

Thrombophlebitis*

DOOR DR. A. P. OLIEMANS, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Inleiding. Over de thrombophlebitis is veel gepubliceerd, doch in feite is weinig bekend over het ontstaan, het verloop, de therapie en de complicaties, die enige tijd later kunnen optreden. In de uitgebreide literatuur komt vooral de specialistische visie naar voren, waarvoor het materiaal voornamelijk in kliniek of polikliniek werd verzameld. Over de thrombophlebitis zoals deze zich in de huisartspraktijk presenteert, is veel minder gepubliceerd, zodat een veldonderzoek door huisartsen over deze aandoening nuttig leek.

Elf huisartsen** van het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.)-centrum te 's-Gravenhage verklaarden zich bereid alle patiënten te registreren met oppervlakkige thrombophlebitis van de onderste ledematen. Na een uitgebreide literatuurstudie en nadere oriëntatie*** werd voor dit doel een formulier ontworpen, alsmede een vervolgf formulier om de aandoening na een of meer jaren te kunnen vervolgen (zie bijlage).

Algemene gegevens. Virchow postuleerde reeds in 1862 de drie factoren, die een trombose kunnen doen ontstaan namelijk een beschadigde vaatwand, stasis en een veranderde bloedsamenstelling.

Sinds die tijd is een enorme hoeveelheid feitenmateriaal gepubliceerd, die voor een niet-ingewijde steeds moeilijker wordt te volgen. Doch ook voor iemand die op dit terrein is gespecialiseerd, schijnt de materie nooit dezelfde. „How does blood clot this year” verzuchtte Feissly op een trombosecongres in 1964.

Trombose zou zich in twee vormen kunnen openbaren: phlebotrombose en thrombophlebitis. Hierbij zou sprake zijn van een thrombusvorming bij een „normale” vaatwand, respectievelijk van een secundair optredende thrombusvorming bij een beschadigde vaatwand. Microscopisch blijkt echter geen verschil te kunnen worden aangetoond tussen deze twee vormen, zeker niet na enige tijd, zodat dit onderscheid pathologisch weinig waarde heeft (*Dewar, Earle Estes*). Voor de therapie daarentegen blijkt het verschil wel belangrijk. Phlebo-trombose treedt op als een trombose

Samenvatting. Thrombophlebitis (oppervlakkige trombose) is een aandoening die regelmatig in de huisartspraktijk wordt gezien (2,4 per 1000 patiënten per jaar). In een longitudinaal onderzoek door elf Haagse huisartsen werden honderd patiënten geregistreerd en vervolgd. De oppervlakkige trombose kwam driemaal meer voor bij vrouwen dan bij mannen; de aandoening openbaarde zich vooral op oudere leeftijd. Patiënten met thrombophlebitis hadden veelal reeds slechte bloedvaten (varices); bij dertig patiënten werden geen varices gevonden. De gemiddelde ziekteduur van de aandoening varieerde sterk; de helft der patiënten genas binnen drie weken, doorgaans zonder restverschijnselen. Bij vijf patiënten was sprake van een bijzondere vorm: de thrombophlebitis migrans. Van hen bleken twee mannen te lijden aan thrombo-angiitis obliterans, terwijl de drie overige patiënten (naar later bleek) leden aan een maligne nieuwvorming.

van diepliggende venae, waarbij embolieën worden afgegeven. Hierdoor wordt een geheel andere aanpak vereist (bijvoorbeeld anticoagulantia) dan voor de oppervlakkige thrombophlebitis, waarbij door de primair optredende vaatwandbeschadiging de thrombusmassa als het ware met de vaatwand is vergroeid, hetgeen de vorming van embolieën zou verhinderen. Gezien het voorgaande ware het aan te bevelen in het vervolg bij voorkeur te spreken van diepe, respectievelijk oppervlakkige trombose, zonder zich verder uit te spreken over een eventuele genese.

De diagnose van diepe trombose is zeer lastig te stellen; deze aandoening zou vooral klinisch bij bedlegerige en chirurgische patiënten zeer vaak voorkomen. Roos vermeldt in zijn overzicht de hierover verschenen publikaties. Hij concludeert dat tromboses van de diepe venae veel vaker voorkomen dan wordt aangenomen, wanneer met moderne hulpmiddelen ernaar wordt gezocht (registratie ultrasone trillingen, radioactief gemerkt fibrinogeen en dergelijke); de patholoog meldt zelfs dat bij obductie 65 procent der patiënten met ongevallen, trombose van de diepe venae vertoont.

