

Exantheem bij kinderen: Verwachtingspatroon van de ouders wanneer ze op raadpleging komen bij de huisarts met een kind met vlekjes.

Lotte Huyghe, KUL

Promotor: Prof. Dr. Jan De Lepeleire, KUL

Praktijkopleider: Dr. Linde Nijns

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT LEUVEN

Abstract

Context:

Exantheem bij kinderen is een probleem dat vaak gezien wordt bij de huisarts. Het beeld van een kind met vlekjes is heel verscheiden en veroorzaakt verschillende vragen, bijvoorbeeld naar besmettelijkheid, oorzaak, mogelijke behandeling en advies.
Ouders blijken vaak een sterk vermoeden van de oorzaak van de vlekjes te hebben en toch komen ze op consultatie. Er stelt zich dan de vraag wat hun drijfveer en verwachting is.

Onderzoeksvraag:

Als ouders de huisarts consulteren met een kind met vlekjes, wat verwachten zij dan van de consultatie?

Methode (literatuur & registratiewijze):

Het onderzoek is opgesplitst in 4 onderdelen.
In de twee eerste onderdelen wordt er enerzijds in de literatuur gezocht naar de algemene kenmerken van de meeste frequente aandoeningen met vlekjes bij kinderen en anderzijds naar de verwachtingen die ouders hebben als ze met hun kind komen consulteren.
De twee overige onderdelen handelen over het veldonderzoek. Er werden vragenlijsten afgenomen in de praktijk bij ouders die kwamen consulteren met hun kind met vlekjes om zo een idee te krijgen van hun motief. Ook de huisartsen werden ondervraagd om hun idee en aanpak van de consultatie met exantheemziekten te leren kennen.

Resultaten:

Er is heel veel literatuur over verschillende exantheemziekten, waarin deze ziekten op verschillende manieren worden gegroepeerd en voorgesteld. In dit onderzoek worden de meest frequente aandoeningen met vlekjes uit de Vlaamse huisartsenpraktijk gebundeld tot een praktisch overzicht.
De literatuur i.v.m. verwachtingen van de consultatie in de eerste lijn, is echter heel beperkt. Patiënten hebben verwachtingen naar de consultatie toe, maar deze worden niet altijd uitgesproken. Patiënten verwachten vooral empathie. Uitleg is belangrijk maar een begripvolle arts des te meer!
In de praktijk bleek dat ouders met een kind met vlekjes een diagnose verlangen. Zij zijn vaak ongerust als ze vlekjes bij hun kind zien, zeker wanneer het gaat om een jong kind. Ze komen naar de consultatie om de oorzaak te weten te komen. De diagnose krijgen is hun grootste verwachting.
Huisartsen stellen vooral gerust zonder exacte diagnose, zij denken hiermee te voldoen aan de verwachting van de ouders.

Conclusies:

Er is nog veel onderzoek nodig naar de verwachtingen van patiënt in de eerste lijn. Het bevragen van deze verwachtingen schept een sfeer van vertrouwen waarin alles bespreekbaar wordt en leidt zo tot een kwaliteitsvollere gezondheidszorg.
Bij de consultatie i.v.m. exantheem bij kinderen is het belangrijk om een diagnose te stellen. Enkel op deze manier kan een arts de ouders geruststellen en helemaal tegemoetkomen aan hun verwachtingspatroon.
Het blijkt zowel uit de literatuur als uit het praktijkonderzoek dat verwachtingen door de arts vaak foutief worden ingeschat. Het bevragen van de ideeën, bezorgdheden en verwachtingen (ICE) van een patiënt is essentieel in elke consultatie!

Inhoudsopgave

Abstract 2
Inhoudsopgave 3
1 Inleiding 4
2 Literatuuronderzoek exantheemziekten. 5
2.1 Inleiding 5
2.2 Methode 5
2.3 Resultaat 6
2.4 Discussie 16
3 Literatuuronderzoek verwachtingen van ouders. 17
3.1 Inleiding 17
3.2 Methode 17
3.3 Resultaat 17
3.4 Discussie 19
4 Veldonderzoek in de praktijk 20
4.1 Inleiding 20
4.2 Methode 20
4.3 Resultaat 20
4.4 Discussie 33
5 Veldonderzoek in de huisartsenkring. 35
5.1 Inleiding 35
5.2 Methode 35
5.3 Resultaat 35
5.4 Discussie 40
6 Algemene discussie 41
7 Besluit en aanbevelingen 43
8 Literatuur 44
9 Bijlagen 46
9.1 Bijlage 1 46
9.2 Bijlage 2 47
9.3 Bijlage 3 49
9.4 Bijlage 4 51
9.5 Bijlage 5 52
10 Dankwoord 54

1 Inleiding

Exantheem bij kinderen is een frequente aandoening en lijkt vaak onschuldig. Het kan echter ook een uiting zijn van een gevaarlijke aandoening of leiden tot gevaarlijke complicaties. Er bestaan veel verschillende soorten en oorzaken, zodat het voor een arts niet altijd eenvoudig is om de exacte diagnose te stellen. Huisartsen moeten een onderscheid kunnen maken tussen ernstige en onschuldige vlekjes.

Ouders hebben vaak al enige kennis en ervaring over vlekjes bij kinderen. Maar wat is hun drijfveer om met hun kind met vlekjes naar een arts te gaan. Vaak zijn ze bijna zeker van de oorzaak van de huiduitslag, of hebben ze een sterk vermoeden.
De onderzoeksvraag luidt dan ook: “Als ouders de huisarts consulteren met een kind met vlekjes, wat verwachten zij dan van de consultatie?”

De bedoeling van dit onderzoek is enerzijds de basisinformatie over de meest courante oorzaken van vlekjes bij kinderen op een rijtje te zetten.
Anderzijds wordt er geprobeerd om via enquêtes in de praktijk, de reden van consulteren en verwachting van de ouders te achterhalen. Deze resultaten van het veldonderzoek uit de praktijk worden vergeleken met de literatuur.

Het onderzoek wordt ook uitgebreid naar de mening van de huisarts. Hoe gaat de huisarts om met een consultatie in verband met exantheem bij kinderen, hoe vertrouwd voelt hij zich hierbij?
De mening van de huisarts wordt bekomen via enquêtes binnen de wachtkring.

Het finale doel van dit onderzoek is een zicht krijgen over de verwachtingen van de ouders bij het consulteren met hun kind met huiduitslag. Hieruit wordt dan een soort leidraad gevormd om deze consultatie systematisch aan te pakken, zodat de huisarts zich hierbij vertrouwd voelt en zoveel mogelijk op de verwachtingen van de ouders kan inspelen.

De onderzoeksstrategie kan via de volgende PICO samengevat worden:
P (Patient): Kinderen tot 12 jaar met exantheem/vlekjes
I (Intervention): Enquête bij de ouders in verband met de reden van consulteren
C (Comparaison): Literatuuronderzoek
O (Outcome): een stappenplan voor de huisarts.

2 Literatuuronderzoek exantheemziekten

2.1 Inleiding

Vlekjes of exantheem bij kinderen heeft een grote verscheidenheid aan oorzaken. Hierdoor is het voor een arts niet altijd eenvoudig om een diagnose te stellen. Door de uitgebreide vaccinatie komen een aantal vroeger courante exantheemziekten bijna niet meer voor (vb. mazelen, rubella…) (1).
Het doel van dit literatuuronderzoek is een overzicht te bieden voor de arts.
Wat zijn de kenmerken van de meest frequente aandoeningen met exantheem bij kinderen? Hoe maak je een onderscheid? Hoe worden de ziekten verspreid? Hoelang zijn de kinderen besmettelijk? Welke ziekten moeten behandeld worden?
De bedoeling van dit overzicht is het eenvoudiger te maken om vlekjesziekten te herkennen en een diagnose te kunnen stellen.

2.2 Methode

De eerste stap in het literatuuronderzoek was een uitgebreide zoektocht naar artikels of richtlijnen over exantheemziekten bij kinderen in het algemeen.
In de quaternaire bronnen (NHG standaarden, richtlijnen van Domus Medica) en in de tertiaire bronnen (Minerva, Clinical evidence, Cochrane), waren geen bruikbare richtlijnen over exantheem te weerhouden.
Via verschillende zoektochten in Medline (zoektermen: “exanthem” en “acute”, met of zonder MesH termen, met limieten op kinderen tot 5 jaar) werden uiteindelijk 14 artikels over exantheemziekten in het algemeen weerhouden. Deze artikels werden weerhouden op basis van de relevantie na het lezen van de abstracts. Er werd gekeken of de artikels niet te specifiek gingen over één exantheemziekte of over een eerder zeldzame oorzaak van exantheem.

Deze algemene artikels gaven direct een beeld over de meest frequente vlekjesziekten bij kinderen.
Alle mogelijke oorzaken van vlekjes beschrijven en onderzoeken was gezien het tijdsbestek niet mogelijk. De zoektocht werd dus vernauwd naar een aantal frequente exantheemziekten en enkele niet te missen diagnoses.
De ziekten die geïncludeerd werden voor verder onderzoek, werden bepaald door gebruik te maken van de Intego databank[1] (2).

Er werden twee lijsten met exantheemziekten opgesteld (zie bijlage 1), één lijst met 23 frequente, minder ernstige aandoeningen en één lijst met 4 ernstige oorzaken van vlekjes. Deze lijsten werden samengesteld aan de hand van ziektes die beschreven waren in enkele algemene artikels over

[1] De Intego databank staat voor geïntegreerd computernetwerk, een project dat gestart is in 1990 aan de afdeling huisartsgeneeskunde van de KULeuven. Het doel van het project is een databank bij te houden in verband met de morbiditeit in de eerste lijn. De databank houdt gegevens bij over de incidentie, prevalentie van ziekten in Vlaanderen, maar ook over diagnostische tests en behandelingen in de huisartsenpraktijk. De gegevens worden verkregen uit 55 huisartsenpraktijken verspreid over Vlaanderen. Het project geniet ook financiële steun van de Vlaamse overheid.

exantheem die het resultaat waren van de eerste zoektocht (3-5), en aandoeningen met vlekjes beschreven in het boek “Kleine kwalen in de kindergeneeskunde” (6) en in het boek “Differential diagnosis in dermatology” (7).
Via de Intego databank werd dan voor de ziekten uit deze lijsten de incidentie pro mille opgezocht (zie bijlage 2). De incidenties die werden opgezocht in de databank, zijn resultaten van de gegevens van de periode 2008 - 2010.
Uiteindelijk werden de 10 meest frequente aandoeningen met exantheem bij kinderen tussen 0 en 4 jaar geïncludeerd voor verder onderzoek. Naast deze 10 frequente aandoeningen werden ook 4 ernstige, maar gelukkig ook minder frequente aandoeningen weerhouden. Voor deze aandoeningen werden dan specifieke artikels opgezocht via Medline, EBM guidelines (8) en CKS guidelines (9). Er werden hierbij 22 artikels via Medline en verschillende gegevens van de EBM en CKS guidelines i.v.m. de 14 ziektes weerhouden. De reden van inclusie van een artikel was ook hier het al dan niet relevant lijken na het lezen van de titel en/of de abstract. De recentheid van een artikel en het tijdschrift waarin een artikel verschenen is, speelde ook een rol.

2.3 Resultaat

Via de zoektocht in de Intego databank, werd er voor de uitgebreide lijst met ziektes die gepaard gaan met vlekjes, een incidentie bekomen (zie bijlage 2). De tien aandoeningen met de hoogste incidentie werden geïncludeerd en hiervan werd er verder literatuuronderzoek gedaan (zie tabel 1).

Tabel 1: Top tien van vlekjes bij kinderen onder de 4 jaar volgens Intego

Top 10 frequentste vlekjes voor de leeftijdscategorie 0-4 jaar	**Incidentie promille**
Varicella	39,73
Impetigo	9,73
Urticaria	7,52
Insectenbeet	5,24
Tinea corporis	5,12
Scarlatina	4,74
Exanthema subitum	3,54
Erythema infectiosum	3,09
Acuut allergisch eczeem/contacteczeem	1,77
Hand-voet-mondziekte	1,64

De resultaten van het literatuuronderzoek over de meest frequente vlekjesziekten worden in onderstaande tabel gestructureerd weergegeven (zie tabel 2).

