

Pocket

Huisartsgeneeskunde

Romée Snijders & Veerle Smit
Nina Gelineau

KWALITEIT DOOR
SPECIALISTEN
GEWAARBORGD



Compendium
Geneeskunde

Een compleet nieuwe pocket. Handig voor in de praktijk, tijdens je diensten, stages en/of coschappen.

Handleiding

Compendium Geneeskunde hanteert voor de beschrijving van de diverse disciplines zoveel mogelijk dezelfde beknopte, visuele en schematische weergavestijl. Op deze wijze wordt een toegankelijk overzicht gecreëerd voor de lezer. Een deel van deze pocket wordt digitaal gepresenteerd. Voor de inhoud: scan de QR-codes.

Aandoeningen

Elke aandoening begint bij **D** met een definitie in volzinnen, waarna in telegramstijl de aandoening uiteen wordt gezet. Bij elke aandoening worden de volgende icoontjes, indien relevant, besproken.

- | | |
|-------------------------|---|
| D Definitie | Palpatie |
| EP Epidemiologie | Neurologisch onderzoek |
| C Causa/oorzaak | E Evaluatie: Differentiaaldiagnose |
| R Risicofactoren | P Plan |
| Alarmsymptomen | Orderen |
| S Subjectief | Instructies voor patiënt |
| O Objectief | Medicatie |
| Vitale parameters | Invasieve, niet-medische behandeling |
| Inspectie | Verwijzen |
| Auscultatie | V Verloop/prognose |
| Percussie | I Denk aan/cave/pas op |

Leestekens

Zeldzaam	Gevolg	Vrouwelijk geslacht
Weinig voorkomend	Vermeerdering/verbetering/stijging/verhoging	Mannelijk geslacht
Soms		
Vaak voorkomend	Vermindering/verslechtering/daling/verlaging	
Meest voorkomend		

Icoontjes

QR-code	Zuigeling	Verwijzing naar een ander hoofdstuk of de boekenreeks 2.0
Alarm!	Peuter	Nederland
Ezelsbruggetje	Kind	België
Weetje	Tiener	Formule
Omschrijving van de typische patiënt	Verwijzen	

Schema's

- = positief/ja/+
 = negatief/nee/-

Afkortingen

In *Compendium Geneeskunde* hebben we zoveel mogelijk Nederlandse afkortingen, medische termen en symbolen voor wetenschappelijke eenheden en grootheden gebruikt. De betekenissen van de Nederlandse en medische afkortingen staan weergegeven in de afkortingenlijst. Hieronder staan een aantal voorbeelden van de gebruikte afkortingen.

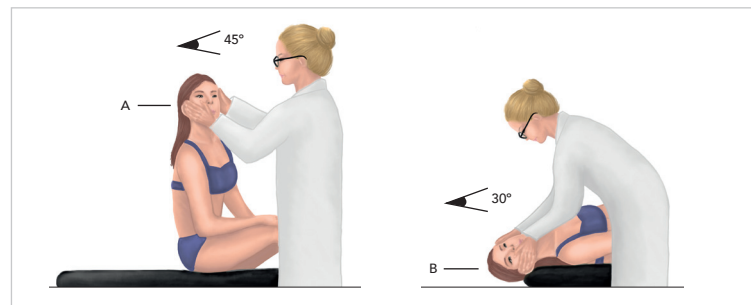
sec	seconde/seconden	mnd	maand/maanden
min	minuut/minuten	min.	minimaal
u	uur/uren	max.	maximaal
dg/dgn	dag/dagen	bijv.	bijvoorbeeld
wk/wkn	week/weken	L	liter

Heb jij een vraag n.a.v. het studeren of lezen? Stuur een mailtje naar klantenservice@compendiumgeneeskunde.nl of een berichtje op social media!



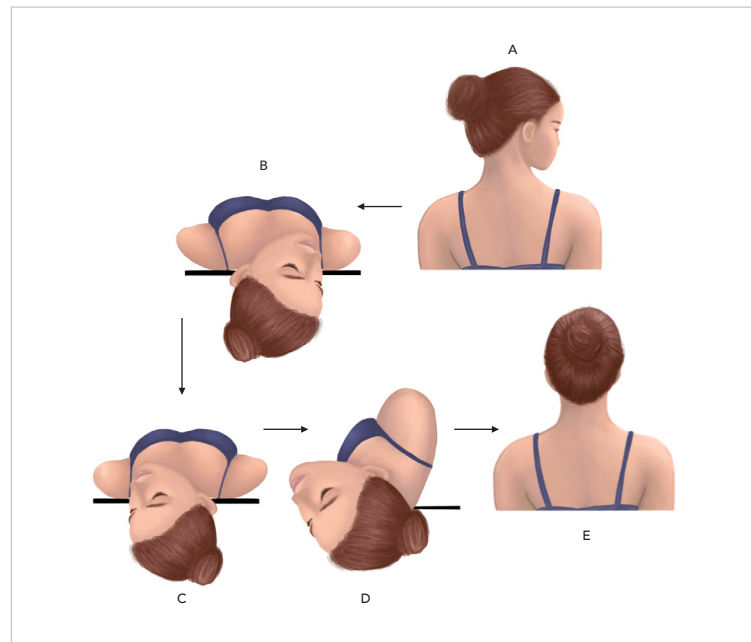
ONDERZOEK	BESCHRIJVING	INDICATIE	HANDELING	ALARM-SYMPTOMEN
Otoscopie	Bij otoscopie wordt m.b.v. een otoscoop de meatus acusticus externus en het trommelmvies beoordeeld op kleur, vorm, structuur en aanwezigheid van afscheiding, helderheid van het trommelmvies en aanwezigheid van vocht (zie afbeelding 9 en 10)	Verdenking trommelmviesperforatie, otitis	Start met het niet-aangedane oor. Pak de bovenrand van de oorschelp en trek deze naar boven en achter, hiermee strek je de gehoorgang. Schuif het speculum van de otoscoop een klein stukje in de gehoorgang, vermijd druk. Inspecteer de gehoorgang en het trommelmvies. Herhaal dit bij het mogelijk aangedane oor.	<ul style="list-style-type: none"> • Rode/gezwollen gehoorgang • Dofte/afwezige lichtreflex • Rood bombrend trommelmvies • Amberkleurige vloeistof of luchtballen achter het trommelmvies
Stemvorkproeven	Zie tabel 14			
Dix-Hallpike manoeuvre	De kiepproof volgens Dix-Hallpike wordt uitgevoerd bij patiënten met houdingsafhankelijke (draai)duizeligheid om benigne paroxysmale positieduizeligheid (BPPD) aan te tonen (zie afbeelding 11). De patiënt houdt de ogen open en de onderzoeker let op het optreden van nystagmus. Nystagmus i.c.m. vertigo die enkele sec na het uitvoeren van de kiepproof optreden en uitdoven binnen 1 min wijzen op BPPD aan de zijde waar het oor, aan het einde van het onderzoek, naar beneden is gericht. A.d.h.v. het patroon van de nystagmus kan gelokaliseerd worden in welk semicirculair kanaal de pathologie zich bevindt.			
Epley manoeuvre	Met de Epley manoeuvre wordt geprobeerd de otoconia te mobiliseren, waardoor de klachten van duizeligheid zullen verdwijnen. Het is belangrijk om de bewegingen vlot en soepel uit te voeren (zie afbeelding 12).			

