid. In Nederland doen we dat niet omdat die wratten niet dodelijk zijn, maar je zult ze maar hebben! Als ik een dochter had, zou ik geen seconde twijfelen en haar het uitgebreide vaccin geven.'

CCC en LSD in het consult

Heeft Van Bergen tot slot nog tips voor de spreekkamer van de huisarts? 'Een goed soa-consult bevat de drie C's: een **C**orrecte diagnose en therapie; **C**ounseling over veilig vrijen en **C**ontacten opsporen voor het waarschuwen en behandelen van partners. Veel mensen zien tegen dat laatste op, maar het kan tegenwoordig zelfs via sms en dat maakt het al een stuk makkelijker. Heel goed vind ik de filmpjes op Thuisarts.nl over hoe je het bespreekbaar kunt maken. Als je dat kunt zien, zegt dat veel meer dan welk verhaal ook. En wat betreft de Counseling: zorg dat je "spoort" met je patiënt: niet preken, geen dingen zeggen die alle jongeren weten. Vraag: 'Hoe zou jij je voelen als je een soa oploopt?" Vanuit dat gevoel kun je beter uitleggen dat de pil niet tegen soa beschermt. Om zinnig, effectief en emotioneel maatwerk te leveren blijft LSD de basis: luisteren, samenvatten en doorvragen...' ■

Ans Stalenhoef

Anne Loohuis

App voor behandeling incontinentie

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

Mevrouw Bos, 52 jaar, komt op het spreekuur en vraagt om incontinentiemateriaal voor urineverlies. Zij wil graag beginnen met bekkenbodemspieroefeningen. De behandeling van urine-incontinentie met bekkenbodemoefeningen of blaastraining is effectief, maar kost veel tijd en werkt alleen als de patiënt gemotiveerd blijft. E-health kan dan uitkomst bieden.

HUIDIG BELEID

De behandeling van urine-incontinentie bij vrouwen bestaat allereerst uit voorlichting en leefstijladvies. De huisarts bespreekt de behandelopties en schrijft, indien gewenst, incontinentiemateriaal voor. Behandelopties bij stressincontinentie (urineverlies bij drukverhogende momenten) zijn bekkenbodemspieroefeningen, een pessarium of een midurethraal bandje. De eerste stap in de behandeling van urgency-incontinentie (urineverlies gerelateerd aan sterke aandrang) is blaastraining. Bij het gemengde type incontinentie begint de behandeling van het type urineverlies waarvan de patiënt de meeste hinder ondervindt.

Zowel de huisarts, (bekken)fysiotherapeut als praktijkondersteuner kunnen bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining instrueren en begeleiden. Controles bij de huisarts om het effect te evalueren en de behandeling zo nodig bij te stellen, volgen na 2, 6 en 12 weken, volgens de NHG-Standaard. Bij de fysiotherapeut kan de behandeling beginnen met een wekelijkse afspraak, de frequentie neemt gaandeweg af.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

Urine-incontinentie komt voor bij 25 tot 45% van de volwassen vrouwen, eenderde van hen zoekt hulp. Incontinentie heeft een grote negatieve invloed op de kwaliteit van leven, door gevolgen voor sociale activiteiten, intimiteit en seksualiteit. Er zijn aanwijzingen dat sommige vrouwen die geen hulp vragen, wel openstaan voor behandeling. Bekkenbodemspieroefeningen en blaastraining zijn behandelingen waarvoor de patiënt gemotiveerd moet zijn. De huisarts moet voldoende kennis en tijd hebben om de patiënt goed te instrueren. De introductie van praktijkondersteuners en gespecialiseerde behandelingen door (bekken)fysiotherapeuten biedt daarin meer mogelijkheden. De behandelingen zijn effectief; klachten verbeteren na bekkenbodemspieroefeningen bij 60 tot 70% van de vrouwen en na blaastraining bij ongeveer 90%. Wel is het effect erg afhankelijk van de therapietrouw. Om het effect te behouden, moet de patiënt de oefeningen blijven doen. De belangrijkste reden voor het falen van de behandeling is dat vrouwen de oefeningen niet integreren in het dagelijks leven en ze vergeten te doen.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Behandeling met bekkenbodemspieroefeningen of blaastraining vermindert de ernst van incontinentie en verbetert de kwaliteit van leven. Bekkenbodemspieroefeningen blijken effectiever met regelmatige supervisie en een intensief trainingsprogramma. Blaastraining heeft de voorkeur boven medicatie, omdat deze geen bijwerkingen heeft en het effect langer aanhoudt.[1] Er zijn hoge kosten voor de gezondheidszorg: kosten voor incontinentiemateriaal, (bekken)fysiotherapeuten en specialistische zorg.

Een veelbelovende nieuwe behandelvorm is e-health. Er is een app ontwikkeld voor de behandeling van incontinentie die de patiënt waar en wanneer zij maar wil informeert en instrueert. De app stuurt ook herinneringsberichten en motiveert om te oefenen. Zo kunnen patiënten in de toekomst meer regie krijgen over hun behandeling en kan de therapietrouw verbeteren. De app werkt dan als verlenging van de bestaande zorg. De effectiviteit van deze behandeling ten opzichte van standaardzorg wordt nu onderzocht. Onlangs bleek een internetinterventie met bekkenbodemspieroefeningen in Zweden al wel effectief voor het behandelen van stressincontinentie.[2]

CONCLUSIE

In de zorg voor urine-incontinentie bij vrouwen is winst te behalen door het verlagen van de drempel om hulp te zoeken, door het optimaliseren van de therapietrouw en door de patiënt meer regie te geven. E-health in de vorm van een app zou hierin een belangrijke rol kunnen spelen.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Is behandeling van urine-incontinentie met een app bij volwassen vrouwen even effectief als behandeling via de huisarts volgens de NHG-Standaard? Bij effectiviteit gaat het om de ernst van het urineverlies na 4 maanden en na 12 maanden. De onderzoekers kijken ook naar verandering in de kwaliteit van leven en de kosten. ■

LITERATUUR

1 Teunissen D, Dekker JH, Lagro-Janssen LAM, Berghmans LCM, Uijen JHJM, Mientjes GHC, Wiersma Tj, Damen Z. NHG-Standaard Incontinentie voor urine bij vrouwen (tweede herziening). Huisarts Wet 2015:58:368-75.
2 Sjöström M, Umefjord G, Stenlund H, Carlbring P, Andersson G, Samuelsson E. Internet-based treatment of stress urinary incontinence: a randomised controlled study with focus on pelvic floor muscle training. BJU Int 2013;112:362-7.

UMC Groningen, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 196, 9700 AD Groningen: A.M.M. Loohuis, aiotho bij het URinControl-onderzoek; www.URinControl.nl • Correspondentie: a.m.m.loohuis@umcg.nl

KENNISTOETS: VRAGEN

1. Welke van onderstaande conclusies volgt uit het artikel over huisartsenzorg voor zwangeren (Feijen et al.)?

b. 50% van de zwangere vrouwen had geen contact met de huisarts gedurende zwangerschap en kraamperiode.
c. De ICPC-code W78 (bevestigde zwangerschap) was bij 60% van de zwangeren in het dossier van de huisarts geregistreerd.
d. De huisarts schreef aan ongeveer de helft van de zwangeren medicatie voor.
e. De meestgeregistreerde diagnose bij zwangeren was 'Candidiasis urogenitaal' (X72).

2. Mevrouw Landstra, 34 jaar, komt op het spreekuur. Ze is 29 weken zwanger. Sinds enkele weken heeft ze 's nachts last van tintelingen in de middelste vingers van beide handen. Ze vraagt of er iets aan gedaan kan worden. De huisarts stelt na onderzoek de diagnose carpaletunnelsyndroom (CTS). Welke voorlichting over het beleid is correct?

a. Corticosteroïdinjecties zijn gecontra-indiceerd tijdens de zwangerschap.
b. Bij zwangerschap is, na afwachtend beleid, spalkbehandeling eerste keus.
c. NSAID's vormen een geschikte behandeling voor mevrouw Landstra.
d. Chirurgie geeft klinisch veel betere resultaten dan conservatieve behandeling.

3. Mevrouw Boon, 28 jaar en 24 weken zwanger, komt met mictieklachten op het spreekuur. Zij is niet ziek, heeft geen koorts en geen pijn in de flanken. De nitriettest is positief. De huisarts stelt de diagnose urineweginfectie. Welk medicament is in dit geval eerst aangewezen?

a. Amoxicilline.
b. Amoxicilline-clavulaanzuur.
c. Ciprofloxacine.
d. Nitrofurantoïne.

4. Leusink doet in zijn artikel een aanbeveling voor de huisartsenpraktijk. Welke aanbeveling is dat?

a. Scholing en training van de huisarts zijn nodig om het gesprek over seksualiteit in de praktijk te verbeteren.
b. Seksualiteit zou vaker aan bod moeten komen in de NHG-Standaarden.
c. Er moet meer onderzoek worden gedaan naar hoe de huisarts omgaat met seksuele problemen.
d. Alle bovenstaande stellingen zijn correct.

5. De huisarts heeft de anamnese afgenomen bij een patiënt die een soa-test wil. Welke van onderstaande vragen is hierbij het minst relevant voor het bepalen van de diagnostiek?

a. Is er seksueel contact met mannen en/of met vrouwen geweest?
b. Wat is uw seksuele geaardheid?
c. Was er sprake van oraal, vaginaal en/of anaal contact?
d. Was er sprake van seks tegen betaling?

6. Het opsporen van soa's bij fertiele vrouwen met klachten over een urineweginfectie gaat vooral om het aantonen of uitsluiten van *Chlamydia trachomatis*. Welke van onderstaande stellingen is in dit kader correct?

a. PCR op eerstestraalsurine is bij vrouwen de meest betrouwbare diagnostiek voor chlamydia.
b. Eerder onderzoek vermeldt een chlamydia-infectie bij 10% van de vrouwen met alleen mictieklachten.
c. UWI en chlamydia-infecties hebben overeenkomende symptomatologie en risicofactoren.
d. Alle bovenstaande stellingen zijn correct.

7. Mevrouw Willems, 26 jaar en 12 weken zwanger, komt op het spreekuur vanwege branderige mictie. Omdat zij een verhoogd soa-risico blijkt te hebben, doet de huisarts nader onderzoek naar chlamydia. Dit onderzoek is positief. Welk beleid is hier aangewezen?

a. Azithromycine 1 g eenmalig oraal.
b. Doxycycline 2 maal daags 100 mg gedurende 7 dagen.
c. Amoxicilline 3 maal daags 500 mg gedurende 7 dagen.

8. *Chlamydia trachomatis* komt met name voor bij heteroseksuelen, jonger dan 25 jaar. Slechts een deel van de vrouwen uit deze groep heeft last van de chlamydia-infectie, het andere deel is asymptomatisch. Het artikel van Buis et al. vermeldt het percentage vrouwen zonder klachten. Welk percentage is asymptomatisch?

a. 25%.
b. 45%.
c. 65%.
d. 85%.

De toetsvragen zijn gebaseerd op artikelen uit dit nummer van Huisarts & Wetenschap. Daarnaast wordt gebruikgemaakt van bronnen die daarbij aansluiten, zoals NHG-Standaarden, Farmacotherapeutisch Kompas, CBO-richtlijnen. De juiste antwoorden vindt u op pagina 624.

Caroline Robertson, Toine Lagro-Janssen

Dyspareunie bij jonge vrouwen

WAT IS HET PROBLEEM?

Pijn bij het vrijen komt veel voor. Uit een recent Nederlands onderzoek naar seksualiteit onder jongeren bleek dat 35% van de meisjes tussen de 12-25 jaar af en toe pijn heeft bij het vrijen en 11% regelmatig.

Toch gaan weinig patiënten met seksuele klachten naar de huisarts. De incidentie van dyspareunie in de huisartsenpraktijk is 28,5 per 100.000 patiënten per jaar. Patiënten en artsen ervaren een drempel om seksuele klachten te bespreken.

WAT MOET IK WETEN?

Maak onderscheid tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie. Bij oppervlakkige dyspareunie veroorzaakt het naar binnen gaan van de penis in de vagina pijn in en rondom de vulva. Bij diepe dyspareunie veroorzaakt het doorstoten van de penis pijn dieper in de vagina of in de onderbuik.

De meestvoorkomende oorzaak voor oppervlakkige dyspareunie is provoked vestibulodynie (PVD): een symptomencomplex met vulvaire pijn, meestal branderig, bij het aanraken van de vulva, zonder specifieke lichamelijke oorzaak. De prevalentie is 3-15%. Soms is er sprake van erytheem in de commissura posterior van de vulva. Vaak gaat dit samen met een verhoogde spanning van de bekkenbodemspieren. Wanneer het niet lukt om een penis of iets anders in de vagina naar binnen te brengen, is er sprake van vaginisme.

Andere oorzaken voor oppervlakkige dyspareunie bij jonge vrouwen zijn vaginale infecties, zoals vulvovaginale candidiasis, herpes genitalis, condylomata accuminata of bacteriële vaginose. Vaginale dermatosen, zoals lichen planus of sclerosus, eczeem of psoriasis inversa kunnen ook pijn geven bij het vrijen, evenals littekens (bijvoorbeeld na een partus).

