

Huisarts & praktijk

Op de dagelijkse praktijk van de huisarts gerichte nascholing

UIT DE SERIE HUISARTSGENEESKUNDIGE CONFERENTIES*

10. Anemie

In een gemiddelde huisartspraktijk van 2800 zielen worden per jaar ongeveer vijftientig nieuwe gevallen van bloedarmoede gediagnostiseerd. Door anamnese en eenvoudig onderzoek kan de huisarts zich, mede op geleide van leeftijd en geslacht van de patiënt, oriënteren over de eventuele oorzaak van de gevonden „bloedarmoede”. Een verslag van Th. Voorn.

Inleiding

Geruime tijd geleden bespraken de deelnemers aan onze conferenties het onderwerp anemie. Er zijn enkele pogingen gedaan hier een verslag over te schrijven, maar het lukte niet een consistent stuk samen te stellen. En zo kwam „anemie” voorlopig in de ijskast. Alvorens opnieuw te proberen over onze discussies over dit onderwerp te rapporteren, vroegen wij ons af, hoe het kwam dat een zo eenvoudig onderwerp als anemie zo moeilijk te beschrijven was. Bij anemie gaat het toch immers om getallen, duidelijk bepaalde eenheden, waardoor een systematische benadering voor de hand ligt. Misschien kwam het, doordat het bij dit onderwerp mogelijk is allerlei indelingen te maken, zoals een indeling in soorten anemie, een indeling die uitgaat van de klacht van de patiënt, een indeling die uitgaat van risicogroepen, een indeling van ziekten waarbij anemie kan optreden, of een soort werkschema dat beschrijft wat men moet doen bij een verlaagd hemoglobinegehalte.

We betrapten ons erop het weer veel te ingewikkeld, te compleet te willen maken, en dat is in de praktijk meestal niet nodig. Dit verschijnsel drukte ons weer eens met de neus op het feit, dat wij in de geneeskunde wellicht te veel zaken ingewikkelder maken dan gewenst is.

* Dit artikel is een neerslag van discussies tussen huisartsen van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut over de benadering van in de praktijk veel voorkomende aandoeningen – zie (1980) *Huisarts en Wetenschap* 23, 13-15. De lezer dient zich te realiseren, dat het bij deze discussies meer gaat om een kritische bezinning op verschillende problemen dan om een poging nu eens definitief vast te stellen hoe het wel zou moeten.

Als huisartsen zullen wij ons toch moeten beperken tot zaken die werkelijk belangrijk zijn. In de opleiding zijn ons misschien te veel fata morgana's geleerd, die ons beletten door de klinische bomen het bos van de huisarts te zien. Uit onze discussies bleek, dat er niet genoeg bekend was over zoiets „eenvoudigs” als de betrouwbaarheid van hemoglobinebepalingen in de huisartspraktijk, dat wil zeggen over de manier waarop praktiserende huisartsen hemoglobinebepalingen verrichten. De resultaten van een eigen onderzoek motiveerden enkele deelnemers tot een groter onderzoek, waarvan de resultaten in een eerder artikel zijn beschreven (*Markus e.a.*). Toch bleef er in het voorlopige verslag van de aan dit thema bestede besprekingen voldoende stof over om nader over te berichten. Ik kies hierbij voor een beschrijving van de belangrijkste door onze groep onderkende aspecten van het verschijnsel „bloedarmoede”.

Voorkomen

Om een indruk te krijgen van de omvang van het probleem hebben wij geput uit de gegevens van de Nijmeegse morbiditeitsregistratie. *Tabel 1* laat zien

Tabel 1. Anemie in een standaardpraktijk.

