

- 20 Deschepper R, Vander Stichele R, Mortier F, Deliens L. Quality communication about end-of-life decisions in competent patients who want to die at home. Guidelines for general practitioners. Final report for ex post evaluation of the project 'Medical and ethical quality care when taking end-of-life decisions: development of a protocol for first-line health care'. <http://users.pandora.be/scancode/vub/zl3%20summary.PDF>.
- 21 Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-Based Medicine: how to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.
- 22 Deveugele M, Derese A, De Bacquer D, Van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Is the communicative behavior of GPs during the consultation related to the diagnosis? A cross-sectional study in six European countries. *Patient Educ Couns* 2004;54:283-9.
- 23 Deveugele M. Doctor-patient communication in general practice. An observational study in six European countries [Proefschrift]. Gent: Universiteit Gent, 2003.
- 24 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, et al. Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance and performance from the patients' perspective. *Patient Educ Couns* 2000;39:115-27.
- 25 Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid. Gezondheidsenquête door middel van een Interview. België, 2004. <http://www.svh.be/statistiek.htm>.
- 26 Borgsteede S, Riedstra C, Deliens L, Francke A, Van Eijk J, Willems D. Good end-of-life care according to patients and their general practitioners. *Br J Gen Pract* 2006;56:20-6.

# Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen – gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland

Harald Kedde, Gé Donker

## Inleiding

Schattingen over het aantal mannen dat last heeft van een erectieprobleem lopen sterk uiteen. Uit het Boxmeer-onderzoek bleek dat ongeveer 13% van de Nederlandse mannen in de leeftijd van 40 tot 79 jaar aan een erectiestoornis lijdt.<sup>1</sup> Omdat in dat onderzoek de subjectieve beleving en de ervaren last als criteria dienden voor het bepalen van de prevalentie van erectieproblemen, beschouwt men dit als een 'geloofwaardig' getal.<sup>2</sup> In het ENIGMA-onderzoek lag de prevalentie iets hoger: 17%.<sup>3</sup> De meeste erectieproblemen zijn in de huisartsenpraktijk goed te behandelen, mits ze niet te complex zijn.<sup>4-5</sup> De komst van erectiestimulerende middelen heeft de mogelijkheid geopend om erectieproblemen langs medisch-technische weg te verhelpen. Onderzoek suggereert dat mannen, sinds er erectiestimulerende middelen zijn, vaker een huisarts consulteren in verband met een erectieprobleem: Vliet Vlieland et al. concludeerden dat de incidentie van erectieproblemen in de huisartsenpraktijk twaalf maanden na de introductie van sildenafil was gestegen van 3,8 naar 6,1 per 1000 patiënten.<sup>6</sup> Er rust echter nog steeds een zeker taboe op het onderwerp: 75% van de mannen vindt het 'tamelijk moeilijk' tot 'heel moeilijk' om met de huisarts over een erectieprobleem te praten.<sup>7</sup> Uit onderzoek van De Boer et al. kwam naar voren dat weliswaar ruim 85% van de mannen met een erectieprobleem behoefte had aan hulp, maar dat slechts 10% ook daadwerkelijk hulp gezocht had.<sup>8</sup> De afgelopen jaren is een groot aantal richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van erectieproblemen ontwikkeld.<sup>9-12</sup> Informatie

over wat een huisarts kan betekenen voor mannen met een erectieprobleem is ruimschoots beschikbaar. Feitelijke gegevens over het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen zijn echter relatief schaars.<sup>5,13-15</sup> Om die reden zijn wij in 2003 begonnen om binnen de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland (CMR Peilstations) daarover gegevens te verzamelen.