Bij jonge vrouwen met diepe dyspareunie kan er sprake zijn van een opstijgende infectie in het kleine bekken (PID). De incidentie van PID is 1 per 1000 vrouwen per jaar, waarbij in Nederland in de helft van de gevallen *Chlamydia trachomatis* de verwekker is. De incidentie van chlamydia is de laatste jaren met name onder jonge vrouwen tussen de 15 en 19 jaar gestegen (in Nederland 18%), waardoor PID als oorzaak voor buikpijn en diepe dyspareunie in deze groep hoog in de differentiaaldiagnose moet staan.

Diepe dyspareunie kan ook worden veroorzaakt door endometriose, zeker als er sprake is van dysmenorroe, chronische buikpijn of subfertiliteit.

WAT MOET IK DOEN?

Maak eerst onderscheid tussen oppervlakkige en diepe dyspareunie.

Vraag bij oppervlakkige dyspareunie naar fluor (vaginale infectie) of vaginale jeuk (vaginale candida-infectie of een vulvaire dermatose). Vraag ook of er buiten intiem contact of coïtus sprake is van vaginale of vulvaire pijn en vraag naar afwijkingen aan de huid (dermatosen, herpes, condylomata). Is vrijen altijd pijnlijk geweest (vaginisme, negatieve seksuele ervaring, seksueel misbruik, congenitale afwijking) of alleen met de huidige partner (relatieprobleem, actueel misbruik)? Belangrijk is ook de vraag of de patiënte bij pijn doorgaat met vrijen. Mictie- en defecatieklachten en incontinentie kunnen wijzen op bekkenbodemproblematiek.

Vraag bij diepe dyspareunie naar dysmenorroe, toegenomen menstruaties of intermenstrueel bloedverlies, koorts, buikpijn en/of fluor en schat het risico op een soa.

Let bij lichamelijk onderzoek op vaginale of vulvaire roodheid (infectie, PVD). Een witte verkleuring van het slijmvlies (anaal of vaginaal) kan wijzen op lichen sclerosus. Schilfering kan passen bij mycose, eczeem of psoriasis. Zijn er blaasjes (herpes, candida) of andere zwellingen (condylomata accuminata, bartholincyste)? Let ook op littekens door een partus (eventueel episiotomie) of door genitale verminking.

Bij PVD kan het aanraken van de pijnlijke gebieden met een vinger of wattenstokje pijnlijk zijn. Kies bij vrouwen met dyspareunie zo nodig voor een virgospeculum, geef duidelijke instructies en besteed extra aandacht aan de beleving van de vrouw. Kijk naar fluor en het aspect van de vaginawand.

Als er sprake is van diepe dyspareunie is er een indicatie voor een vaginaal toucher. Let hierbij op pijn in de onderbuik en/of opstoot- en slingerpijn. Zijn er tumoren palpabel of anatomische afwijkingen? Bepaal tijdens het vaginaal toucher of de bekkenbodem hyperactief is.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Bij vaginisme en overactieve bekkenbodemspieren en/of PVD is verwijzing naar een bekkenfysiotherapeut of seksuoloog aangewezen. Bij relatieproblemen of een seksueel trauma ligt een psycholoog meer voor de hand, en bij een mogelijke maligniteit of congenitale afwijking een gynaecoloog. Aanvullende informatie is te vinden op www.nvog.nl of op www.thuisarts.nl. ■

LITERATUUR

1 De Graaf H, Kruyer H, Acker J, Meyer S. Seks onder je 25e, seksuele gezondheid van jongeren in Nederland anno 2012. Amsterdam: Rutgers WPF/SoaAids Nederland, 2012.
2 Van Lankveld J, Ter Kuile M. Seksuele disfuncties: diagnostiek en behandeling. Houten: Bohn, Stafleu van Loghem, 2010.
3 Kedde H, Donker G, Leusink P. Incidentie van seksuele functieproblemen. Huisarts Wet 2013;56:62-5.

Gezondheidscentrum Dr. van Kleef, Dr. van Kleefstraat 27, 6217 JJ, Maastricht: C. Robertson, kaderarts urogynaecologie-in-opleiding, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar, huisarts • Correspondentie: c.robertson@maastrichtuniversity.nl

Jolanda van Ommen, Toine Lagro-Janssen

Secundaire amenorroe

WAT IS HET PROBLEEM?

Secundaire amenorroe is het wegblijven van de menstruatie, minimaal zes maanden bij een tevoren normale cyclus. Secundaire amenorroe kan bij vrouwen tot ongerustheid leiden over vruchtbaarheid of een eventuele menopauze.

WAT MOET IK WETEN?

Bij de meeste vrouwen ligt de oorzaak op het niveau van de hypothalamus, waar de secretie van het Gonadotrofine Releasing Hormoon (GnRH) afneemt onder invloed van psychische stress, gewichtsdaling of langdurig overmatige fysieke inspanning. Lage FSH-spiegels zijn het gevolg, wat leidt tot lage oestrogeenconcentraties. Bij hypothyreoïdie kan het verhoogde Thyroid Releasing Hormoon hyperprolactinemie veroorzaken.

Diverse farmaca, zoals antipsychotica, antidepressiva en antihypertensiva, onderdrukken de dopamineafgifte in de hypothalamus, waardoor een hyperprolactinemie ontstaat. Prolactine remt de GnRH-afgifte, waardoor de FSH/LH-secretie vermindert en de oestrogeenspiegel zakt. Ook depotprogestagenen verlagen de FSH/LH-secretie. Verder beschadigen sommige cytostatica de ovariële follikels.

Organische aandoeningen van de hypothalamus of hypofyse kunnen de cyclus verstoren (zoals een prolactinoom). Hypofysebeschadiging met een hypogonadotrope amenorroe kan ook ontstaan door radiotherapie en, zij het zelden, bij het syndroom van Sheehan door shock na de partus.

Polycysteusovariumsyndroom (PCOS), als uiting van disbalans tussen hypofyse en ovaria, speelt bij 5 tot 10% van de vrouwen. Verschijnselen van PCOS zijn amenorroe, soms oligomenorroe, acne, hirsutisme en mogelijk overgewicht of fertiliteitsproblemen. De belangrijkste karakteristieken zijn hyperandrogenisme, een stoornis in de gonadotrofinehuishouding, en insulineresistentie.

Ovariële aandoeningen, zoals prematuur ovarieel falen (POF), zijn relevant bij climacteriële klachten en het familiair voorkomen van een vervroegde overgang. Wees alert op uterusafwijkingen (syndroom van Asherman na curettage).

WAT MOET IK DOEN?

Vraag naar het voorafgaande menstruatiepatroon en de kans op zwangerschap. Vraag ook naar stress, intensief sporten en gewichtsveranderingen. Acne, hirsutisme, overgewicht en fertiliteitsproblemen kunnen wijzen op PCOS. Vraag bij mogelijk POF naar climacteriële klachten en of vervroegde overgang in de familie voorkomt. Galactorroe, hoofdpijn, braken of gezichtsvelduitval kunnen wijzen op een tumor in het hypofyse/hypothalamusgebied. Vraag naar medicatiegebruik, inclusief depotprogestagenen. Tot slot: recente bevalling (syndroom van Sheehan), curettage (syndroom van Asherman), radiotherapie en/of cystostatica in de voorgeschiedenis.

Let bij lichamelijk onderzoek op ondergewicht (anorexia) of overgewicht (PCOS). Let zeker bij patiënten met acne of hirsutisme op het beharingspatroon dat past bij PCOS. Let bij gynaecologisch onderzoek met name op vergrote ovaria.

Doe een zwangerschapstest. Is deze negatief, dan volgen FSH/LH/oestradiol/TSH-bepalingen. Vraag alleen een prolactinebepaling aan als de anamnese daartoe aanleiding geeft (galactorroe, hoofdpijn, gezichtsveldafwijkingen, braken) of de amenorroe langer dan één jaar bestaat. Gezien de variatie in de prolactinespiegels is het aan te bevelen deze minstens twee keer te laten bepalen, liefst 's ochtends tussen 8 en 10 uur, vanwege het dag-nachtritme. Oligomenorroe of amenorroe bij kinderwens is een indicatie voor bloedonderzoek op FSH, oestradiol en prolactine. De literatuur is niet eenduidig over het aanvragen van een TSH-bepaling, de NHG-Standaard Amenorroe adviseert dit alleen bij symptomen van hypothyreoïdie. Bij een transvaginale echo kijkt men naar tekenen van een hypo-oestrogene situatie (kleine uterus, dun endometrium) en aanwijzingen voor PCOS. Een transvaginale echo is niet geïndiceerd voor de diagnose PCOS als de criteria oligomenorroe of amenorroe en klinisch of biochemisch hyperandrogenisme aanwezig zijn. Een PCOS-beeld op een transvaginale echo alleen is niet voldoende voor de diagnose PCOS.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Meestal gaat het om functionele amenorroe, omdat diverse psychische en lichamelijke factoren de menstruele cyclus beïnvloeden. Amenorroe is onschuldig en herstelt zich meestal spontaan. Bied bij ernstig ondergewicht of stress begeleiding aan. Verwijs patiënten met kinderwens en functionele amenorroe na een jaar, in andere gevallen na twee jaar, naar de gynaecoloog. Bespreek anticonceptie indien zwangerschap niet gewenst is.

Bij vrouwen met PCOS is de verminderde fertiliteit belangrijk. Adviseer bij kinderwens om de eerste zwangerschap niet te lang uit te stellen. Tevens is er een verhoogde kans op endometriumhyperplasie en meer risico op een endometriumcarcinoom. Gewichtsreductie bij patiënten met overgewicht kan leiden tot een regelmatiger cyclus. POF verdient aandacht met het oog op een eventuele kinderwens, psychosociale en seksuele problemen, en gevolgen voor de botdichtheid. ■

LITERATUUR

1 Leusink GL, Oltheten JMT, Brugemann LEM, Belgraver A, Geertman JMA, Van Balen JAM. NHG-Standaard Amenorroe (eerste herziening). Huisarts Wet 2007:50:159-67.
2 Lagro-Janssen ALM, Smulders MMT. Menstruatieklachten. Practicum Huisartsgeneeskunde. Maarssen: Elsevier, 2002.
3 Fauser BCJM, Lagro-Janssen ALM, Bos AME. Handboek Vrouwspecifieke Geneeskunde. Houten: Prelum uitgevers; 2013.

Gezondheidscentrum Randweg, Sandelingplein 16E, 3075 AG Rotterdam: J.G. van Ommen, huisarts. Radboudumc, afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, unit Vrouwenstudies Medische Wetenschappen, Nijmegen: prof.dr. A.L.M. Lagro-Janssen, hoogleraar, huisarts • Correspondentie: J.vanommen@gcrandweg.nl

Paul Weijers, Pieter-Jan Beckers

Kinderwens

WAT IS HET PROBLEEM?

Paren met een kinderwens gaan vaak naar de huisarts. Zij hebben vragen over de voorbereiding van een zwangerschap, het vaststellen van de vruchtbare periode en het uitblijven van een zwangerschap.

Soms duurt het langer dan verwacht om zwanger te worden. Subfertiliteit wordt gedefinieerd als het uitblijven van een zwangerschap na één jaar regelmatige en op conceptie gerichte coïtus. Van alle paren met een actieve kinderwens krijgt 10 tot 15% te maken met vruchtbaarheidsproblemen. Bij 70% van de paren kan een oorzaak worden gevonden. Uiteindelijk blijft 5% van de paren ongewild kinderloos.

WAT MOET IK WETEN?

Gemiddeld is de kans op zwangerschap circa 20% per maand. Binnen een jaar wordt 80 tot 90% van de vrouwen zwanger. De huisarts kan de zwangerschapskans na één jaar subfertiliteit inschatten met behulp van het predictiemodel uit de NHG-Standaard Subfertiliteit.

Oorzaken voor het uitblijven van een zwangerschap kunnen zowel bij de man als bij de vrouw liggen. De volgende factoren beïnvloeden de vruchtbaarheid negatief: een doorgemaakte soa, aangeboren of iatrogene afwijkingen van de geslachtsorganen, medicatie, roken, alcohol en arbeidsomstandigheden (toxische stoffen, straling, fysiek zwaar werk, ploegendienst, stress). Een hogere leeftijd van de vrouw (> 35 jaar) verlaagt de spontane zwangerschapskans sterk. Specifieke omstandigheden kunnen de kans op ovulatie verminderen: stress, intensief sporten of zware lichamelijke arbeid, sterk gewichtsverlies of bestaand laag lichaamsgewicht, overgewicht (BMI > 29) en (premature) menopauze.

Bij de man kan de semenkwaliteit zijn verminderd door verhoogde scrotale temperatuur (sauna, warme zitbaden, isolerend ondergoed), langdurig wielrennen/fietsen en het gebruik van anabole steroïden.

Voor de meeste oorzaken van subfertiliteit kan de kans op een zwangerschap worden vergroot door behandelingen als ovulatie-inductie, intra-uteriene inseminatie (IUI), in vitro-fertilisatie (ivf) en intracytoplasmatische sperma-injectie (ivf/ICSI).