Diagnosen	Nieuwe aandoeningen per jaar (incidentie)		Bij de huisarts reeds bekende aandoeningen	
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen
Pernicieuze anemie	<1	<1	2	3
Ijzerebreksanemie	3	15	–	<1
Overige specifieke anemieën	–	–	–	–
Anemie in de graviditeit	–	7	–	–

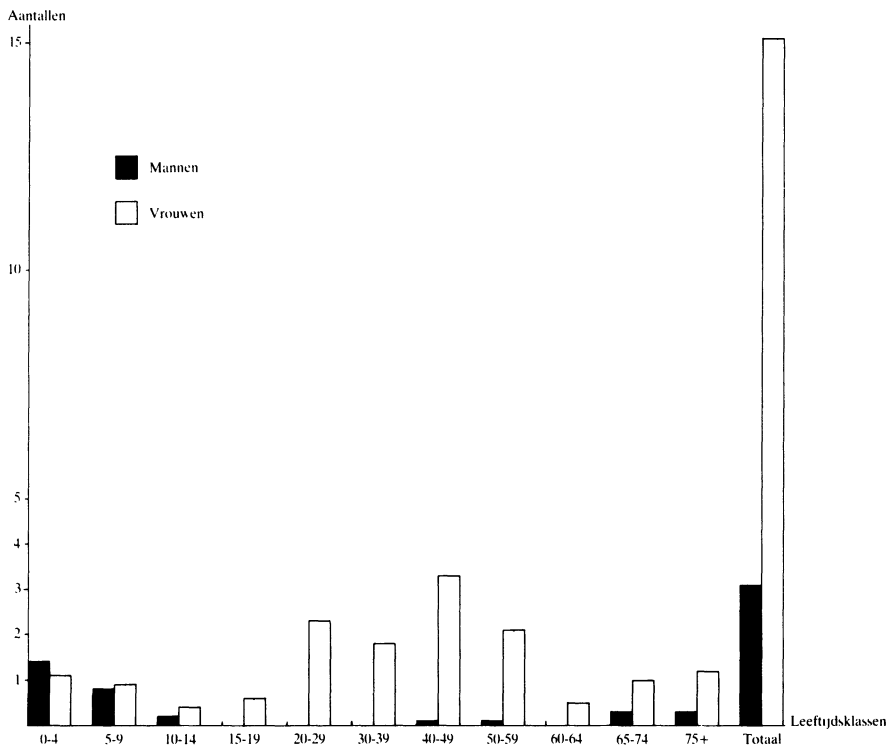
hoeveel gevallen van anemie er voorkomen in een zogenaamde standaardpraktijk. Deze standaardpraktijk is een constructie, die is ingevoerd, omdat frequenties per 1000 patiëntjaren de praktiserende huisarts niet zo aanspreken. Een duidelijker beeld is te verkrijgen als de cijfers worden omgerekend in absolute aantallen per jaar in een praktijk van 2800 zielen met een opbouw als van de Nederlandse bevolking (CBS 1977). Nieuwe aandoeningen (incidenties) worden hierbij onderscheiden van reeds bij de huisarts bekende aandoeningen. Deze vormen tezamen de prevalentie. Uit deze gegevens leiden wij het volgende af:

- in een gemiddelde huisartspraktijk van 2800 zielen worden per jaar ongeveer 25 nieuwe gevallen van bloedarmoede gediagnostiseerd;
- ijzerebreksanemie komt het meeste voor (18);
- anemie in de graviditeit komt nogal eens voor (7);
- andere vormen van anemie zijn erg zeldzaam; van deze zeldzame vormen komt pernicieuze anemie het meest voor (één keer per drie jaar bij mannen en bijna één keer per één à twee jaar bij de vrouwen, terwijl bij de huisarts reeds twee mannen respectievelijk drie vrouwen bekend of onder behandeling zijn wegens pernicieuze anemie);
- bij vrouwen komen veel meer gevallen van anemie voor dan bij mannen (24 respectievelijk 6);
- voor huisartsen zijn dus drie „soorten” anemie vooral van belang: ijzerebreksanemie, anemie in de graviditeit en pernicieuze anemie.

In het vervolg van dit verslag bespreken we achtereenvolgens ijzerebreksanemie en pernicieuze anemie. Daarnaast kan anemie, samen met andere verschijnselen, een alarmsignaal zijn voor een ernstige, levensbedreigende ziekte. Wij gaan daarop in het kader van dit verslag niet in.

