

Te lage mictiefrequentie bij kinderen; een weinig opvallend verschijnsel

Met belangstelling heb ik het artikel van collega Baldew gelezen, waarin terecht de aandacht wordt gevestigd op mictiestoornissen bij kinderen.¹ Het artikel bevat echter een aantal onjuistheden die aanleiding kunnen zijn tot het aanwenden van verkeerde behandelingsmethoden. Enkele daarvan wil ik naar voren brengen. (1) Obstipatie kan niet als oorzaak van urineretentie worden aangeduid, wanneer de urinestraal ongestoord is, de cystografie tijdens de mictie geen afwijkingen vertoont, er geen residu is en de contractiliteit uitstekend is. (2) Blaashalssclerose kan niet als oorzaak worden aangeduid van urineretentie bij een kind met diarree en stuipen, wanneer het plast met een vlotte ononderbroken straal. (3) Het is moeilijk te begrijpen dat de „tonus” van de luie blaas normaal is terwijl de druk tot ver boven fysiologisch niveau stijgt met onwillekeurige contracties. Tonus is per definitie het deel van de detrusordruk dat door contractie van de actieve elementen ontstaat. Het zou betreurenswaardig zijn wanneer kinderartsen en urologen tot een ingrijpende behandelingsmethode zouden worden aangemoedigd wanneer zindelijkheidsstraining thuis, zonder kostbare ziekenhuisopname kan volstaan. Verruimingsoperaties vernietigen het belangrijkste continentiemechanisme en veroorzaken bij jongeren retrograde ejaculatie. Ik ben het met de auteur eens dat de overheid beter preventief zou kunnen optreden door er zorg voor te dragen dat mensen daar waar nodig op hygiënisch verantwoorde wijze kunnen plassen. Het weze daarenboven gezegd dat men ook de handen moet wassen voor het plassen.

LITERATUUR

¹Baldew IM. Te lage mictiefrequentie bij kinderen; een weinig opvallend verschijnsel. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 1907-11.

Utrecht, december 1982

B.L.R.A. COOLSAET

De opmerkingen van prof. Coolsaet zou ik als volgt willen beantwoorden:

1. Obstipatie. Bij de patiënten A en C kwam obstipatie voor in combinatie met een lage mictiefrequentie. Patiënt A had tevens een acute urineretentie. De mededeling dat de mictie ongestoord was, is van de moeder afkomstig. Pas na behandeling van de obstipatie en de urineretentie waren wij in staat vast te stellen dat de urinestraal normaal was (observatie van de mictie) en dat er geen afwijkingen waren bij cystografie tijdens mictie. Na regulatie van de defecatie hebben zich geen plasproblemen meer voorgedaan. Obstipatie als oorzaak van acute urineretentie wordt wel degelijk beschreven.^{1 2} Wellicht hebben beide verschijnselen één grondslag: centrale onderdrukking van zowel mictie als defecatie.

2. Blaashalssclerose. Over patiënt B schreef ik: „Bij cystoscopie bleken er geen kleppen te zijn, misschien wel „blaashalssclerose” en meatusstenose”. De aanhalingstekens en het woord „misschien” geven al mijn twijfel aan. De aanduiding blaashalssclerose heeft heden ten dage slechts historische betekenis. Opmerkelijk is wel dat deze zuigeling een residu na mictie had en na de interne sfincterotomie een voor de leeftijd normale mictiefrequentie met complete blaasontleding.

3. Tonus. Coolsaet veronderstelt dat de druk tijdens onwillekeurige contracties tot ver boven fysiologisch niveau steeg, maar deze verhoogde drukken deden zich voor

zonder detrusorcontractie. De patiëntjes kwamen niet tot mictie hoewel de blaasvulling zo groot was dat het collageen weefsel bijdroeg aan de wandspanning.³ De druk in de blaas is de som van de rondom de blaas heersende abdominale druk en een druk, veroorzaakt door de spanning in de blaaswand, de detrusordruk. De blaaswandspanning wordt in stand gehouden door passieve en actieve bijdragen van verschillende weefsels. Deze wandspanning wordt ongeacht haar origine, als tonus van de blaas aangemerkt. Bij fysiologische vulling en normale, quasi-statische cystometrie wordt tijdens de vullingsfase geen actieve bijdrage van de gladde detrusormusculatuur aanwezig geacht.³ De detrusordruk varieert hierdoor in de fysiologische vullingsfase nauwelijks, ondanks geleidelijk toenemende wandspanning. Bij een zekere vullingsgraad ontstaat de behoefte te plassen en een gezond kind met een normaal plagedrag laat dit volgen door een normale urinelozing op de juiste plaats. Kinderen met een luie blaas negeren de roep der natuur en houden de mictie tegen, waarna ten gevolge van de rek van collageen vezels de wandspanning sterk gaat toenemen en de nog steeds passieve detrusordruk waarden bereikt die liggen boven het niveau waarop bij gezonde kinderen een mictie zou volgen. Kinderen met een luie blaas bouwen pas in overrekte toestand een contractiekracht op, waardoor de effectiviteit van de contractie misschien is verminderd.

