

De behandeling van decubitus

In het artikel van HAALBOOM (1978) wordt een nieuwe, eenvoudige methode voor de behandeling van decubitus gepresenteerd. De door de auteur door middel van een functionele pathogenetische indeling in stadia beschreven ontstaanswijze van decubitus is niet meer dan een hypothetische voorstelling van een pathofysiologisch gebeuren, welke noch op concrete waarnemingen berust, noch is te relateren aan ons tot op heden ter beschikking staande gegevens.

Verder dienen nog enkele andere in het artikel aan de orde komende punten van korte kanttekeningen te worden voorzien:

1. Het in afwijkende betekenis hanteren van begrippen als schone en vuile erosie, waar bedoeld wordt ulceratie, al of niet met contaminatie of kolonisatie met al of niet pathogene micro-organismen, verdient geen navolging.

2. De auteur tracht van elkaar te onderscheiden een oppervlakkige decubitus en een vorm waarbij de decubitus zich primair in diepe lagen, de weefsels rondom een bot, manifesteert. Het is niet duidelijk op welke wijze de schrijver constateert, dat in de diepe lagen geen afwijkingen aanwezig zijn bij patiënten met een oppervlakkige decubitus. Het is niet goed in te zien hoe door het bestuderen van tweedimensionale dia's kan worden vastgesteld bij welk van de stadia het driedimensionale decubitusproces van een patiënt moet worden ingedeeld.

3. Aan te nemen, dat bij het optreden van een sepsis dezelfde bacterie daarvoor verantwoordelijk is als die, welke eerder uit de decubituswond is gekweekt, is niet meer dan een veronderstelling en moet als een onvoldoende basis voor een doelgerichte behandeling worden beschouwd.

4. Of het door DE KOUSEMAKER en anderen (1974) gemelde lokaal vastverwijdende effect van xanthinolnicotinaationtoforese is bevestigd door anderen, is niet gebleken uit de ons ter beschikking staande literatuur. In ieder geval maakt bijv. Martindale's *The extra pharmacopoeia*, 27e druk (1977) er geen melding van.

Het therapieschema van tabel I vermeldt de iontoforese in stadium IV en wel in week 2 daarvan; in week 3 wordt deze behandeling weer gestaakt. De schaarse gegevens van DE KOUSEMAKER e.a. doen eerder denken aan de noodzaak van een wat langduriger iontoforetische behandeling en de vraag rijst of wellicht elders in het schema de iontoforese weer wordt toegepast. Met welke frequentie en hoe lang de iontoforese wordt toegepast in week 2 van stadium IV wordt helaas niet vermeld.

5. Het plaatselijk bacteriedodende effect van het alcohol-glycerinemengsel verdient nadere toelichting. Glycerine in geconcentreerde oplossing werkt wel antimicrobieel, maar of dit ook geldt voor de toegepaste verdunning met alcohol is ons niet bekend. Hetzelfde kan worden aangevoerd voor de alcohol in de verdunning met glycerine. Wel kan worden opgemerkt dat de alcohol wellicht uit de tampons zal verdampen met als gevolg lokale afkoeling en vasoconstrictie, juist het tegendeel van hetgeen beoogd wordt.

6. Lanettecrème F.N.A. wordt door schrijver toegepast om 4 x per dag de met decubitus bedreigde plaats te ontlasten én om, door krachtig wrijven, vasodilatatie teweeg te brengen. Er moet hier gewezen worden op het gevaar van

contactsensibilisatie door het conserveermiddel methyl-oxybenzoesaat, een gevaar, dat bij decubituspatiënten des te groter is, omdat door de langdurige behandeling de barrièrefunctie van de huid aangetast zal zijn. Het gebruik van gesteriliseerde crème, zonder conserveermiddel en afgeleverd in een hierbij aangepaste kleine verpakking voor eenmalig gebruik, zou kunnen worden overwogen. Wij laten hierbij in het midden of krachtig wrijven over bedreigde huidgebieden inderdaad een zinvolle zaak is.

7. Het vermelden van behandelingsresultaten zonder klinische gegevens van de patiënten te presenteren, zonder de afmetingen van de decubitus te vermelden (de schrijver gaat in zijn indeling in stadia alleen in op het aangeven van een anatomische diepte), zonder duidelijke criteria aan te geven op grond waarvan plaatsing in een ander stadium mogelijk wordt, zonder poging om te komen tot een vergelijkend onderzoek, leidt ons tot de constatering, dat de conclusie van de schrijver, als zou de beschreven therapie een goede zijn, onvoldoende is gefundeerd.

Goarne willen wij besluiten met de constatering dat zeer tot onze spijt de kritische instelling van HAALBOOM ten aanzien van zalfjes en smeerseltjes, hoewel in het geheel niet onderbouwd, niet aanwezig vermag te zijn voor de door hem zelf voorgestane behandeling van decubitus.