WAT MOET IK DOEN?

Nodig de partners samen uit op het spreekuur. Beoordeel eerst of er sprake is van subfertiliteit: vraag naar de duur van de kinderwens, het aantal maanden van onbeschermde coïtus, de frequentie en of deze plaatsvindt in de vruchtbare periode.

Beoordeel risicofactoren voor subfertiliteit bij de vrouw. Ga na of er sprake is van cyclusstoornissen, eerdere zwangerschappen, seksuologische problematiek (relatieproblemen, dyspareunie, vaginisme, libidoverlies) of tubafunctiestoornissen (abortus provocatus, EUG, soa of bekkenoperaties). Bespreek de medische (en obstetrische) voorgeschiedenis van beide ouders en beoordeel of er een verhoogd risico bestaat op erfelijke aandoeningen. Beoordeel de vaccinatiestatus en risicofactoren voor soa en inventariseer of er intoxicaties met alcohol of drugs zijn geweest. Bespreek psychologische klachten als ontkenning, schuld, boosheid en depressie bij uitblijvende zwangerschap.

Bepaal de BMI en bespreek de kans op verminderde vruchtbaarheid bij onder- en overgewicht. Vraag specifiek naar acne, een afwijkend beharingspatroon (hirsutisme bij polycysteus ovariumsyndroom) of galactorroe (bij hyperprolactinemie). Verricht oriënterend gynaecologisch onderzoek om anatomische afwijkingen uit te sluiten.

Aanvullend onderzoek bij de vrouw kan plaatsvinden met een bepaling van de chlamydia-antistoftest. Laat bij de man een semenanalyse uitvoeren. Anamnese en lichamelijk onderzoek bij de man kunnen achterwege blijven als de semenanalyse een normospermie toont.

Verwijs het paar bij afwijkende bevindingen naar de gynaecoloog. Verwijs bij normale bevindingen volgens het predictiemodel: verwijs bij een zwangerschapskans < 30% naar de gynaecoloog, overleg bij een kans tussen de 30 en 40% met het paar. Verwijs paren met subfertiliteit die langer dan twee jaar bestaat en vrouwen die ouder zijn dan 38 jaar met een uitblijvende zwangerschap meteen. Verwijs zo nodig naar een psycholoog, seksuoloog, diëtiste of bedrijfsarts. Bespreek in een vroeg stadium de mogelijkheid tot adoptie, omdat het adoptietraject vaak lang duurt en hiervoor strikte eisen gelden.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de kans op zwangerschap bij een jaar regelmatig vrijen zonder anticonceptie rond de 80% ligt. Het is daarbij belangrijk om in de zes dagen voor de ovulatie één keer per twee à drie dagen te vrijen. De datum van ovulatie kan worden vastgesteld met behulp van de basale temperatuurcurve of een ovulatietest. Geef uitleg over factoren die een negatieve invloed op de fertiliteit hebben en geef zo nodig leefstijladviezen. Adviseer de vrouw om reeds voor conceptie te beginnen met foliumzuur in een dosering van 0,5 mg per dag, minimaal vanaf 4 weken voordat ze zwanger kan raken tot en met de tiende week van de zwangerschap. Medicatiegebruik dient in overleg met de huisarts plaats te vinden.

Bespreek indicaties voor verwijzing naar de gynaecoloog/fertiliteitsarts. Verwijs bij vruchtbaarheidsproblematiek zo nodig naar patiëntenvereniging Freya. ■

LITERATUUR

1 Van Asselt KM, Hinloopen RJ, Silvius AM, Van der Linden PJQ, Van Oppen CCAN, Van Balen JAM. NHG-Standaard Subfertiliteit. Huisarts Wet 2010;53: 203-14.
2 Heineman MJ, Evers JLH, Massuger LFAG, Steegers EAP, redactie. Obstetrie en gynaecologie. De voortplanting van de mens. Zevende, geheel herziene druk. Amsterdam: Reed Business Education, 2012.

P.H.E. Weijers, waarnemend huisarts regio Limburg; P.H.W. Beckers, waarnemend huisarts regio Limburg • Correspondentie: huisartsweijers@gmail.com

Pieter Barnhoorn

Kromstand van de penis in erectie

WAT IS HET PROBLEEM?

Kromstand van de penis in erectie (de ziekte van Peyronie) is een klacht die de patiënt vaak presenteert met enige gêne en grote zorg. De patiënt kan last hebben van pijnlijke erecties, een verkorting of versmalling van de penis, een voelbare 'streng' in de penis of problemen met het krijgen of volhouden van de erectie. Uitleg over oorzaak, beloop en behandelingsmogelijkheden van deze aandoening kan al veel zorg wegnemen.

WAT MOET IK WETEN?

De ziekte van Peyronie is een stoornis in de wondheling. Recidiverende microtraumata van de penis leiden tot ontstekingsreacties en fibrinedeposities. Hierdoor ontstaat een stugge plaque in de tunica albuginea van de penis, de bindweefsellaag die de corpora cavernosa omvat. Het overmatige bindweefsel dat bij de ziekte van Peyronie ontstaat, rekt bij een erectie minder mee dan de gezonde bindweefsellaag, waardoor de penis in erectie scheef wordt getrokken. De ziekte kent twee fasen. De acute, inflammatoire fase duurt ongeveer 6 tot 8 maanden. Deze fase wordt gekenmerkt door het ontstaan van een nog niet harde bindweefselplaque, pijnlijke erecties en kromstand in erectie. In de daaropvolgende chronische, fibrotische fase, wordt de bindweefselplaque harder en is er minder of geen pijn. Spontane verbetering is zeldzaam, bij de meeste mannen stabiliseert de ziekte. Eventueel chirurgisch ingrijpen is pas zinvol in deze stabiele fase.

De ziekte van Peyronie treft vooral mannen tussen de 40 en 60 jaar. De prevalentie van de ziekte is niet duidelijk, niet alleen omdat niet iedereen met een kromstand van de penis in erectie lijdensdruk ervaart, maar ook vanwege de hoge drempel die menig man ervaart om deze klacht te bespreken met zijn huisarts.

Het proces van verbindweefseling is te vergelijken met de verbindweefseling die optreedt bij het ontstaan van de ziekte van Dupuytren in de handpalm en de ziekte van Ledderhose in de voetzool. Beide ziektes komen ook vaker voor bij mannen met de ziekte van Peyronie.

WAT MOET IK DOEN?

Neem een gestructureerde anamnese af. Vraag naar ontstaan en beloop van de klachten. Vraag behalve naar scheefstand van de penis in erectie ook naar versmalling of verkorting van de penis. Vraag naar pijn bij erectie. Informeer naar moeilijkheden om een erectie te krijgen en/of om die te behouden. Vraag naar voelbare afwijkingen in de penis en naar voelbare strengen in handpalm of voetzool.

Onderzoek de penis. Beschrijf de plaats van de plaque en de consistentie nauwkeurig. Mocht er onduidelijkheid bestaan over de diagnose, dan kan de patiënt thuis een foto van de kromstand in erectie maken en deze tonen tijdens een volgend consult.

Figuur Kromstand van een penis in erectie

Onderzoek ook de handen en de voeten op afwijkingen die kunnen wijzen op de ziekte van Dupuytren of de ziekte van Ledderhose.

WAT MOET IK UITLEGGEN?

Leg uit dat de ziekte van Peyronie scheefstand in erectie veroorzaakt. Schets het hoe en waarom daarvan. Hierbij kan een tekening de boodschap vaak sneller overbrengen dan woorden alleen. De ontstane, stugge streng in de penis rekt onvoldoende mee bij een erectie, waardoor de penis 'scheef wordt getrokken'. In de periode dat de streng zich nog aan het vormen is, geeft dit vaak pijnklachten. Deze fase van steeds schever staan van de erectie en pijn gaat over. Meestal duurt deze fase 6 tot 8 maanden. Wanneer de patiënt geen of beduidend minder pijn heeft en de penis bij elke erectie dezelfde kromming heeft, is de stabiele volgende fase bereikt. Nu kan de patiënt besluiten of hij behandeling wil (meestal chirurgie). Hiervoor zijn verschillende urologische operatietechnieken gangbaar. Meestal wordt gekozen voor een (variatie op) een cavernoplicatie, waarbij de uroloog aan de tegenovergestelde zijde van de kromming hechtingen plaatst. Hierna staat de penis in het overgrote deel van de gevallen weer recht in erectie. ■

LITERATUUR

1 Barnhoorn PC. Ziekte van Peyronie; in Kleine kwalen in de huisartsenpraktijk. Zesde druk. Amsterdam: Reed Business Education, 2013.
2 Ralph D, Gonzalez-Cadavid N, Mirone V, Perovic S, Sohn M, Usta M, et al. The management of Peyronie's disease: evidence-based 2010 guidelines. J Sex Med 2010;7:2359-74.
3 Serefoglu EC, Hellstrom WJ. Treatment of Peyronie's disease: 2012 update. Curr Urol Rep 2011;12:444-52.
4 DiBenedetti DB, Nguyen D, Zografos L, Ziemiecki R, Zhou X. A population-based study of Peyronie's disease: prevalence and treatment patterns in the United States. Adv Urol 2011; doi:10.115/2011/282503.

LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde, Postbus 9600, 2301 RC leiden: P.C. Barnhoorn, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: p.c.barnhoorn@lumc.nl

Nick Janssen, Wout Scheepens

Gezakt of verzakt

Casus

Een 24-jarige patiënte heeft sinds drie jaar mictieklachten. De voorgeschiedenis vermeldt ureterocele beiderzijds, waarbij door de uroloog destijds een afwachtend beleid is voorgesteld. Sinds enkele weken moet patiënte fors persen tijdens de mictie met daarna een gevoel van residu. Daarnaast voelt patiënte een pijnlijke zwelling in haar vagina. Ze is bang voor een verzakking. Bij het abdominaal en gynaecologisch lichamelijk onderzoek wordt alleen bekkenbodemhypertonie gevonden. Een intra-vaginale zwelling wordt niet gezien.

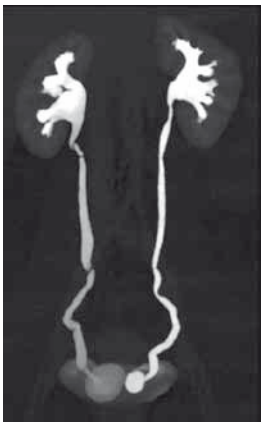
Differentiaaldiagnostisch wordt gedacht aan bekkenbodemhypertonie vanwege de ureteroceles, een bartholincyste of adnexcysten. Als aanvullend onderzoek is een transvaginale echografie verricht en heeft mevrouw een mictiedagboek bijgehouden.

Een dag later presenteert patiënte zich met plotse pijnklachten in de onderbuik, met wederom een intra-vaginale zwelling, die ze digitaal vastlegt [**figuur 1**]. Op de foto is een goed gevasculariseerde zwelling vanuit de voorwand te zien, die na enkele minuten verdween. Bij anamnese en lichamelijk onderzoek zijn geen aanvullingen gevonden.

De patiënte wordt direct verwezen naar de uroloog, die bij onderzoek beide ureteroceles ziet. Vanwege de forse omvang zakken deze uit in de urethra, waardoor een prolaps ontstaat. De diagnose urethraprolaps ten gevolge van ureterocele wordt gesteld. Op de CT-IVP (*intraveneus pyelogram*) wordt een enkel systeem gezien zonder hydronefrose of tekenen van vesico-urethrale reflux [**figuur 2**]. De ureteroceles worden succesvol operatief verwijderd. Peri-operatief treden geen complicaties op. Na 2 maanden follow-up is patiënte klachtenvrij.

Figuur 1 **Goed gevascularisseerde zwelling, uitgaande van voorwand**

Figuur 2 **Beeld van de hydrocele bdzs met re > li. De bolvormige ureterocele aan de rechterzijde zorgde voor de prolaps en de mictieklachten**



BESCHOUWING

Een ureterocele is een congenitale cysteuze dilatatie van het distale deel van de ureter. Deze is op verschillende manieren te classificeren; op basis van locatie of op enkel/dubbel verzamelsysteem. Op basis van locatie wordt onderscheid gemaakt tussen intravesicale- of extravesicale ureteroceles. Intravesicale liggen volledig in de blaas, terwijl extravesicale voor een deel voorbij de blaashals gelokaliseerd zijn.[1] Intravesicale ureteroceles worden onderverdeeld in stenotische (40%) en non-obstructieve ureteroceles (5%). De extravesicale in sfincterische (40%), sfinctero-stenotische (5%) en blinde (10%) ureteroceles.[2] Van de ureteroceles is 80% geassocieerd met een dubbel verzamelsysteem.[3]

De incidentie is wisselend: van 1 op 500 tot 1 op 12.000 personen.[2,4] Ze komen 4 tot 6 maal vaker voor bij vrouwen en frequenter bij het Kaukasische ras. De meeste ureteroceles zijn unilateraal, zonder voorkeur voor de linker- of rechterzijde. Bij 10% van de gevallen is sprake van een bilaterale betrokkenheid. De achterliggende pathogenese is onbekend.