De *figuur* geeft een overzicht van het voorkomen van nieuwe gevallen van ijzerebreksanemie in absolute aantallen naar leeftijd en geslacht, in een standaardpraktijk. IJzerebreksanemie is

Figuur. Aantallen nieuwe gevallen per jaar van ijzergebreksanemie, naar leeftijd en geslacht, in een standaardpraktijk van 2800 zielen.



bij mannen een betrekkelijk zeldzame aandoening. Bloedarmoede komt bij mannen vooral op zeer jonge en oude leeftijd voor. Bij vrouwen vindt men de hoogste frequentie op middelbare leeftijd en minder op zeer jonge en oude leeftijd.

Pernicieuze anemie komt alleen in oudere leeftijdscategorieën voor, bij vrouwen iets vaker dan bij mannen.

„Bloedarmoede”

Ondanks de niet zo hoge frequentie is „bloedarmoede” een door patiënt en arts graag gezochte verklaring voor vage klachten zoals moeheid, duizeligheid, hoofdpijn en bleekheid. IJzertherapie wordt dan door beiden in dank geaccepteerd. In de praktijk wordt het bestaan van bloedarmoede in feite niet zo vaak bevestigd door een verlaagd hemoglobinegehalte. Dit werd ons des te duidelijker toen wij aan de deelnemers vroegen eens een maand lang bij te houden hoeveel hemoglobinebepalingen er werden gedaan, waarom en bij wie, en wat de uitslag was. In *tabel 2* wordt het resultaat van deze eenvoudige inventarisatie vermeld. In zes praktijken werd gebruik gemaakt van een siccimeter en in één praktijk van de spencermeter.

Het aantal hemoglobinebepalingen per maand loopt per praktijk sterk uiteen. Het aantal diagnoses „anemie” is een fractie van het aantal hemoglobinebepalingen. Uiteraard geven deze getallen

Tabel 2. Hemoglobinebepalingen in zeven huisartspraktijken.

Praktijk	Aantal Hb-bepalingen	Aantal afwijkende Hb-waarden
A	34	6
B	47	2
C	16	1
D	10	—
E	7	3
F	3	1
G	2	2
Totaal	119	15

slechts een zeer globale indruk, doordat geen rekening is gehouden met praktijkgrootte en praktijksamenstelling. Dit achtten wij voor ons doel niet zo bezwaarlijk. Het ging slechts om een indruk en om de vraag of het toch al spaarzame gebruik van de hemoglobinemeter wel veel afwijkingen opleverde. Van 110 bepalingen was de indicatie bekend (*tabel 3*). Als we zwangerschap als indicatie buiten beschouwing laten, was de verdeling over mannen, vrouwen en kinderen als weergegeven in *tabel 4*. Bij nadere bestudering bleek, dat de gehanteerde grenswaarden per arts verschilden. Sommigen hielden 7,5 mmol als grens voor normaal/abnormaal aan voor beide geslachten en voor alle leeftijden, anderen maakten onderscheid tussen mannen, vrouwen, zwangeren en kinderen.

Tabel 3. De indicatie bij 110 hemoglobinebepalingen.

Indicaties	Aantallen
Zwangerschap, partus en borstvoeding	56
Algemene malaise, moe, bleek en dergelijke	21
Overmatige c.q. onregelmatige menstruaties	6
Klachten van de tractus digestivus inclusief hemorrhoiden	5
Duizeligheid	4
Reumatische klachten	4
Recidiverende urineweginfecties	3
Niet in te delen (inclusief algemeen onderzoek)	11

Tabel 4. De verdeling van 52 hemoglobinebepalingen (exclusief in verband met zwangerschap) over vrouwen, mannen en kinderen.