Literatuur: HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652.— KOUSEMAKER, E. A. M. DE, e.a. (1974) *Ned. T. Fysiother.* 84, 174. — „Martindale” (1977) *The extra pharmacopoeia*. 27e druk. The Pharmaceutical Press, Londen.

Arnhem en
Deventer, december 1978

T. J. A. VAN DIJK
J. S. MEULENHOF
G. SMEENK

Ik stel het zeer op prijs dat collegae VAN DIJK en SMEENK, en apotheker MEULENHOF de moeite hebben genomen mijn artikel te bestuderen. Hun conclusie dat er sprake is van een hypothetische voorstelling van een pathofysiologisch gebeuren is correct. Ik zal puntsgewijs de opmerkingen beantwoorden.

1. De reden van het kiezen van de term „erosie” staat vermeld in het artikel.

2. Bij lichamelijk onderzoek is eenvoudig vast te stellen hoe diep een proces zich in de diepte uitbreidt; ik heb er in mijn artikel mede de aandacht op willen vestigen dat decubitus niet slechts aan de oppervlakte ontstaat en ook niet slechts door inspectie is te beoordelen (DE JONG 1965).

3. Aannemen dat bij sepsis dezelfde bacterie verantwoordelijk is als gekweekt werd uit de decubituswond is niet een veronderstelling maar is gebaseerd op klinische ervaring. Louter theoretisch hebben de schrijvers gelijk, maar in de praktijk voldoet het beschreven protocol.

4. Het thermografisch aantoonbare effect van xanthinolnicotinaationtoforese wordt in de recente literatuur vooral toegeschreven aan een toegenomen cellulair metabolisme (BRENNER 1972, 1973). Dat er sprake is van vasodilatatie is een eigen waarneming.

5. Er zijn argumenten om aan te nemen dat het mengsel van alcohol-70% en glycerine bacteriedodend werkt. Aangezien er al een vasoconstrictie is t.g.v. de diffusie van toxische stoffen uit het necrobiotische weefsel naar de om-

geving lijkt mij de suggestie van de collegae VAN DIJK en SMEENK, en apotheker MEULENHOF dat de verdamping van alcohol een vasoconstrictief effect heeft, enkele stadia te laat.

6. De opmerking betreffende de contactsensibilisatie door methyloxybenzoesaat is zeker zinvol; in mijn serie is hier echter niets van gebleken. De suggestie betreffende gesteriliseerde crème verdient nadere bestudering.

7. Er staat duidelijk in het oorspronkelijke artikel dat het onderzoek was bedoeld om een methode te ontwikkelen die toepasbaar zou zijn niet alleen in goed geoutilleerde inrichtingen, maar ook in verpleeghuizen en bejaarden-tehuizen. Dit was reden behalve leeftijd en geslacht geen nadere omschrijving te geven van de patiëntengroep. De meest voorkomende diagnoses waren diabetes mellitus, arteriosclerose, seniele dementie, hemiplegie, femurkoprofractuur, terminaal carcinoom en combinaties.

Het verrichten van een dubbelblind onderzoek is bij de beschreven patiëntengroep zeer moeilijk maar zou bijzonder zinvol zijn en zeker nog moeten plaatsvinden.

Literatuur: BRENNER, G. (1972) *Research* 22, 754; (1973) *Research* 23, 562. — HAALBOOM, J. R. E. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1652. — JONG, B. D. DE (1965) Proefschrift Utrecht.

Utrecht, februari 1979

J. R. E. HAALBOOM

Secundaire anorgasmie bij de vrouw

Professor MUSAPH betoogt in zijn klinische les (1978) dat huisartsen een belangrijke rol kunnen spelen in de begeleiding van patiënten met seksuele problemen en geeft daartoe drie overtuigende casus. Toch prikkelt zijn betoog mij tot tegenspraak en het komt mij voor dat dat ook MUSAPH'S bedoeling was daar hij zijn argumentatie ook zelf als ongeannueerd bestempelt.

De huisarts-patiënt-relatie is in principe ideaal om het penibele onderwerp seksualiteit aan te pakken, en het uitsluiten van somatische oorzaken zal soms noodzakelijk zijn, in ieder geval vaak door de patiënt geëist worden. Uiteraard zijn er seksuele problemen waarvoor een lichamelijke oorzaak ondenkbaar is, en ook horen wij regelmatig dat de huisarts „de laatste persoon ter wereld zou zijn waarmee de patiënt seksuele zaken zou bespreken”, hetzij omdat men hem een veel te nette man/vrouw vindt, of omdat men het juist onplezierig vindt dat de huisarts in het gezin zo zeer een bekende is. Maar inderdaad, in de grond is de huisarts door zijn positie voorbestemd om de ideale hulpverlener in seksuele zaken te zijn. „Nur die Verhältnisse, sie sind nicht so.”