Van de ureteroceles wordt 28% gevonden bij antenatale echoscopie. Postnataal zijn urineweginfecties de meestvoorkomende presentatie. Bij kinderen kan het klinisch beeld varieren van gramnegatieve sepsis, koorts met gastro-intestinale symptomen of *failure to thrive*. Bij oudere kinderen zijn de symptomen specifieker; koorts, dysurie, obstructieklachten, rugpijn of een intralabiale massa.[2,6] Obstructieklachten en een intralabiale massa zijn zeldzaam omdat de meeste ureteroceles zich 'ledigen' gedurende mictie.[5]

De diagnose wordt gesteld door middel van echografie. Verdere differentiatie wordt verricht door een mictie-cystogram en een CT-IVP.[5] In de meeste gevallen is chirurgische behandeling noodzakelijk. Opties zijn wisselend.

In bovenstaande casus zorgde met name de rechter ureterocele voor obstructie doordat deze prolabeerde door de urethra. Een urethraprolaps op de leeftijd van de patiënte uit deze casus is zeldzaam en zelden beschreven.[3,6-7] De exacte incidentie is onbekend.[3] De diagnose wordt op dezelfde manier gesteld als bij een ureterocele. De behandeling van deze aandoening bij volwassen vrouwen is niet goed beschreven in de literatuur. Tot de mogelijkheden behoren: observatie, transurethrale punctie of incisie van de ureterocele, of excisie.[3]

CONCLUSIE

Een urethraprolaps is in de huisartsenpraktijk een zelden voorkomende complicatie van een ureterocele, zeker bij een volwassen vrouw. Bij patiënten met een pijnlijke intra-vaginale zwelling dient deze diagnose in overweging genomen te worden. ■

Huisartsenpraktijk Vessem, Servatiusstraat 6b, 5512 AJ Vessem: N. Janssen, huisarts, destijds aios huisartsgeneeskunde. Catharina ziekenhuis, Eindhoven: dr. W.A. Scheepens, uroloog • Correspondentie: janssennicolaas@gmail.com

LITERATUUR

1 Glassberg KI, Braren V, Duckett JW, Jacobs EC, King LR, Lebowitz RL, et al. Suggested terminology for duplex systems, ectopic ureters and ureteroceles. J Urol 1984;132:1153.
2 Merlini E, Lelli Chiesa P. Obstructive ureterocele – an ongoing challenge. World J Urol 2004;22:107-14.
3 Abraham N, Goldman HB. Transurethral excision of prolapsed ureterocele. Int Urogynecol J 2014;25:1435-6.
4 Malek RS, Kelalis PP, Stickler GB, Burke EC. Observations on ureteral ectopy in children. J Uro 1972;107:308-11.
5 Coplen DE, Duckett WE. The modern approach to ureteroceles. J Urol 1995;153:16.
6 Stunell H, Barrett S, Campbell N, Colhoun E, Torreggiani WC. Prolapsed bilateral uteroceles leading to intermittent outflow obstruction. JBR-BTR 2010;93:312-3.
7 Pike SC, Cain MP, Rink RC. Ureterocele prolapse – rare presentation in an adolescent girl. Urol 2001;57:554ix-554x.

Anneke Zwijnenburg, Birgit van Staaij

Denk bij buikpijn aan torsio testis

Casus

De huisarts ziet tijdens het spreekuur een 12-jarige jongen die sinds enkele uren rechts in zijn onderbuik pijn heeft. Bij onderzoek is de buik niet geprikkeld. Vanwege een niet-pluisgevoel vraagt de huisarts een cito infectietest aan bij het laboratorium. Twee uur later laat de laboratoriumuitslag geen bijzonderheden zien. Echter, de jongen braakt nu en de pijn in de onderbuik is extreem heftig. De huisarts verwijst hem door naar de chirurg. Deze vindt een niet geprikkelde buik en geen beklemde liesbreuk. Op de echo is een appendix sana te zien met kliertjes rondom terminale ileum, dd/lymfangitis mesenterica.

Na een aantal uur op de spoedeisende hulp begint de jongen op te knappen en vindt men het verantwoord om hem naar huis te laten gaan. Bij het douchen, de volgende morgen, bemerkt de jongen dat zijn rechtertestikel fors is vergroot. De echo toont een beeld van een mogelijke torsio testis rechts zonder flow in de testis. Hij wordt overgedragen aan de uroloog, die hem dezelfde dag opereert. Bij operatie blijkt er sprake van een al langer bestaande torsio testis met necrose van de bal. Er vindt rechts een orchidectomie plaats. Links wordt een orchidofixatie gedaan ter voorkoming van tordering van de contralaterale testikel.

BESCHOUWING

Torsio testis is een urologische spoedindicatie. Vertraging in het stellen van diagnose en behandeling leidt bij 20-40% tot verlies van de testikel.[1] De geschatte incidentie in de huisartsenpraktijk is 1 op 1800-4000 per jaar bij jongeren < 25 jaar.[1] De twee piekincidenties liggen in het eerste levensjaar en rond de puberteit.

In het eerste levensjaar, vooral in de eerste 30 dagen, is meestal sprake van extravaginale torsio testis, waarbij de gehele testis met tunica vaginalis om de as draait. Op latere leeftijd treedt intravaginale torsio testis op. Dit is meestal het gevolg van een anatomische variatie, waardoor de testikel mobieler en dwarser in het scrotum ligt. Deze kan daardoor draaien ten opzichte van de funiculus spermaticus.

De patiënt presenteert zich over het algemeen met een acuut ontstane pijn in de testis, vaak gepaard gaande met misselijkheid en braken. Geïsoleerde buikpijn zonder uitstraling naar lies of scrotum komt bij ongeveer 10% als initiële presentatie voor.[2] De pijn kan weer afnemen als de testis necrotisch wordt, vanaf 6 uur na ontstaan van de klachten. Ongeveer 50% van de patiënten heeft al eerder scrotale pijn gehad voorafgaand aan torsio testis.[3] Door de anatomische variatie met vergrote mobiliteit kan er gemakkelijk torsie en detorsie plaatsvinden.

Bij het lichamelijk onderzoek is de aangedane testis pijnlijk, gezwollen en ligt vaak hoger in het scrotum. Het scrotum kan oedemateus en erythemateus zijn.[4] De cremasterreflex is afwezig bij torsio testis, maar kan bij kinderen tot 2,5 jaar ook zonder torsio afwezig zijn.

Met behulp van een echo worden de vascularisatie en het aspect van de testis beoordeeld. Differentiaaldiagnostisch moet bij acuut scrotale pijn gedacht worden aan acute epidydimitis, orchitis, trauma, ingeklemde liesbreuk of tumor.

De kans op behoud van de testis is 90-100% bij operatie binnen 6 uur en neemt af tot 20-50% in 12 uur en < 10% in 24 uur.[2] Gezien het bilateraal voorkomen van anatomische afwijkingen, zal tijdens de operatie de contralaterale testis geëxploreerd worden en een orchidopexie plaatsvinden.

CONCLUSIE

Torsio testis blijft een vaak te laat gediagnosticeerd beeld, waardoor verlies van de testikel kan optreden. Deze casus benadrukt het belang van onderzoek van de genitalia bij een onbegrepen acute buikpijn, ook zonder scrotale klachten. ■

DANKBETUIGING

Met dank aan dr. A. Lont, uroloog Meander Medisch Centrum.

LITERATUUR

1 Zhao LC, Lautz TB, Meeks JJ, Maizels M. Pediatric testicular torsion epidemiology using a national database: incidence, risk of orchiectomy and possible measures toward improving the quality of care. J Urol 2011;186:2009-13.
2 Pogorelic Z, Mrklić I, Jurić I. Do not forget to include testicular torsion in differential diagnosis of lower acute abdominal pain in young males. J Pediatr Urol 2013;9:1161-5.
3 Eaton SH, Centron MA, Estrada CR, Bauer SB, Borer JG, Cilento BG, et al. Intermittent testicular torsion: diagnostic features and management outcomes. J Urol 2005;174:1532-5.
4 Srinivasan A, Cinman N, Feber KM, Gitlin J, Palmer LS. History and physical examination findings predictive of testicular torsion: An attempt to promote clinical diagnosis by house staff. J Pediatr Urol 2011;7:470-4.

A. Zwijnenburg, destijds aios Huisartsgeneeskunde UMC Utrecht, Julius Centrum. Huisartsenpraktijk Kattenbroek, Amersfoort: dr. B.K. van Staaij, huisarts • Correspondentie: han.staaij@live.nl

Armin Soumillion, Hans van der Wouden

Lidocaïnegel als pijnstilling bij inbrengen IUD

CATS, critically appraised topics, proberen een evidence-based antwoord op een praktijkvraag te krijgen. De coördinatie van deze rubriek is in handen van dr. J.A.H. Eekhof • Correspondentie: j.eekhof@nhg.org.

Vraagstelling Het inbrengen van een IUD is voor veel vrouwen pijnlijk. Daardoor kiezen misschien minder vrouwen voor deze betrouwbare vorm van anticonceptie. Er zijn verschillende methoden om pijn te bestrijden, maar van de NSAID's lijkt alleen naproxen een pijnstillend effect te hebben en de werkzaamheid van misoprostol is voor deze indicatie niet aangetoond.[1] Onze onderzoeksvraag luidt: is lokale applicatie van lidocaïnegel effectief als pijnstilling bij het inbrengen van een IUD?

Zoekstructuur Wij zochten in de Cochrane Library, de NHG-Standaard Anticonceptie en de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Gynaecologie. In PubMed zochten we met de zoektermen 'lidocaine' en 'IUD'.

Resultaten De zoekstrategie leverde een Cochrane-review en 15 PubMed-hits, waarvan een meta-analyse en twee RCT's, gepubliceerd na de meta-analyse, die geschikt bleken voor het beantwoorden van onze onderzoeksvraag.

Bespreking De Cochrane-review, die vlak voor verschijnen van dit stuk werd geüpdatet, bespreekt diverse vormen van pijnstilling bij het inbrengen van een IUD en bevat voor wat betreft de toepassing van lokale lidocaïnegel de door ons gevonden onderzoeken (de vier onderzoeken uit de meta-analyse en de twee RCT's).[1]

De meta-analyse uit 2014 behandelt onder andere een viertal methodologisch goed uitgevoerde RCT's (totaal: n = 641).[2] Deze RCT's zijn vergelijkbaar qua interventie: applicatie van lidocaïnegel 2% para- en/of endocervicaal versus placebogel. De hoeveelheid gel varieert van 1 tot 6 ml (20-120 mg), maar wordt in één onderzoek niet vermeld. De inwerktijd tot het IUD wordt ingebracht, varieert van 1 tot 3 minuten. Als uitkomstmaat wordt de VAS-score gebruikt op verschillende momenten tijdens de procedure. In geen van de onderzoeken wordt een effect gevonden. Twee RCT's beschrijven factoren die verband houden met heviger pijn tijdens het inbrengen van een IUD, zoals lagere pariteit, gerapporteerde dysmenorroe en tijd verstreken sinds de laatste bevalling.

Een recente RCT (2015) (n = 218) onderzocht of toediening van 8,5 ml 4% lidocaïnegel (340 mg) para- en endocervicaal én deels intra-uterien gedurende 5 minuten pijnstilling teweegbracht ten opzichte van placebo.[3] Er bleek een significant verschil in peri-procedurele pijn, met een 100-punts VAS-score in het voordeel van de lidocaïnegel: 28,3 versus 44,2 (p = < 0,0001). Dit effect is na 30 minuten nog steeds aanwezig: 24,7 versus 35,8 (p = 0,0017), maar is een uur na de procedure verdwenen. Voor het intra-uterien toedienen van de gel werd een applicator Ø 3,7 mm gebruikt (referentie: Mirena Ø 4,75 mm, koperspiraal Ø 4,4 mm). Het percentage vrouwen dat bij het inbrengen van de applicator op zijn minst matige pijnklachten rapporteerde, was 36,5% in de lidocaïnegroep en 52,8% in de controlegroep.

De tweede RCT (2015) onderzocht het pijnstillend effect van EMLA 5% (5 gram: 125 mg lidocaïne + 125 mg prilocaïne), met een wattenstaaf paracervicaal aangebracht gedurende 7 minuten.[4] De VAS werd gemeten tijdens het plaatsen van de kogeltang, het sonderen en tijdens het inbrengen van het IUD. Op al deze momenten vonden de onderzoekers een significante pijnreductie ten opzichte van placebo.

Behoudens milde verschijnselen, zoals gastro-intestinale klachten na inbrengen van het IUD, vermeldt geen van bovengenoemde onderzoeken ernstige bijwerkingen van lidocaïnegel.

Conclusie Zoals ook de auteurs van de Cochrane-review concluderen, wijzen de besproken onderzoeken op een pijnstillend effect van lidocaïnegel. Dit effect ontbreekt bij de onderzoeken die een dosis tot 120 mg lidocaïne en een inwerktijd van ≤ 3 minuten hanteren. Of het pijnstillend effect wordt bereikt door een hogere dosering dan wel een langere inwerktijd dient nog te worden opgehelderd. Daarnaast zijn de optimale locatie en toedieningswijze nog niet bekend. Het is evenmin bekend in hoeverre het eventuele ongemak die de toedieningswijze met zich meebrengt aanvaardbaar is.