Tabel 13 // Onderzoek van het KNO-gebied



Afbeelding 11 // Kiepproof volgens Dix-Hallpike

A: Patiënt zit rechtop op de onderzoeksbank, met het hoofd in lichte extensie en 45° rotatie naar de aangedane zijde. De onderzoeker omvat het hoofd met beide handen. **B:** Patiënt wordt in een snelle, vloeiende beweging in rugligging gebracht met het hoofd in ongeveer 30° extensie.



Afbeelding 12 // Epley manoeuvre

A: De patiënt zit voor de behandelaar en draait het hoofd naar rechts **B:** Vervolgens wordt de patiënt achterover gelegd met hyperextensie van de nek **C:** en wordt het hoofd van rechts naar links gedraaid **D:** De patiënt wordt op de linkerzijde gelegd **E:** en als laatste overeind geholpen

Preventieve zorg

Primaire preventie

Algemeen

Binnen de primaire preventie staat bij gezondheidsbevordering het individuele gedrag van personen centraal. Het bekendste voorbeeld is het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) (🇳🇱 basisvaccinatieschema).

Voeding, supplementen en levensstijl

Algemeen

De huisarts en praktijkondersteuner kunnen de patiënt begeleiden bij het voorkomen of beperken van gezondheidsschade door een ongezonde leefstijl. Door motiverende gespreksvoering kunnen deze gedragsveranderingen ter sprake worden gebracht (zie het hoofdstuk Consultvoering).

Voeding en supplementen

Advies over voeding en aansporen tot nuttigen van gezonde voeding (zie tabel 42) is de taak van huisartsen, praktijkondersteuners en diëtisten. Over het algemeen wordt een meer plantaardig en minder dierlijk voedingspatroon geadviseerd. Voor bepaalde chronische aandoeningen zijn specifieke voedingsadviezen van toepassing (zie tabel 43).

VOEDINGSMIDDEL	AANBEVELING	EFFECTEN
Groente en fruit	<ul style="list-style-type: none"> >200g groente/dag >200g fruit/dag 	<ul style="list-style-type: none"> Risico hart en vaatziekten (HVZ) en beroerte ↓ RR ↓ LDL-cholesterol ↓ Risico op darmkanker, longkanker, diabetes mellitus (DM) ↓
Vlees	Beperk de consumptie van rood vlees (m.n. bewerkt vlees)	Risico op beroerte, DM, darmkanker, longkanker ↓
Zuivel	Neem enkele porties zuivel per dag	Risico darmkanker, DM ↓
Peulvruchten (soja-)bonen, linzen, kikkererwten, split-erwten)	Eet wekelijks peulvruchten	LDL-cholesterol ↓


Tabel 42A // Algemene voedingsrichtlijnen

VOEDINGSMIDDEL	AANBEVELING	EFFECTEN
Noten	>15 g ongezoeten noten/dag	<ul style="list-style-type: none"> Risico op coronaire HZ ↓ LDL-cholesterol ↓
Koolhydraat- en vezelrijke producten	<ul style="list-style-type: none"> Vervang geraffineerde graanproducten door volkorenproducten >90 g bruin brood, volkorenbrood of andere volkorenproducten 	<ul style="list-style-type: none"> Risico op coronaire HZ ↓ LDL-cholesterol ↓ Risico op beroerte ↓
Vetten en oliën	<ul style="list-style-type: none"> Vermijd: boter, harde margarine en bak- en braadvetten Vervang door: zachte margarines, vloeibaar bak- en braadvet en plantaardige oliën 	<ul style="list-style-type: none"> Risico op coronaire HZ ↓ LDL-cholesterol ↓
Vis en visvetzuren	1x/week vis, bij voorkeur vette vis	<ul style="list-style-type: none"> Risico op fatale coronaire HZ ↓ Risico op beroerte ↓
Water	<ul style="list-style-type: none"> 1-13 jaar: 1-1,5 L/dag Vanaf 14 jaar: 1,5-2 L/dag <p>In de Schijf van Vijf staan water, thee en koffie zonder suiker en zuivel dranken zoals halfvolle melk, karnemelk en yoghurt dranken of sojadrink als opties om de vochtbalans op peil te houden.</p>	Op peil houden vochtbalans
Thee (groen en zwart)	3 koppen/dag	<ul style="list-style-type: none"> Risico op beroerte ↓ RR ↓
Koffie	Vervang ongefilterde door gefilterde koffie	Vermijdt stijging LDL-cholesterol
Suikerhoudende dranken	Zo min mogelijk	<ul style="list-style-type: none"> Risico DM ↓ Vermijd gewichtstoename
Alcohol	≤1 glas/dag	Risico op o.a. HVZ, DM en borst-, darm- en longkanker ↑
Keukenzout	≤6 g/dag	RR ↓