Vrouwen	34 bepalingen
Mannen	11 bepalingen
Kinderen	7 bepalingen

Uit het artikel van *Markus e.a.* over de betrouwbaarheid van hemoglobinebepalingen in de huisartspraktijk bleek, dat de gangbare hemoglobinebepaling een vrij grove en onnauwkeurige meting is, en dat men de diagnose anemie niet op één enkele bepaling moet stellen. Ongetwijfeld wordt deze diagnose vaak ten onrechte gesteld. Bovendien toonde *Elwood* aan, dat er geen overtuigende relatie bestaat tussen de meestal voor bloedarmoede kenmerkend geachte klachten en stoornissen enerzijds en een matige ijzergebreksanemie anderzijds. Het leggen van die relatie wordt in de hand gewerkt door het bepalen van het hemoglobinegehalte bij mensen met allerlei vage klachten. Bij deze bepalingen wordt altijd een zeker percentage uitschieters van hemoglobinewaarden naar beneden gevonden. Dit wordt echter ook gevonden als men bij een groep mensen die deze vage klachten niet hebben, het hemoglobinegehalte bepaalt. De diagnose anemie tenslotte wordt meestal gesteld op basis van een arbitrair bepaalde grenswaarde van het hemoglobinegehalte. De criteria voor de diagnose anemie zijn niet eenduidig en niet onderbouwd.

In dit licht willen wij epidemiologische gegevens over anemie interpreteren, waarbij voor de cijfers uit de CMR geldt, dat een anemie wordt gediagnosticeerd als het hemoglobinegehalte la-

ger of gelijk is aan 7,0 mmol. Wij hebben ons op basis van de literatuur en onze eigen gegevens nog eens verdiept in het „natuurlijk beloop” van bloedarmoede en geprobeerd een voor de huisarts handzame leidraad te ontwikkelen. Uitgangspunten hierbij vormen de leeftijd en het geslacht van de patiënt.

Oorzaken en omstandigheden

- *Pasgeborenen.* Oorzaken van anemie kunnen zijn: grote foeto-maternale transfusies, bloedgroepantagonismen en andere zeldzame afwijkingen. Deze kinderen zijn meestal al onder behandeling van de kinderarts en vragen van de huisarts zelden een diagnostische of therapeutisch beleid.

- *Zuigelingen* (vooral premature en dysmature kinderen). Door een vertraagde start van de neonatale erythropoëse, die ongeveer vier weken post partum op gang komt, kan een anemie ontstaan. Er is een extra behoefte aan ijzer vanwege de sterke groei van het kind. Vroegtijdig afnemen en het lage ijzergehalte in moeder- en koemelk kunnen tevens factoren zijn.

- *Peuters, schoolkinderen en pubers.* In perioden waarin kinderen een snelle groei doormaken, is de kans op een negatieve ijzerbalans groter. Uit onze epidemiologische gegevens is vast te stellen dat in de leeftijdscategorie 0-4 jaar anemie vaker voorkwam dan in de andere jonge leeftijdsgroepen (tabel 2).

- *Vrouwen met overmatig menstrueel bloedverlies.* Uit onze gegevens blijkt dat ijzergebreksanemie het meest voorkomt in de leeftijdspannen 20-59 jaar. De kans dat ijzergebreksanemie in deze leeftijdscategorieën vaker gesignaleerd zal worden, stijgt nu de populariteit van orale anticonceptie afneemt en meer vrouwen een IUD hebben of gesteriliseerd zijn.

- *Zwangeren.* De wisselende mate van hydremie is de oorzaak dat een hemoglobinebepaling bij zwangeren nog onnauwkeuriger is dan anders. In de loop van de jaren zijn er talloze artikelen verschenen van voor- en tegenstanders van ijzertherapie in de zwangerschap.

- *Mannen.* Anemie bij volwassen mannen is zeldzaam. In veel van deze gevallen is er een achterliggende ziekte in het spel, die opgespoord moet worden. De Engelse huisarts Fry vond bij mannen in 8 van de 10 gevallen een duidelijke oorzaak. Bij vrouwen was dit in slechts 2 van de 10 gevallen het geval. Bij mannen heeft anemie dus veel duidelijker de betekenis van een „alarmsymptoom”.