Betekenis Er zijn bepaalde patiëntengroepen die meer pijn aangeven tijdens het inbrengen van een IUD. De huisarts kan veilig op deze pijn anticiperen door het toepassen van lidocaïnegel. Dit moet worden afgewogen tegen het nadeel: de inbrengprocedure duurt langer. ■

LITERATUUR

1 Lopez LM, Bernholc A, Zeng Y, Allen RH, Bartz D, O'Brien PA, et al. Interventions for pain with intrauterine device insertion. Cochrane Database Syst Rev 2015;7:CD007373.
2 Pergialiotis V, Vlachos DG, Protopappas A, Vlachos GD. Analgesic options for placement of an intrauterine contraceptive: a meta-analysis. Eur J Contracept Reprod Health Care 2014;19:149-60.
3 Tornblom-Paulander S, Tingåker BK, Werner A, Liliecreutz C, Conner P, Wessel H, et al. Novel topical formulation of lidocaine provides significant pain relief for intrauterine device insertion: pharmacokinetic evaluation and randomized placebo-controlled trial. Fertil Steril 2015;103:422-7.
4 Tavakolian S, Ghorbani M, Doulabi MA, Baghban AA, Mortazavi A. Lidocaine-prilocaine cream as analgesia for IUD insertion: a prospective, randomized, controlled, triple blinded study. Glob J Health Sci 2015;7:399-404.

EMGO+ VUmc, afdeling Huisartsgeneeskunde & Ouderengeneeskunde, De Boelelaan 1117, 1081 HV Amsterdam: A.F. Soumillion, huisarts-in-opleiding; dr. J.C. van der Wouden, universitair hoofddocent • Correspondentie: a.soumillion@vumc.nl

Bèr Pleumeekers

Antibiotica bij chronische prostatitis

PEARLS bieden de lezer bruikbare wetenschap voor de werkvloer, op basis van de Cochrane Database of Systematic Reviews. De coordinatie is in handen van dr. F.A. van de Laar, Cochrane Primary Health Care Field, Radboudumc Nijmegen • Correspondentie: floris.vandelaar@radboudumc.nl.

Context Chronische prostatitis komt in de huisartsenpraktijk voor bij ongeveer 10% van de volwassen mannen. Meestal gaat het om het chronisch bekkenpijnsyndroom (CPPS) en is de oorzaak onduidelijk, maar in 10% van de gevallen lijken de klachten veroorzaakt te worden door een chronische bacteriele prostatitis (CBP).

Klinische vraag Wat is de effectiefste antimicrobiële behandeling van patiënten met CBP en welke bijwerkingen treden daarbij op?

Conclusie auteurs De auteurs includeerden 18 RCT's (2196 patiënten) waarin verschillende antibiotica bij patiënten met CBP werden vergeleken. De diagnose werd gesteld bij een toename van bacteriën en leukocyten in de urine na prostaatmassage (2-glazentest). Er is geen verschil in effectiviteit tussen chinolonen onderling (ciprofloxacine, levofloxacine en ofloxacine). Ciprofloxacine versus vergelijkbare chinolonen verschilt niet in microbiologische effectiviteit (RR 0,98; 95%-BI 0,7 tot 1,18) en klinische effectiviteit (RR 0,9; 95%-BI 0,75 tot 1,08). Ook wat betreft het aantal bijwerkingen is het verschil tussen de chinolonen onderling statistisch niet significant: RR 1,16 (95%-BI 0,95 tot 1,42). Het maakt niet uit of de behandelingen gemiddeld drie, vier of zes weken worden voortgezet. Onderzoeken waarbij chinolonen werden vergeleken met andere antibiotica waren van onvoldoende kwaliteit om conclusies aan te verbinden. Bij chlamydia-infecties zijn macroliden (azytromycine of clarithromycine) beter dan chinolonen wat betreft microbiologische effectiviteit (RR 0,48; 95%-BI 0,32 tot 0,72) en klinische effectiviteit (RR 0,64; 95%-BI 0,46 tot 0,90). Qua bijwerkingen was er geen verschil (RR 0,34; 95%-BI 0,01 tot 8,15).

Beperkingen Deze review geeft geen inzicht in genezingspercentages van patiënten met CBP na behandeling met antibiotica, omdat er geen onderzoeken zijn waarin een controlegroep placebo gebruikte. De review geeft evenmin inzicht in de optimale duur van de behandeling.

COMMENTAAR

De NHG-Standaard Mictieklachten bij mannen schenkt weinig aandacht aan de diagnose CBP. In de meeste gevallen van chronische prostatitis is er geen sprake van een bacteriële infectie en spreekt men van CPPS. Toch wordt bij ruim 10% van de patiënten met chronische prostatitisklachten een microorganisme geïsoleerd uit het prostaatvocht. In hoeverre die micro-organismen verantwoordelijk zijn voor de klachten is niet duidelijk. Voor diegenen bij wie mogelijk wel een bacteriologische oorzaak aanwezig is, zijn er geen richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Ongeveer 10% van de mannen heeft chronische prostatitisklachten, 60% van hen consulteert de huisarts. Bij patiënten met chronische prostatitis die met therapeutisch nihilisme geen genoegen nemen, schrijven artsen tal van empirische behandelingen voor waarvan de effectiviteit evenmin is bewezen. Deze Cochrane-review laat in elk geval zien dat patiënten die met een 2-glazentest worden gediagnosticeerd als CBP-patiënten, het best behandeld kunnen worden met een chinolon, zoals 2 maal daags 500 mg ciprofloxacine gedurende drie tot zes weken. In geval van een chlamydia-infectie gaat de voorkeur uit naar een macrolide, bijvoorbeeld azitromycine 1 maal daags 500 mg drie dagen per week gedurende drie weken of clarithromycine 2 maal daags 500 mg gedurende twee weken. Omdat in geen van de onderzoeken placebogecontroleerd onderzoek is gedaan, blijft de vraag of het toedienen van antibiotica überhaupt zinvol is. Ook al sluiten de antibiotica aan bij het aan de hand van een antibiogram verkregen gevoeligheidsspectrum, dan nog is het de vraag of die antibiotica wel voldoende weefselconcentraties in de prostaat bereiken. Daarnaast kunnen de klachten een zodanig natuurlijk beloop hebben dat er na enkele maanden spontane regressie optreedt; antibiotica zijn hierop niet van invloed en dus overbodig. Terughoudendheid is geboden, zeker omdat het gaat om sterk werkende antibiotica die voor een langere periode moeten worden gegeven en, gezien de grote kans op recidieven, vaak herhaald moeten worden. Voor zover ons bekend is, bestaat er geen RCT waarin antibiotica zijn vergeleken met placebo bij CBP. Wij zijn het met de opstellers van de Cochrane-review eens dat dit onderzoek noodzakelijk is. Het voorschrijven van antibiotica bij patiënten met CBP moet, tot er meer duidelijkheid is, daarom met mate gebeuren. In afwachting van verder wetenschappelijk onderzoek kunnen patiënten die toch een medicamenteuze behandeling willen proberen bij langdurig bestaande klachten, na een positieve 2-glazentest starten met een chinolon of een macrolide. Dit beleid biedt mogelijk enige verbetering van het gangbare beleid, waarbij verschillende soorten antibiotica worden voorgeschreven zonder duidelijke diagnostische criteria en met een wisselende behandelingsduur. ■

LITERATUUR

1 Perletti G, Marras E, Wagenlehner FME, Magri V. Antimicrobial therapy for chronic bacterial prostatitis. Cochrane Database Syst Rev 2013;8:CD009071.

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 1000 CA Rotterdam: dr. H.J.C.M Pleumeekers, huisarts en onderzoeker • Correspondentie: pleum024@planet.nl

Hyperhidrosis

Vandaag las ik het artikel van Roel Genders over hyperhidrosis.[1] Ik ben verbaasd dat hij geen belangenverstrengeling heeft opgegeven. Hij heeft een eigen kliniek waarin hij reclame maakt voor de behandeling met microgolftechniek. Zie http://rooseveltkliniek.nl/informatie/overmatig-zweten/definitieve-behandeling-miradry. De eerste behandeling kost 1500 euro en een volgende behandeling 1000 euro. Is dit geen belangenverstrengeling?

Het onderzoek naar de effectiviteit betreft één gerandomiseerde trial met 120 mensen met een follow-upduur van respectievelijk 1 jaar (met microgolf behandelde mensen) en een half jaar (mensen met een sham-behandeling). Ik heb het artikel niet full-text gelezen, maar het is vrijwel zeker gefinancierd door de fabrikant.

Het artikel in H&W beschrijft de microgolftechniek zonder kritisch commentaar en laat zelfs een figuur erbij plaatsen. Hoe heeft dit de redactie kunnen passeren? ■

Jako Burgers, huisarts en hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap NHG

LITERATUUR

1 Genders R. 'Dokter, ik zweet te veel': hyperhidrose in de praktijk. Huisarts Wet 2015;58:492-5.

ANTWOORD

Ik vind het spijtig dat collega Burgers het idee heeft dat hier sprake is van belangenverstrengeling.

Op mijn disclosure-formulier (dat mijns inziens is op te vragen bij de redactie) staat aangegeven dat ik in een zorginstelling werk die alle behandelingen aanbiedt die in het artikel staan. De besproken behandelingen zijn allemaal gebruikelijk bij hyperhidrosis. De microgolftechniek bestaat ongeveer 10 jaar en wordt bij een twintigtal klinieken in Nederland aangeboden.

Helaas voor de patiënt vergoedt de zorgverzekeraar een aantal behandelingen van hyperhidrosis niet. In de kliniek waar ik werk, wordt de patiënt altijd (volgens de WGBO) uitvoerig geïnformeerd over alle behandelingen die in zijn geval van toepassing zijn. Daarna kiezen we in overleg met de patiënt de geschiktste behandeling. Centraal staat de wens van de patiënt. Dat bepaalde behandelingen niet worden vergoed, zal van invloed zijn op de keuze van patiënten.

De bedragen die collega Burgers noemt zijn correct en staan ook helder en transparant genoemd op de website. De prijzen van de overige behandelingen staan overigens ook duidelijk vermeld. Wat Burgers echter niet meeneemt in zijn commentaar, is de kostprijs van de behandeling. Oftewel, voor het verrichten van deze behandeling wordt na aftrek van alle kosten een gangbaar specialistenhonorarium verdiend conform de verzekerde zorg.

Aangezien een nascholing ook aandacht moet besteden aan nieuwe ontwikkelingen, bespreek ik de microgolftechniek en omdat deze voor huisartsen mogelijk onbekend is, heb ik een afbeelding opgenomen.

De geciteerde RCT is inderdaad gesponsord door de fabrikant, dit is meestal het geval bij nieuwe technieken. Er zijn ook resultaten uit een patiëntenserie met langere follow-up bekend.[1] Verder zijn er andere onderzoeken, geen RCT's, die het effect van microgolf aantonen. Vanwege de beperkte omvang van een nascholing vermeld ik niet elk onderzoek, wat overigens ook geldt voor alle andere behandelingen.

Microgolf heeft wereldwijd een groot draagvlak vanwege de effectiviteit. Deze techniek heeft naast andere, conventionele behandelingen een prominente plaats gekregen in de richtlijn van de non-profitorganisatie International Hyperhidrosis Society (http://www.sweathelp.org). ■

Roel Genders, dermatoloog

LITERATUUR

Lupin M, Hong HC, O'Shaughnessy KF. Long-term efficacy and quality of life assessment for treatment of axillary hyperhidrosis with a microwave device. Dermatol Surg 2014;40:805-7.

ANTWOORD

Wij hebben naar aanleiding van de brief van Burgers navraag gedaan bij de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie (NVDV). De NVDV bevestigt dat de microgolftechniek inmiddels een ingeburgerde behandeling is bij hyperhidrosis, die in aanmerking kan komen als men er met andere behandelingen niet uitkomt. Op grond hiervan achten wij het bespreken van de microgolftechniek als een van de mogelijke behandelingen van hyperhidrosis volkomen gerechtvaardigd.

De auteur gaf op zijn conflict of interest-formulier aan dat hij in een zorginstelling werkt waar hij de meeste in het artikel genoemde behandelingen toepast. Wij hebben verzuimd dit bij het artikel te vermelden.

De redactie

Foto: Shutterstock/Fabio Balbi

Indicaties (adeno-) tonsillectomie

Bij de uitstekend herwerkte NHG-Standaard Acute keelpijn hebben we één groot bezwaar te maken, namelijk over de indicatiestelling voor adenotonsillectomie.[1]

Voor kinderen is aangetoond dat er het eerste jaar na (adeno)tonsillectomie gemiddeld 0,6 perioden minder keelpijn is (van 3,6 naar 3), maar (nog) niet voor jaren of per jaar zoals de NHG-Standaard stelt. Bovendien hebben we bij volwassenen slechts informatie tot 6 maanden na de ingreep. De auteurs van de Cochrane-review worstelen zelf met tegenstrijdige beweringen tussen hun conclusie en hun uiteindelijke aanbevelingen.[2] Enerzijds geven ze het advies tonsillectomie enkel bij kinderen met ernstige keelinfecties te overwegen, anderzijds geven ze toe dat veel patiënten in de controlegroep ook spontaan genezen en dat duizenden patiënten die wel adenotonsillectomie hebben ondergaan nog steeds (even)veel tonsillitisepisodes achteraf zullen doormaken.