Tabel 42B // Algemene voedingsrichtlijnen

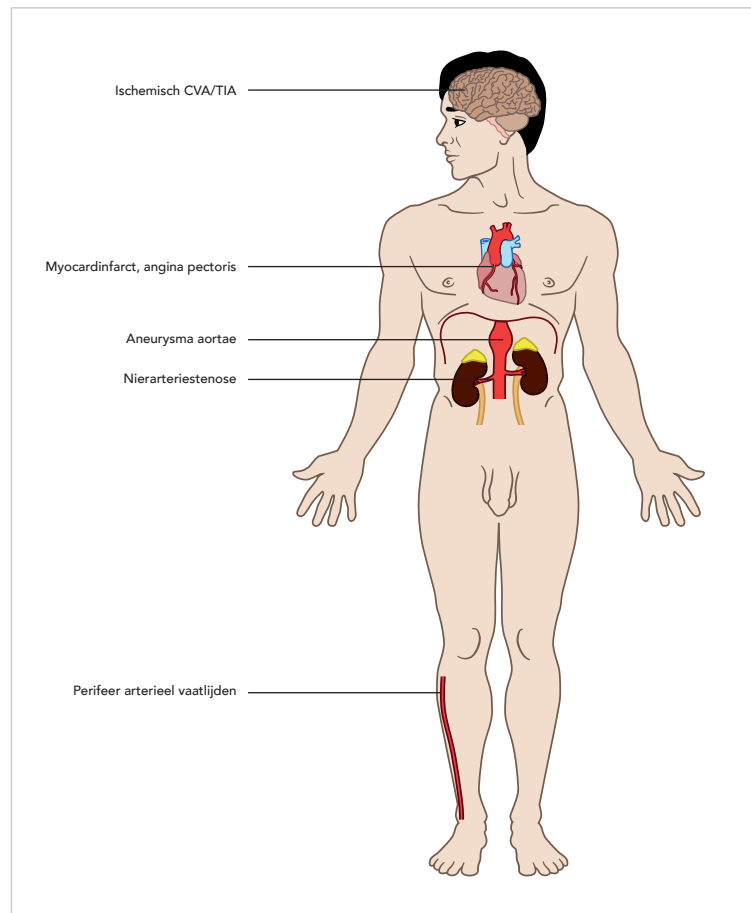
Chronische ketenzorg

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM)

CVRM is preventieve zorg voor personen met een verhoogde kans op hart- en vaatziekten (HVZ). HVZ veroorzaakt door atherosclerose is de meest voorkomende doodsoorzaak bij vrouwen en de op één na meest voorkomende doodsoorzaak bij mannen in Nederland (zie afbeelding 35). Van alle sterfgevallen wordt 30% veroorzaakt door HVZ ( 37%). Een verhoogd risico op HVZ wordt in kaart gebracht m.b.v. het volledige lipidenspectrum: totaal cholesterol, high-density lipoprotein (HDL), low-density lipoprotein (LDL), cholesterol/HDL-ratio en triglyceriden. Verder worden het serumglucose, -creatinine en albumine-creatinineratio bepaald ter signalering van diabetes mellitus (DM) of nierinsufficiëntie. Het risico op ziekte of overlijden wordt geschat a.d.h.v. de SCORE-tabel (zie tabel 51). Als gevolg van bijvoorbeeld ziekten in de voorgeschiedenis vallen sommige patiënten direct in een risicocategorie (zie tabel 52). Zie tabel 53 voor de behandel mogelijkheden i.h.k.v. CVRM.

RISICOCATEGORIE	INDICATOREN
Zeer hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> • HVZ in de voorgeschiedenis (VG) (acuut coronair syndroom (ACS), angina pectoris (AP), coronaire revascularisatie, transient ischemic attack (TIA) of beroerte, symptomatische aorta-iliofemorale atherosclerose, aorta-aneurysma, claudicatio intermittens, perifere revascularisatie, atherosclerotische stenose of aangetoonde ischemie op beeldvorming) • DM met orgaanschade (o.a. nefropathie), met een risicofactor (o.a. roken of ernstige hypercholesterolemie) of ernstige hypertensie (≥ 180 mmHg) • Ernstige chronische nierschade (estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 29 ml/min/1,73 m²) • SCORE ≥ 10
Hoog risico	<ul style="list-style-type: none"> • Risicofactor aanwezig • DM (behalve jongeren met type 1 zonder klassieke risicofactor) • Matig chronische nierschade • SCORE 5-10
Laag tot matig risico	SCORE < 5