Tabel 2 : Basisinformatie over de 10 meest frequente vlekjesziekten bij kinderen in de huisartsenpraktijk

	Varicella (8-14)
Oorzaak	Varicella herpes virus- herpes zoster virus Virus trekt zich terug in de basale ganglia, kan gereactiveerd worden
Voorkomen	Vooral tijdens de winter en vroege lente Meest bij 5- tot 10-jarigen Zoster is zeldzaam bij kinderen, is meer frequent indien varicella voorkomt voor leeftijd van 1 jaar
Overdracht	Via druppels of via contact met inhoud van de blaasjes op mucosa 90% kans op besmetting bij huisgenoten
Incubatieperiode	9-28 dagen, gemiddeld 13 dagen
Besmettelijkheid	Heel besmettelijk! Vanaf 24u-48u voor de rash tot alle vlekjes korstjes zijn
Kliniek	Eerst lichte koorts zo'n 2-3 dagen, soms ook gepaard gaande met hoofdpijn, malaise en buikpijn. Dan vlekjes in verschillende stadia tegelijk (= polymorf voorkomen), eerst een erythemateuze papel, dan vesikel (dauwdruppel), dan korstje. JEUK! Startend thv romp en gezicht dan naar de ledematen. Letsels thv mond, gehemelte en conjunctivae komen voor. Er kunnen nieuwe letsels komen tot zo'n 7 dagen na de eerste letsels.
Complicaties	Niet frequent! - Bijbesmetting door staphylococcus of streptococcus→ necrotiserende fascitis - Varicella pneumonie, vooral bij volwassenen - Arthritis en osteomyelitis - Transiënte hepatitis - Trombocytopenie met bloeding rond de vesikels - Varicella encephalitis (mortaliteit van 25%) en cerebellaire ataxie - Reye syndroom bij toedienen van aspirine (symptomen: braken, leverdysfunctie en lichte neurologische stoornissen). - Nefritis vooral bij kinderen, 3 weken na de rash - Congenitaal varicella syndroom bij passage van virus door placenta (0,4 - 2% kans bij infectie tijdens eerste 20 weken van de ZS): microcefalie met corticale atrofie en calcificaties door intra-uteriene encephalitis; ledemaat hypoplasie; huiddefecten; problemen met pigmentatie; problemen met autonoom zenuwstelsel.
Behandeling	Symptomatisch. Koortswering. Product tegen jeuk: lokaal of met antihistaminica. Vermijden van aspirine/NSAID! Er bestaat een vaccin maar dit wordt in België niet systematisch toegediend.

	Impetigo (8-9, 15)
Oorzaak	Streptococcen of staphylococcen infectie
Voorkomen	Vooral bij kinderen Eczeem is de ideale voedingsbodem
Overdracht	Verspreiding via krabben, makkelijk herval indien bacterie aanwezig is in de neus Via direct contact met de letsels
Kliniek	Niet- bulleus impetigo = impetigo contagiosa = impetigo crustosa - Streptococcen infectie - Korsten en smalle ulcera - Begint met vesikels of pustels, dan openbarsten van de letsels en nadien gouden plaques - Meestal in het gezicht, kin en neusgaten Bulleus impetigo - Staphylococcen infectie - Blaarvorming - Vaak bij neonaten - Slappe, met vocht gevulde vesikels en bullae, springen makkelijk open en laten dan rauwe huid achter, vormen dan platte, dunne, bruin tot gouden korsten - Meer frequent in oksel, nekplooi en luierstreek - Vaker ook veralgemeende klachten zoals koorts, zwakte en diarree. Eczeem is een voorbeschikkende factor!!
Behandeling	- Lokale antibiotica indien het oppervlak niet te groot is: Fusidinezuur 3x per dag, gedurende 7 dagen of mupirocin (enkel voor MRSA) - Systemische antibiotica: flucloxacilline 4/dag ged 7dagen, clarithromycine 2/d ged 7 dagen of erythromycine 4/d ged 7d (bij bulleuze impetigo bijna steeds per os!) Bij onderliggend eczeem: behandeling met topische corticosteroïden + antibiotica. Best eerst de korsten te verweken zodat de zalf eronder kan inwerken.

	Urticaria (8-9, 16-18)
Oorzaak	Acute urticaria: meestal allergisch en zelf- limiterend. Uitlokkende factor: insectenbeten (vb. muggen-vlooien), geneesmiddelen (vb. antibiotica (AB), NSAID, aspirine, codeine, laxativa, ACE-I) , voedingsstoffen (vooral bij kinderen geeft dit urticaria, binnen een half uur na inname, meeste kinderen groeien eruit), infectie (vooral viraal, kan ook bacterieel vb. E. Coli), fysische oorzaken zoals warmte, koude of druk Chronische urticaria : vaak auto-immuun, moeilijk om allergische oorzaak te vinden.
Voorkomen	Urticaria blijven maximaal 24 uur op dezelfde plaats aanwezig. Chronische urticaria blijven 6 weken staan.
Kliniek	Roze of bleke verheven kwaddels, rondom rond vaak roder, verschillend in grootte, wisselen snel van plaats. Geen aantasting van de epidermis (geen schilfers, geen blazen met vocht). Jeuk!
Complicaties	Soms ernstige reacties waarbij urticaria maar een onderdeel is van de uitgebreide reactie met ademhalingsproblemen (stridor, wheezing…), anafylaxie met bewustzijnsverlies…
Behandeling	Acute urticaria hebben eigenlijk geen behandeling nodig. Eventueel verkoelende badjes, crèmes, anti-histaminica, vermijden van uitlokkende factor! Chronische urticaria: Veel moeilijker! Zelfde conservatieve maatregelen zoals bij acute urticaria maar ook: H2-antagonist of calciumantagonist toevoegen, corticosteroiden of zwaardere immuunsuppressie.

	Insectenbeet (8-9, 19)
Oorzaak	Insectenbeten kunnen verschillende reacties geven, gaande van zeer beperkt tot levensbedreigend. Meest frequent: papulair urticaria
Voorkomen	Zeer frequent bij kinderen tussen 2 tot 7 jaar
Kliniek	Rode verheven kwaddels, soms met vesikel bij. Jeukt fel. Kan surinfecteren door te krabben.
Complicaties	Surinfecties Soms anafylactische reacties bij bepaalde beten vb. bijen en wespen.
Behandeling	Topisch corticosteroïden en antihistaminica per os Antibiotica bij surinfectie

	Tinea corporis (8-9, 15, 20)
Oorzaak	Dermatofyten die de huidbarrière doorbreken en zo leiden tot zichtbare letsels. Microsporum canis of trichophyton species
Voorkomen	Er bestaan verschillende vormen van dermatomycoses bij kinderen. Tinea corporis is een frequente vorm. Ook tinea pedis komt vaak voor bij kinderen.
Overdracht	Via besmette personen of huisdieren
Kliniek	- Tinea corporis: rode/roze vlekken, ringvormig, schilferende boord, centraal klare zone. Vaak in de plooien. Vaak jeukend, soms verheven letsels, soms vlak. - Tinea pedis: vaak tussen teen 4 en 5, rode huid, schilfering en ulceratie. Soms vesikels. Jeuk! Schimmelinfectie wordt in stand gehouden door vochtig en warm milieu.
Behandeling	Algemeen: infectie thv nagels of schedel vereist systemische therapie, infectie t.h.v. lichaam: topisch of systemisch therapie. Goed droog houden van de huid, geen handdoeken delen om verspreiden tegen te gaan. Lokale behandeling: terbinafine crème 1 keer per dag gedurende 1 tot 2 weken of azole crème 2 keer per dag gedurende 3 tot 4 weken.

	Scarlatina of roodvonk (1,9)
Oorzaak	Groep A streptokokken (Streptococcus pyogenes). Rash wordt veroorzaakt door de erythrogene toxines
Voorkomen	Meest voorkomend bij kinderen, piekleeftijd 4 jaar
Overdracht	Via direct contact met een ziek persoon of via druppels
Incubatieperiode	2 tot 5 dagen
Besmettelijkheid	Vanaf het begin van de klachten tot de rash verdwenen is
Kliniek	Ziekte start met keelpijn, koorts (typisch meer dan 38,5°), hoofdpijn, moeheid, nausea en braken. Nadien huiduitslag: begint t.h.v. abdomen en borst zo'n 12- 48u na de eerste symptomen, verspreidt zich dan naar de nek en ledematen (vooral t.h.v. de plooien: liezen en oksels). Rode puntjes, voelt aan als schuurpapier, wordt wit bij druk. Desquamatie na 1 tot 3 weken vooral t.h.v. voetzolen en handpalmen. Geen jeuk. Aardbei tong, cervicale klieren, rode kaken met uitsparing van het narcosekapje, huidplooien in nek, oksel, lies, elleboog, knie zijn dieprood van kleur. Rode keel en soms ook rode macula over het verhemelte.
Complicaties	Zeer zeldzaam: acute glomerulonefritis, gewrichtsreuma

Behandeling	Er zijn weinig recente studies die de evidentie van AB bevestigen, het zou de duur van de ziekte met 2 dagen kunnen verminderen. AB wordt gegeven om de complicaties en de kans op transmissie te verminderen. - Antibiotica: Phenoxymethylpenicilline. Macroliden worden gegeven bij peni-allergie (vb. erythromycine en clarithromycine). Amoxicilline is eigenlijk te breed. - Symptomatische behandeling: paracetamol en ibuprofen. Onder 16 jaar dient aspirine vermeden te worden gezien het risico op Reye syndroom Kind mag terug naar school 24u na eerste toediening van adequate AB. Recidief kan voorkomen. Er bestaan geen immuniteit na het doormaken van de infectie.

	Exanthema subitum (= zesde kinderziekte, driedagenkoorts) (1, 8, 15, 21-23)
Oorzaak	Humaan herpes virus type 6 Virus trekt zich nadien terug in het lichaam.
Voorkomen	Meestal primo - infectie gedurende de eerste twee levensjaren, piekleeftijd is 6 tot 9 maanden. Geen seizoenale variatie.
Overdracht	Via speeksel
Incubatieperiode	5 tot 15 dagen
Besmettelijkheid	Weing besmettelijk
Kliniek	Vaak bestaat de kliniek enkel uit koorts, soms zie je het klassieke beeld van roseola infantum. Ziekte begint klassiek met 3 tot 5 dagen hoge koorts. Dan zakt de koorts snel en komt er een fijne rash die een paar uur tot enkele dagen blijft staan. De rash bestaat uit kleine rode maculaire tot maculopapulaire letsels, startend t.h.v. de romp en zich dan verspreidend naar het gezicht en extremiteiten. Soms merk je ook conjunctivitis, ooglid oedeem, kleine letsels op de uvula en gehemelte, klieren in de nek en occipitaal, soms ook bulging van de fontanel op.
Complicaties	Koortsstuipen bij 10 tot 15% van de kinderen (door koorts, maar het virus wordt soms ook in cerebro-spinaal vocht gevonden) Reactivatie van het virus kan. Dit komt vooral voor bij immuungecompromitteerde patiënten en kan leiden tot encephalitis, pneumonie, graft rejectie, beenmergsuppressie.
Behandeling	Symptomatisch