Vandaar dat we de huidige indicatiestelling voor (adeno)tonsillectomie momenteel niet kunnen adviseren, en liefst willen ontraden. Bijkomende redenen hiervoor vinden we in een recent gepubliceerd onderzoek over de kans op mogelijke complicaties na tonsillectomie.[3] Die kans is klein, maar niet verwaarloosbaar: 1 tot 2% kans op nabloeding; risico op herhaaloperatie tot 3,2%; en een mortaliteitsrisico tot 1/10.000.

De Nederlandse NHG-Standaard Acute keelpijn sluit overigens bijna naadloos aan bij de Vlaamse richtlijn.[4] De tijd lijkt ons rijp voor Nederlanders en Vlamingen, om een gemeenschappelijke standaard te produceren, als evolutie naar een meer uniforme Europese richtlijn.[5] Wij nodigen uit. ■

Jan Matthys, Marc de Meyere, auteurs Vlaamse Aanbeveling Acute keelpijn

LITERATUUR

1 NHG-Werkgroep Acute keelpijn. NHG-Standaard Acute keelpijn (derde herziening). Huisarts Wet 2015;58:422-9.
2 Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD001802.
3 Chen MM, Roman SA, Sosa JA, Judson BL. Safety of adult tonsillectomy: a population-level analysis of 5968 patients. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2014;140:197-202.
4 De Meyere M, Matthys J. Aanbeveling Acute keelpijn. Berchem: Domus Medica, 1999. http://www.domusmedica.be/documentatie/downloads/praktijkdocumenten/richtlijnen/713-acute-keelpijn/file.html.
5 Matthys J, De Meyere M, Van Driel ML, De Sutter A. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. Ann Fam Med 2007;5:436-43.

ANTWOORD

Wij danken Matthys en De Meyere voor hun reactie. Terecht merken zij op dat het effect van (adeno)tonsillectomie (ATE) bij kinderen van gemiddeld 0,6 perioden minder keelpijn alleen is aangetoond voor een follow- upperiode van een jaar. Dit staat correct in noot 38, maar is onbedoeld niet vermeld in [**tabel 1**] van de NHG-Standaard Acute keelpijn.[1]

Belangrijker is dat Matthys en De Meyere ATE bij kinderen en volwassenen wegens recidiverende tonsillitiden willen ontraden.

De indicaties voor tonsillectomie uit de NHG-Standaard Acute keelpijn zijn overgenomen uit de Richtlijn Ziekten Adenoïd en Tonsillen in de Tweede lijn (ZATT) die op initiatief van de knoartsen is ontwikkeld.[2] Het (kleine) effect van ATE of de bijwerkingen daarvan waren voor de NHG-Werkgroep Acute keelpijn geen reden om deze indicaties te veranderen.

Matthys en De Meyere geven echter aan dat de Cochrane-review tegenstrijdige beweringen tussen conclusies en aanbevelingen bevat en dat (te) grote aantallen patiënten ATE ondergaan zonder effect.[3]

Zowel de Cochrane-review als de ZATT-richtlijn baseren zich op dezelfde onderzoeken. Hoewel de methodologie van beide publicaties enigszins verschilt, lijkt het weinig discussie te geven als wordt gesteld dat zij overeenkomen in de beschrijving van een klein en, vooral bij volwassenen, onzeker effect van ATE.

Dat effect dient te worden afgewogen tegen het risico op bijwerkingen. Matthys en De Meyere citeren een onderzoek bij volwassenen waarin ernstige bijwerkingen van ATE worden beschreven.[4] Hoewel de NHG-Standaard andere publicaties beschrijft waarin ook kinderen zijn opgenomen, komen de frequentiecijfers voor ernstige bijwerkingen na ATE qua ordegrootte met elkaar overeen.

Een discussie over de vraag of het kleine, onzekere effect van ATE opweegt tegen het reële risico op ernstige bijwerkingen van ATE, zoals nabloeding, heroperatie en zelfs overlijden, is belangrijk. Deze zou bij voorkeur gevoerd en afgestemd moeten worden met de kno-artsen, opdat voorkomen wordt dat patiënten hierover verschillend geïnformeerd worden. Samenwerking met Vlaamse huisartsen hierin kan een vruchtbare kruisbestuiving betekenen en is een uitbreiding van het huidige proces van ontwikkeling van NHG-Standaarden, waarin bij elk concept aan de Vlaamse Domus Medica commentaar wordt gevraagd. ■

Egbert de Jongh, Wim Opstelten, namens de NHG-Werkgroep Acute keelpijn

LITERATUUR

1 NHG-Standaard Acute keelpijn, 2015.
2 Kwaliteitskoepel Medisch Specialisten (2014). ZATT-richtlijn (Ziekten Adenoid en Tonsillen in de Tweede lijn). http://www.kwaliteitskoepel.nl.
3 Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Cochrane Database Syst Rev 2014;11:CD001802.
4 Chen MM, Roman SA, Sosa JA, Judson BL. Safety of adult tonsillectomy: a population-level analysis of 5968 patients. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg 2014;140:197-202.

URINEWEGINFECTIES EN CRANBERRY'S

Caljouw M. Prevention of clinical urinary tract infections in vulnerable very old persons [proefschrift]. Leiden: LUMC, 2015. ISBN: 978-94-6169-605-2.

Urineweginfecties komen veel voor bij ouderen: in de huisartsenpraktijk heeft 20% van de ouderen jaarlijks een urineweginfectie, in het verpleeghuis is dit zelfs 50%. Onder de bewoners van een verzorgingshuis, die in de eerste lijn worden behandeld maar met de huidige criteria bij indicering steeds meer op de verpleeghuispopulatie lijken, zal dit aantal ongetwijfeld ook hoog zijn.

Caljouw beschrijft in haar proefschrift onderzoeken naar het optreden van urineweginfecties, naar de gevolgen daarvan, en naar het nut en de kosten van preventie met cranberry's. Haar onderzoeken zijn deels gesitueerd in een eerstelijnspopulatie en deels in een verpleeghuispopulatie. De toepasbaarheid van haar bevindingen voor de huisartsenpraktijk zijn beperkt.

Het klassieke beeld van de verwarde kwetsbare oudere in een verzorgingshuis met een urineweginfectie is bekend. Het stille delier, waarbij het symptomencomplex wordt gemist door de verzorgende en de huisarts niet wordt ingeschakeld, is een ander bekend probleem. De groep ouderen die nog een grote mate van zelfredzaamheid heeft, blijkt echter ook een stap terug te zetten na het doormaken van een urineweginfectie. In de Leiden 85+ studie werden ouderen in een open (dus eerstelijns)populatie gevolgd, en het optreden van een urineweginfectie bleek te leiden tot een toenemende ADL-afhankelijkheid. Dit gold vooral voor de groep mensen die voorheen geen beperkingen in hun ADL ondervonden. Het effect was sterker na een urineweginfectie dan na een lageluchtweginfectie. Of adequate bestrijding van de infectie en begeleiding bij eventuele toegenomen ADL-afhankelijkheid bij deze groep zinvol zijn, zou een interessante en maatschappelijk relevante onderzoeksvraag zijn.

In een groep verpleeghuisbewoners werd een RCT gedaan naar het preventieve effect van cranberrycapsules. Het aantal infecties werd met een kwart gereduceerd, 1 op de 5 bewoners kreeg zelfs helemaal geen urineweginfectie meer, maar daarvoor moesten de capsules wel minimaal 2 maanden worden ingenomen. Uit kostenoogpunt is deze interventie niet de moeite waard, maar terecht stelt de auteur de retorische vraag of deze kille economische analyse de gevolgen van de infecties voor de bewoners wel voldoende meeneemt. Als familie van verzorgingshuisbewoners u vraagt of het drinken van cranberrysap op eigen kosten zinvol kan zijn, dan kunt u met dit proefschrift in gedachten volmondig 'ja' zeggen. ■

Sjoerd Hobma

Klinische lessen voor H&W gevraagd

De klinische lessen in *Huisarts en Wetenschap* zijn een door lezers hooggewaardeerde rubriek. Aan de hand van één of twee patiëntencasus wordt aandacht gevraagd voor een opmerkelijk diagnostisch traject, klinisch beloop of een medisch basisprincipe. Deze rubriek biedt de schrijver de mogelijkheid een ervaring te delen en de lezers de mogelijkheid te leren van wat een collegahuisarts heeft meegemaakt. Omdat de rubriek zo nauw aansluit bij de dagelijkse praktijk willen wij u aanmoedigen uw praktijkervaring in de vorm van een klinische les met onze lezers te delen.

Als u een casus voor ogen heeft, bedenk dan eerst waar deze het best past: in de rubriek Klinische les of Casuïstiek. Een klinische les draait, anders dan de rubriek casuïstiek, niet om een pure beschrijving van een ziektebeeld, maar om de lering die collegahuisartsen kunnen trekken uit de gepresenteerde casus. De patiëntencasus beschrijft stapsgewijs, vanaf de eerste presentatie door de patiënt, de gedachten van de huisarts gedurende het diagnostisch proces. De beschreven casus dienen ter illustratie van een boodschap, die u elders in het artikel met feiten verantwoordt.

Klinische lessen hebben 'van nature' een logische structuur:

- inleiding met aanleiding en doelstelling voor het artikel (zonder de boodschap al 'weg te geven');
- de eigenlijke gevalsbeschrijving die 'sturend' moet zijn voor de rest van het artikel;
- een beschouwing met interpretatie, plaatsen van de casus in de context van bestaande literatuur over dit onderwerp en uitwerking van de boodschap (de 'les');
- conclusie.

Overweegt u een klinische les te schrijven? Kijk dan op onze website voor de instructie (http://www.henw.org/voorauteurs) Bij vragen kunt u altijd contact met mij opnemen (j.eekhof@nhg.org of 030-2823500). ■

Just Eekhof

Vacature H&W

Gevraagd: junior redactielid

Ons huidige junior redactielid rondt haar huisartsopleiding eind 2015 af en verlaat dan de redactiecommissie. Daarom zijn wij op zoek naar een nieuw junior redactielid. Wij zoeken een enthousiaste arts-in-opleiding-tot-huisarts en onderzoeker (aiotho), in het eerste jaar van de opleiding, die het leuk vindt om te (leren) schrijven. We denken daarbij aan aanstormend talent dat zich niet voor vijf jaar wil vastleggen, maar wel ervaring wil opdoen met het beoordelen van manuscripten en het maken van een wetenschappelijk tijdschrift. De voorzitter van de redactiecommissie zal hem of haar intensief begeleiden.

TAKEN REDACTIELEDEN

- Redactieleden beoordelen binnengekomen manuscripten en bespreken deze in de maandelijkse vergadering (derde donderdag van de maand, 16.00-19.00 uur).
- Redactieleden begeleiden auteurs bij het herschrijven van manuscripten.
- Redactieleden schrijven geregeld bijdragen voor het Journaal en ten minste één commentaar per jaar.
- Redactieleden werven auteurs voor de rubrieken Spreekuur en Import.
- Redactieleden leveren met nieuwe ideeën over inhoud en samenstelling van H&W een bijdrage aan de verdere ontwikkeling van ons wetenschappelijk tijdschrift.
- Het junior redactielid begeleidt samen met de hoofdredacteur de rubriek (Ver)stand van zaken.

EISEN

- Zin in en ervaring met schrijven en een kritische geest zijn de belangrijkste vereisten.
- Ervaring met het beoordelen van wetenschappelijke literatuur en (zo mogelijk) ervaring met publiceren is gewenst.
- Enthousiasme en bereidheid om ongeveer vier uur per week te besteden aan het lezen en schrijven voor H&W.

PROCEDURE

De sollicitatiecommissie bestaat uit de hoofdredacteur en één à twee redactieleden. Het junior redactielid verbindt zich voor twee jaar en wordt niet officieel benoemd. Verdere informatie kunt u krijgen bij hoofdredacteur Just Eekhof (telefoon 030-2823551 maandag en donderdag of per e-mail: j.eekhof@nhg.org). Uw sollicitatiebrief voorzien van een curriculum vitae – indien van toepassing met een lijst van uw belangrijkste publicaties – stuurt u vóór 1 december 2015 aan Redactie H&W, Postbus 3231, 3502 GE Utrecht, of per e-mail naar redactie@nhg.org. ■

Uw diagnose

Mevrouw Tolstra, 48 jaar, komt op het spreekuur vanwege toenemende stekende pijn aan haar linkervoorvoet (sinds twee maanden). Bij onderzoek is er drukpijn tussen de derde en de vierde teen. Wat is uw diagnose?

a. Hamerteen van de vierde teen
b. Ziekte van Freiberg-Köhler
c. Marsfractuur
d. Mortonneuralgie

Wilt u het goede antwoord weten?
Kijk op www.henw.org.