Mictiestoornissen en zindelijkheidsstoornissen moeten niet met elkaar verward worden. Kinderen met een te lage mictiefrequentie hebben geen zindelijkheidsproblemen en vallen juist niet op, doordat zij zelfs superzindelijk zijn en een „sterke blaas” heten te bezitten: het bakerpraatje dat vooral bij meisjes geldt. Zindelijkheidsstraining is bij deze kinderen derhalve irrelevant, wel het alsnog of opnieuw aanleren van een juist plagedrag. Na het 4e levensjaar zal dit grote kans van slagen hebben.

De opmerking over het vermijden van onnodige kosten en ingrijpende methoden van onderzoek en behandeling onderschrijf ik met genoegen. Het is dan ook beslist niet mijn bedoeling verruimingsoperaties te propageren. De bezorgdheid voor het behoud van continentie wordt door mij gedeeld.⁴

LITERATUUR

¹Gallo D, Pressman D. Urinary retention due to fecal impaction in children. Pediatrics 1970; 45: 292-4.

²Baldew IM, Gelderen HH van. Urinary retention without organic cause in children. Br J Urol 1983 (ter perse).

³Zinner NR, Ritter RC, Sterling AM, Donker PJ. The physical basis of some urodynamic measurements. J Urol 1977; 117: 682-9.

⁴Baldew IM. Incontinentie voor urine bij kinderen. Ned Tijdschr Geneesk 1983 (ter perse).

Meppel, januari 1983

I.M. BALDEW

Over oorsuizen, droge mond, keelpijn en de dingen die niet voorbijgaan

Jongkees bespreekt in zijn klinische les o.a. een patiënte met chronische keelklachten die overal en nergens onderzocht is en met alle mogelijke middelen is behandeld, zonder enig resultaat.¹ Hij stelde haar gerust met de woorden: „Mevrouw, één ding moet u nu van mij aannemen, u hebt geen hersentumor of weet ik wat voor vreselijks.” Dat is naar mijn mening een uitstekend advies. Het helpt het beste als men een bekende professor is: professor Jongkees is hun laatste hoop!

Bij mij – geen professor maar wel een ervaren huisarts gedurende tien jaar en keel-neus-oorarts gedurende twintig jaar – kwam onlangs een mevrouw de spreekkamer binnen schuifelen met de woorden: „Dokter, wat u ook zegt, ik geloof u niet.” Ze keek gespannen en hield haar rechterhand aan haar hals. Als ik een jong arts geweest was, zou ik gezegd hebben: „Mevrouw, dan is het het beste dat u weer weggaat.” Maar, door ervaring wijs geworden, begreep ik dat er achter haar woorden grote angst en onzekerheid verborgen gingen. Ik zei dus: „Mevrouw, ik denk dat u bij verschillende artsen geweest bent, ook bij een paar specialisten en dat zij allen gezegd hebben dat u geen keelkanker had.” Ze verstijfde, maar zei niets. „Bovendien denkt u dat de artsen elkaar de hand boven het hoofd houden.” Ze bleef zwijgen. „Is u wel bereid”, vroeg ik, „om even op de onderzoekstoel te gaan zitten?” Ze liep er langzaam heen en ging op het puntje van de stoel zitten, klaar om er zo weer vanaf te springen. In één minuut had ik haar mond, keel en stembanden onderzocht en nam weer achter mijn bureau plaats.

„En . . .” vroeg ze na een lange stilte? „U denkt toch niet dat ik u iets zal zeggen mevrouw. Ik praat niet voor stoelen of banken! U mag uw man zeggen dat hij mij vanavond om half zeven op kan bellen.”

Toen hij inderdaad belde, deelde ik hem mee dat hij met zijn vrouw bij mij mocht komen, als ze dat tenminste wilden . . . Ze kwamen.

Zij had een bijbel in haar hand. „Is u religieus”, vroeg ik. „Nee”, antwoordde ze, „deze bijbel hebben we nog nooit ingezien. We hebben hem cadeau gekregen bij ons huwelijk.” „Waarom brengt u hem nu mee?” vroeg ik. „Is u bereid”, vroeg zij, „om met uw hand op de bijbel te zweren dat u de volle waarheid zult zeggen over mijn keel?”

Ik ben tot alles bereid, wat – mits medisch verantwoord – een patiënt kan helpen. Ik legde mijn hand op de bijbel en zei: „Ik zweer, dat u een volkomen normale keel hebt en dat er van kanker geen sprake is.” Ze kreeg een huilbui en liep weg. Haar man omarmde haar en begeleidde haar naar buiten.

Een paar weken later ontving ik een lange dankbrief, waarin o.a. stond, dat ze nu niet naar professor Jongkees zouden gaan.