## Methode

In 2003 waren bij de CMR Peilstations 42 huisartsenpraktijken aangesloten. De patiëntenpopulatie van deze 42 huisartsenpraktijken bestond uit 142.119 personen – 70.220 mannen en 71.899 vrouwen. In 2004 waren er 38 huisartsenpraktijken aangesloten met een totale patiëntenpopulatie van 122.992 personen – 60.834 mannen en 62.158 vrouwen. Deze groep patiënten vertegenwoordigt ongeveer 0,7% van de Nederlandse bevolking en is representatief wat betreft geografische spreiding en spreiding over gebieden met een verschillende graad van verstedelijking.<sup>16</sup> De huisartsen die deelnemen aan de CMR Peilstations registreren wekelijks een beperkt aantal gezondheidsproblemen en verrichtingen. Deze gegevens worden ingevuld op de 'weekstaat'.<sup>16</sup> Verder wordt op de weekstaat gevraagd om het 'geslacht' en de 'leeftijdsgroep' waartoe de patiënt behoort te vermelden. Bij een aantal gezondheidsproblemen en verrichtingen wordt de huisarts daarnaast verzocht een aanvullende vragenlijst in te vullen. De Codering seksuele problemen van het Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie (LOPS) heeft aan erectieproblemen

### Wat is bekend?

- De huisarts kan erectieproblemen goed behandelen, mits ze niet te complex zijn.
- Sinds er erectiestimulerende middelen op de markt zijn, consulteren mannen vaker een huisarts in verband met een erectieprobleem.
- Desondanks is de drempel om hulp te zoeken hoog.
- Er zijn weinig feitelijke gegevens over het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen.

### Wat is nieuw?

- De huisarts schrijft tijdens het eerste consult vanwege erectieproblemen vaak geneesmiddelen voor.
- De partner was in slechts 10% van de gevallen bij het eerste consult aanwezig.
- In ongeveer de helft van de eerste consulten werd een vervolconsult afgesproken.
- Het aantal verwijzingen was in beide jaren zeer gering; de meeste betroffen een verwijzing naar de uroloog.

LOPS-code 22 toegekend: 'Erectieprobleem: penis niet, niet voldoende, of maar korte tijd stijf'.<sup>17</sup> In 2003 en 2004 vroegen wij de huisartsen die deelnemen aan de CMR Peilstations om wekelijks melding te maken van alle consulten waarbij sprake was van een erectieprobleem volgens deze codering. Op een aanvullende vragenlijst vermeldde de arts de etniciteit van de patiënt (diens geboorteland en dat van zijn vader en moeder) en het geslacht van diens eventuele partner. De vragenlijst bevatte verder een aantal vragen over het huisartsgeneeskundig handelen: of het

### Samenvatting

Kedde JH, Donker GA. Het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen – gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Huisarts Wet 2006;49(8):410-4.

**Achtergrond** In 2003 en 2004 hebben de peilstations van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) in respectievelijk 42 en 38 huisartsenpraktijken gegevens verzameld over het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen.

**Methode** De huisartsen registreerden alle patiënten die erectieproblemen hadden, en specificeerden het erectieprobleem op een vragenlijst. Tevens rapporteerden zij of het probleem samenhang met andere problemen, of de partner bij het consult aanwezig was, de rangorde en duur van het consult, eventuele verrichtingen en of zij een afspraak maakten voor een vervolconsult en/of een verwijzing.

**Resultaten** In 150 consulten registreerden de huisartsen een erectieprobleem. In 104 gevallen ging het om een eerste consult. De erectieproblemen hingen volgens de huisarts het vaakst samen met lichamelijke problemen en met medicijngebruik. In ruim 80% van de eerste consulten nam de huisarts een seksuele anamnese af; in ruim de helft van de gevallen gaf hij informatie

erectieprobleem, voor zover de arts kon nagaan, samenhang met andere problemen; het zoveelste consult het was waarin het erectieprobleem aan de orde kwam; hoe lang het consult duurde en wie erbij aanwezig waren; welke verrichtingen tijdens het consult hebben plaatsgevonden; of de arts een afspraak gemaakt had voor een vervolconsult en of hij de patiënt had verwezen (en zo ja, naar welke hulpverlener).

Huisartskenmerken zijn in dit onderzoek helaas niet beschikbaar; praktijkkenmerken echter wel. Zo is bekend in welk deel van Nederland de deelnemende huisartsenpraktijken gevestigd zijn en wat de graad van verstedelijking is van de vestigingsplaats.<sup>18</sup>

Op grond van deze gegevens hebben wij een ANOVA-toets uitgevoerd om de groepen patiënten met elkaar te vergelijken, met de incidentie van erectieproblemen als afhankelijke variabele.