In dit onderzoek werden uitsluitend de oppervlakkige thrombophlebitiden van de benen geregistreerd. Hierbij is dan sprake van een ziekteproces, waarbij een oppervlakkig gelegen vene door ontstekingsverschijnselen en afsluiting wordt aan-

* Gegevens verzameld in een groepsonderzoek door elf huisartsen te 's-Gravenhage.

** Deelnemende huisartsen: P. Boot; A. K. C. Burger; J. F. Burger; G. S. van Dorp; D. Frowein; K. J. Hardeman; C. F. M. Klooster; S. M. Lammerts van Bueren; Dr. A. J. van Meurs; Dr. A. P. Oliemans en B. J. van Vianen.

*** Dankbaar werd hierbij gebruik gemaakt van de waardevolle adviezen en correcties van Dr. J. Roos.

getast. Er kunnen ook algemene ziekteverschijnselen optreden, zoals koorts en ziektegevoel, doch de ontstekingsverschijnselen van het bloedvat staan op de voorgrond. Het aangetaste bloedvat is meestal als een rode, pijnlijke streng onder de huid zichtbaar.

Bij de oppervlakkige thrombophlebitis kunnen twee bijzondere vormen worden onderscheiden: 1 thrombophlebitis migrans (recidivans), een verspringend, aanhoudend phlebitis-proces, dat zich onmiddellijk na of zelfs voor genezing op de ene plek, weer elders manifesteert; 2 thrombophlebitis als onderdeel van de thromboangiitis obliterans (of morbus Buerger).

Over het zelfstandig bestaan van de ziekte „thrombo-angiitis obliterans” is in de zestiger jaren in de literatuur fel gediscussieerd. *Wagenvoort* geeft hiervan een overzicht; hij trekt de (voorzichtige) conclusie, dat zijns inziens is gebleken dat de ziekte van Buerger als zelfstandig ziekteproces de strijd voorlopig heeft overleefd. Verder vermeldt hij dat de oppervlakkige thrombophlebitis bij een hoog percentage van de lijders aan de ziekte van Buerger voorkomt.

Volgens een literatuuroverzicht door *Kauntze* blijkt dat 40 tot 50 procent der patiënten met de ziekte van Buerger, jaren voor het manifest worden van de (arteriële) aandoening had geleden aan een thrombophlebitis, die zeer moeilijk was te genezen.

In de literatuur worden zeer vele oorzaken genoemd voor de thrombophlebitis, waarbij vooral op de voorgrond treden: de post-traumatische theorieën (waaronder ook operatie en bevallingen), lokale druk ten gevolge van een zwangere uterus, tumor of knellende kleding en het carcinoom. De bewijsvoering hiervoor is echter zelden goed opgebouwd en berust veelal op kleine aantallen patiënten. Bovendien zijn hierbij nooit patiënten opgenomen die door de huisarts zelfstandig worden behandeld (en dus niet tot de specialist doordringen); met andere woorden het zijn altijd geselecteerde groepen van patiënten, waarop de verschillende theorieën worden gebaseerd.

Voor de aard van de therapie heeft men in de literatuur een zeer ruime keus. Hierbij geldt in het algemeen het advies de patiënt met elastisch verband gemobiliseerd te houden (*Bernink, Van der Molen, Koperberg, Phlippen*). Over het gebruik van zalven of inwendige geneesmiddelen (butazolidine wordt zeer frequent genoemd) zijn zeer veel uiteenlopende publikaties verschenen (*Medical Letter*), terwijl ook over het gebruik van anticoagulantia zeer verschillend wordt geadviseerd (*Dewar, Kappert, Wright*). In Nederland is het gebruikelijk om bij oppervlakkige thrombophlebitis geen anticoagulantia te gebruiken (*Vraag en antwoord*).

Aangezien de fibrinolytische therapie nog in de kinderschoenen staat en in Nederland nog geen algemene ingang heeft gevonden, wordt in deze

publikatie niet verder op deze geneeswijze ingegaan; de lezer wordt voor verdere oriëntatie verwezen naar de literatuur (*Sherry, Schmutzler*).