LITERATUUR

¹Jongkees LBW. Over oorsuizen, droge mond, keelpijn en de dingen die niet voorbijgaan. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2332-4.

Den Haag, december 1982

H.A. VOET

Migraine

Het artikel van Ansink e.a. geeft een goed overzicht van de opvattingen in de specialistische geneeskunde.¹ Vanuit de huisartsgeneeskunde zou ik enkele kritische kanttekeningen willen maken.

1. De schrijvers doen het voorkomen alsof migraine een afgebakende ziekte-eenheid is. In mijn ervaring gedurende 15 jaar manifesteert hoofdpijn zich echter zeer pluriform, niet alleen interindividueel, maar ook intra-individueel. Tussen patiënten zijn er zulke grote verschillen in symptomen, dat er nauwelijks een indeling in groepen te maken is; per patiënt verandert het beeld van de aanvallen in de loop van de jaren vaak zodanig, dat ook hier nauwelijks een typering is te maken. Patiënten die ik 15 jaar bestudeerde,

beschrijven hun hoofdpijn nu eens als migraine, dan weer als spanningshoofdpijn, dan weer als een gemengde hoofdpijn: kortom, er is nauwelijks een bepaalde ziekte te koppelen aan een persoon. Naar mijn mening moeten we migraine dan ook niet zien als een ziekte, maar als een wijze van reageren op bepaalde omstandigheden.

2. De pathofysiologie van de migraine en ook van de andere hoofdpijnen blijft erg ingewikkeld en er blijkt eigenlijk nog zeer weinig van bekend te zijn. Biochemische afwijkingen zouden misschien kunnen worden aangetoond, maar het pathogenetische belang daarvan is zeer onduidelijk. In de literatuur neigt men steeds meer tot het psychobiologische model voor de pathogenese waarin hoofdpijn als continuum wordt gezien.² Een bepaalde stressfactor doet spieren aanspannen, veroorzaakt veranderingen in het autonome zenuwstelsel en bij langer aanhouden ook in het vasculaire stelsel, waardoor de migrainesymptomen ontstaan. Bij nauwkeurige anamnese geeft de patiënt dit continuum goed aan.

3. De anamnese is voor het inzicht in de aard en ernst van de hoofdpijn dan ook veel belangrijker dan het onderzoek. Een oriënterend onderzoek samen met een goede anamnese zal voor de huisarts voldoende zijn om de patiënt niet bloot te stellen aan specialistische ingrepen. Vooral van groot belang is het aanleggen van een hoofdpijndagboek door de patiënt waardoor de huisarts, maar vooral ook de patiënt zelf, inzicht kan krijgen in factoren die met het ontstaan van de hoofdpijn samenhangen.³

4. Ansink e.a. hebben zeer kort de niet-medicamenteuze therapie aangestipt. Naar mijn mening ligt hierin echter juist de goede aanpak van de migraine. In mijn dissertatie beschreef ik daarvoor een methode die ervan uitgaat dat migraine in de eerste plaats door de patiënt zelf zal moeten worden aangepakt: het is zijn manier van omgaan met stress, met conflicten en vooral met onderdrukte agressie.⁴ De patiënt zal inzicht moeten krijgen in deze mechanismen. Ik kan als huisarts hierbij slechts sturend, uitleggend, geruststellend hulp verlenen. Medicamenten spelen dan ook altijd een bijkomende rol, ze dienen als symptoombestrijders. Uiteraard hebben we die nodig, maar we mogen er niet alle heil van verwachten.

5. Toekomstig onderzoek zal dan ook niet, zoals Ansink c.s. vermeldt, moeten worden gericht op een nog beter begrijpen van het ontstaan van migraine door middel van biochemisch onderzoek. Veel meer zal onderzoek moeten worden verricht over factoren die patiënten aangeven, welke samenhangen met het ontstaan van de hoofdpijn. De vraag hoe we patiënten kunnen helpen om hun hoofdpijn-aanvallen te verminderen, zal uitgangspunt van verder onderzoek op het gebied van migraine dienen te zijn.

LITERATUUR

¹Ansink BJJ, Hogenhuis LAH, Wattendorff AR. Migraine. Ned Tijdschr Geneesk 1982; 126: 2061-7.

²Bakal DA en Kaganov JA. Symptom characteristics of non-chronic and chronic headache sufferers. Headache 1979; 19: 285.

³Post D. Het gebruik van het pijndagboek in de huisartspraktijk. Patient Care 1981; 8: 8.

⁴Post D. De huisarts en zijn hoofdpijnpatiënten. Alphen aan den Rijn: Stafleu, 1980.

Wezep, november 1982

D. POST

Wij zijn collega Post dankbaar voor zijn opmerkingen. Wij zijn het eens met zijn opvatting dat migraine geen omschreven ziekte-eenheid is. Deze stelling geldt in wezen voor de gehele geneeskunde, waarbij wij er vanuit gaan dat er geen ziektes bestaan maar alleen zieke mensen. Deze