### Resultaten

#### Patiënten

In 2003 en 2004 registreerden de huisartsen in de deelnemende huisartsenpraktijken 150 consulten waarin een erectieprobleem ter sprake kwam. In 104 consulten kwam het erectieprobleem voor het eerst aan de orde. Per huisartsenpraktijk varieerde het aantal consulten voor een nieuw erectieprobleem van 0 tot 10, de incidentie liep daarmee uiteen van 0 tot 7,4 per 1000 ingeschreven mannen. Het merendeel van de mannen was tussen de 40 en 70 jaar oud. Een overgrote meerderheid van de mannen die voor het eerst een huisarts raadpleegden in verband met een erectieprobleem behoorde tot de autochtone Nederlanders; 7% van de patiënten met een erectieprobleem behoorde tot de eerste generatie allochtonen (tabel 1).

en advies. Bij slechts ongeveer 10% van deze eerste consulten was de partner aanwezig. Het merendeel van de patiënten kreeg in het eerste of het vervolconsult medicijnen voor de erectieproblemen. In ongeveer de helft van alle eerste consulten maakte de huisarts een afspraak voor een vervolconsult. Het aantal verwijzingen was zeer gering.

**Conclusie** Erectieproblemen worden in de huisartsenpraktijk veelal behandeld zonder aanwezigheid van de partner. De behandeling is meestal medicamenteus.

Rutgers Nisso Groep, Postbus 9022, 3506 GA Utrecht: J.H. Kedde, onderzoeker; NIVEL, Utrecht: dr. G.A. Donker, huisarts-epidemioloog, projectleider Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland.

Correspondentie: h.kedde@rng.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Enkele onderdelen van dit artikel zijn bewerkingen van onderdelen uit: Kedde JH, Vroege JA, Vanwesenbeeck WMA, Bartelds A. De incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk – gegevens uit de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland. Tijdschr Seksuologie 2005;29:143-9.

**Tabel 1** Demografische kenmerken van de patiënten met een erectieprobleem 2003-2004

|                               | Eerste consult<br>(n=104)<br>% | Vervolgconsult<br>(n=46)<br>% |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <i>Partnerstatus:*</i>        |                                |                               |
| - mannelijke partner          | 5                              | 2                             |
| - vrouwelijke partner         | 89                             | 96                            |
| - onbekend                    | 6                              | 2                             |
| <i>Leeftijdsgroep:</i>        |                                |                               |
| - 10-19                       | 0                              | 2 <sup>†</sup>                |
| - 20-29                       | 4                              | 7                             |
| - 30-39                       | 6                              | 9                             |
| - 40-49                       | 25                             | 22                            |
| - 50-59                       | 30                             | 24                            |
| - 60-69                       | 26                             | 30                            |
| - 70-79                       | 6                              | 4                             |
| - 80-89                       | 1                              | 0                             |
| - onbekend                    | 3                              | 2                             |
| <i>Geboorteland:</i>          |                                |                               |
| - autochtoon                  | 83                             | 74                            |
| - allochtoon tweede generatie | 0                              | 2 <sup>†</sup>                |
| - allochtoon eerste generatie | 7                              | 11                            |
| - onbekend                    | 11                             | 13                            |

\* De partners van de patiënten waren niet noodzakelijkerwijs bij dat consult aanwezig.

<sup>†</sup> Het eerste consult heeft voor 2003 plaatsgevonden.

**Tabel 2** Kenmerken van het huisartsgeneeskundig handelen in verband met een erectieprobleem 2003-2004

|                                                             | Eerste consult<br>(n=104)<br>% | Vervolgconsult<br>(n=46)<br>% |
|-------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <i>Wie aanwezig bij consult:</i>                            |                                |                               |
| - alleen patiënt                                            | 90                             | 93                            |
| - patiënt en partner                                        | 10                             | 7                             |
| <i>Samenhang met andere problemen volgens de huisarts:*</i> |                                |                               |
| - psychische problemen                                      | 16                             | 22                            |
| - relationele problemen                                     | 9                              | 22                            |
| - lichamelijke problemen                                    | 20                             | 43                            |
| - medicijngebruik                                           | 25                             | 41                            |
| - operaties                                                 | 2                              | 0                             |
| <i>Huisartsgeneeskundig handelen:*</i>                      |                                |                               |
| - seksuele anamnese afgenomen                               | 82                             | 59                            |
| - lichamelijk onderzoek gedaan                              | 14                             | 11                            |
| - laboratoriumonderzoek aangevraagd                         | 13                             | 7                             |
| - informatie of advies gegeven                              | 48                             | 43                            |
| - medicijnen voorgeschreven                                 | 60                             | 63                            |
| - aard of dosering medicatie herzien                        | 4                              | 13                            |
| - counselinggesprek met patiënt                             | 2                              | 2                             |
| Vervolgconsult afgesproken:                                 | 47                             | 39                            |
| Verwezen                                                    | 6                              | 15                            |