	Erythema infectiosum (=5de kinderziekte) (1, 8-10,15, 22-23)
Oorzaak	Parvovirus B19
Voorkomen	Bij kinderen van 5 tot 15 jaar, piekleeftijd is rond de 7 jaar. Vooral in de late winter en begin van de lente
Overdracht	Druppelinfectie via respiratoire secreties of via contact met besmette handen
Incubatieperiode	7-28 dagen, gemiddeld 15-16 dagen
Besmettelijkheid	Matig bemettelijk. Voor de rash zichtbaar is! Vanaf de rash zichtbaar is, is geen besmettingsgevaar meer.
Kliniek	- Begint meestal met een onopgemerkte prodromale fase met gematigde koorts en klachten van de bovenste luchtwegen, hoofdpijn, gastro-intestinale klachten (nausea, diarree) en myalgie. - Nadien treedt de rash op (enkel bij 15-20% van de infecties met parvo B19): startend op het gelaat symmetrisch met appelwangen of 'slapped cheek' (uitsparing van narcosekapje), verspreidt zich dan naar de extremiteiten en de romp. - Er zijn ook klachten van arthralgie en artritis (bij volwassenen vaak enkel deze klachten bij infectie met parvovirus B19) - Het exanteem verdwijnt meestal binnen 1 week, maar het kan gedurende enkele weken terugkeren als reactie op temperatuurswisselingen, inspanning of stress.
Complicaties	- Bij transmissie van de ziekte tijdens zwangerschap: meest kans op besmetting van de foetus tijdens de eerste 20 weken van de zwangerschap (30 tot 50% kans op transmissie). Besmetting kan leiden tot foetale hydrops, miskraam, foetale sterfte en foetale anemie. Bij blootstelling van een zwangere aan erythema infectiosum dient er een bepaling van de antistoftiter te gebeuren. Bij infectie dient er dan counseling te gebeuren om de mogelijke risico's voor de foetus te controleren en bespreken. - Bij immuungecompromitteerde patiënten kan de infectie leiden tot chronische anemie, andere cytopenie, myocarditis, encephalitis,idiopathische trombocytopenische purpura
Behandeling	Symptomatisch

	Acuut allergisch eczeem/contacteczeem (8-9, 24-25)
Oorzaak	Onmiddellijke allergische reactie: vb. door latex, groenten… Delayed cell mediated immunity: na blootstelling gedurende weken of maanden: vb. voor nikkel, rubber, lijm, chroom, kobalt, parfum. Meest frequente contactallergenen bij kinderen: nikkel, neomycin sulfaat (zit in topische antibiotica), mengsel van parfum/cosmetica.
Voorkomen	Indicentie van contactallergie stijgt.
Kliniek	Jeukende eczemateuze plaques op de plaats waar allergeen geëxposeerd is, verspreidt zich nadien. Erytheem, soms vesikelvorming. Typische plaatsen: nek, gezicht, oksels, handen en polsen. Kan meer verspreid ook voorkomen zoals bijvoorbeeld bij een allergeen van planten dan via de lucht verspreid wordt.
Complicaties	Veralgemeende allergische reactie
Behandeling	Vermijden van uitlokkende factoren, verkoelende kompressen, topische corticosteroïden, antihistaminica Soms corticosteroïden per os bij zeer uitgesproken reacties.

	Hand-voet-mondziekte (8-9, 14-15, 26)
Oorzaak	Enterovirus of coxsackie virus
Voorkomen	Bij kinderen onder de 5 jaar Vooral tijdens de warme maanden (zomer, begin herfst).
Overdracht	Via direct contact en druppels en ook faeco-oraal.
Incubatieperiode	3 – 5 dagen
Kliniek	- Prodromale fase van 12 tot 36 uur met koorts, malaise, minder eetlust, hoest, buikpijn en pijn in de mond. - Dan komen er letsels in de mond (vooral op verhemelte, tong en mondbodem): beginnend als erythemateuze macula's en papels, dan vesikels, en dan erosies met een erythemateuze halo (=enantheem). - Nadien komen er letsels t.h.v. de handen en voeten. Typisch zijn dit erythemateuze macula's en papels, soms met een centrale grijze vesikel (= exantheem). - Soms ook letsels t.h.v. de lies en bil.
Behandeling	Vochtintake! Zachte voeding en pijnstilling

Als tweede luik werd er gezocht naar gevaarlijke vlekjes bij kinderen. Deze ziektes zijn gelukkig veel minder frequent, maar mag je niet missen.

De onderstaande tabel geeft de kenmerken van deze zeldzame maar gevaarlijke exantheem/enantheem ziektes weer (zie tabel 3).

Tabel 3: Zeldzame maar gevaarlijke vlekjesziekten

	SJS (Stevens Johnson syndroom) en TEN (Toxisch epidermale necrolysis) (27-28)
Wat?	Ernstig mucocutaan bulleus syndroom waarbij minimaal 2 mucosale oppervlakten bij betrokken zijn. - SJS= Aanwezigheid van een target letsel, koorts, huidbiopsie toont erythema multiforme, huid komt los over minder dan 10 - 20% van oppervlak. - TEN= Loskomen van epidermis waardoor de dermis bloot komt te liggen. Koorts. Erosie van minimaal 20-30% van het totale huidoppervlak.
Voorkomen?	Zeer zeldzaam, 1,5 tot 2 gevallen per miljoen per jaar
Uitlokkende factor?	Meest frequente oorzaak is medicatie: anti-epileptica, suphonamide antibiotica, penicillines, allopurinol, en oxicam NSAID. Infecties zoals mycoplasma pneumoniae kan SJS geven als complicatie
Kliniek?	- Prodromen: koorts, keelpijn, braken, diarree, myalgie en lethargie. - Dan rash: erythemateus tot purpura, beginnend op de romp en naar hoofd en proximale extremiteiten. Nikolsky teken is positief (loskomen van de huid), bullae, erosies, breidt zich uit tot necrose. SJS =minder dan 10% huidverlies t.o.v. het totale huidoppervlak. TEN = meer uitgesproken verlies van huid, gemiddeld tot 45% van het huidoppervlak! Vooral orale en oculaire mucosa is betrokken.
Complicaties?	SJS = Mortaliteit van 5 - 15% voornamelijk door sepsis TEN= Mortaliteit van 5 - 50% Septische shock, multiple orgaan falen, diffuse intravasculaire coagulatie (DIC), nierfalen. Lange termijn oogproblemen: epiphora secundair aan traankanaalobstructie. Symblepharon vorming (= vergroeiing ooglid bindweefsel met oogbol), cornea ulceratie, vascularisatie van de cornea, ectropion, keratoconjunctivitis sicca, entropion en trichiasis (= naar binnen groeien van de wimpers).
Behandeling?	Vooral supportief, vochtbalans en voeding, pijnstilling, behandeling van sepsis en wondcontrole. Stoppen van de uitlokkende factor. Onvoldoende kennis over het al dan niet toedienen van corticoïden (CS) en immuunglobulines (IG). Vooral voor TEN is de rol van CS zeer controversieel, voor SJS zou het de morbiditeit verminderen en tot een betere outcome leiden. Toedienen van intraveneus IG is ook controversieel: de ene studie geeft betere resultaten aan: minder lange duur in ZKH, sneller genezen; de andere studie spreekt dit tegen.

	SSSS (staphylococcen scalded skin syndrome) (8, 29-30)
Wat?	Ernstige huidziekte, synoniem: pyoderma bullosum. Veralgemeende vorm van een huidinfectie door Staphylococcus aureus.
Voorkomen?	Zeldzaam, vooral bij kinderen onder de 5 jaar. Transmissie gebeurt door een asymptomatische drager.
Uitlokkende factor?	Staphylococcus aureus. Deze bacterie zorgt voor blaarvorming van de bovenste laag van de huid en geeft een exotoxin af.
Kliniek?	- Prodromale fase: keelpijn of conjunctivitis. - Nadien ontwikkeling in 48 uur van koorts, algemene malaise, extreem gevoelige erythemateuze plaatsen in het gezicht, nek, oksel en perineum. Dan komen er bullae, vooral t.h.v. de flexorzijdes, (Teken van Nikolsky is positief). De bullae zijn groot, gaan makkelijk stuk en daaronder zit dan een vochtige erythemateuze bodem.
Complicaties?	Mortaliteit bij kinderen 4% (bij volwassenen is de mortaliteit 60%, zeer zeldzaam voorkomen van SSSS)
Behandeling?	Parenterale antibiotica (vb. Flucloxacilline). Isolatie. Drukverminderende matrassen. Geen corticosteroïden.

	Meningococcen meningitis (8-9, 30-31)
Voorkomen?	Vooral in winter en vroege lente Vooral bij kinderen jonger dan 2 jaar
Uitlokkende factor?	Meningococcen type A en B (tegen type C bestaat er een vaccin)
Kliniek?	- Eerste symptomen zijn aspecifiek: pijn in de benen, koude handen en voeten, abnormale huidkleur. - Typisch voor meningitis: hoofdpijn, koorts, braken, fotofobie, nekstijfheid, teken van Kernig en Brudzinsky positief, lethargie. - Bij baby's: slecht eten, irriteerbaarheid, hoge schrei, bulging t.h.v. fontanel. - Tot 20% van de patiënten met meningitis hebben stuipen. - Rash: komt voor bij 80% van de bewezen meningococcen infecties. De rash is typisch hemorragisch met purpura en petechien. 15% van de patiënten hebben echter een atypische rash die wel weggaat met druk en die maculopapulair is.
Complicaties?	Shock en overlijden Neurologische sequellen
Behandeling?	- ABC= airway, breathing en circulation!!! - Behandeling van shock: vocht en respiratoire ondersteuning - Antibiotica: cefotaxime of ceftriaxone is geprefereerd als initiele therapie. - Corticosteroïden worden ook toegediend in eerste fase omdat dit bewezen minder neurologische sequellen geeft. Hoge dosis steroïden is wel gecontraindiceerd wanneer het gaat om een sepsis zonder meningitis

2.4 Discussie

Er bestaat veel literatuur over ziekten die gepaard gaan met vlekjes bij kinderen. Die ziekten worden in de literatuur echter ingedeeld op heel diverse manieren en voor verschillende redenen, bijvoorbeeld op basis van hun etiologie (bijvoorbeeld alle virale infecties die vlekjes geven), of op basis van een 'groep' waartoe ze behoren (bijvoorbeeld de klassieke kinderziekten met o.a. mazelen, rubella, erythema infectiosum…).

Deze indelingen zijn echter niet altijd praktisch bruikbaar. Bepaalde aandoeningen komen bijvoorbeeld (bijna) niet meer voor door de uitgebreide vaccinatie, andere overzichten zijn volledig in hun categorie maar niet representatief voor alle vlekjes.

Met dit onderzoek werd er geprobeerd een overzicht te geven dat praktisch bruikbaar is en toch ook heel volledig is bij de beoordeling van vlekjes bij kinderen.

Het doel is om snel een lijst met differentieel diagnoses te kunnen maken en door de belangrijkste kenmerken van een aandoening uit de literatuur te vergelijken met de klinische casus, tot een juiste diagnose te komen.

Verder is het dan ook de bedoeling om makkelijker adviezen aan de ouders te geven en hun vragen juist te beantwoorden.

Door gebruik te maken van de Intego databank, zijn we zeker dat de lijst representatief is voor de Vlaamse huisartsenpraktijk. Het gaat hier in het onderzoek om de 10 meest courante vlekjesziekten bij kinderen tot 4 jaar.

Door naast de meest frequente oorzaken van vlekjes, ook de niet te missen, gevaarlijke vlekjes te bespreken, wordt dit overzicht praktisch en veilig om toe te passen in de gemiddelde huisartsenpraktijk.

3 Literatuuronderzoek verwachtingen van ouders

3.1 Inleiding

In de praktijk gebeurt het vaak dat ouders komen consulteren met hun kind met vlekjes terwijl ze eigenlijk de diagnose al kennen of een sterk vermoeden hebben. Een vraag die men dan kan stellen is, wat nu juist de reden van consulteren is en wat hun verwachtingen zijn ten opzichte van de (huis)arts. Het antwoord op die vraag zou ervoor kunnen zorgen dat een consultatie meer op de noden van de patiënt afgestemd wordt. Dit leidt dan tot een grotere tevredenheid bij de patiënt.
Het doel van deze zoektocht in de literatuur is te weten komen wat de motivatie is van de ouders om te komen consulteren met hun kind met vlekjes. Wat verwachten de ouders? Hoe pakken we als arts deze raadpleging het beste aan?