- *Bejaarden.* Anemie komt voor bij be-

jaarden die ziek zijn, maar ook bij gezonde bejaarden (*Huygen en Schreurs*). Anemie presenteert zich bij oudere mensen op dezelfde wijze als bij jongeren. De kans dat vage en slechts langzaam progressieve klachten als normale ouderdomsverschijnselen worden geïnterpreteerd, is bij ouderen groter. De oorzaken van anemie in deze leeftijdsgroep zijn gevarieerder dan in andere leeftijdsgroepen. Naast een gewone ijzergebreksanemie komt pernicieuze anemie vooral in deze leeftijdsgroep voor. Deficiente voeding, maligniteiten en chronisch degeneratieve aandoeningen zijn nogal eens de feitelijke oorzaak van een geconstateerde „bloedar-moede”.

Hoewel het maken van protocollen zijn beperkingen en dus zijn bezwaren heeft, is het bovenstaande nog eens schematisch weergegeven, aangevuld met informatie over gericht onderzoek en therapie (*schema op pagina 146*).

Handelwijze

Onze gegevens laten zien dat anemie geen frequente aandoening is. Noch bij mannen, noch bij vrouwen komt anemie voor bij de twintig meest voorkomende aandoeningen in de huisartspraktijk.

Van de anemieën die de huisarts ziet, is 97 procent een ijzergebreksanemie. In enkele gevallen is er sprake van een pernicieuze anemie en de overige vormen van anemie zijn witte raven. Dit gegeven dient het uitgangspunt te zijn bij het zoeken naar de oorzaken van een anemie, waarbij men overigens de mogelijkheid van die andere vormen niet mag verontachtzamen.

Het valt te overwegen, uitzonderingen daargelaten, bij het vinden van een matige anemie een proefbehandeling met ijzer te geven, het hemoglobinegehalte na drie en acht weken te controleren en zich, afhankelijk van leeftijd en geslacht van de patiënt, te realiseren waar de oorzaak van het ijzergebrek te vinden is. Als het hemoglobinegehalte niet verder stijgt, kan men zich door middel van bepaling van de celconstanten op eenvoudige wijze oriënteren in welke richting men het zoeken moet. Bij anemieën lager dan 5,0 mmol/l is een snellere analyse aan te bevelen.

Onder „celconstanten” verstaat men alle cijfermatige gegevens over de grootte, de vorm en de inhoud van de erythrocyten. Zij worden berekend uit de grootheden: hemoglobine in mmol/l., hematocriet in l/l en het aantal erythrocyten.

Hoe duidelijker de waarden afwijken des te sterker kan de verdenking zijn op een bepaald soort anemie; de waarschijnlijkheid dat men met een bepaald soort anemie te maken heeft, kan ook vergroot worden door het verrichten van meer dan één bepaling. De MCHC-waarde* heeft beperkte praktische betekenis, omdat deze slechts laat verandert. Het MCH* is afhankelijk van de grootte en het hemoglobinegehalte van de erythrocyt en daarom niet geschikt voor de classificatie van de anemie. Voor de morfologische classificatie van een lichte anemie is derhalve het MCV* de meest waardevolle parameter. Een betrekkelijk eenvoudige leidraad is dan ook:

- is het MCV verlaagd, denk dan aan een ijzergebreksanemie;

- is het MCV verhoogd, denk dan aan een pernicieuze anemie;

- is het MCV normaal, denk dan aan een acuut of chronisch bloedverlies zonder ijzergebrek, anemie tijdens zwangerschap en daarna aan andere afwijkingen zoals nierpathologie of chronisch reuma.

Eventueel kan een bloeduitstrijk informatie geven over de erythrocyten, terwijl men tegelijkertijd een idee krijgt van het aantal en de morfologie van de leukocyten en het aantal trombocyten. Bij ziekte valt op, dat de variatie in grootte van de erythrocyten is toegenomen: „anisocytose”. Als men abnormaal gevormde erythrocyten ziet zoals traanvormige, komaalvormige, enzovoort, spreekt men van „poikilocytose”. „Polychromasie” van een groot aantal erythrocyten duidt op veel jonge vormen en wijst op een versterkte bloedaanmaak. Kleine hypochrome erythrocyten duiden meestal op een ernstige ijzergebreksanemie. Bij een macrocytaire anemie wijzen megalocyten of grote ovale erythrocyten, ook al zijn er maar enkele aanwezig, op een gebrek aan vitamine B₁₂ of foliumzuur.