\* Meer dan één antwoord mogelijk

### Huisartsgeneeskundig handelen

Bij ongeveer 10% van de consulten waarin het erectieprobleem voor het eerst aan de orde kwam, was de partner aanwezig (tabel 2). Afgaande op het eerste consult hing het erectieprobleem volgens de huisartsen het vaakst samen met het gebruik van geneesmiddelen en met lichamelijke problemen, en daarentegen bijna nooit met relationele problemen en operaties. De huisarts nam in ruim 80% van deze eerste consulten een seksuele anamnese af, en gaf in ongeveer de helft van alle gevallen informatie en advies. De arts schreef tijdens het eerste consult tamelijk vaak geneesmiddelen voor, en maakte in bijna de helft van de gevallen een afspraak

voor een vervolgconsult. Het aantal verwijzingen (13) was in beide jaren, zowel tijdens het eerste als tijdens het vervolgconsult, zeer gering. De meeste verwijzingen waren naar de uroloog.

### Consultduur en behandelduur

De gemiddelde consultduur waarbij het erectieprobleem voor het eerst aan de orde kwam was 13 minuten. Het kortste gesprek duurde 3 minuten, het langste 30 minuten. De vervolgconsulten duurden gemiddeld ongeveer 1 minuut korter dan de eerste consulten. Van de totale behandelduur van patiënten met een erectieprobleem was met behulp van de beschikbare gegevens (het hoeveelste consult het was en of er een vervolgconsult was afgesproken) slechts een schatting mogelijk. De gemiddelde behandelduur, voor zover vallend binnen de registratiejaren 2003/2004, bedroeg minimaal 1,5 consult (69% van de consulten was een eerste consult, 21% een tweede consult, 5% een derde consult en 4% een vierde of verder consult). Voor degenen met wie de huisarts een vervolgconsult had afgesproken is niet bekend hoeveel vervolgconsulten er daarna nog plaatsvonden, en bovendien is het nog mogelijk dat de huisarts geen vervolgspraak maakte, maar de patiënt verzocht terug te komen indien deze dat zelf nodig of wenselijk achtte.

### Regionale verschillen

De onderlinge verschillen in incidentie tussen de huisartsenpraktijken, van 0 tot 7,4 per 1000 mannen, kunnen mogelijk worden verklaard door huisarts- en praktijkkenmerken. De ANOVA-toets wees uit dat de incidentie van seksuele problemen in de huisartsenpraktijk niet afhankelijk was van de graad van verstedelijking of van regio.

### Beschouwing

In dit onderzoek zijn met behulp van gegevens, verzameld in het kader van de CMR Peilstations, enkele aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen bij erectieproblemen in kaart gebracht. Uit de resultaten komt naar voren dat een consult waarbij het erectieprobleem voor het eerst aan de orde komt gemiddeld dertien minuten duurt. In 10% van de gevallen is de partner daarbij aanwezig. De huisarts neemt tijdens het consult meestal een seksuele anamnese af en schrijft medicatie voor. De helft van de patiënten krijgt informatie en advies en bij ongeveer de helft van alle eerste consulten wordt een vervolgconsult afgesproken. Het aantal verwijzingen is zeer gering. Erectieproblemen hangen volgens de huisarts het vaakst samen met lichamelijke problemen en met geneesmiddelengebruik.

De validiteit van dit onderzoek valt of staat met de representativiteit van de peilstations. Hoewel het netwerk ontworpen is om landelijk representatief te zijn, zouden de motivatie om in een dergelijk netwerk te participeren en de feedback aan deelnemende praktijken kunnen leiden tot bovenmodaal presteren en na verloop van tijd tot verlies van representativiteit. Enig bewijs voor deze hypothese ontbreekt echter.