3.2 Methode

Het literatuuronderzoek werd gestart met het zoeken naar artikels die specifiek betrekking hebben op verwachtingen bij het consulteren met een kind met vlekjes.
De zoekopdracht met als Mesh termen “exanthem” en “expectations” in Medline, gaf echter geen resultaten . Ook via een andere databank, namelijk Cochrane, werden er geen artikels gevonden.
Een meer algemene zoekopdracht naar de verwachtingen tijdens een consultatie in de eerste lijn, (zoektermen: “expectations”, “consultation” en “ general practice”), gaf wel resultaat.
Er werden uiteindelijk 8 artikels weerhouden op basis van de relevantie van het artikel na het lezen van de abstract. Er werd onder andere gekeken dat het artikel handelde over algemene verwachtingen ten opzichte van de consultatie en dat de populatie niet te specifiek gekozen was.

3.3 Resultaat

De meeste patiënten hebben een bepaalde agenda wanneer ze op consultatie komen. Hieronder verstaat men bepaalde verwachtingen t.o.v. de consultatie en t.o.v. de arts. Wanneer deze verwachtingen niet worden ingevuld, leidt dit vaak tot negatieve gevoelens of gedachten over de consultatie (32).
Onderstaande tabel geeft een aantal van die verwachtingen weer (zie tabel 4).

Tabel 4: Verwachtingen van de patiënt t.o.v. de consultatie bij de huisarts (32-33)

Verwachting t.o.v.	
de arts	Artsen moeten professioneel, autoritair, competent, betrouwbaar, hulpvaardig en empathisch zijn.
de relatie arts – patiënt	Patiënten verwachten een persoonlijk omgang met de arts, dit wordt ingevuld door een handdruk en vriendelijke begroeting.
de consultatie	Patiënten verwachten dat een consultatie zo’n 15 minuten duurt en dat de arts ook peilt naar vorige problemen.
communicatie	Patiënten verwachten dat de dokter voorzichtig uitleg geeft en soms spaarzaam is met de waarheid.

	Ze verwachten dat de arts luistert naar de problemen van de patiënt. De meerderheid van de patiënten geeft ook aan dat ze tijdens de consultatie hun eigen ideeën en verwachtingen willen kunnen vertellen. Ze verwachten begrip en informatie van de arts.
het onderzoek	Patiënten verwachten zo min mogelijk discomfort van het onderzoek uitgevoerd tijdens een consultatie
behandeling	Patiënten verwachten een behandeling afhankelijk van hun aandoening. De meerderheid verwacht een behandeling onafhankelijk of deze realistisch is of niet . Ze verwachten ook lifestyle advies en een verwijzing indien dit nodig is.

Een deel van de resultaten uit bovenstaande tabel komen uit de studie van Kenten et al (33). Deze studie werd uitgevoerd aan de hand van semi - gestructureerde interviews. De patiënten mochten zelf verwachtingen aangeven die ze nadien moesten scoren. Doordat de patiënten zelf de verwachtingen mochten aangeven, kwamen er bepaalde verwachtingen aan bod die de onderzoekers zelf over het hoofd hadden gezien. Het is bijvoorbeeld voor patiënten heel belangrijk om op hun gemak gesteld te worden. Uit het onderzoek bleek dat een vriendelijke begroeting nodig is om patiënten zo danig op hun gemak te stellen om op die manier makkelijker met hun verhaal naar voor te komen. Indien ze zich minder op hun gemak voelen, gaan ze sommige dingen niet vertellen. Dit kan soms zelfs aanleiding geven tot gevaarlijke medische situaties.
Op die manier kwam men in deze studie tot een meer volledig beeld van de verwachtingen die een patiënt heeft t.o.v. het consulteren bij de huisarts.
Het werd ook duidelijk dat verwachtingen heel hard gekleurd worden door vroegere ervaringen.

In een studie uitgevoerd in Litouwen door Zebiene et al. werd gekeken wat het vervullen van verwachtingen doet op de tevredenheid van de patiënt (34). Hieruit bleek dat de tevredenheid van de patiënten het grootste was bij de realisatie van de verwachtingen op het vlak van begrip tonen en emotionele steun geven en het minste bij de realisatie van verwachtingen op vlak van informatie geven.
Anderzijds gaven de patiënten wel bij het opnoemen van hun verwachtingen aan, dat informatie geven belangrijker was dan emotionele steun bieden.

Uit de studie van Matthys et al. is ook gebleken dat het kennen van de ICE (ideas, concerns, expectations) van de patiënt, het voorschrijfgedrag van de arts beïnvloedt (35). Artsen hebben vaak een verkeerde perceptie van de verwachtingen van de patiënt en gaan deze dus vaak foutief proberen in te vullen. De ICE bevragen is dus heel belangrijk in elke consultatie!

3.4 Discussie

Het is duidelijk dat er nog veel onderzoek nodig is in deze materie.
Enerzijds is het aantal studies i.v.m. verwachtingen van patiënten naar consultaties heel beperkt. Anderzijds zijn de uitgevoerde studies dan ook nog heel beperkt in studiegrootte.
Vaak gaan de verwachtingen over een specifiek deel van de consultatie bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag.
Grote algemene studies naar de verwachtingen van de patiënten bij een consultatie in de eerste lijn ontbreken.

De literatuur is eensgezind dat de artsen vaak een verkeerde perceptie hebben over de verwachtingen van de patiënt.
Door de verwachtingen van de patiënt vooraf te bevragen, kan je als arts gerichter gaan werken. Hierdoor creëer je meer tevredenheid bij de patiënten, wat leidt tot een kwaliteitsvollere consultatie. Het is dus uiterst belangrijk om steeds goed de ideeën, verwachtingen en bezorgdheden van de patiënt na te vragen!
Wanneer hier niet aan voldaan wordt, leidt het vaak tot negatieve gevoelens en frustraties bij de patiënt en soms zelfs tot gevaarlijke situaties.
Uit de beschikbare studies is gebleken dat er aan bepaalde verwachtingen moet voldaan worden om tot juiste geneeskunde te komen. Patiënten hechten er bijvoorbeeld veel belang aan om zich op hun gemak te voelen. Enkel wanneer ze zich helemaal op hun gemak voelen, gaan ze al hun klachten en problemen bespreken. Er moet dus een kader van vertrouwen gecreëerd worden, vooraleer je juiste en veilige geneeskunde kan uitoefenen.

Opvallend te vermelden is dat uit de studies bleek dat er een groot verschil is tussen wat de patiënten voor de consultatie verwachten en wat hen achteraf het meest tevreden heeft gemaakt.
Patiënten gaven vooraf aan vooral informatie te willen verkrijgen tijdens een consultatie. Achteraf bleek echter dat emotionele steun en begrip van de arts belangrijker is dan informatie.
Dit is toch ook een heel belangrijke conclusie die invloed moet hebben op onze manier van consultatie voeren.
Als arts dienen we meer rekening te houden met emoties. Informatie en kennis zijn belangrijk, maar patiënten hebben meer aan een arts met het hart op de juiste plaats.

4 Veldonderzoek in de praktijk

4.1 Inleiding

In de huisartsenpraktijk komen regelmatig ouders met kinderen met vlekjes consulteren. Groot of klein, veel of weinig vlekjes, het is een heel divers en interessant beeld.
Het doel van het veldonderzoek is een idee te krijgen wat de reden is van consulteren. Waarom komen de ouders met een kindje met windpokken op raadpleging wanneer ze zelf al weten dat het windpokken zijn? Wat verwachten ze van ons? Hoe pakken we dit het beste aan?

4.2 Methode

Gedurende de maanden juli tot en met december 2012 werden er enquêtes uitgedeeld aan ouders en of grootouders die met een kind onder de 12 jaar op consultatie kwamen voor vlekjes. Het praktijkproject vond plaats in de groepspraktijk Medivelt in Veltem-Beisem waar Dr. Linde Nijns werkt als praktijkopleider en Dr. Elke Polspoel als collega huisarts.

De patiënten die in aanmerking kwamen voor het onderzoek, werden telefonisch bij het maken van de afspraak aangespoord om deel te nemen, door de secretaresse of de huisarts zelf, of bij de vrije raadpleging bij het aanmelden bij de secretaresse.

De inclusiecriteria waren de volgende:

- Maximum leeftijd van het kind is 12 jaar.
- Kind komt consulteren o.w.v. een huiduitslag.
- De enquête diende ingevuld te worden voor de consultatie.
- De enquête diende ingevuld te worden door een ouder of grootouder, niet door het kind zelf.
- Er werd telefonisch uitleg gegeven aan de ouders/grootouders. Zij dienden dan 5 minuutjes voor de raadpleging aanwezig te zijn om de enquête in te vullen.

Er werden uiteindelijk 23 enquêtes verzameld gedurende de 6 maanden waarin de enquête werd uitgedeeld.

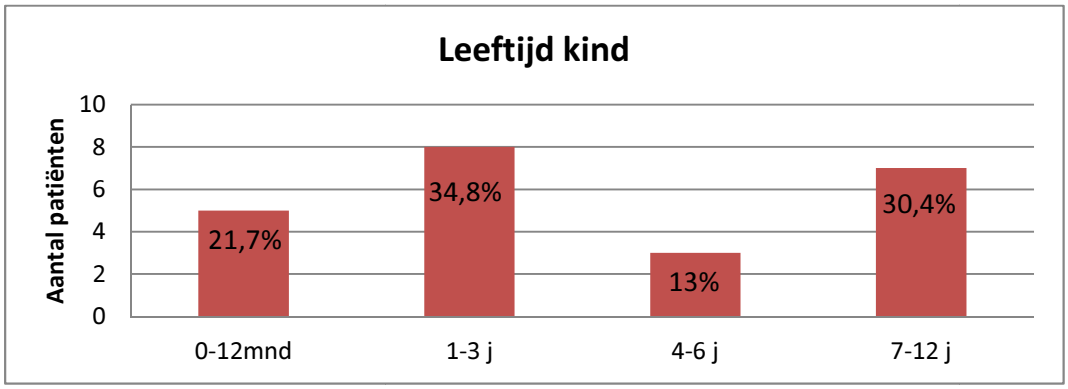
In bijlage: de enquête (zie bijlage 3) en de praktijkrichtlijnen i.v.m. het uitdelen van de enquêtes voor de secretaresse (zie bijlage 4).

4.3 Resultaat

Alle enquêtes werden ingevuld door de mama of papa van het kind met vlekjes.
De leeftijd van het kind met vlekjes was heel variabel (zie figuur 1). 21,7% was jonger dan 1 jaar. 34,8% waren peuters tussen de 1 en 3 jaar. In 13% van de gevallen ging het om kleuters tussen 4 en 6 jaar oud. De lagere schoolkinderen vormden een groep van 30,4% kinderen.

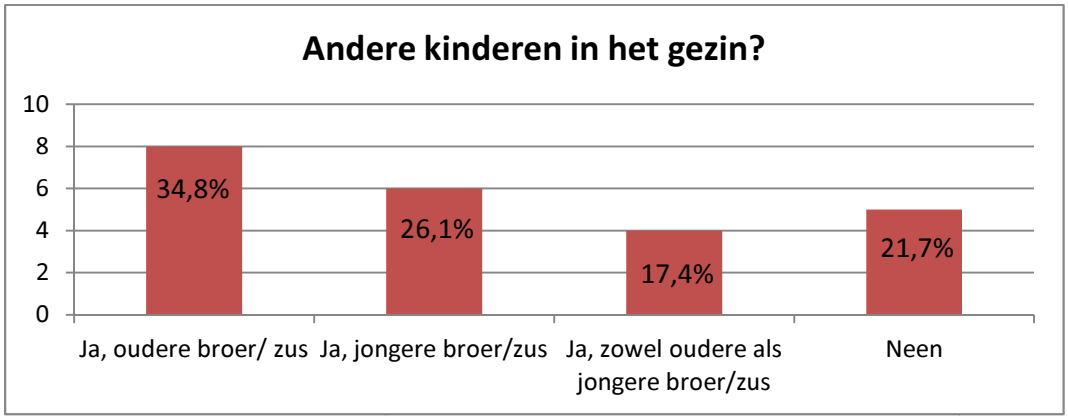
56,5% van de kinderen was dus wel jonger dan 3 jaar.