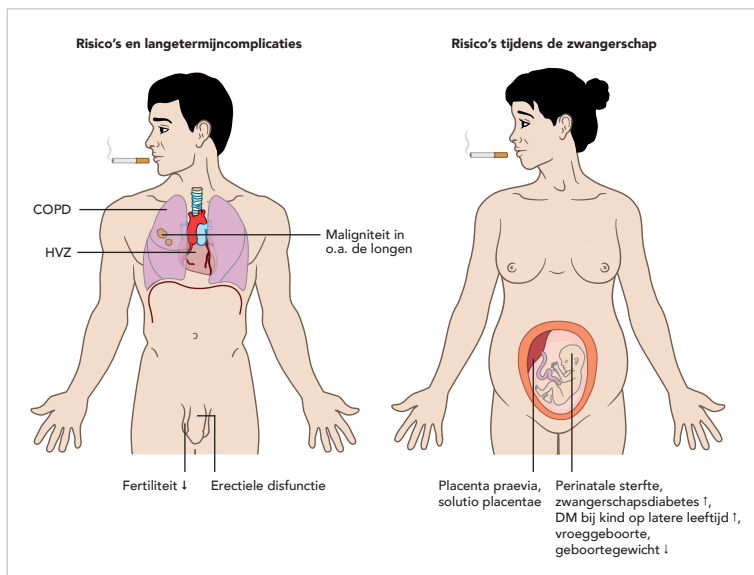
Tabel 51 // Risicocategorie HVZ



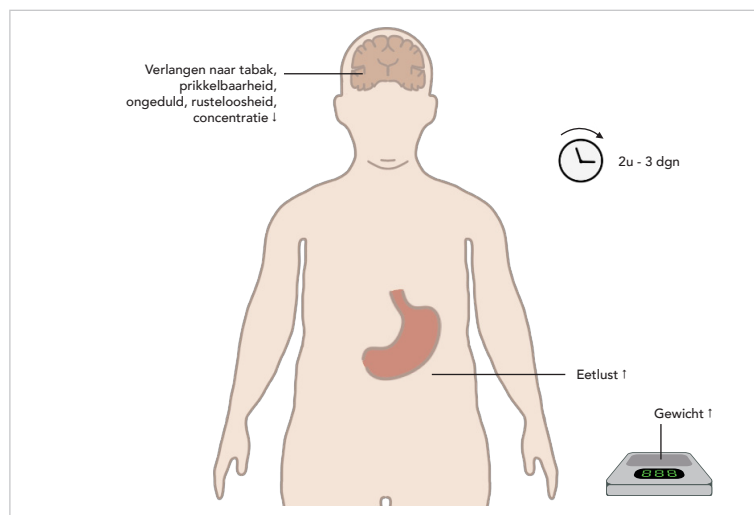
Afbeelding 35 // Risico's bij HVZ veroorzaakt door atherosclerose



Risicofactoren voor HVZ: hoge leeftijd, ♂, hypertensie, hypercholesterolemie, roken, alcoholgebruik, obesitas, lichamelijke inactiviteit, DM, migraine, polycysteus ovariumsyndroom (PCOS), chronisch nierfalen, reumatoïde artritis (RA), chronic obstructive pulmonary disease (COPD), HVZ in de VG en een positieve familieanamnese.



Afbeelding 37 // Risico's van roken



Afbeelding 38 // Ontwenningsverschijnselen van nicotine

INDICATIE	BEHANDELING	INHOUD
Roker, ongemotiveerd om te stoppen	Stoppen-met-rokenadvies op maat	Benoem redenen waarom stoppen specifiek voor deze patiënt belangrijk is
Roker die overweegt te stoppen	Korte motivatieverhogende interventie	Motiverende gespreksvoering, bespreek: <ul style="list-style-type: none"> • De voor- en nadelen van roken en stoppen met roken, specifiek voor de patiënt • Wijs op behandelings-/ondersteuningsmogelijkheden: nicotinevervangende middelen en ondersteuning bij gewichtstoename
Roker, gemotiveerd om te stoppen	Intensieve ondersteunende interventie	Min. 4 consulten van 10 min, bespreek: <ul style="list-style-type: none"> • Eerdere stoppogingen • Herkennen moeilijke momenten • Rol van lichaamsbeweging • Stopplan met stopdatum en vervolcontacten • Mogelijkheden nicotinevervangende medicatie
Roker, gemotiveerd om te stoppen, met comorbiditeit (bijv. stemmings-/angststoornissen, stoornissen in impulscontrole naast of samenhangend met nicotineafhankelijkheid)		Aanvullende behandeling generalistische basis-GGZ
Ernstige verslaving of complexe problematiek		Begeleiding door gespecialiseerde hulpverleners
Reeds in behandeling bij verslavingszorg		
Non-effectiviteit behandeling in HA-praktijk		

Tabel 61 // Mogelijke stoppen-met-rokenbehandelingen



Op www.ikstopnu.nl en www.kwaliteitsregisterstopmetroken.nl zijn overzichten te vinden met aanbieders van stoppen-met-rokenzorg
Zie hiervoor www.tabakstop.be


Palliatieve zorg


Algemeen

Wanneer een patiënt niet meer te genezen is en binnen afzienbare tijd zal overlijden t.g.v. een aandoening, kan besloten worden een palliatieve fase te starten. Tijdens de palliatieve fase is de behandeling niet meer gericht op genezing (curatief), maar op vermindering en verlichting van de klachten (palliatief), waarbij de kwaliteit van leven centraal staat. De terminale fase omvat de geschatte laatste drie maanden van het leven in de palliatieve fase. Van de stervensfase is sprake als de patiënt nog maar een aantal dagen te leven heeft. Palliatieve zorg is een continue, anticiperende en integrale vorm van zorg voor patiënten en hun naasten waarbij meerdere disciplines betrokken zijn, ook in de thuissituatie. Tijdens de terminale fase is de huisarts in veel gevallen het eerste aanspreekpunt van de patiënt en verantwoordelijk voor het inschakelen van andere zorgverleners. De palliatieve zorg bestaat uit vier fasen (fasen 1 en 2 overlappen vaak):

- 1 Ziektegerichte palliatie: de kwaliteit van leven wordt verbeterd door de ziekte te behandelen;
- 2 Symptoomgerichte palliatie: de behandeling is uitsluitend gericht op de handhaving van de kwaliteit van leven d.m.v. symptoombehandeling;
- 3 Palliatie in de stervensfase: er is een vermoeden dat de patiënt binnen één tot twee weken zal overlijden. Palliatieve sedatie is een voorbeeld van een symptomatische behandelingsmethode;
- 4 Nazorg: de huisarts en wijkverpleegkundige maken afspraken over de zorg voor nabestaanden.



 In een **terminaliteitsverklaring** verklaart de behandelend arts dat de verwachte levensduur van de patiënt minder dan drie maanden is. Deze dient ingevuld te worden indien men gebruik wil maken van de Zorgverzekeringswet en het persoonsgebonden budget (Zvw-PGB) of de Wet langdurige zorg en het PGB (Wlz-PGB).

 Een **palliatief forfait** kan door de huisarts aangevraagd worden om een tegemoetkoming te kunnen ontvangen voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen in de terminale fase. Ook kunnen kosten van visites van huisartsen, thuisverpleging en kinesisten deels vergoed worden. Een overzicht hiervan is te vinden op de website van LEIF: www.leif.be



Voor markering van het begin van palliatieve zorg kan de **surprise question** worden gebruikt. Hierbij vraagt de zorgverlener zich af: "Zou het mij verbazen als deze patiënt binnen een jaar zou overlijden?"



Advance care planning (ACP): plan waarin wensen en behoeften van patiënten en naasten rond het levenseinde worden vastgelegd.