Vroege, Nicolaï en Van de Wiel formuleren de taken van de huis-

## Abstract

Kedde JH, Donker GA. Erectile dysfunction in general practice: data from the Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands. *Huisarts Wet* 2006;49(8):410-4.

**Background** Information on the treatment of erectile disorder was gathered at 42 (in 2003) and 38 (in 2004) Continuous Morbidity Registration Sentinel Stations in the Netherlands.

**Methods** General Practitioners (GPs) working at the Sentinel Stations were asked to keep a weekly record of all patients with erectile disorder. In a separate questionnaire they were asked to specify their medical actions during these consultations, reporting possible coherence with psychological, relational and physical problems and with the use of medication, the length of the consultation, the number of consultations for erectile disorder, if the patient's partner was present during consultation and whether the GP referred the patient to a specialist.

**Results** GPs mainly treat erectile disorder themselves in an average of 1.5 consultations. During these visits approximately 10% of the patients' partners are present. Erectile disorder is mainly connected with physical or psychological problems or with the use of medication. GPs find that erectile disorder is not often connected to relational problems. Prescription of medication by GPs is relatively high. In approximately 80% of the encounters GPs check the patient's sexual history. Less than half of the patients with erectile disorder receive information and advice. There are few referrals to specialists.

**Conclusion** The introduction of erection-supporting drugs has increased the possibilities open to GPs for the successful treatment of patients suffering from erectile disorder. Many patients benefit directly from these pharmacotherapeutic developments. However, due to the high prevalence of somatic complaints, apart from giving medical treatment the GP should emphasise psychosocial diagnostics and relational aspects while involving both patient and partner in the treatment. With this knowledge GPs will be able to achieve better quality care.

arts in het kader van de hulpverlening bij seksuele disfuncties als volgt: signaleren, eenvoudige diagnostiek op somatisch en psychosociaal gebied, informatie en advies, medicamenteuze behandeling en verwijzen.<sup>19</sup> Volgens Gianotten kan de huisarts seksuele problemen in de meeste gevallen zelf oplossen, mits ze niet te complex zijn.<sup>5</sup> Hij adviseert bij complexe problematiek door te verwijzen naar de seksuologische hulpverlening in de tweede lijn. De Boer en Moors komen voor erectieproblemen tot dezelfde conclusie: de huisarts kan mannen met erectieproblemen meestal zelf behandelen, maar dient te verwijzen bij complexe seksuele problematiek.<sup>4</sup>

De partner neemt een belangrijke plaats in bij de behandeling van mannen met een erectieprobleem. Om Moors en Slob te citeren: 'Een goede anamnese en anamnese van de partner is nodig om de werkelijke inzichten te krijgen in de beleving van patiënten en diens partner'.<sup>20</sup> Zij zien deze kennis als voorwaarde voor een adequate therapie. Ook Hengeveld zegt: 'Erectiestoornissen gaan

vaak niet alleen: bij een hoog percentage van de partners worden ook seksuele disfuncties aangetroffen, hetzij als oorzaak, hetzij als gevolg van het erectieprobleem'.<sup>21</sup>

Ons onderzoek laat zien dat de huisarts mannen met een erectieprobleem doorgaans in één à twee consulten zelf behandelt. Gezien de farmaceutische ontwikkelingen kan dit ook heel goed. Volgens de gegevens is de partner van de patiënt zowel bij het eerste als het vervolgconsult minder vaak aanwezig dan theoretisch wenselijk zou zijn.<sup>20,21</sup> Uit de registratie valt echter niet af te leiden of er mogelijk aparte consulten zijn geweest met partners. Het minimale aantal verwijzingen, de geringe aanwezigheid van de partner tijdens het consult en de geringe samenhang tussen erectieproblemen en relatieproblemen die de huisartsen constateerden, doen de vraag rijzen of huisartsen de complexiteit van erectieproblemen mogelijk onderschatten of niet signaleren. Zij lijken erectieproblemen hoofdzakelijk met geneesmiddelen te lijf te gaan. Omdat huisartskenmerken in ons onderzoek ontbreken, kunnen wij geen uitspraken doen over eventuele verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke huisartsen in het handelen bij erectieproblemen. Onderzoek hiernaar verdient aanbeveling.