Figuur 1: Leeftijd van de kinderen met vlekjes



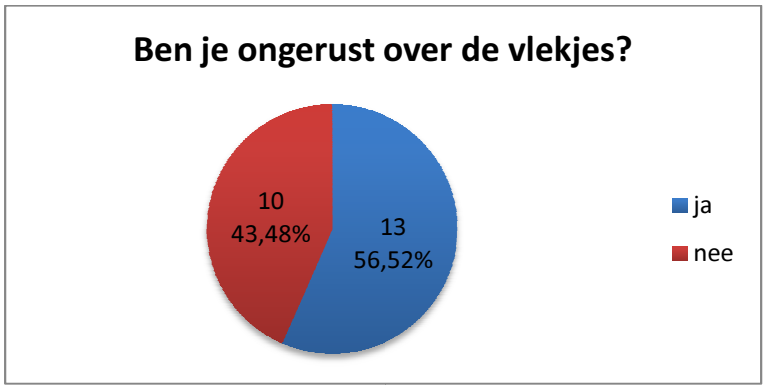
Er werd ook gevraagd of er nog andere kinderen waren in het gezin (zie figuur 2). Bij 21,7% ging het om het enige kind. Bij 26,1% ging het om het oudste kind. 34,8% van de kinderen met vlekjes had enkel nog een oudere broer of zus en 17,4% had zowel een oudere als jongere broer of zus.

Figuur 2: Samenstelling van het gezin



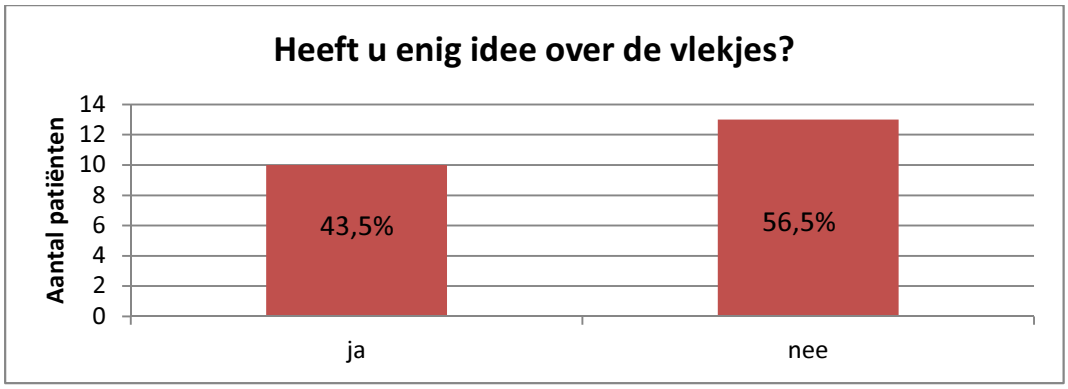
Op de vraag i.v.m. ongerustheid over de vlekjes, waren de antwoorden heel verdeeld (zie figuur 3). Een kleine meerderheid van 56.5% van de ouders gaf aan toch ongerust te zijn. 43,5% was dit niet.

Figuur 3: Ongerustheid over de vlekjes



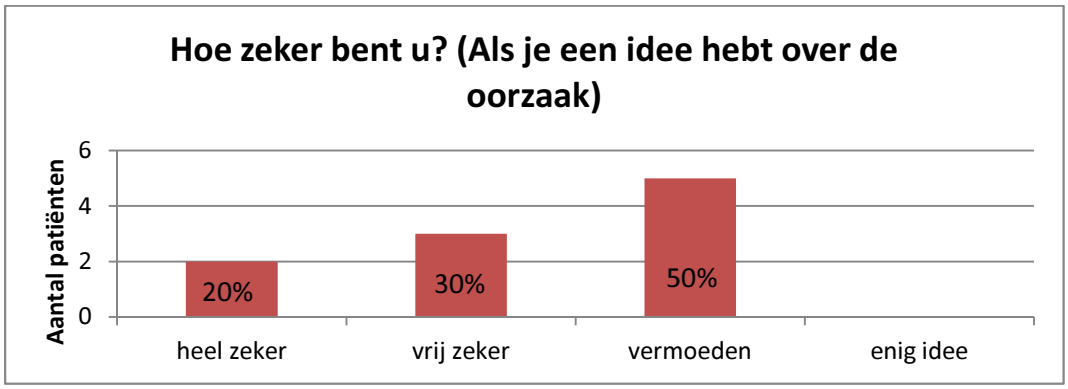
Er werd ook gepolst of de ouders zelf enig idee hadden over de oorzaak van de vlekjes (zie figuur 4). Ook hier waren de antwoorden verdeeld. 43,5% zei toch enig idee te hebben in verband met de oorzaak. De overige 56,5% hadden geen idee.

Figuur 4: Een idee over de oorzaak van de vlekjes?



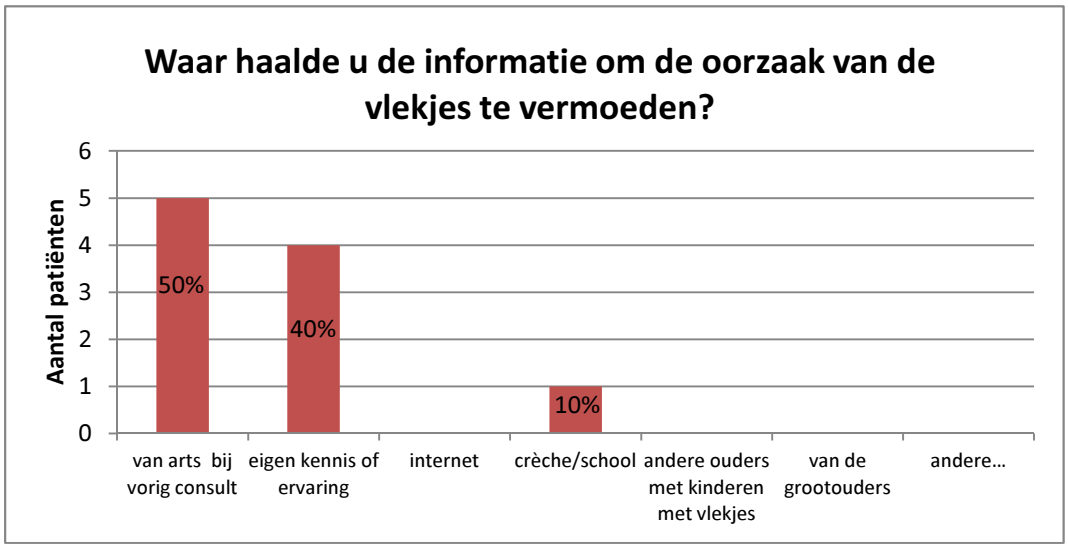
De ouders die een idee hadden over de oorzaak van de vlekjes, gaven aan hoe zeker ze hiervan waren (zie figuur 5). Ze scoorden hun graad van zekerheid op een schaal van 10, waarbij 10 op 10 helemaal overtuigd was en 0 op 10 het meest onzeker. Hierbij was 20% heel zeker (8 à 10 op schaal van 10), 30% was vrij zeker (6 à 8 op 10) en 50% had een vermoeden (score 2 à 6 op 10).

Figuur 5: Graad van zekerheid i.v.m. de diagnose bij een vermoeden van de oorzaak



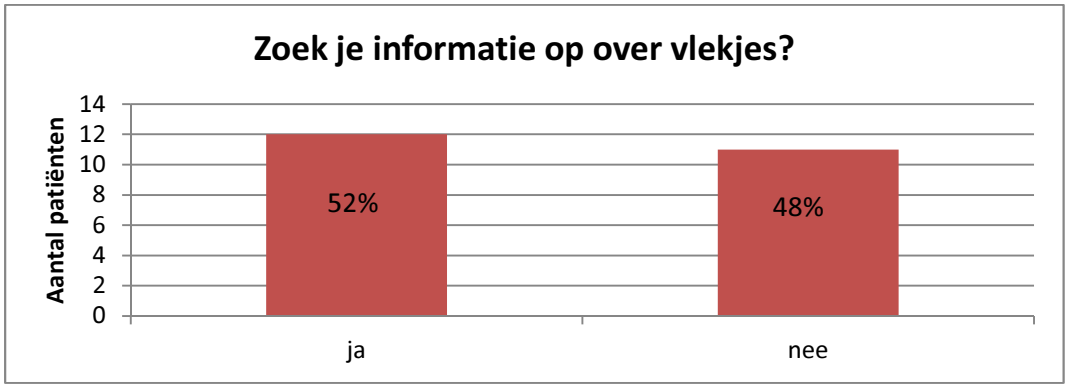
Er werd hen dan ook gevraagd waar ze de informatie haalden om een oorzaak te vermoeden (zie figuur 6). Hierbij werden een aantal mogelijke opties gegeven maar de ouders konden ook zelf een mogelijkheid aangeven. 50% van de ouders gaven aan de oorzaak te vermoeden door informatie die ze vroeger al eens van een arts gekregen hadden bij een vorige consultatie. 40% van de ouders kregen een idee door eigen kennis of ervaring en 10% kreeg informatie via de crèche waardoor ze de oorzaak van de vlekjes konden vermoeden.

Figuur 6: Informatiebron die de oorzaak van de vlekjes doet vermoeden



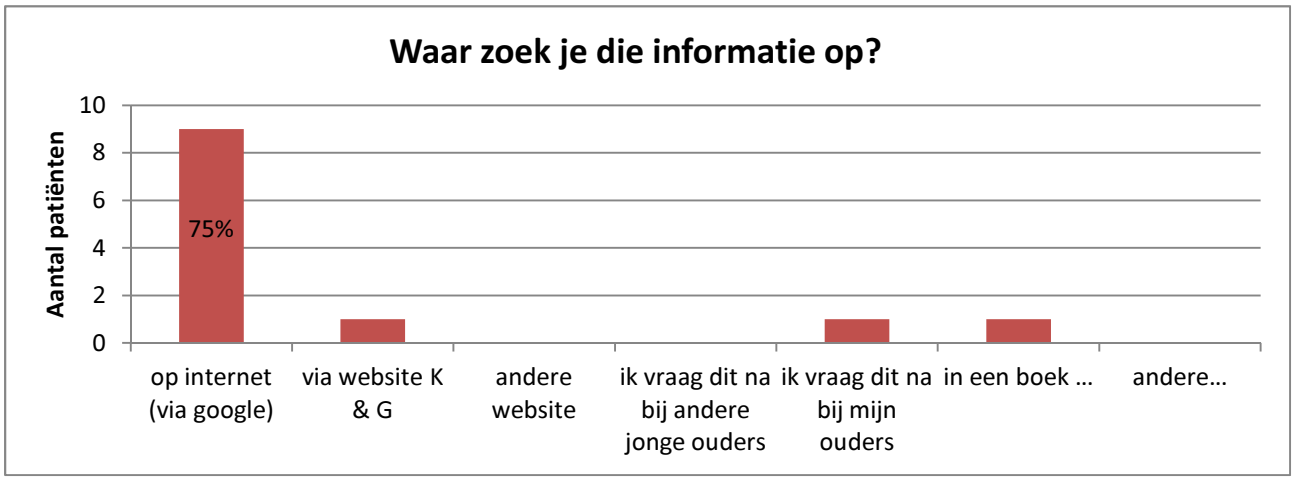
52% van de ouders zoekt informatie op en 48% doet dit niet (zie figuur 7).

Figuur 7: Informatie opzoeken over de vlekjes



De plaats die de ouders aangaven waar ze informatie opzoeken is in 75% van de gevallen het internet via een algemene zoekrobot zoals Google (zie figuur 8). Enkele uitzonderingen zoeken dit op via andere manieren: de website van Kind & Gezin (8,3%) (36), in een boek (medisch encyclopedie) (8,3%) of door het na te vragen bij de eigen ouders (8,3%).

Figuur 8: Informatiebronnen



Aan de ouders die geen informatie opzoeken, werd gevraagd waarom ze dit niet deden (zie figuur 9). Een kleine meerderheid gaf aan geen informatie op zoeken omdat ze liever deskundig advies hadden (54,6%). 36,4% van de ouders zei dat ze meer ongerust werden door alle informatie die ze zelf vonden. Een enkeling (9%) gaf zelf een reden aan, namelijk dat ze enkel iets opzochten wanneer de oorzaak ernstig leek.