Palliatieve sedatie

Palliatieve sedatie is het opzettelijk verlagen van het bewustzijn door toediening van sedativa, met als doel het lijden te verlichten en niet het overlijden te bespoedigen. De symptomen kunnen uit verschillende (gecombineerde) dimensies bestaan: lichamelijk, psychisch, sociaal en existentieel. Meestal is er sprake van continue sedatie tot het overlijden, echter kan sedatie ook kortdurend of intermitterend worden toegepast.

Voorwaarden voor palliatieve sedatie zijn:

- Aanwezigheid van refractaire symptomen, d.w.z. symptomen die niet reageren op overige behandelingen, waar de patiënt onder lijdt;
- Expertise en consensus van het behandelteam: z.n. consultatie van externe deskundigen (bijv. palliatief consultatieteam) en/of moreel beraad;
- Sedatie is conform de wensen van de patiënt en zijn naasten. Het is belangrijk om te differentiëren tussen een verzoek om palliatieve sedatie en een verzoek om euthanasie;
- De levensverwachting is minder dan twee weken (bij diepe en continue sedatie).

De besluitvorming tot palliatieve sedatie moet worden vastgelegd in het medisch dossier van de patiënt en alle betrokken zorgverleners moeten worden ingelicht. Zie tabel 63 voor het protocol van palliatieve sedatie.

STAP	OVERWEGING TOT OVERGAAN OP HUIDIGE STAP	SOORT MEDICATIE
1	Standaard	Midazolam s.c./i.v.
2	Dosering stap 1 >20 mg/u	Toevoegen levomepromazine s.c./i.v.
3	Inadequaat effect stap 1 + 2 (i.o.m. anesthesioloog)	Propofol i.v.

Tabel 63 // Protocol palliatieve sedatie



Spoedzorg in de huisartsenpraktijk

Advanced trauma life support (ATLS)-opvang ABCDE-schema

Traumaopvang vindt plaats d.m.v. een primary survey volgens het ABCDE-schema (zie schema 5). Het ABCDE-schema wordt stapsgewijs doorlopen. Volg naar de volgende letter vindt pas plaats indien de voorgaande stap stabiel is bevonden. Bij verslechtering van de patiënt wordt het schema opnieuw doorlopen. Indien de patiënt volgens de primary survey stabiel is, wordt de secondary survey uitgevoerd (zie schema 6).



Primary survey: opvang volgens het ABCDE-schema
Secondary survey: volledig onderzoek bij stabiele ABCDE



112 moet altijd gewaarschuwd worden bij een (aanhoudend) instabiele patiënt omdat de huisarts beperkte mogelijkheden heeft in de opvang van deze patiënten.



Blijf gedurende de ATLS-opvang de patiënt continu evalueren.



ABCDE(FG): Don't Ever Forget Glucose.

A

Airway

- Kijk: expansie van de thorax bij inspiratie, mogelijke oorzaken van een bovenste luchtwegobstructie (bijv. corpus alienum, bloed, braaksel, losse dentitie (tanden en kiezen), zwelling)
- Luister: hoorbare ademhaling
- Voel: lucht van expiratie op de wang

O

- AVPU-score:
 - A: wakker en alert → continueer primary survey
 - V: reageert op verbale stimulus → beoordeel de luchtweg d.m.v. de kijk-luister-voel-methode
 - P: reageert op pijnstimulatie → beoordeel de luchtweg
 - U: niet responsief → beoordeel de luchtweg

P

- Bij afwezigheid van de ademhaling → start reanimatie volgens BLS/ALS
- Immobiliseer de nek bij risico op nekletsel (geen chin-lift bij mogelijk instabiliteit wervelkolom)
- In principe max. 1 poging tot verwijdering van een corpus alienum
- Bedreigde ademweg: jaw-thrust of chin-lift
- Bij anafylaxie/zwelling: adrenaline i.m., anticholinergicum en corticosteroid i.v.

!

- Kinderen hebben relatief kleinere luchtwegen waardoor mild oedeem van de luchtwegen al snel kan leiden tot een forse obstructie



Mogelijke oorzaken instabiliteit:

- Aspiratie bloed/braaksel
- Atonie van de tong t.g.v. bewusteloosheid
- CWK-letsel
- Maxillofaciale fracturen

B

Breathing and Ventilation

O

- Kijk: ademhalingsfrequentie en -diepte, gebruik hulpademhalingspijpen, symmetrische thoraxexcursies, centrale/periferie cyanose, stuwings halsvenen (centraal veneuze druk (CVD) 1)

- Luister: auscultatie longen (afwezig/verminderd ademgeruis, piepen, crepitaties, rhonchi) en percussie (lucht in de thorax (hypersonoor), vocht in de thorax (gedempt))
- Voel: tracheadeviatie, pijn of instabiliteit bij compressie van de thorax, subcutaan emfyseem

- Meet: saturatie

P

- Toediening zuurstof/beademing



Mogelijke oorzaken instabiliteit:

- Fladderthorax met longcontusie
- Hemothorax
- Open pneumothorax
- Spanningspneumothorax
- Longoedeem
- Bronchospasme

Schema 5A // ATLS

Meest voorkomende klachten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk



Het hoofdstuk Meest voorkomende klachten en aandoeningen in de huisartsenpraktijk bespreekt per klacht de mogelijke subjectieve en objectieve informatie met daarachter de aandoening(en) die daarbij zouden kunnen passen.



Voor iedere aandoening of klacht in de huisartsenpraktijk geldt: bij twijfel, falen van therapie of alarmsymptomen → overleg met of verwijst (met spoed) naar de 2^e lijn.



Bij een consult moet altijd de **ALTISO** uitgevraagd worden: **A**ard, **L**okalisatie, **T**ijdsverloop, **I**nvloed, **S**amenhang, **O**verig.



Vraag bij pijn naar **SOCRATES**: **S**ite, **O**nset (plotseling/geleidelijk), **C**haracter (dof, scherp, stekend), **R**adiation (uitstraling), **A**ssociated symptoms, **T**ime course/duration, **E**xacerbating/relieving factors (bewegingsdrang, vervoerspijn), **S**everity.