De rol van de patiënt in deze kan uiteraard niet worden genegeerd. Het is bekend dat de meeste mannen de voorkeur geven aan somatische behandeling boven psychoseksuologische therapie.<sup>21</sup> Mannen zijn relatief sterk geneigd te rationaliseren, zoeken vooral naar technische oplossingen en presenteren de klacht veelal als een opzichzelfstaand probleem.<sup>5,6</sup> Om die mannen ervan te doordringen dat een pil alleen het probleem niet oplost, is het van groot belang dat de huisarts weet om te gaan met de diagnostiek en behandeling van seksueel disfunctioneren en erectiestoornissen.<sup>20</sup>

## Conclusie

Met de komst van erectiestimulerende middelen heeft de huisarts nieuwe therapeutische mogelijkheden gekregen om erectiestoornissen zelf te behandelen. Uit de beschikbare literatuur valt af te leiden dat een deel van de patiënten baat heeft bij deze medicamenteuze behandeling,<sup>22</sup> maar de komst van deze middelen heeft de behandeling van erectiestoornissen anderzijds ook meer gesomatiseerd.<sup>21</sup> Volgens de huisartsen presenteren de patiënten het erectieprobleem veelal als een opzichzelfstaand probleem. De kans bestaat dat de huisarts daardoor complexere (psychosociale en relationele) problematiek van patiënt én partner, die samenhangt met het erectieprobleem, onderschat of niet signaleert. De gegevens over het huisartsgeneeskundig handelen in dit onderzoek ondersteunen deze hypothese.

## Dankbetuiging

De auteurs willen alle huisartsen bedanken die vanaf 2003 in het kader van de Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland deel hebben genomen aan de registratie van de rubriek 'seksuele problemen en seksueel geweld'.

## Literatuur

- 1 Meuleman EJH, Donkers LHC, Robertson C, Keech M, Boyle P, Kiemeny LALM. Erectiestoornis: prevalentie en invloed op de kwaliteit van leven; het Boxmeer-onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:576-81.
- 2 Hengeveld MW, Gianotten WL. Erectiestoornissen: de actuele situatie. Ned Tijdschr Geneesk 2001;145:1381-84.
- 3 De Boer BJ, Bots ML, Lycklama á Nijeholt AA, Moors JP, Pieters HM, Verheij TJ. Erectile dysfunction in primary care: prevalence and patient characteristics. The ENIGMA study. Int J Impot Res 2004;16(4):358-64.
- 4 De Boer LJ, Moors JPC. Seksuele problemen. Practicum huisartsgeneeskunde. Een serie voor opleiding en nascholing. Maarssen: Elsevier/Bunge, 1998.
- 5 Gianotten WL. Seksuele problemen van mannen in de huisartsenpraktijk. Vóórkomen, diagnostiek en behandeling. Tijdschr Seksuologie 1993;17:129-41.
- 6 Vliet Vlieland C, Eekhof J, Schuil S, Maris C, De Bock T, Ong R, et al. Erectiele disfunctie in de huisartsenpraktijk: Veranderingen in incidentie en in beleid van de huisarts sinds de introductie van sildenafil. Tijdschr Seksuologie 2002;26:239-44.
- 7 Nipo-onderzoek. Viagra® na 2 jaar, A7060. Amsterdam: Nipo, 2000.
- 8 De Boer LJ. Erectile dysfunction in primary care: the Enigma-study [Proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2004.
- 9 Meuleman EJH, Wiersma T, Meinhardt W, Haensel SM, De Boer BJ, Poelsma MC, et al. Richtlijn diagnostiek en behandeling van erectiele disfunctie. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Urologie, 2001.
- 10 Drenth JJ, Van Lankveld JJDM. Stappenplan erectieproblematiek. In: Slob K, Vink C, Moors J, Everaerd W, redactie. Leerboek Seksuologie. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 1998:200-41.
- 11 Van Lankveld JJDM, Meuleman E. Erectiestoornissen: cognitieve gedragstherapie of farmacotherapie. In: Hengeveld M, Brewaeys A, redactie. Behandelingsstrategieën bij seksuele disfuncties. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 2001:56-72.
- 12 Rabsztyń PRI, Schreuders-Bais C, Meuleman EJH. Een zorgmodel voor diagnostiek en behandeling van erectiele disfuncties (ED). Tijdschr Seksuologie 2001;25:7-15.
- 13 Broekman CPM. Patiënten met erectieproblemen bij de huisarts (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 9). Delft: Eburon, 1991.
- 14 Frenken J, Rodenburg K, Van Stolk B. Huisartsen helpen bij seksuele moeilijkheden. Onderzoek naar belemmeringen in de hulpverlening (Relatie en seksualiteit). Deventer: Van Loghum Slaterus, 1988.
- 15 Wigersma L. Huisartsgeneeskundig handelen bij klachten over de geslachtsorganen en de seksualiteit [Proefschrift]. Lelystad: Meditext, 1990.
- 16 Bartelds AIM. Continue Morbiditeits Registratie Peilstations Nederland 2004. Utrecht: NIVEL, 2005.
- 17 Landelijk Overleg van Poliklinieken Seksuologie. Codering seksuele problemen. Utrecht: LOPS, 1998.
- 18 Den Dulk CJ, Van der Stadt H, Vliegen JM. Een nieuwe maatstaf voor stedelijkheid: de omgevingsadressendichtheid. Maandst Bevolking 1992;7:14-27.
- 19 Vroege JA, Nicolai L, Van de Wiel H. Seksualiteitshulpverlening in Nederland (NISSO-studies, nieuwe reeks, nr 25). Delft: Eburon, 2001.
- 20 Moors J, Slob K. De man en zijn partner achter een of andere vorm van erectiestoornis. Tijdschr Seksuologie 2000;24:203-14.
- 21 Hengeveld MW. Somatisering van erectiestoornissen door de komst van sildenafil. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:2333-6.
- 22 Briganti A, Salonia A, Deho F, Zanni G, Barbieri L, Rigatti P, Montorsi F. Clinical update on phosphodiesterase type-5 inhibitors for erectile dysfunction. World J Urol 2005;23:374-84.