Fotoquiz van de maand november

Foto: Marco Heijkoop

Foto's gezocht

Elke maand staat er een nieuwe fotoquiz op onze website. Als u een bijzondere aandoening op het spreekuur ziet, denk dan aan de fotoquiz. Wij ontvangen graag goede en scherpe foto's (minimaal 300 dpi of 1 Mb), liefst staand, met een duidelijke diagnose. Maak een foto en stuur hem op naar redactie@nhg.org onder vermelding van 'fotoquiz'. Wilt u op de hoogte blijven van de laatste nieuwsberichten? Volg ons dan op Twitter, Facebook of via RSS.

KENNISTOETS: ANTWOORDEN

1. c
Feijen-de Jong EI, Baarveld F, Jansen DEMC, Ursum J, Reijneveld SA, Schellevis FG. Ook zwangeren gaan naar de huisarts. Huisarts Wet 2015(11):574-6.

2. b
Peters-Veluthamaningal C, Willems W, Smeets JGE, Van der Windt DAWM, Spies MN, Strackee SD, et al. NHG-Standaard Hand- en pols-klachten. www.nhg.org.

3. d
Van Pinxteren B, Knottnerus BJ, Geerlings SE, Visser HS, Klinkhamer S, Van der Weele GM, et al. NHG-Standaard Urineweginfecties (derde herziening). www.nhg.org.

4. d
Leusink P. Seks, dat spreekt vanzelf? Huisarts Wet 2015(11):582-5.

5. b
Leusink P. Seks, dat spreekt vanzelf? Huisarts Wet 2015(11):582-5.

6. c
Buijs SC, Avenarius W, Boeke AJP, Van Bergen JEAM. Bedgeheimen en urineweginfecties. Huisarts Wet 2015(11):570-3.

7. a
Van Bergen JEAM, Dekker JH, Boeke AJP, Kronenberg EHA, Van der Spruit R, Burgers JS, et al. NHG-Standaard Het soa-consult (eerste herziening). www.nhg.org.

8. d
Buijs SC, Avenarius W, Boeke AJP, Van Bergen JEAM. Bedgeheimen en urineweginfecties. Huisarts Wet 2015(11):570-3.

De vragen van deze kennistoets zijn gemaakt door Janine Freeke aan de hand van verschillende bronnen. De vragen zijn ter beoordeling voorgelegd aan Huisartsenopleiding Nederland. Over vragen en antwoorden wordt niet gecorrespondeerd.

Huisarts en Wetenschap
www.henw.org

Redactie
Just Eekhof, hoofdredacteur, Lidewij Broekhuizen, Marianne Dees, Sjoerd Hobma, Bèr Pleumeekers, Marissa Scherptong-Engbers, Annet Sollie, Wim Verstappen, Hans van der Wouden.
De redactie werkt volgens een redactiestatuut dat de onafhankelijkheid van de redactie waarborgt. De NHG-Standaarden en het NHG-nieuws vallen onder de verantwoordelijkheid van het NHG.

Redactiesecretariaat
Henny Helsloot, Marjolein Oosterom, Susan Umans.
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 50 F (030) 282 35 01
E-mail redactie@nhg.org

Basisvormgeving
Bottenheft, Marijenkampen/Arnhem

Nederlands Huisartsen Genootschap
Mercatorlaan 1200, 3528 BL Utrecht
Postbus 3231, 3502 GE Utrecht
T (030) 282 35 00, F (030) 282 35 01

Uitgeverij/advertentie-exploitatie
Bohn Stafleu van Loghum, onderdeel van Springer Media.
Postbus 246, 3990 GA Houten
Paul Bakker (030) 638 39 28, p.bakker@bsl.nl
Chris Janssen (030) 638 52 09, c.janssen@springermedia.nl
Gertjan Verhoog (030) 638 37 65, g.verhoog@bsl.nl
Peter de Jong (030) 638 38 88, p.dejong@bsl.nl
Advertenties behoeven goedkeuring van de redactie.
Inzenden aan de uitgeverij, media.marketing@bsl.nl

Abonnementenadministratie
Klantenservice Bohn Stafleu van Loghum
Postbus 246, 3990 GA Houten
T (030) 638 37 36, F (030) 638 39 99
www.bsl.nl

Nieuwe abonnementen
Zie www.henw.org/abonnementen

Abonnementsprijzen
Jaarabonnement (incl. verzend- & administratiekosten)
Abonnementsprijs (print + online toegang): € 220,-.
Abonnementsprijs (enkel online toegang): € 132,-.
Voor buitenlandse abonnees geldt een toeslag op deze prijzen. Niet hiervoor genoemde prijzen op aanvraag of via www.bsl.nl.

Levering en diensten geschieden volgens de voorwaarden van Springer Media, gedeponeerd bij de Kamer van Koophandel te Utrecht onder dossiernr. 32107635 op 17 juni 2010. De voorwaarden zijn in te zien op www.bsl.nl, of worden de koper op diens verzoek toegezonden.

ISSN 0018-7070

Leer van seks!

Wie het over seks heeft, kan rekenen op een heleboel aandacht. Veel weekbladen en commerciële televisiezenders spelen daar dankbaar op in en schuwen het onderwerp bepaald niet. Maar of dat nu ook de reden is dat het NHG-Congres in recordtempo volliep? Ik weet het niet. Feit is dat het congres nog nooit eerder zoveel inschrijvingen heeft gehad als dit jaar, namelijk 2620. Gelukkig kan het World Forum toch rustige ruimtes en kleinschalige sessies waarborgen.

Uit evaluaties van eerdere congressen weten we dat u graag komt als u de aangereikte kennis kunt toepassen in uw eigen praktijk. Het thema *urogynaecologie en seksuele gezondheid* biedt u daartoe alle gelegenheid. In mijn beleving is het echt een 'onderbelicht' thema, waarover nog veel te leren valt. Maar het is ook een onderwerp waarbij u al uw huisartsencompetenties kunt aanwenden. Uw kennis, vaardigheden en inlevingsvermogen zijn nodig, maar het gaat ook om communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit.

Het onderwerp gaat vaak gepaard met gêne, zowel aan de kant van de patiënt als die van de dokter. Bij het bouwen van mijn spreekkamer is daarom goed rekening gehouden met de privacy van de patiënt, vooral bij het uit- en aankleden. Een hoge kast onttrekt de hele onderzoekshoek aan het oog, maar belemmert het contact houden niet. Ook zijn kweeksets, specula en pasringen altijd binnen handbereik.

U ziet, ik ben me al mentaal aan het voorbereiden op het congres, zodat de vele leerpunten zacht zullen landen in mijn praktijk. Hopelijk heeft ook u een leerzaam en inspirerend congres! Ik hoop u in elk geval in de NHG-stand te mogen ontmoeten op 13 november.

Rob Dijkstra

De visitatie komt op gang!

De eerste huisartsen bij wie de herregistratie in 2016 plaatsvindt gingen dit jaar van start met het individuele visitatieprogramma en enkelen van hen hebben dit inmiddels al afgerond. De tips en opmerkingen van deelnemende huisartsen en gespreksleiders helpen bij het gebruiksvriendelijk maken van het programma: de handleidingen en informatie op mijnvisitatie.nl worden regelmatig geoptimaliseerd.

Visitatie als herregistratie-eis

Vanaf 1 januari 2016 wordt visitatie als herregistratie-eis gehandhaafd en de verwachting is dat de aanmeldingen voor het visitatieprogramma de komende tijd sterk zullen toenemen. Komt ook voor u in 2016 de herregistratie aan de orde en weet u niet wat u voor de visitatie moet doen? Lees dan de brief van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) over de uitvoering van de herregistratie-eis op www.mijnvisitatie.nl. U kunt hier ook terecht voor meer informatie en aanmelding.
Heeft u na bezoek aan de website nog vragen over het visitatieprogramma, neem dan contact op met het Bureau Visitatie Huisartsen: info@mijnvisitatie.nl of tel. 030-28 23 795. Met vragen over de herregistratie zelf kunt u terecht bij de RGS: herregistratie@fed.knmg.nl.

Terugblik op kaderhuisartsenbijeenkomst:

'Het bundelen van de krachten'

Onlangs kwamen kaderhuisartsen van alle disciplines bijeen om onder andere het substitutievraagstuk te bespreken. Tijdens de discussies werd duidelijk dat kaderhuisartsen van de verschillende disciplines elkaar onderling niet goed weten te vinden. Suggesties voor verbetering zijn bijvoorbeeld een website voor kaderhuisartsen met een landkaart waar ze elkaar kunnen opzoeken en verbeteringsprojecten en innovatieve ideeën met elkaar kunnen delen.
Meer lezen? Het verslag van de bijeenkomst is te vinden op http://www.nhg.org/evenementen/kaderhuisartsenbijeenkomst2015.

Vernieuwde keuzehulpen op Thuisarts.nl

Begin dit jaar gingen de keuzehulpen van KiesBeter naar Thuisarts.nl. Nu zijn er drie geactualiseerd:
- Hernia in de onderrug
- Keeloperatie bij kinderen met keelontsteking?
- Testen op prostaatkanker

Zie http://keuzehulpen.thuisarts.nl voor een overzicht van alle tot dusver beschikbare keuzehulpen.

Ook nieuwe filmpjes!

Op Thuisarts.nl zijn weer elf nieuwe filmpjes geplaatst en in november verschijnt nog een serie films bij de NHG-Standaard *Seksuele klachten*. Dan zijn er al bijna zestig! De nu geplaatste filmpjes geven korte, heldere uitleg over:
- Stoppen met maagmedicijnen
- Oefeningen lage rugpijn
- Artrose
- Ziekte van Pfeiffer
- Angststoornis
- Anticonceptiepil
- Tennisarm
- Bloedneus
- Hielspoor
- BPPD (benigne paroxismale positieduizeligheid)
- Oorsuizen

Op de alfabetisch gerangschikte onderwerpenlijst ziet u in één oogopslag bij welke onderwerpen een filmpje bestaat. Klik op het icoontje en de film start.

&NHG

De consequenties van het Huisartsenmanifest:

Het roer moet om en het NHG

Het huisartsenmanifest *Het roer moet om* bracht alle bij de huisartsgeneeskunde betrokken partijen in beroering. Drie werkgroepen gingen deze zomer aan de slag met de belangrijkste aspecten waarop huisartsen verandering wensten. Begin oktober presenteerden de werkgroepen hun resultaten. Hieronder leest u wat deze betekenen voor het NHG.

Drie hoofdthema's

In de drang naar verbetering ontstond de afgelopen jaren een opeenstapeling van afspraken, wensen en eisen waardoor de huisarts steeds verder van de patiëntenzorg dreigde af te dwalen. Beroepsverenigingen, patiëntenorganisaties, overheidsinstellingen en zorgverzekeraars vroegen steeds meer, tot huisartsen vonden dat het tij moest worden gekeerd.

Foto: Shutterstock

Zo'n 8000 huisartsen ondertekenden het manifest en in de daarop volgende debatten werd duidelijk dat er knelpunten zijn op drie hoofdthema's:

- huisartsen willen af van de bureaucratie en de overmaat aan administratieve handelingen;
- het streven moet zijn gericht op samenwerking en gelijkwaardigheid;
- de kwaliteitseisen moeten realistisch en werkbaar zijn.

NHG, LHV, InEen, VPHuisartsen, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie NPCF en diverse individuele zorgverzekeraars traden met elkaar en met VWS, NZa, en ACM in overleg. En een drietal werkgroepen ging met de hoofdthema's aan de slag, waarbij het NHG vooral een rol had bij het thema kwaliteit.

De eerste gesprekken

Natuurlijk verschilden de meningen over de beste manier van samenwerken in het belang van een optimale huisartsenzorg. Iedere gesprekspartner aan de overlegtafel heeft immers een eigen rol in de huisartsenzorg. Maar al gauw bleek in de gesprekken met zorgverzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers dat er op verschillende aspecten winst te behalen is. Vaak begrijpen partijen elkaar niet goed door verschillen in taalgebruik en referentiekaders, bijvoorbeeld als het gaat om het aantal noodzakelijke kwaliteitsindicatoren en afspraken over het gebruik daarvan. Toch is een gezamenlijk resultaat bereikt door helderheid te scheppen over de rollen en verantwoordelijkheden van alle partijen, maar ook door de wil elkaar te begrijpen bij het doorvragen naar de verschillende standpunten.

Basiskwaliteitseisen en praktijkaccreditering

Het NHG zal samen met de andere huisartsenorganisaties de basiskwaliteitseisen voor de huisartsenpraktijk beschrijven. Hiermee kan de kwaliteit van zorg worden getoetst van praktijken die (nog) niet deelnemen aan een vorm van accreditering of visitatie. Praktijken die al deelnemen aan praktijkaccreditering of -certificering voldoen automatisch aan de basiskwaliteitseisen. De zorgverzekeraars hebben toegezegd deelname aan de praktijkaccreditering te faciliteren. Uitgaande van de intrinsieke motivatie van huisartsen, krijgt intervisie een belangrijke plek in de kwaliteitseisen. NHG en LHV zullen huisartsen bij het opzetten en uitvoeren van die intervisie ondersteunen. Dit krijgt concreet handen en voeten in de nota *Zorg voor kwaliteit* die eind dit jaar verschijnt. Partijen streven ernaar de beschrijving van de basiskwaliteitseisen vóór 1 maart 2016 af te ronden.