Het opstellen van een differentiaaldiagnose gaat via **VINDICATE**: **V**asculair, **I**nflammatoir, **N**eoplasma, **D**egeneratief, **I**ntoxicatie, **C**ongenitaal, **A**uto-immuun, **T**rauma, **E**ndocrien.

Algemeen

Algehele malaise

- D** Algehele malaise is een algemene staat van onbehagen, vermoeidheid of ziekte en duidt op een algemeen gevoel van ziek-zijn zonder zelf direct aan te kunnen geven wat de onderliggende oorzaak is.



Let op! De volgende pagina's zijn random pagina's uit de pocket Huisartsgeneeskunde. Dit betekent dat aandoeningen incompleet worden weergegeven in dit inijksexemplaar.

- C** Afh. van onderliggende aandoening
- R** Afh. van onderliggende oorzaak
- Zie afbeelding 41 en tabel 39
- S** Koorts, dyspneu, pijn op de borst, buikpijn (zie afzonderlijke klachten)
- O** T ↑ (infectie, auto-immuunziekte, maligniteit), RR ↓ (ernstige infectie, shock), pols ↑ (o.a. infectie, anemie), AH ↑ (infectie (pulmonaal), shock), AH ↓ (uitputting)
- Mate van ziek zijn, AVPU, ACIDOT
- Cardiale soufflé (stenose/insufficiëntie hartkleppen, endocarditis), pericardwrijven (pericarditis), verlengd expirium, piepen en/of rhonchi (bronchitis, bronchiolitis, COPD (longaanval)), crepitaties (HF, pneumonie), versterkt bronchiaal ademgeruis (pneumonie), afwezig ademgeruis over 1 thoraxhelft (pleuritis, longabces), pleurawrijven (pleuritis), verzwakte/afwezige darmperistaltiek (peritoneale prikkeling), peristaltiek ↑ (gastro-enteritis), gootsteengeruis (ileus), afwezige pulsaties perifere vaten (PAV)
- Druk/kloppijn sinussen (sinusitis), demping longen (infiltraat met effusie), abdominale percussiepijn (acute buik), hypertympane percussie abdomen (obstipatie, overloopdiarree)
- Abdominale drukpijn (gastro-intestinale of urologische focus, o.a. gastro-enteritis, UWI), lymfeklieren (bacteriële infectie, hematologische maligniteit, toxoplasmose)
- Dysartrie, verminderde kracht of sensibiliteit (TIA, CVA), nekstijf, teken van Brudzinski, teken van Kernig (meningitis)
- P** Lab: CRP, BSE, Hb, glucose (evt. niet-nuchter), TSH, op indicatie eGFR, creatinine, ALAT, afh. van de uitslagen en bevindingen evt. gerichter serologisch onderzoek naar virale infecties, zoals EBV, CMV, hiv en virale hepatitis
 - ECG (ritmestoornissen, elektrolytstoornissen)
 - 4-DKL vragenlijst (t.u.v. onderliggende psychologische oorzaak)
- Vangnetadvies: retour bij aanhoudende of verergerende klachten, koorts of alarmsymptomen
- Evt. pijnstilling, evt. AB indien verdenking infectie
 - Evt. medicatie staken die mogelijk oorzaak is van algehele malaise (overweeg alternatieve medicatie)
- Verwijs met spoed bij alarmsymptomen



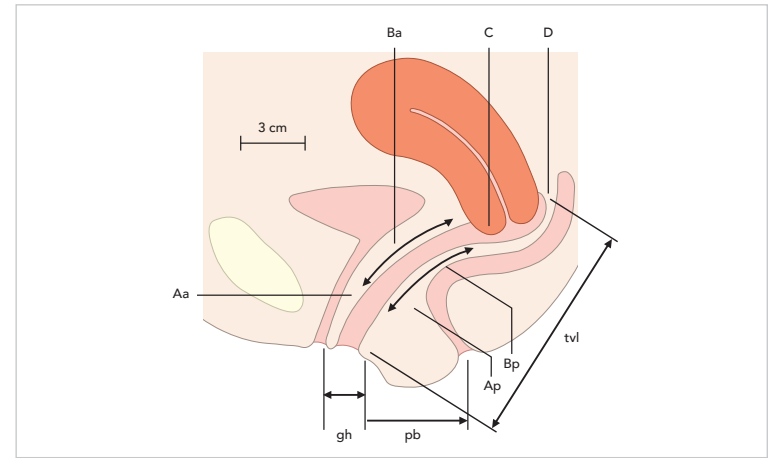
Verzakingsgevoel

- D** Verzakingsgevoel is het gevoel bij (vnl.) vrouwen wanneer er sprake is van een verzakking in het kleine bekken. Bij een prolaps is er sprake van verzakking van de vagina, vaak i.c.m. ≥ 1 organen/structuren (uterus, blaas, urethra, rectum of dunne darm).
- EP** Prevalentie in de huisartsenpraktijk 7:1000, >65 jaar 24:1000
- C** Steunfunctie bekkenbodem ↓, intra-abdominale druk ↑
- R** Pariteit, veroudering (>50 jaar), obesitas, roken, hysterectomie, intra-abdominale druk ↑ (hoesten, persen, COPD/longziekten), bindweefselziekten
- B** Bloederige fluor, contactbloedingen, postmenopauzaal bloedverlies, gewichtsverlies, pijn in onderbuik, buikomvang ↑ (maligniteit)
- S** Balgevoel in vagina of rectum, obstipatie (rectocèle), dyspareunie, incontinentie (mictie/defecatie, verzakking blaas of urethra), (buik)pijn, lage rugklachten, klachten progressief over de dag
- O**
 - Atrofie/laesies genitalia externa, uitstulpen van rectum- of vagina bij staand onderzoek
 - Speculum: vaginale atrofie, tekenen van verzakking met/zonder Valsalva manoeuvre
 - Vaginaal/rectaal toucher: kracht en coördinatie m. levator ani, mogelijk palpatie van verzakte orgaan
- E** UWI, vaginitis, maligniteit (balgevoel in vagina/rectum)
- P**
 - Classificatie volgens POP-Q (zie afbeelding 71), evt. met dynamisch (rectaal) onderzoek met oraal en rectaal contrast
 - Pessarium, evt. gewichtsverlies
 - Evt. laxantia bij obstipatie
 - Ernstige klachten ondanks therapie of bij vergevorderde prolaps
 - Verwijs evt. voor bekkenbodempfysotherapie
- V** Langzaam progressief met toename van symptomen
- I** 30% heeft na een chirurgische ingreep nog een operatie nodig