Wat de behandeling van ijzergebreksanemie betreft is genoegzaam bekend, dat oraal ijzer de voorkeur verdient. Ferrofumeraat wordt het meest gebruikt en is de goedkoopste vorm. Specialités bieden geen voordelen en zijn veel duurder. IJzer, intermusculair toegediend, behoeft vrijwel nooit te worden toegepast: het hemoglobinegehalte stijgt er niet sneller door. De beste resorptie wordt verkregen indien het ijzer vóór de maaltijd wordt ingenomen.

* MCV = mean corpuscular volume; MCH = mean corpuscular hemoglobin; MCHC = mean corpuscular hemoglobin concentration.

Schema. Handelwijze bij anemie.

Categorieën	Informatie		Analyse	Plan
	Anemie	Onderzoek		
Pasgeborenen	–	– heeft het kind Icterus? – Hb-bepaling	– zeldzame oorzaken zoals foetomaternale transfusie; bloedgroepantagonismen.	– meestal in handen van de kinderarts.
Zuigelingen	– voeding	– algemene indruk: kind doet het slecht; – urine-onderzoek; – Hb-bepaling.	– ijzergebrek door vertraagde start neonatale erytropoëse vooral bij prematuren en dysmaturen.	– voeding aanpassen: – controle na 3 en 8 weken.
Peuters Schoolkinderen Pubers	– voeding; – via ouders: kind doet het niet goed, eet slecht, speelt weinig, is bleek	– gericht lichamelijk onderzoek (KNO); – urine-onderzoek; – Hb-bepaling.	– in groeiperioden is de kans op negatieve ijzerbalans groter.	– eventueel voeding aanpassen, ferrofumeraat naar leeftijd gedoseerd.
Vrouwen die menstrueren	– menstruatiesanamnese; – pilgebruik; – IUD.	– speculum; – VT; – eventueel smear; – Hb-bepaling.	– waarschijnlijk ijzergebrek; verdieping diagnostiek als informatie daartoe aanleiding geeft.	– ferrofumeraat 200 mg; 3 x 1 of 1 tablet op nuchtere maag; – controle na 3 en 8 weken; bij uitblijven stijging: verdere analyse en eventueel cyclusregulatie.
Zwangeren		– Hb-bepaling in de regel onnauwkeurig.	– meestal ijzergebrek; vermoedt men een zeldzame foliumzuurdeficiëntie, dan nader onderzoek.	– profylactisch ijzer 1 x dd. 200 mg tot 6 weken post partum; dan Hb bepalen, of ijzer als Hb 7,0 mmol/l.
Volwassenen en kinderen die om andere redenen verdacht worden van anemie	– voeding; – bloedverlies; – maag/darm pathologie; – maligniteiten; – chronische ontsteking.	– gericht lichamelijk onderzoek – urine-onderzoek; – Hb-bepaling.	– op grond van de informatie ijzertherapie of uitdieping van de diagnostiek.	– voeding aanpassen; – ferrofumeraat 200 mg; na 3 en 8 weken controle.
Bejaarden	– voeding; – maligniteiten; – maag/darm-pathologie; – chronische ontstekingen (reuma) – nierpathologie.	– oriënterend lichamelijk onderzoek, vooral buik en rectum; – speculum/VT; – mammacontrole; – X-thorax; – X-maag/darm.	– trachten oorzaak op te sporen.	–ferrofumeraat 200 mg; 3 x dd.; controle na 3 en 8 weken. Bij uitblijven stijging nadere analyse.

Vaak ontstaan er dan echter maag-darm bezwaren. IJzerpreparaten moeten daarom bij voorkeur tijdens of na de maaltijd worden toegediend. Eventueel is de dosering te verlagen tot tweemaal daags een tablet.

Nabeschoouwing

Een ogenschijnlijk simpel probleem als „bloedarmoede” is niet eenvoudig te definiëren. „Bloedarmoede” is een symptoom, niet zelden een misbruikt synoniem voor onbegrepen vage klach-

ten, terwijl het begrip te vaak als „diagnose” wordt opgevat.