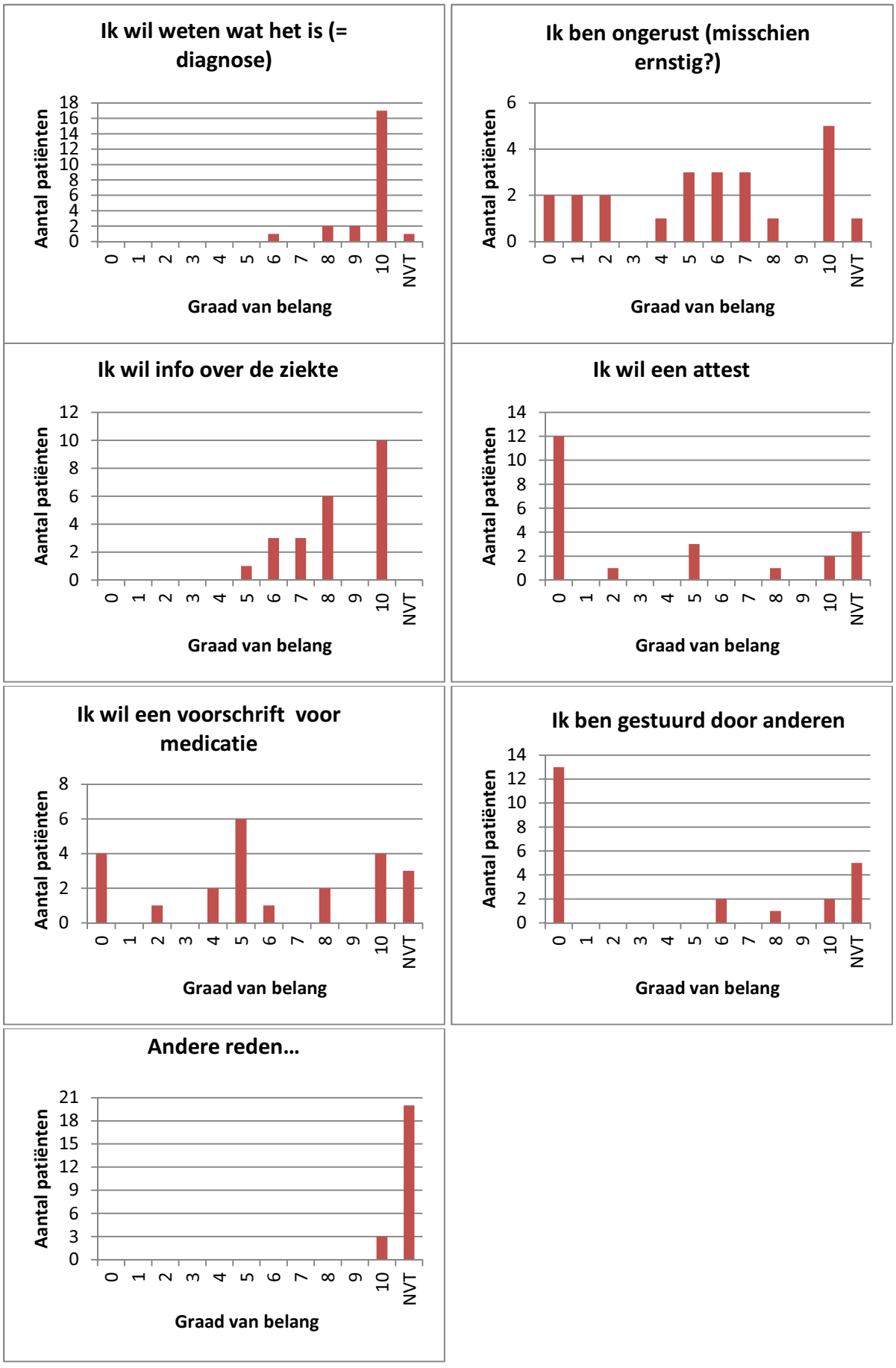
Figuur 9: Reden om geen informatie op te zoeken



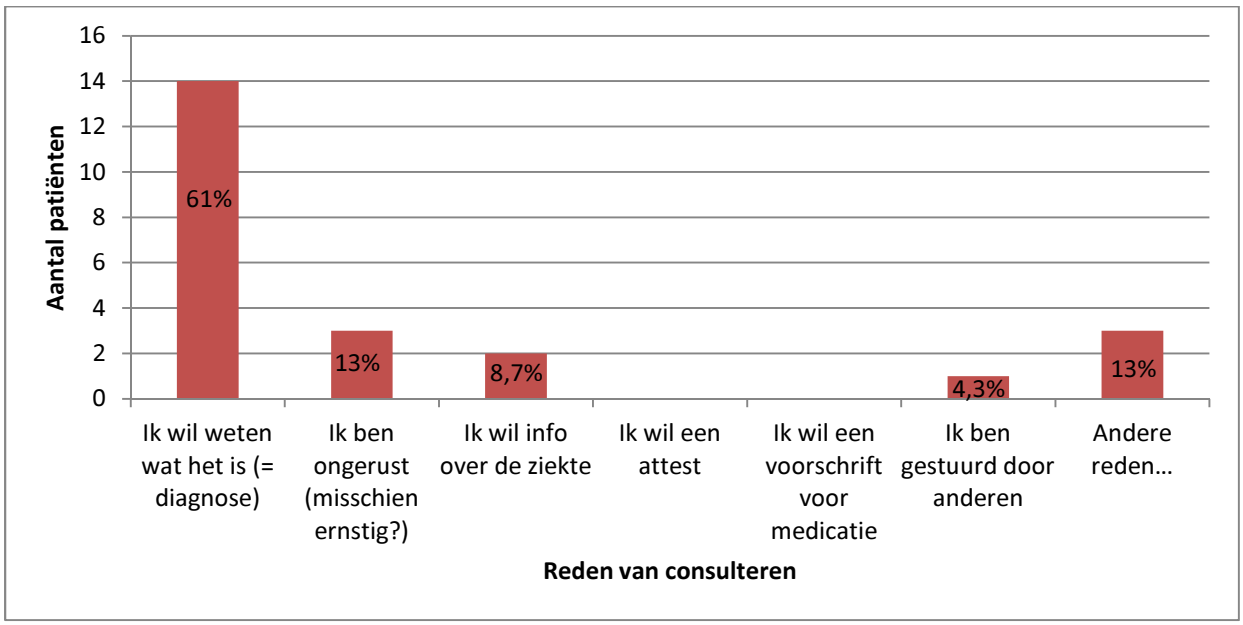
Eén van de belangrijkste vragen aan de ouders van de kinderen met vlekjes was de reden van consulteren. De ouders moesten een lijst met verschillende redenen scoren en konden ook nog een eigen reden aangeven (zie figuur 10).
Het scoren werd gedaan aan de hand van een schaal van 0 tot 10, waarbij 10 heel belangrijk was en 0 totaal onbelangrijk. Indien een reden voor hen niet van toepassing was, konden ze dit ook aangeven.
Nadat ze alle individuele redenen van consulteren gescoord hadden, werd hen ook gevraagd de allerbelangrijkste reden aanduiden (zie figuur 11).
Er waren 3 personen die een persoonlijke reden van consulteren aangaven.
Deze reden van consulteren was:

- omdat mijn kind last heeft
- omdat mijn kind zelf ongerust is
- om de last voor mijn kind te beperken.

Figuur 10: Reden van consulteren met een kind met vlekjes



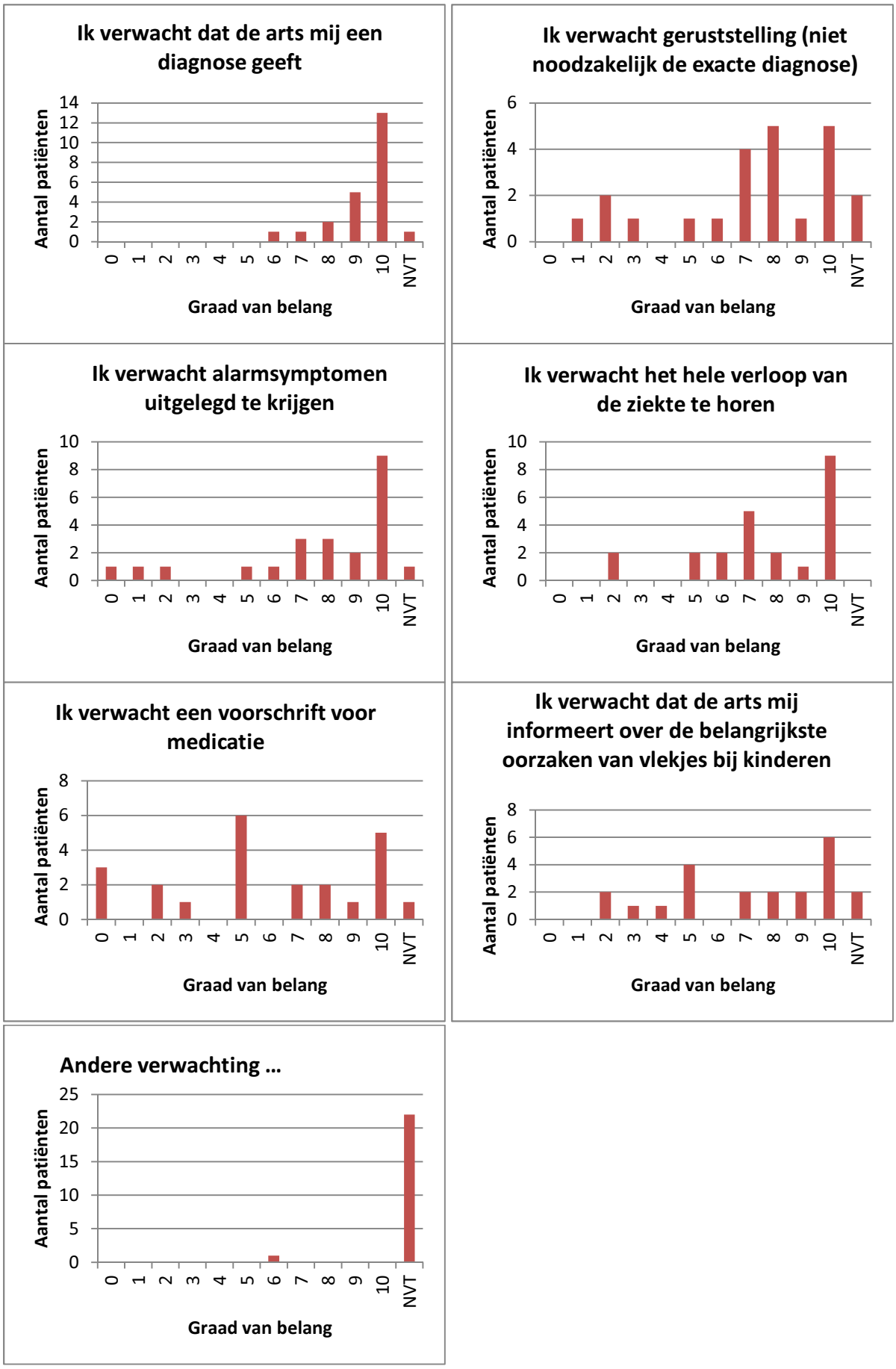
Figuur 11: Belangrijkste reden van consulteren met een kind met vlekjes