Typen verzakkingen:

- Voorste compartiment: urethra en blaas (urethrocèle/cystocèle)
- Middelste compartiment: uterus of vaginatop indien uterus afwezig (descensus uteri/vaginatoprolaps)
- Achterste compartiment: dunne darm en rectum (enterocèle/rectocèle)



Afbeelding 71 // POP-Q-referentiekaart

Aa: Punt op vaginatop/cervix **Ba:** Meest verzakte punt van de vaginavoorwand **C:** Meest distale punt van de vaginatop/cervix **D:** Meest distale punt van de fornix posterior **Ap:** Punt op vagina-achterwand **Bp:** Meest verzakte punt van de vagina-achterwand **gh:** Hiatus genitalis: afstand midden meatus urethrae tot midden-achter van het hymen **pb:** Perineal body: afstand van achtergrens "gh" tot midden van de anus **tvl:** Totale vaginalengte: afstand van hymen tot "D", waarbij "D" op zijn oorspronkelijke plek is teruggeplaatst

Seksueel overdraagbare aandoeningen (soa's)

- D** Soa's zijn infectieziekten die door seksueel contact overgedragen kunnen worden.
- EP**
 - Prevalentie in de huisartsenpraktijk 20:1000
 - $\pm 75\%$ van de soa-diagnoses wordt door de huisarts gesteld
 - Chlamydia is de meest voorkomende soa
- C** Afh. van de aandoening infectie met een bacterie, virus of parasiet
- R** Veel wisselende seksuele partners (≥ 3 in afgelopen 6 mnd), onveilige seks, <25 jaar (chlamydia), prostitutie, MSM (syfilis), soa-endemische gebieden (Caraïben, Suriname, Turkije, Marokko, (sub-Sahara) Afrika, Zuid-Amerika, Azië, Oost-Europa), i.v.-druggebruik (hepatitis B, hiv), partner met verhoogd risico
- B** Onbeschermd seksueel contact met iemand die mogelijk hepatitis B of hiv heeft, soa tijdens zwangerschap
- S**
 - Algemeen: vaak asymptomatisch (chlamydia, gonorrhoe, hepatitis B, herpes genitalis), vraag seksuele anamnese uit (wisselende partners, voorbehoedsmiddelen, orale/ anale seks, etc.), partners met recente soa.



Nekklachten

- D** Nekpijn is pijn van het achterhoofd tot de schouderbladen.
- EP** Prevalentie in de huisartsenpraktijk 21:1000, ♀:♂ = 1,5:1
- C** M.n. trauma (HET/LET), overbelasting, degeneratief, infectieus, maligniteit, HNP
- R** Osteoporose, risicovol gedrag, beroepsmatig
- Zie afbeelding 98**
- S**
 - Aard: scherpe, snijdende pijn met uitstraling (CRS), doffe, zeurende, drukende pijn (aspecifieke nekpijn, pseudoradiculaire pijn facetgewrichten), traumatisch (distorsie, whiplash, fractuur CWK)
 - Lokalisatie: dubbelzijdig (cervicale artrose), eenzijdig (torticollis)
 - Tijdsbeloop: peracut begin (SAB), sluipend begin (maligniteit, spanningshoofdpijn), acuut begin stijve nek (meningitis), chronisch (artrose)
 - Intensiteit: hevige pijn (SAB, CRS, maligniteit/metastase)
 - Samenhang: verergering bij hoesten/niezen (CRS), stress/houdingsafhankelijk (spanningshoofdpijn), na hevige inspanning (myogeen)
 - Overig: geen anatomische afwijkingen (aspecifieke nekpijn), trauma nek in VG of overbelasting (artrose, bijv. door werkhouding met hoofd naar beneden), uitstraling naar arm/hand (CRS), tintelingen dermatoom, krachtsverlies (CRS, ernstige artrose), zwaar hoofd, verminderde proprioceptie (spondylolisthesis), koorts en/of krachtsverlies en sensibiliteitsstoornissen (meningitis, spondylodiscitis), hoofdpijn, schouderpijn, tintelingen armen, vermoeid, duizelig, vergeetachtig, concentratiestoornissen, visus-/gehoorklachten, overgevoelig voor licht en geluid (whiplash), gebruik van metoclopramide (torticollis)
- O**
 - **T I** (meningitis, spondylodiscitis)
 - Pijn op te wekken bij palpatie (myogeen, spanningshoofdpijn)
 - Neurologische uitval (SAB), nekstijf (SAB, meningitis), test van Spurling, upper limb tension test, cervicale proef van Lasègue, bicepspees-reflex ↓ (CRS)
- E** Zie tabel 112
- P**
 - Lab: CRP/BSE ↑ (infectie, maligniteit, RA)
 - X-CWK: artrose, fractuur
 - MRI-CWK: HNP, myelopathie, wervelkanaalstenose, maligniteit/wervelmetastase
 - Vangnetadvies: retour bij koorts, onhoudbare pijn, ontwikkelen alarmsymptomen

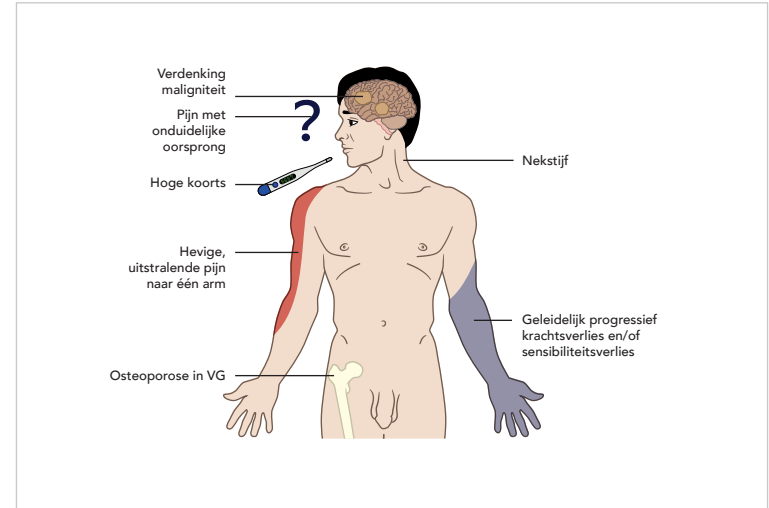
- Adequate pijnstilling volgens WHO-pijnladder**
- Verwijs met spoed bij alarmsymptomen**
- Verwijs evt. voor fysiotherapie**