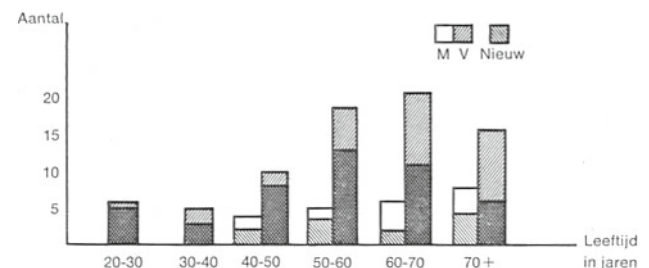
Logan en *Cushion* vinden in de Engelse huisartspraktijk per 1 000 ingeschreven patiënten gemiddeld 2,4 lijders aan thrombophlebitis per jaar, een aantal dat ook in Nederland wordt gevonden (*Oliemans*). Volgens de Nederlandse gegevens lijden vijfmaal meer vrouwen dan mannen aan deze aandoening.

Resultaten. Bij het thrombophlebitis-onderzoek werd door elf huisartsen in drie jaar tijd (1966-1969) bij honderd patiënten een oppervlakkige aandoening gevonden; bij deze patiënten werd vooral in het eerste jaar de registratie nauwgezet uitgevoerd. Daarna nam de animo der deelnemers enigszins af, hoewel enkelen onder hen de registratie nauwkeurig bleven bijhouden. Waarschijnlijk zullen dus niet alle patiënten met een oppervlakkige thrombophlebitis in deze registratie zijn opgenomen, doch alle geregistreerde patiënten werden wel via de vervolgenquêtes bijgehouden.

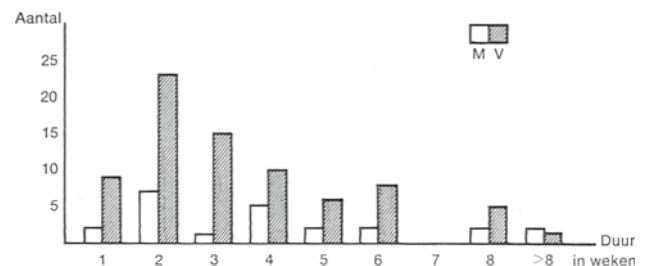
De diagnose werd frequenter gesteld bij vrouwen dan bij mannen (*figuur 1*), respectievelijk 77 en 23 maal, terwijl ook bleek dat de aandoening vaker voorkwam bij de oudere leeftijdsgroepen; bij 41 patiënten was sprake van een recidief.

De duur der aandoening uitgedrukt in weken, vertoonde bij analyse een grote variatie (*figuur 2*). Voor het tijdstip van genezing werden uniforme (ofschoon arbitraire) regels opgesteld (zie bijla-

Figuur 1. Voórkomen thrombophlebitis bij 100 patiënten, verdeeld naar leeftijd en geslacht en in oud respectievelijk nieuw.



*Figuur 2. Duur van de aanval van thrombophlebitis in weken.**



* Voor criteria van genezing raadplege men de bijlage.

ge). Ruim de helft der patiënten bleek binnen drie weken te zijn hersteld, de modus lag bij twee weken.

Het lijkt zeer wel mogelijk verband te leggen tussen thrombophlebitis en varicosis. Uit *tabel 1* blijkt dat meestal van een begeleidende varicosis sprake was, vooral bij de vrouwelijke patiënten. Bij slechts veertien vrouwen en zestien mannen was thrombophlebitis opgetreden bij normale bloedvaten, de overige 70 patiënten leden allen aan varices.

Tabel 1. Factoren die bij 23 mannen en 77 vrouwen met thrombophlebitis werden geregistreerd.

Factoren	Mannen (23)	Vrouwen (77)
Roken	15	12
Adipositas	7	9
Erfelijke dispositie	3	18
Pil		2
Carcinoom	1	5
Partus		3
Graviditeit		3
Varices	7	63

Verband tussen thrombophlebitis en het gebruik van orale anticonceptionele middelen werd in dit onderzoek niet aangetoond. Dit leek echter ook niet waarschijnlijk omdat de trombose optredend bij de „pil” doorgaans een diepe trombose is (*Rübsaam, Inmar*). Slechts twee vrouwen met thrombophlebitis bleken orale anticonceptionele middelen te gebruiken.