Beperking van indicatoren

De zorgverzekeraars zullen zich baseren op de door de beroepsgroep vastgestelde indicatoren voor het benchmarken van de ketenzorg. Zij zullen niet langer aanvullende vragenlijsten en meetinstrumenten hanteren. Bespreking van de zorgkwaliteit van een huisartsenpraktijk met andere partijen gebeurt alleen op basis van indicatoren die voldoen aan gezamenlijk vastgestelde voorwaarden. Het NHG waakt voor de 'ongebreidelde ontwikkeling van indicatoren' en heeft de regie bij het komen tot een goede balans tussen effectiviteit, actualiteit en gebruiksvriendelijkheid. Het aantal indicatoren bij chronische aandoeningen voor benchmarking in de ketenzorg wordt gereduceerd tot acht per keten. Overige indicatoren zijn gereserveerd voor intern kwaliteitsbeleid van de praktijk.

Eén patiëntenenquête

Verder is het streven erop gericht te komen tot één gevalideerde digitale enquête naar patiëntenervaringen; dat voorkomt dubbel werk en bevordert de efficiency. Het NHG zal zijn methodologische kennis inbrengen bij het tot stand brengen van de enquête en de belangen van zijn leden behartigen.

Taskforce Kwaliteit

Een nieuwe Taskforce Kwaliteit bevordert en bewaakt nu en in de toekomst de effectiviteit, actualiteit en gebruiksvriendelijkheid van de kwaliteitseisen. De belangrijkste opbrengsten van het nu doorlopen proces zijn daarbij leidinggevend: alle betrokken partijen bekijken de huisartsenzorg vanuit een gezamenlijke invalshoek en maken daar afspraken over. Voorliggende vraag is: hoe kan elke partij vanuit de eigen rol een bijdrage leveren aan een efficiënt aantoonbare kwaliteit van de patiëntenzorg in de huisartsenpraktijk?

Linda Tolsma, beleidsadviseur NHG

Een werkdag uit het leven van...

Michael Kijser, Implementatiematerialen NHG

Michael Kijser is huisarts en werkt sinds 2010 als wetenschappelijk medewerker bij de NHG-sectie Implementatiematerialen. Zijn werkzaamheden bestaan vooral uit het schrijven en ontwikkelen van de Programma's voor Individuele Nascholing (PIN's) en het maken van instructiefilms voor huisartsen. In de rubriek *Een werkdag uit het leven van...* vertelt hij over zijn werkzaamheden en vooral over de ontwikkeling van de PIN *Seksuele klachten*.

Vroeg van start met de PIN's

'Om de files voor te zijn ga ik op mijn werkdagen voor het NHG vroeg van huis, zodat ik al rond 7.00 uur 's ochtends start. De laatste maanden was ik vooral bezig met het begeleiden en coördineren van de PIN *Seksuele klachten* die rond het NHG-Congres zal verschijnen. Het gaat om een e-learning, dus de PIN zal alleen digitaal verschijnen en niet als boekje. Hiervoor is gekozen omdat de PIN interactieve elementen bevat, zoals films, links naar diverse websites en directe feedback op vragen over de inhoud.'

Knelpunten in de standaard

'We proberen de PIN's zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de wensen en behoeften van huisartsen in de dagelijkse praktijk. Vaak komen al tijdens de ontwikkeling of actualisering van een NHG-Standaard knelpunten naar voren die niet direct in de standaard op te lossen zijn. Daaraan kunnen we dan in het implementatietraject aandacht besteden, zeker als het gaat om het in praktijk brengen van de nieuwe kennis of inzichten uit de standaard, bijvoorbeeld rond diagnostiek of beleid. Maar ook kan het gaan om de implicaties van de adviezen uit de standaard voor de werkwijze of praktijkorganisatie van de huisarts. En soms ook betreft het veranderingen in de samenwerking met andere disciplines, of zelfs de bewustwording van de eigen ideeën, normen en waarden rond een bepaald onderwerp.'

Input vanuit focusgroepen

'Een belangrijke bron van informatie voor de PIN's zijn de focusgroepen die de conceptversies van de standaarden bespreken. Hierin hebben steeds ongeveer twaalf huisartsen uit het hele land zitting en ze gaan in op de knelpunten in de standaard en op de implementatie. Ook aanwezig bij die bijeenkomsten zijn de begeleider van de standaardenwerkgroep en de medewerker van de afdeling Implementatie die het maken van de implementatiematerialen coördineert. Op basis van de vergaarde informatie ontwikkelen we bij de standaarden dan een PIN, maar soms ook scholing, een boek over protocollaire zorgverlening, instructiefilmpjes en dergelijke. En ook wordt bij de standaarden steeds patiëntenvoorlichtingsmateriaal voor Thuisarts.nl gemaakt.'

Ongebruikelijke werkwijze

'De medewerker van de afdeling Implementatie die de bijeenkomsten van de focusgroep bijwoont schrijft meestal zelf de PIN. Maar bij de PIN *Seksuele klachten* is een ongebruikelijke werkwijze gevolgd. Die is geschreven door twee auteurs van de standaard: Thea van der Waart en Peter Leusink. Aan de hand van de kernboodschappen en de belangrijkste wijzigingen in de standaard én op basis van de input van de focusgroep hebben zij het leerprogramma van de PIN samengesteld.'

Seks bespreekbaar maken

'Een van de belangrijkste struikelblokken die de focusgroep constateerde was dat huisartsen het lastig vinden om over seksualiteit te praten met hun patiënten. Dat kan komen door een gebrek aan kennis en vaardigheden, maar ook kan de eigen attitude van de huisarts soms belemmerend werken bij vragen over seksualiteit. Huisartsen willen graag tools hebben om het onderwerp te bespreken, om directe vragen te kunnen stellen en om de juiste toon en woorden te vinden. Ook wilden de focusgroepleden meer weten over verdiepende vragen die ze kunnen stellen en hoe ze eerste adviezen kunnen geven. En bovenal is er behoefte aan aandacht voor het praten over seks met mensen uit een niet-westerse en islamitische cultuur.'

Ook op film!

'De PIN gaat dus in op gesprekstechnieken, maar ook op veelvoorkomende klachten als erectiele dysfunctie, anorgasmie, pijn bij het vrijen en vroegtijdige zaadlozing. Er is aandacht voor het aankaarten van seksualiteit met een vrouw die onlangs is behandeld voor borstkanker en, zoals gezegd, het bespreken van seksuele klachten met mensen uit een niet-westerse cultuur. Er zijn enkele instructiefilmpjes bij de PIN, waarin de huisarts kan zien hoe hij de problematiek bespreekbaar kan maken en met welke aandachtspunten hij rekening kan houden. Die films komen ook *stand-alone* op de NHG-website en zullen worden gebruikt in nascholing.'

Steeds beter...

'Het maken van een PIN, en zeker van een e-learning, is een intensief proces. Zeker als er externe auteurs zijn, wordt er veel over en weer gemaild en gebeld. Het leuke is dat je het product langzaam ziet groeien en verbeteren. Vooral in de commentaar- en pilotfase is het mooi om te zien dat plooien worden strak gestreken en dat zo het eindresultaat, zowel inhoudelijk als qua opbouw en vormgeving, steeds beter aansluit bij de wensen en behoeften van de huisarts.'

Michael Kijser

&NHG

Interview met Monique Verduijn:

'Het NHG staat aan de basis van het HIS-formularium'

Monique Verduijn is apotheker en werkt vier dagen per week als senior wetenschappelijk medewerker bij de NHG-afdeling Richtlijnontwikkeling en Wetenschap. Daarnaast is ze werkzaam in de apotheekhoudende huisartsenpraktijk van haar echtgenoot, zodat zij als geen ander zicht heeft op de raakvlakken tussen die twee werelden. In een interview vertelt ze over haar werkzaamheden en – vanwege het congresthema van dit jaar – over de ontwikkeling van het NHG-Standpunt over medicamenteuze overtijdbehandeling.

Kun je iets vertellen over je werkzaamheden voor de NHG-Standaarden?
'Allereerst kijk ik bij de start van alle standaarden mee naar de knelpunten op farmacotherapeutisch gebied. Maar ook later in het ontwikkelingsproces van de standaarden, nog voor ze naar het clusteroverleg van onze afdeling gaan, bekijk ik de teksten. Het is natuurlijk belangrijk dat de farmacotherapeutische paragrafen in de standaarden op elkaar zijn afgestemd. En soms zijn er specifieke vragen aan het cluster over geneesmiddelen.
Vanzelfsprekend ben ik nauw betrokken bij de ontwikkeling van de NHG-Farmacotherapeutische Richtlijnen. Daarvan zijn er inmiddels ruim 45 en we gaan die volgend jaar allemaal herzien. Dat wordt nog een hele klus! Gelukkig doen we dat met veel collega's samen; er is een breed draagvlak en ik werk graag in een team.'

Hoe vindt dat allemaal zijn weg naar het 'NHG-Formularium'?
'Alle beschreven farmacotherapie in de standaarden en de farmacotherapeutische richtlijnen wordt eens in de drie maanden digitaal uitgeleverd aan de HIS-leveranciers, en eens per jaar opgenomen in de actualiseringen van het zakboek *Farmacotherapie voor de huisarts*. Prescriptor en de HIS-leveranciers zorgen er vervolgens voor dat de huisarts altijd over actuele adviezen en voorschriften in zijn HIS beschikt. Het is jammer dat niet alle huisartsen weten dat de elektronische voorschrijfmodule in het merendeel van de HIS'en is gebaseerd op de meest recente versies van de standaarden en de farmacotherapeutische richtlijnen, en dat het hier dus gaat om een specifiek voor de huisartsenpraktijk ontwikkeld formularium.'

Hoe komt het dat onbekend is dat het NHG zorgdraagt voor het HIS-formularium?
'We proberen dat nu wat meer naar voren te brengen door Prescriptor te vragen het NHG-logo zichtbaar te maken bij het inschakelen van de HIS-module; dan is meteen duidelijk dat wij aan de bron daarvan staan. Maar aangezien we die informatie toch al actueel houden, kunnen we in de toekomst misschien overwegen om het formularium ook rechtstreeks via onze website of een app aan te bieden; al is het maar omdat niet alle huisartsen de voorschrijfmodule in hun HIS gebruiken. Bovendien zouden ook aiossen, medisch studenten en poh's dan toegang hebben tot het formularium.'

Je doet vast nog veel meer voor het NHG!
'Ik vertegenwoordig het NHG in diverse gremia op het gebied van de farmacotherapie, zoals in de Wetenschappelijke Adviesraad voor het Farmacotherapeutisch Kompas, de ontwikkeling van het Kinderformularium, Ephor – waar het gaat om farmacotherapie bij ouderen – en in de multidisciplinaire werkgroep van de KNMP waar we doseringsadviezen voor mensen met een verminderde nierfunctie bespreken. Bovendien komen alle vragen, richtlijnen en onderzoeksaanvragen die iets te maken hebben met farmacotherapie in de huisartsgeneeskunde naar mij voor een inhoudelijke beoordeling.'

En nu ben je betrokken bij de ontwikkeling van het NHG-Standpunt over medicamenteuze overtijdbehandeling?
'Ja, maar dat is nog best lastig, want de meningen daarover lopen nogal uiteen. Aan de ene kant zijn er huisartsen die vinden dat dit in de huisartsenpraktijk moet gaan gebeuren, maar er zijn ook huisartsen die daar tegen zijn. Dat kan zijn om principiële redenen, of vanwege de tijddruk. Het NHG beoordeelt inhoudelijk of het veilig kan gebeuren in de huisartsenpraktijk. Dat lijkt wel zo te zijn – in de landen om ons heen gebeurt het ook – maar er zijn natuurlijk wel randvoorwaarden. Het is niet eenvoudig om hierover consensus te bereiken en een Standpunt te formuleren, want uiteindelijk moet de huisarts zich er natuurlijk wel in kunnen vinden!'

Betekent dit dat het nog wel even duurt voor het Standpunt verschijnt?
'Nee, dat zal wel meevallen. Een nieuwe tekstversie wordt binnenkort afgerond en kortgesloten. Het is de bedoeling dat het toch nog wel dit jaar wordt gepubliceerd.' (AS)

Colofon

Redactie NHG-nieuws
Anke ter Brugge
Yvonne Buitenhuis, voorzitter
Anika Corpeleijn
Annet Janssen
Simone Sinjorgo
Ans Stalenhoef, eindredacteur

Contact
Ans Stalenhoef
Postbus 3231
3502 GE Utrecht
Telefoon 030 - 2823500
E-mail: a.stalenhoef@nhg.org

Het NHG-nieuws is een uitgave van het NHG-bureau en vormt een vast onderdeel van H&W.

Voor het colofon van het wetenschappelijk deel van H&W: blader 4 pagina's terug