Wij hebben in het kader van dit artikel afgezien van een behandeling van anemie als symptoom van een ernstige aandoening, zoals een carcinoom, niet omdat dit niet het vermelden waard zou zijn, maar omdat wij ons doelbewust hebben beperkt tot de meer „gewone” vormen van bloedarmoede. Ondanks veel onderzoek is er nog steeds onduidelijkheid met betrekking tot de optimale waarde van het hemoglobinegehalte, naar geslacht en leeftijd. Onzerzijds zijn

er voldoende aanknopingspunten om door middel van een hemoglobinebepaling mogelijk ernstige aandoeningen op te sporen.

In ons streven naar versimpeling – en daardoor optimalisering – van de diagnostiek van bloedarmoede, stootten wij op tal van vraagtekens. Enkele van die vraagtekens hebben wij pogen op te lossen, althans voorlopig. Voor de deelnemers aan de besprekingen is in ieder geval duidelijk geworden dat „eenvoud het kenmerk van het ware is”, hoe relatief die eenvoud ook moge zijn.

Samenvatting. Anemie is geen frequent voorkomende aandoening in de huisartspraktijk. Meting van het hemoglobinegehalte wordt vaak door patiënt en arts bij allerlei vage klachten noodzakelijk geacht, terwijl de relatie tussen de klachten en een eventueel laag hemoglobinegehalte op zijn minst twijfelachtig is. De meting van het hemoglobinegehalte is niet nauwkeurig; afspraken over de grenswaarden verschillen van arts tot arts. Door anamnese en eenvoudig onderzoek kan de huisarts zich, op geleide van leeftijd en geslacht van de patiënt, oriënteren over de eventuele oorzaak van de gevonden „bloedarmoede“.

Summary. Anaemia. Anaemia is not a condition frequently encountered in general practice. Both patient and physician often regard determination of the haemoglobin level as necessary in the face of a wide diversity of vague complaints; but the correlation between the complaints and a possibly low haemoglobin value is dubious, to say the least. Determination of the haemoglobin level is not an exact procedure, and accepted borderline values differ with different physicians. Guided by the patient's age and sex, the general practitioner can gain an impression of the possible cause of the anaemia by means of the history and a simple examination.

Elwood, P. C. Epidemiology and management of deficiency anemias. (1972) *Update* 2, 123-128.

Fiekers, M. en H. Logister. Anemie, praktische wenken voor de diagnostiek in het algemeen en voor de behandeling van anemie in het bijzonder. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 1814-1818.

Huygen, F. J. A. en B. G. W. Schreurs. Huisarts en wijkverpleegster; proefneming met een eenvoudig gezamenlijk te verrichten bejaardenonderzoek. (1972) *Huisarts en Wetenschap* 15, 41-46.

Markus, H. J. M., H. J. M. van den Hoogen en F. J. A. Huygen. De betrouwbaarheid van hemoglobinebepalingen in de huisartspraktijk. (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 47-51.

Deelnemers aan deze Huisartsgeneeskundige conferenties zijn: J. F. Bakker, P. J. A. M. Baselier, W. J. M. Becking, W. J. H. M. van den Bosch, Dr. H. J. F. M. Crebolder, J. P. van Dam, C. J. Erdman, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. W. J. J. Lichtenberg, E. H. van de Lisdonk, P. Mesker, J. L. M. Mesker-Niessen, H. A. Nolet, J. W. van Ree, J. W. G. Schellekens, Dr. L. M. de Sonaville, V. C. L. M. G. Tielens, Dr. H. G. M. van der Velden, J. M. T. Versteegen, Th. B. Voorn, J. T. N. Weijtens, P. de Winter en R. G. Zwart, allen huisarts en verbonden aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut.

Uit de praktijk

De patiënten-informatiefolder

Een voorbeeld van onvoldoende integratie in de eerste lijn

De 68-jarige Mevrouw G. en ik kennen elkaar bijna twintig jaar. Levend vanuit strakke normen is zij streng voor zichzelf en anderen, waardoor zij nogal eens botst met haar naasten. Haar emoties hierover zijn herhaaldelijk onderwerp van gesprek tussen ons.