Een 46-jarige vrouw gebruikte ruim een jaar de pil; zij had na de geboorte van haar laatste kind een „kraambeentje” gehad; zij leed aan varices. De tweede patiënte was 43 jaar oud, zij gebruikte de pil ruim twee maanden, maakte toen een voor thrombophlebitis verdacht proces door aan haar been, dat na enige dagen echter weer genezen leek.

Grant meende uit een vijfjarig onderzoek bij 1 200 vrouwen de conclusie te moeten trekken dat de kans op oppervlakkige thrombophlebitis veel groter is bij het gebruik van orale anticonceptionele middelen met een laag oestrogeengehalte (zie ook *Roos en Loeliger*). Zij vond bij 17 000 cycli negen vrouwen met oppervlakkige thrombophlebitis en drie met een diepe trombose; in haar publikatie vermeldt zij echter niets over de toestand van de vaten (varices!) voordat met het gebruik van orale anticonceptionele middelen werd begonnen.

Bij zes patiënten met thrombophlebitis werd tevens een maligne proces geregistreerd. Bij drie patiënten gebeurde dit in het terminale stadium van carcinoom, bij de drie anderen voordat de diagnose carcinoom was gesteld; bij deze drie bestond de bijzondere vorm der thrombophlebitis migrans.

Thrombophlebitis migrans. Meermalen wordt in de literatuur gewezen op een relatie tussen deze aandoening en een maligne proces (*Diddle, Twiddle*). Door de deelnemers werden vijf pa-

tiënten met thrombophlebitis migrans geteld, onder wie twee vrouwelijke patiënten die bij de vervolgenquête (na één jaar) bleken te zijn overleden aan respectievelijk een cervix- en een ovariumcarcinoom, diagnoses die ten tijde van het optreden van de trombose niet bekend waren.

Van de drie mannelijke patiënten was één patiënt bekend als lijder aan de ziekte van Buerger, terwijl bij de tweede patiënt na één jaar de diagnose thrombophlebitis obliterans bleek te zijn gesteld. De derde patiënt overleed blijkens de vervolgenquête aan een maagcarcinoom; ook deze diagnose was niet bekend bij het stellen van de diagnose „oppervlakkige trombose”.

Evenals reeds elders in de literatuur werd vermeld, leek dus ook hier het verband tussen thrombophlebitis migrans en een elders optredend maligne proces waarschijnlijk. Het stellen van een dergelijke diagnose (of recidief) moet ons dus zeer op onze hoede doen zijn.

Vervolgenquête. Behalve bij de bovengenoemde patiënten, leverden de vervolgenquêtes geen nieuwe aetiologische gezichtspunten op. Van de honderd geregistreerde patiënten bleken na één jaar tien te zijn overleden (zeven vrouwen), bij wie geen verband tussen de doodsoorzaak en de thrombophlebitis kon worden gelegd. Twee patiënten waren door verhuizing uit het gezichtsveld verdwenen. Zeven patiënten bleken een operatieve behandeling te hebben ondergaan voor varices, waaraan zij reeds leden voordat de diagnose oppervlakkige trombose werd gesteld.

Uit de vervolgenquête bleek dat zeventien patiënten binnen één jaar na het vaststellen van de thrombophlebitis werden gezien voor een aandoening die mogelijk in verband zou kunnen staan met een oppervlakkige trombose, zoals oedeem, ulcus cruris en eczeem. Van de dertig patiënten bij wie thrombophlebitis optrad bij benen met „heldere” kleppen, dat wil zeggen normale bloedvaten, bleken slechts twee patiënten binnen een jaar weer bij de huisarts te zijn geweest voor optredende complicaties.

De eerste patiënte was een vrouw, geboren in 1888, die in mei 1968 een acute aanval van (oppervlakkige) thrombophlebitis doormaakte, die drie weken later leek te zijn genezen. Daarna werd patiënte regelmatig teruggezien voor klachten van vaag aangegeven pijn in het aangetaste been. Door verhuizing na anderhalf jaar is patiënte helaas uit het oog verloren.