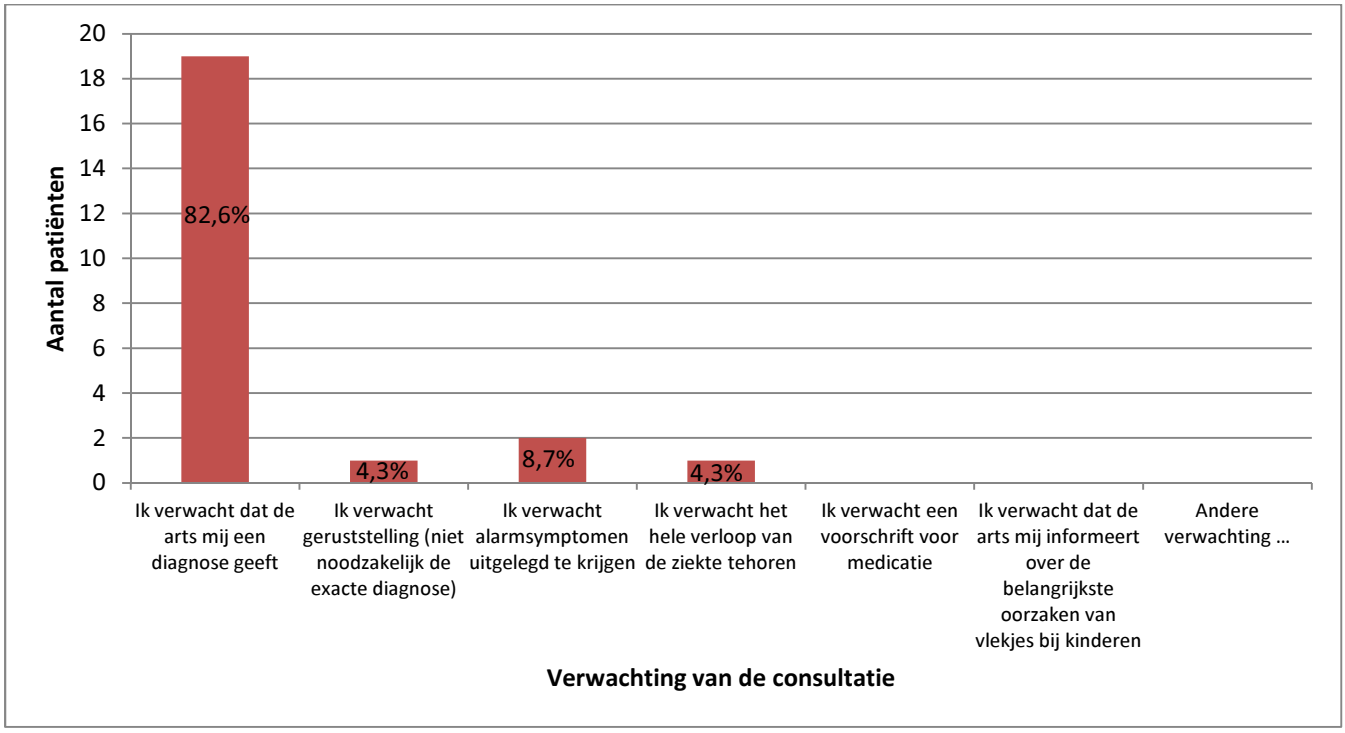
Uit deze figuur 11 blijkt dat de belangrijkste reden van consulteren voor de ouders de diagnosestelling is. 61% vindt de diagnose het belangrijkste. 13% vindt de ongerustheid de belangrijkste reden, 13% vindt hun eigen persoonlijke reden de belangrijkste. Een klein deel vindt informatie over de ziekte het belangrijkste (8.7%) en een enkeling komt vooral omdat ze gestuurd zijn door anderen (4.3%).

Naast de reden van consulteren, is ook de verwachting ten opzichte van de raadpleging belangrijk (zie figuur 12). Ook voor deze vraag moesten de ouders verschillende mogelijke verwachtingen scoren van 0 tot 10 (een score van 10 staat terug voor heel belangrijk, 0 is helemaal onbelangrijk).
Er bestond weer de mogelijkheid om een eigen verwachting te noteren en op het einde dienden de ouders ook hun allerbelangrijkste verwachting t.o.v. de consultatie aan te duiden (zie figuur 13).
Er was 1 persoon die een andere eigen verwachting aangaf, namelijk die persoon verwachtte dat de arts kon uitleggen hoe de ziekte kon voorkomen worden.

Figuur 12: Verwachtingen t.o.v. de consultatie met een kind met vlekjes



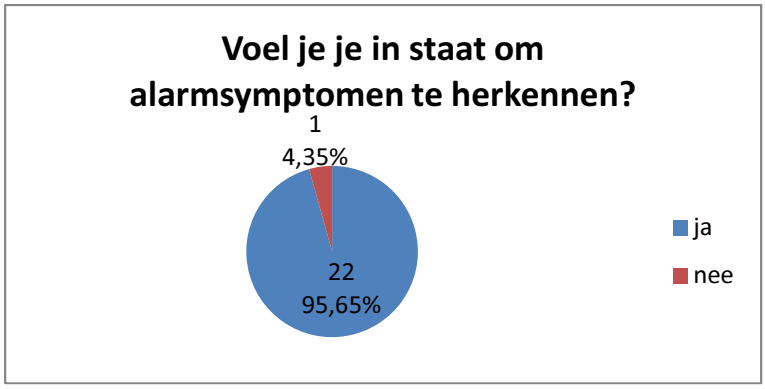
Figuur 13: Belangrijkste verwachting van de consultatie bij een arts o.w.v. een kind met vlekjes



Uit deze figuur 13 blijkt dat de overgrote meerderheid het meeste belang hecht aan de verwachting dat de arts de diagnose stelt (82.6%). Een kleine minderheid van 8,7% verwacht vooral alarmsymptomen en nog een paar enkelingen (telkens 4.3%) geven geruststelling of het hele ziekteverloop uitgelegd te krijgen aan als hun belangrijkste verwachting.

Tot slot werd er aan de ouders gevraagd na de consultatie of ze voldoende informatie kregen over de aandoening van hun kind. Iedereen antwoordde hier positief op. Op de vraag of ze alarmsymptomen i.k.v. vlekjes konden herkennen, antwoordde 95.7% positief (zie figuur 14)

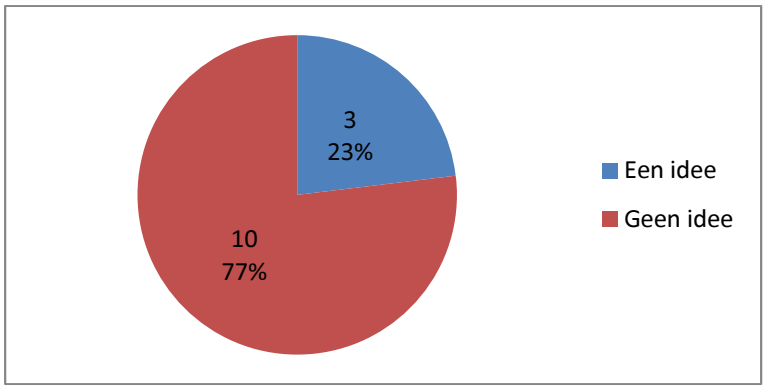
Figuur 14: Alarmsymptomen herkennen



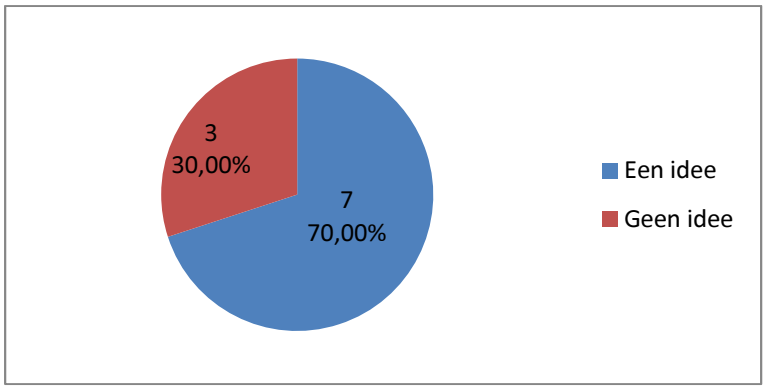
Er werden ook een aantal extra analyses uitgevoerd met de bekomen resultaten van de enquêtes.
Er werd eerst gekeken of ongerustheid invloed heeft op het al dan niet een idee hebben van de oorzaak van de vlekjes. Van alle personen die ongerust waren, had 23% een idee i.v.m. de oorzaak van de vlekjes. Hiertegenover stond dat 70% van de mensen die niet ongerust waren een idee

hadden van de oorzaak van de vlekjes. Hieruit blijkt dus dat patiënten die niet ongerust waren, vaker een idee hadden van de oorzaak van de vlekjes (zie figuur 15 en 16).

Figuur 15: Van de ongeruste patiënten, hoeveel hebben er een idee over de oorzaak van de vlekjes?

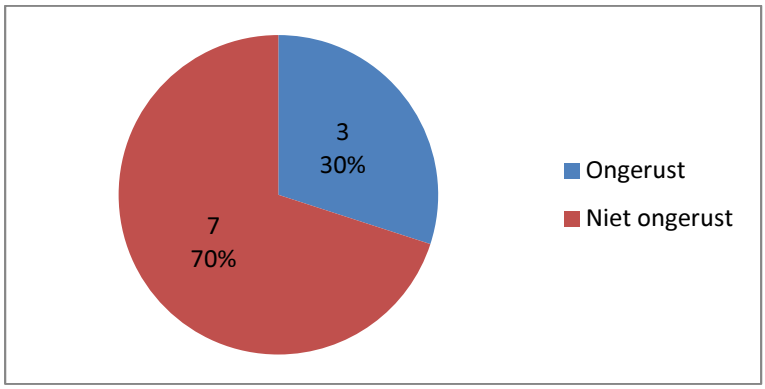


Figuur 16: Van de NIET ongeruste patiënten, hoeveel hebben er een idee over de oorzaak van de vlekjes?

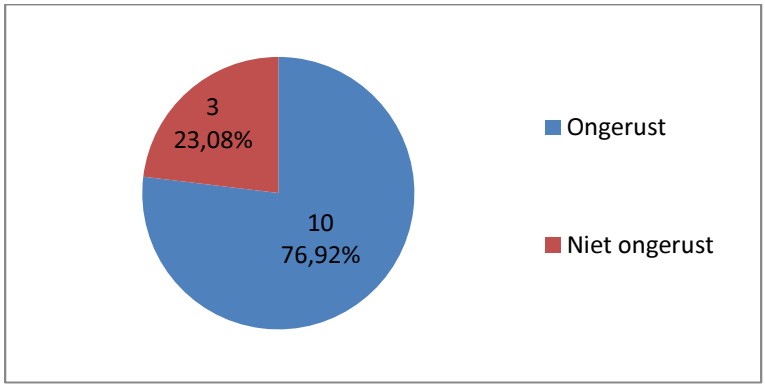


Omgekeerd zie je ook dat mensen die een idee hebben over de oorzaak van de vlekjes minder ongerust zijn dan degenen die geen idee hebben over de oorzaak van de vlekjes (zie figuur 17 en 18). Van de patiënten die een oorzaak vermoeden is er 30% ongerust ten opzichte van bijna 77% van de patiënten die geen oorzaak vermoeden die ongerust zijn.

Figuur 17: Van de patiënten die een vermoeden hebben van de diagnose, hoeveel zijn er ongerust?

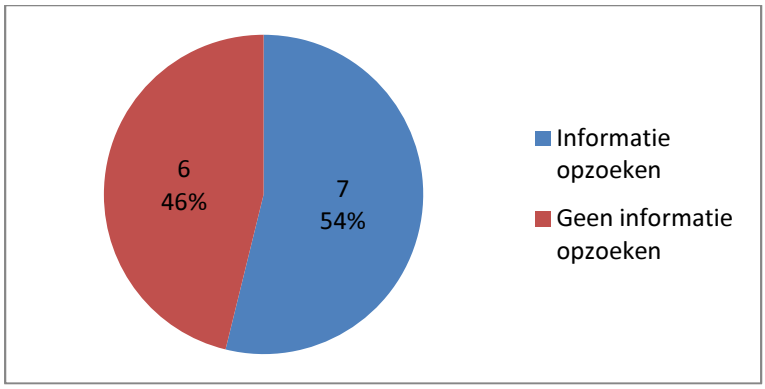


Figuur 18: Van de patiënten die geen vermoeden hebben van de diagnose, hoeveel zijn er ongerust?