Zij komt nu op mijn spreekuur met klachten over moeheid, duizelingen en hartkloppingen. Bij inspanning is er een wat beklemd, pijnlijk gevoel op de borst. Dit bestaat enkele dagen. Zij vindt de rem op haar dagelijkse werkzaamheden vervelend en maakt zich er zorgen over, dat de klachten blijven voortduren. Haar gelaatskleur is wat bleker dan anders en zij is licht kortademig.

H. A. NOLET*

Drie maanden geleden zag ik haar met acuut boezemfibrilleren, dat een week later spontaan verdwenen was. Een oorzaak was toen niet te vinden, geen soufflé aan het hart, normale bloeddruk, geen misbruik van koffie of sigaretten, geen gebruik van medicamenten. Ook nu is de pols totaal irregulair met een frequentie van 138 per minuut. Er is geen polsdeficit.

Ik leg haar uit, in eenvoudiger woorden, hoe kleine gebiedjes in het myocard die minder goed doorbloed worden, bij iets slechtere bloedvoorziening als ectopisch centrum gaan functioneren, hoe deze ritmestoornis door te hoge kamerefrequentie klachten veroorzaakt en soms zelfs tot ernstige verschijnselen aanleiding geeft, zoals angina pectoris en asthma cardiale; dat het mij nuttig lijkt haar aandoening te beteugelen met een medicament, voorlopig gedurende enkele maanden, en dat ik de hoop koester, dat, door betere regulering van de bloeddorstroming, de onderliggende oorzaak van de ritmestoornis verdwijnt. Zij zegt het nut van deze maatregel in te zien. Omdat de dosering van het medicament voor iedereen verschillend is, een te lage dosis geen effect

heeft en een te hoge dosis geleidelijk tot ongewenste bijwerkingen voert, spreken we een regelmatige controle af. Zij gaat graag akkoord. Ik geef haar een recept mee voor digoxine (*Formularium Nijmegen*). Tien dagen later belt zij mij op: zij maakt het goed.

„Fijn“.

Maar de tabletten heeft zij niet ingenomen, de patiënten-informatiefolder somt zoveel nare bijwerkingen op, dat het haar raadzaam voorkwam het doosje ongeopend te laten.

„O ja?“

„Ja.“

„We zullen er nog eens over praten.“

„Dat is goed.“

„Tot ziens.“

Als we compliance omschrijven als „the extent to which the patients behaviour coincides with medical or health advice“ (*O' Hanrahan and O'Malley*), zitten we hier op het punt van absolute non-compliance. Bij mij rijzen alsnog twee vragen. De eerste is een medische: was het klinisch zinvol een patiënt met bovenbeschreven aandoening te digitaliseren? De tweede vraag noopt mij de hand in eigen boezem te steken: schort er iets aan mijn voorschrijfgedrag?

Het nut van digitalisatie bij boezemfibrilleren

De therapie van boezemfibrilleren is afhankelijk van de circulatoire toestand van de patiënt. Wanneer de kamerefrequentie in rust boven de 100/minuut stijgt, blijkt het hart minder effectief te werken. Er bestaat dan gevaar voor decompensatio cordis.

Een ander risico van boezemfibrilleren is, dat bij langer voortduren en daarnaast een vergroot hart er een verhoogde kans is op het ontstaan van een thrombusmassa in de boezem, van waaruit embolieën in de grote en kleine circulatie kunnen voortkomen. Dit is de reden, dat in dergelijke gevallen vrijwel iedereen bij digitalisering antistolling noodzakelijk acht, indien althans het boezemfibrilleren langer dan twee weken bestaat (*Nolet en Prick*).

Van digitalis zijn de belangrijkste werkingen een positief inotropo effect en vertraging van de geleiding in de atrio-ventriculaire knoop door verlenging van de refractaire periode in deze knoop (*Van Zwieten*). Wanneer de hartspier faalt, wordt gebruik gemaakt van het

* Huisarts te Nijmegen.