Vanaf 1976 zijn, onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap, in het hele land symposia „Seksuele hulpverlening in de eerste lijn” georganiseerd. De ervaring van alle cursusleiders (waaronder wij) was onveranderlijk dat de meeste huisartsen zich verlegen voelden bij het bespreken van intieme aangelegenheden, en vaak ook hopeloos incompetent. Dat hoeft ons niet te verbazen als we ons realiseren hoe kort geleden het is dat de seksuologie zich een, ook nu nog bescheiden, plaatsje in het medisch curriculum veroverde. Professor MUSAPH verkeert in de benijdenswaardige positie om hieraan iets te kunnen doen en ik wens hem daarbij het grootst mogelijke succes, maar de ideale situatie zal zeker nog jaren op zich laten wachten. Daarom klinkt MUSAPH'S betoog mij als wel-

luidende toekomstmuziek in de oren, en zie ik nu meer in een strategie waarin een optimaal gebruik wordt gemaakt van de verschillende disciplines. Ik wil daarbij met nadruk stellen dat ik geen van de vertegenwoordigers van de gedragswetenschappen *per se* als beter geoutilleerd voor seksuele hulpverlening beschouw, ook voor hen is specifieke scholing onmisbaar. De arts camoufleert zijn onzekerheid doorgaans met het schrijven van een recept, de psycholoog verschuilt zich wellicht achter de stelling dat alle seksuele problemen relatieproblemen zijn. Het staat voor mij echter vast dat echtpaar B en C zeer goed geholpen hadden kunnen worden door een wijkverple(e)g(st)er of maatschappelijk werk(st)er, mits deze competent is (dus ook mevrouw C voor haar menopauzeklachten stimuleert om haar huisarts te consulteren).

Seksuologie is een multidisciplinaire wetenschap; zowel op theoretisch als op therapeutisch gebied zijn de bijdragen van de geneeskunst en de gedragswetenschappen gelijkwaardig. Als men zich afvraagt wie de patiënt (of cliënt, voor wie dat liever hoort) het beste kan helpen, telt de seksuologische competentie meer dan de discipline. Als MUSAPH inderdaad „gogen” kent die opponderen tegen het vooraf uitsluiten van medisch-somatische oorzaken van seksueel disfunctioneren, dan begrijp ik zijn gram, maar ik heb het vertrouwen dat hij dan te maken heeft gehad met exemplaren die ook in eigen kring voor extremistisch doorgaan. Het treft mij altijd pijnlijk als de discussie over de seksuele hulpverlening het karakter van een territoriumgevecht krijgt.

Een detailkritiek tot slot: de omschrijving die MUSAPH geeft van secundaire anorgasmie lijkt mij aanvechtbaar. Onvermogen tot bevrediging is niet hetzelfde als anorgasmie (DE BRUYN 1975). Wij zien talloze vrouwen die geen orgasme beleven maar allerminst onbevredigd zijn, en daartegenover staan vrouwen die wel orgastisch zijn, maar zonder positieve beleving. Secundaire anorgasmie lijkt mij als voorbeeld voor een klinische les ook weinig gelukkig gekozen, omdat het naar onze ervaring uiterst zelden voorkomt, zowel bij mannen als bij vrouwen (MASTERS en JOHNSON (1970) hanteren de diagnose dan ook niet). Uit de gegevens die MUSAPH verschaft over patiënte A lijkt het vrij onwaarschijnlijk dat haar situatie adequaat gekenschetst wordt door het etiket secundaire anorgasmie. Ziekte van Pfeiffer (en alle uitputtende ziekten) heeft meer invloed op de libido dan op het orgastisch vermogen *bij adequate stimulatie*. Het oorzakelijk verband tussen (peri)menopauze en anorgasmie dat MUSAPH aan casus C min of meer suggereert, lijkt mij in tegenspraak met talloze gegevens over de levenscyclus van de vrouwelijke seksualiteit. Vele vrouwen beleven hun libido en orgastisch vermogen na de overgang als optimaal.

Literatuur: BRUYN, G. M. DE (1975) *Over opwinding en bevrediging bij vrouwen*. Nisso, Zeist. — MASTER, W. H. en V. JOHNSON (1970) *Human sexual inadequacy*. Churchill, Londen. — MUSAPH, H. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1953.

Groningen, januari 1979

J. J. DRENTH,
namens het psycho-sociaal
team van het Rutgershuis

Collegã DRENTH dank ik hartelijk voor zijn uitvoerig schrijven, dat mij aanleiding geeft tot de volgende opmerkingen:

1. Zijn mededeling: „en ook horen wij regelmatig dat de