De tweede patiënt was een in 1901 geboren man, die in januari 1967 een thrombophlebitis kreeg van 4 cm lengte in het rechterbeen, waar zich mogelijk reeds varices aan het ontwikkelen waren. In 1959 had patiënt reeds een oppervlakkige thrombophlebitis van het andere been doorgemaakt. Na twee weken was patiënt weer genezen; hij werd echter twee maanden later met multipole longembolieën opgenomen, waarschijnlijk uitgaande van de diepgelegen beenvenae. Patiënt is thans in een slechte algemene toestand, hij lijdt aan een ernstige vorm van arteriosclerosis.

Summary. Thrombophlebitis. In general practice thrombophlebitis is seen rather frequently (2,4 per 1 000 patients per year). Eleven general practitioners from The Hague registered 100 patients and did a follow-up on all of these

cases. Superficial thrombophlebitis was seen mostly in female patients (only 1 in every 4 patients was a male), especially in the older age-groups. In 70 cases varices were already present before the occurrence of the thrombophlebitis. Half the cases were cured within 3 weeks, 5 cases suffered from a special form of the disease: thrombophlebitis migrans. Out of these 5 cases two (male) patients had thrombo-angiitis obliterans and in the other three patients a malignancy was diagnosed at a later date.

Bernink, B. P. (1965) Arts soc. Verz. 4, 87.
 Dewar, H. A. (1959) Practitioner 183, 26.
 Diddle, A. W. (1968) Cancer 22, 1065.
 Earle Estes, J. „Thrombophlebitis”. C. Thomas, Springfield, 1964.
 Feissly, R. Proceedings of the Dijkzigt-conference, 1964.
 Grant, E. C. G. (1969) Brit. med. J. IV, 73.
 Inman, W. H. W., M. P. Vessey, B. Westerholm en A. Englund (1970) Brit. med. J. II, 203.
 Kappert, A. (1967) Schweiz. med. Wschr. 97, 683.
 Kauntze, R. (1962) Practitioner 188, 319.

Koperberg, I. Ph. L. (1970) Ned. T. Geront. 4, 204.
 Logan, W. P. D., A. A. Cushion „Morbidity statistics from general practice, volume I” H.M.S.O., Londen, 1958.
 Medical Letter (1970) 12, 6.
 Molen H. R. van der (1964) Z. Phleb. 3, 186.
 Oliemans, A. P. „Morbiditeit in de huisartspraktijk”. Stenfert Kroese, Leiden, 1969.
 Phlippen, R., J. van der Loo en R. Gross (1970) Dtsch. med. Wschr. 95, 961.
 Proceedings of the Dijkzigt-conference, 1964.
 Roos, J. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 1828.
 Roos, J. en E. A. Loeliger (1967) Proc. 10th Congres europ. soc. Haem. 1965, 1420.
 Rubsaam, C. J. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 1101.
 Sherry, S. (1964) Triangel-Sandoz 8, 294.
 Schmutzler, R. R. (1966) Lit. dienst Roche 9, 53.
 Twiddle, R. S. H. (1960) Practitioner 185, 205.
 Vraag en antwoord (1968) Ned. T. Geneesk. 112, 518.
 Wagenvoort, C. A. (1970) Ned. T. Geneesk. 114, 1179.
 Wright, I. S. (1963) J. Amer. med. Ass. 183, 194.

Bijlage 1 Onderzoekformulier

naam patiënt:

adres:

volgnummer:

Naamstempel deelnemer:

geboortedatum:

geslacht:

recidief ja/nee

opp./ diepe tromb.

datum begin trombose:

datum eind trombose:

Etiologische momenten:

roken ja/nee
 obesitas ja/nee
 erfelijkheid ja/nee
 ouders
 broers/zusters
 varices ja/nee
 carcinoom ja/nee

medicamenten ja/nee
 zo ja, dan:
 pil ja/nee
 penicilline ja/nee
 cortison ja/nee
 andere ja/nee

operatie ja/nee
 partus ja/nee
 fractuur ja/nee
 decomp. cord. ja/nee
 andere fact. ja/nee

Opmerkingen:

Symptomen:

alg. ziekzijn
 temperatuur °C
 spontane pijn
 roodheid
 zichtbare streng: cm
 palpabele streng: cm
 pijn bij palpatie

datum	datum	datum	datum	datum	datum

Therapie: 1, 2, 3, 4, 5, 6

1: elast. windsel
 2: mobiliseren
 3: immobiliseren

4: zalf
 5: anti coagulantia
 6: andere:

Opmerkingen:

Verklaring:

Etiologische momenten zijn door doorstreping of omcirkeling aan te geven.
 De symptomen moeten met een + teken worden gehonoreerd als zij aanwezig zijn en met een — teken als zij zijn verdwenen. Zo zal bijvoorbeeld de eerste dag van registratie de gehele eerste kolom met + tekens gevuld zijn, om dan in de volgende kolommen geleidelijk te worden vervangen

door — tekens. Indien alle vragen, behalve de streng-vragen met — zijn gehonoreerd, is de aandoening genezen (arbitrair). De lengte van de streng en de temperatuur zijn gegevens, die alleen de eerste keer behoeven te worden geregistreerd. De pijn bij palpatie zou als volgt kunnen worden geregistreerd: hevig = ++, erge pijn = +, matig pijn = ±, geen pijn = —.

Bijlage 2. Vragenformulier thrombophlebitis-onderzoek.

Naamstempel arts:

Naam patiënt(e)

Datum thrombophlebitis:

Is patiënt(e) nog in leven?

Ja/Nee

Zo niet, wat is de doodsoorzaak?

Is er enig verband met de doorgemaakte thrombophlebitis?

Ja/Nee/Vermoedelijk

Heeft U patiënt(e) in afgelopen periode gezien voor gevolgen thrombophlebitis?

Ja/Nee

Welke? (omcirkelen)

oedeem
ulcus cruris
recidief
steunkousen
spec. consult (huidarts-chirurg)
andere

Heeft zich een eventueel andere oorzaak van de thrombophlebitis geopenbaard?

Ja/Nee/Vermoedelijk

Welke?

Taakomschrijving van de wijkverpleegkunde in de maatschappelijke gezondheidszorg met het oog op het functioneren in een home-team

DOOR E. C. R. MAAS EN E. VERELST*

Inleiding. Een ingrijpende wijziging die de laatste jaren bezig is zich te voltrekken in de maatschappelijke gezondheidszorg, is de verandering in attitude bij de werkers.

Speelde voorheen het charitatieve element een belangrijke rol in de opvatting over de hulpverlening waarbij de aard van de opvatting afhankelijk was van de persoon van de hulpverlener, thans wordt in toenemende mate behoefte gevoeld aan meer deskundigheid, zowel op vaktechnisch gebied als in het omgaan met de patiënt/cliënt en aan een uitwisseling van gedachten hierover met collegae en personen uit andere disciplines.

Om een zo optimaal mogelijke dienstverlening te kunnen bewerkstelligen, dient men voor alles doelgericht gebruik te maken van eigen capaciteiten (theoretische kennis, intuïtie en ervaring) en niet minder van de capaciteiten van andere medewerkers in de gezondheidszorg. In concreto betekent dit dat allen die in het eerste echelon werkzaam zijn, intensief moeten gaan samenwerken ten behoeve van de patiënt/cliënt.

In vele plaatsen neemt het overleg tussen huisarts en wijkverpleegster (wijkverpleegkundige)

* Verpleegkundigen in algemene dienst bij de Provinciale Utrechtse Vereniging „Het Groene Kruis” Stadhouderslaan 41-43, Utrecht.

Samenvatting. De zich veranderende opvatting over de dienstverlening maakt een intensieve samenwerking van de werkers in het eerste echelon noodzakelijk. De taak van één van de leden van het home-team is omschreven, waarbij werd uitgegaan van de doelstelling. De hoofdtaken, te weten hulp bij ziekte, sociaal-hygiënische zorg en sociaal-medische zorg die voortvloeien uit de kernfuncties, zijn nader uitgewerkt. Begeiden, voorlichting geven, signaleren en registreren zijn wezenlijke onderdelen van de genoemde hoofdtaken; een toelichting hierover is dan ook gegeven.

toe, hier en daar resulterend in home-teams. In de praktijk is echter gebleken dat het beeld dat men heeft van elkanders werkinhoud en werkopvatting veelal niet overeenkomt met de realiteit, hetgeen een belemmering is bij de totstandkoming van de samenwerking. De bedoeling van dit artikel is, bij te dragen tot een verduidelijking van één discipline met name de verpleegkundige als lidmaat van het home-team, waardoor wellicht een betere communicatie kan worden verkregen.

Omschrijving van enkele termen. Begeleiding. Onder begeiden in verband met het werk van