# Oppervlakkige tromboflebitis verhoogt het risico op een diepe veneuze trombose

Henk van Weert, Grainne Dolan, Iris Wichers, Corlien de Vries, Gerben ter Riet, Harry Büller

## Inleiding

De huisarts ziet per 1000 patiënten een- of tweemaal per jaar een spontane oppervlakkige tromboflebitis. Meestal behandelt hij deze aandoening zelf. Omdat de NHG-Standaard Varices geen specifieke behandeling adviseert voeren huisartsen een uiteenlopend beleid.<sup>1</sup> In de serie Kleine kwalen beschreven Kingma et al. vorige maand in H&W de behandeling van OTF.<sup>2</sup> Een recent verschenen richtlijn van het American College of Chest Physicians beveelt een behandeling met laagmoleculaire heparine aan.<sup>3</sup> Daarvoor bestaan twee redenen: het risico op een diep veneuze trombose (DVT) en longembolie zou fors zijn toegenomen<sup>4-6</sup> en behandeling met laagmoleculairgewichtsheparine (LMWH) of NSAID's vermindert de aangroei van een trombus en verlaagt het risico op DVT.<sup>7</sup>

Alle onderzoek tot nu toe is verricht bij gemengde groepen patiënten die verwezen zijn en in het ziekenhuis zijn opgenomen.

Huisartsen verwijzen patiënten met een ongecompliceerde spontane OTF echter zelden, zodat er mogelijk een selectie is opgetreden met meer moeilijk te behandelen patiënten of patiënten met ongewoon ernstige symptomen. Omdat wij ons afvroegen of genoemde complicaties ook in de huisartsenpopulatie zo vaak voorkomen, deden we een onderzoek met als vraagstellingen:

- Bestaat er een verhoogd risico op veneuze en/of arteriële complicaties bij patiënten met een spontane OTF van de benen?
- Hoe behandelen huisartsen OTF, gegeven de recente literatuur en de mogelijke invloed van de behandeling op onze primaire uitkomsten: DVT en/of longembolie, hartinfarct of CVA?

## Methode

We doorzochten de elektronische dossiers in 5 gezondheidscentra in Amsterdam Zuid-Oost (gemiddelde patiëntenpopulatie in de