Afh. van onderliggende oorzaak, vaak chronische klachten

NEKKLACHTEN

- | | |
|---|--|
| • Artrose (cervicaal) | • Myogeen |
| • Aspecifieke nekpijn | • Pseudoradiculaire pijn facetgewrichten |
| • Cervicale hernia nucleï pulposi (HNP) | • Reumatoïde artritis (RA) |
| • Cervicaal radiculair syndroom (CRS) | • Spanningshoofdpijn |
| • Distorsie | • Spondylodiscitis |
| • Fractuur cervicale wervelkolom (CWK) | • Spondylolisthesis |
| • Hoofdtrauma | • Subarachnoïdale bloeding (SAB) |
| • Maligniteit (primair dan wel wervelmetastase) | • Torticollis |
| • Meningitis | • Wervelkanaalstenose |
| • Myelopathie | • Whiplash |

Tabel 112 // DD nekklachten



Afbeelding 98 // Alarmsymptomen nekpijn



Bij vermoeden op **CWK-letsel** altijd zorgen voor CWK-immobilisatie en juiste verplaatsing van de patiënt. Een verdenking op CWK-letsel vormt een contra-indicatie voor een chin-lift.



Bijlage 7: Aanleggen verband

	HANDELING
Wonddekverband	<ul style="list-style-type: none"> • Breng een vet gaas en daarna een droog steriel gaas aan op de wond • Breng een laag witte watten aan • Fixeer met elastomull of netverband • Zwachteltechnieken: <ul style="list-style-type: none"> - Extremiteit: van distaal naar proximaal, start met 2 circulaire windingen, dan spiraalvormig, sluit af met tweemaal circulair - Stomp: recurrende windingen, fixeer met 2 circulaire windingen - Scharnierende gewrichten: zet het gewricht in fysiologische stand, start in gewrichtsplooi met 2 circulaire windingen, maak de volgende windingen afwisselend boven en onder het gewricht, laat steeds $\frac{2}{3}$ van de vorige slag bedekt
Wonddrukverband	<ul style="list-style-type: none"> • Klem de aanvoerende arterie proximaal van de bloeding af tot het wonddrukverband is aangelegd • Breng een droog steriel gaas aan op de wond • Breng een laag witte watten aan • Plaats een klein, hard voorwerp op deze lagen • Start met 2 circulaire windingen over de wond met een niet-elastische zwachtel • Leg met kracht 1 circulaire winding over de wond • Leg distaal van de wond een circulaire winding aan, waarbij de winding voor $\frac{1}{2}$ overlapt • Leg met kracht 1 circulaire winding over de wond • Leg proximaal van de wond een circulaire winding aan, waarbij de winding voor $\frac{1}{2}$ overlapt • Herhaal dit tot het rolletje op is
Drukverband	<ul style="list-style-type: none"> • Leg een laag vette watten aan met spiraalwindingen • Leg een fixerend verband aan: <ul style="list-style-type: none"> - Extremiteit: van distaal naar proximaal, start met 2 circulaire windingen, dan spiraalvormig, sluit af met tweemaal circulair, laat aan beide uiteinden 1 cm van de watten onbedekt - Scharnierende gewrichten: van distaal naar proximaal, start met 2 circulaire windingen, dan spiraalvormig, sluit af met tweemaal circulair, laat aan beide uiteinden 1 cm van de watten onbedekt

Tabel 125 // Aanleggen verband

Bijlage 8: Kindergeneeskunde

Eetpatroon

0-4 mnd	<ul style="list-style-type: none"> • Borstvoeding/kunstvoeding • 150 ml/kg verdeeld over 6-8 voedingen/dag
4-6 mnd	<ul style="list-style-type: none"> • Borstvoeding/kunstvoeding • Bijvoeding (fruit, groenten, aardappel, gemalen vlees en later yoghurt) introduceren indien kind en ouders eraan toe zijn • Vochtbehoefte 150 ml/kg/dag
6-8 mnd	<ul style="list-style-type: none"> • Borstvoeding/kunstvoeding • Bijvoeding naast volledige melkvoeding • Vochtbehoefte 130 ml/kg/dag
Va 8 mnd	<ul style="list-style-type: none"> • Bijvoeding dient geleidelijk de melkvoeding te gaan vervangen • Vochtbehoefte 110 ml/kg/dag
Va 10 mnd	<ul style="list-style-type: none"> • Bijvoeding met grovere stukjes • Vochtbehoefte 110 ml/kg/dag
1-4 jaar	Zowel vast als vloeibare voeding volgens de Schijf van Vijf
Va 5 jaar	Gevarieerd dieet volgens de Schijf van Vijf

Tabel 126 // Eetpatroon kinderen



Vitaminesupplementen:

- Vit. D: vanaf de tweede levensweek t/m vier jaar 10 µg/dag
- Vit. K: 1mg p.o./i.v. postpartum. Indien borstvoeding gegeven wordt 150 µg/dag vanaf dag 8 postpartum t/m drie maanden. Indien kunstvoeding gegeven wordt, wordt vit. K gesuppleerd vanaf de eerste levensweek tot 500 µg/dag kunstvoeding per dag bereikt wordt.

Groeicurven



De bijlage Groeicurven bevat de standaard groeicurve voor kinderen met een Nederlandse afkomst. Raadpleeg voor de groeicurven van andere etniciteiten en kinderen met Downsyndroom de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid: www.ncj.nl