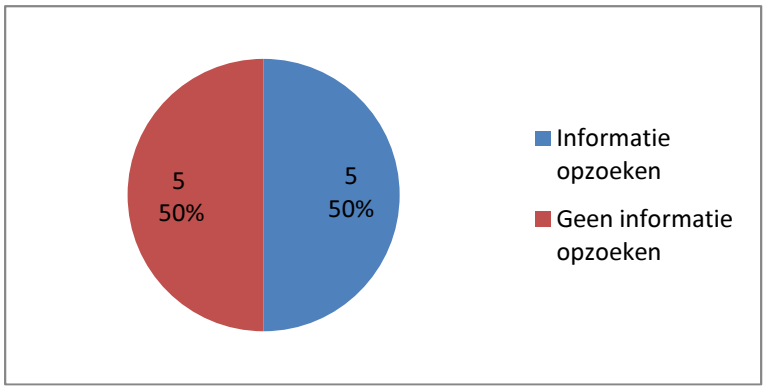


Het verschil in al dan niet informatie opzoeken tussen patiënten die ongerust zijn en patiënten die niet ongerust zijn, is bijzonder klein. Ongeruste patiënten zoeken iets meer informatie op dan niet ongeruste patiënten.
Bij de ongeruste patiënten zoekt er een kleine meerderheid informatie op. Bij de niet-ongeruste patiënten zoekt 50% informatie op en 50% doet dit niet (zie figuur 19 en 20).

Figuur 19: Van de ongeruste patiënten, hoeveel zoeken er informatie op?

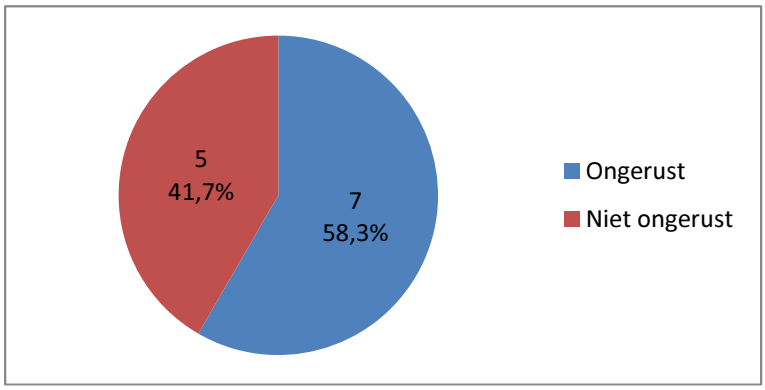


Figuur 20: Van de niet ongeruste patiënten, hoeveel zoeken er informatie op?

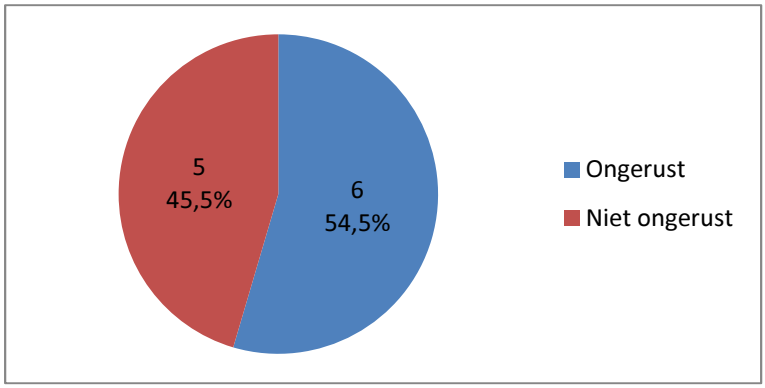


Omgekeerd blijkt uit dit onderzoek dat informatie opzoeken geen invloed heeft op het al dan niet ongerust zijn bij deze patiëntengroep. Uit onderstaande figuren 21 en 22 blijkt dat zowel bij de groep die informatie opzoekt als bij de groep die geen informatie opzoekt, een kleine meerderheid ongerust is over de vlekjes.

Figuur 21: Van de patiënten die informatie opzoeken, hoeveel zijn er ongerust?

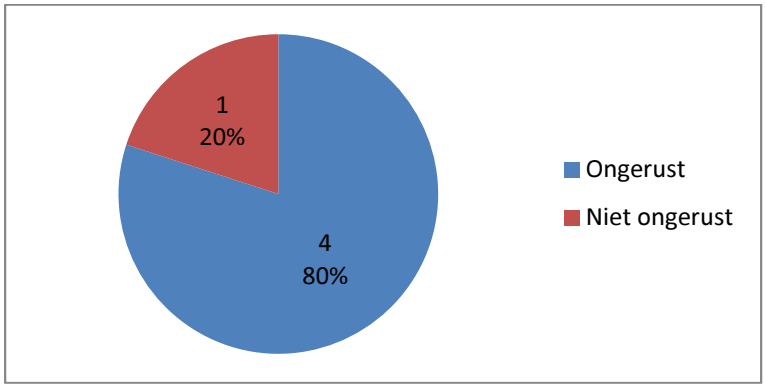


Figuur 22: Van de patiënten die geen informatie opzoeken, hoeveel zijn er ongerust?

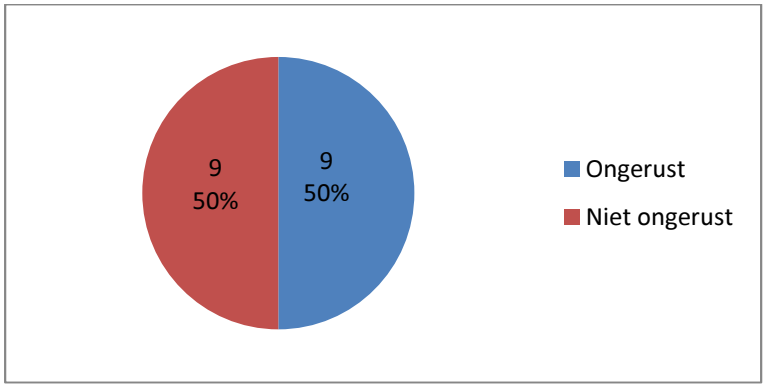


Uit de studie blijkt dat ouders met een enig kind vaker ongerust zijn dan ouders van meerdere kinderen (zie figuur 23 en 24). Bij de ondervraagden was 80% van de ouders die maar 1 kind hadden ongerust versus 50% van de ouders die al meerdere kinderen hadden.

Figuur 23: Ouders van een enig kind, hoeveel zijn er ongerust?

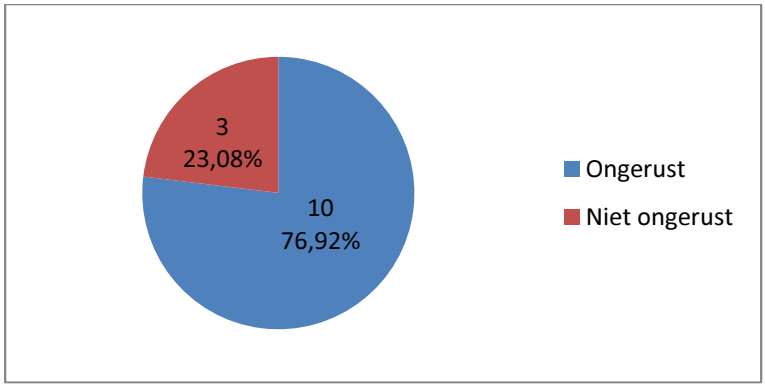


Figuur 24: Ouders van meerdere kinderen, hoeveel zijn er ongerust?

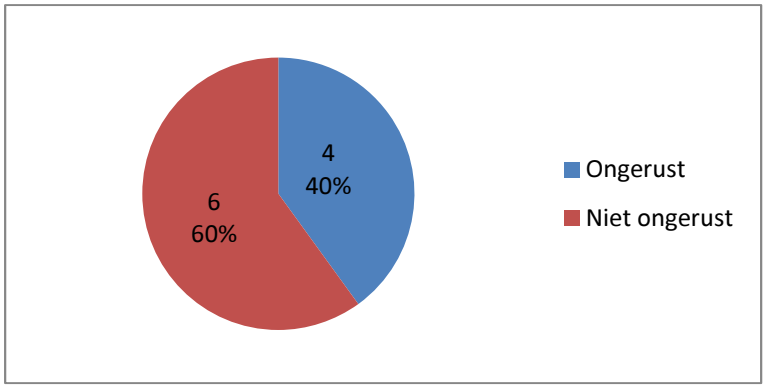


Ouders zijn vaker ongerust wanneer de vlekjes voorkomen bij een kind jonger dan 3 jaar dan wanneer het gaat om een ouder kind (zie figuur 25 en 26). Uit dit onderzoek bleek dat bijna 77% van de ouders ongerust is wanneer het gaat om een kind jonger dan 3 jaar. Indien het kind ouder is dan 3 jaar bleek maar 40% van de ouders ongerust te zijn.

Figuur 25: Vlekjes bij kind jonger dan 3 jaar en ongerustheid bij de ouders



Figuur 26: Vlekjes bij kind ouder dan 3 jaar en ongerustheid bij de ouders



4.4 Discussie

Ondanks het feit dat de studie beperkt is in grootte, zijn er toch enkele duidelijke resultaten te bespreken.

De allerbelangrijkste reden van consulteren volgens de ouders, is het te weten komen van de diagnose. Bijna 2/3de van de ouders stipt de diagnose aan als belangrijkste reden van consultatie.
Het is zeker niet zo dat ouders allemaal al een idee hebben wat de oorzaak kan zijn, in tegendeel heeft zelfs minder dan de helft maar een idee. Van degene die een idee hebben is dan nog eens een kleine helft helemaal niet zeker.
Het is opvallend dat de ouders het helemaal niet eens zijn als het gaat over het bekomen van een voorschrift voor medicatie. Sommige vinden dit belangrijk, andere totaal onbelangrijk. Ze geven aan dat ze dit alleen maar wensen indien nodig en indien dit nodig is, vinden ze het wel belangrijk.
Ook ongerustheid, als belangrijkste reden voor consulteren, wordt heel wisselend gescoord. Dit is echter in de lijn van de verwachtingen als je ziet dat de ouders ook heel wisselend antwoorden op de vraag of ze ongerust zijn. Een kleine meerderheid van de ouders geeft aan zich toch zorgen te maken over de vlekjes.

Een ander belangrijk besluit is dat een overtuigende meerderheid van ouders verwacht dat ze van de arts de diagnose te horen krijgen. Informatie over alarmsymptomen van vlekjes en uitleg over het verloop van de ziekte krijgen, wordt individueel ook als een belangrijk item gescoord maar zeker niet zo belangrijk als de diagnosestelling.
Opvallend hierbij is dat veel ouders geruststelling en informatie over andere oorzaken van vlekjes wel belangrijk vinden maar dat er even goed een groot aantal ouders zijn die dit niet zo belangrijk vinden en hieraan een lage waarde toekennen.
Er kan vermoed worden dat ouders geruststelling minder hoog gewaardeerd hebben omdat ze een diagnose belangrijker vinden. Ouders willen weten wat er aan de hand is, vooraleer ze echt gerust kunnen zijn. Je kan besluiten dat ouders niet gerustgesteld zijn vooraleer ze een naam te horen krijgen over de vlekjes.

Het is ook waard te vermelden dat het al dan niet opzoeken van informatie eigenlijk weinig invloed heeft op de ongerustheid van de ouders. Ongeruste patiënten zoeken niet meer informatie op dan niet ongeruste patiënten. Door informatie op te zoeken worden de ouders ook niet minder ongerust.
Wel is het zo dat je door een idee te hebben wat de oorzaak kan zijn, minder ongerust bent als ouder.
Een kleine meerderheid zoekt wel informatie op, maar gebruiken hier het hele internet voor (via zoekmachines zoals google).
Als reden om geen informatie op te zoeken, wordt gegeven dat ouders liever deskundig advies hebben. Zelf verkregen informatie maakt hen soms nog meer ongerust.
Een mogelijke reden waarom de ouders niet minder ongerust worden als ze informatie opzoeken is misschien omdat ze niet weten waar te zoeken en als ze dan informatie gevonden hebben, ze niet weten welke informatie juist is.

Als grote conclusie uit dit praktijkonderzoek kunnen we dus halen dat ouders voor de consultatie aangaven dat een diagnosestelling de belangrijkste reden van consulteren is en dat dit dan ook voor hen veruit de allerbelangrijkste verwachting is t.o.v. de consultatie met een kind met vlekjes.
Ouders blijven toch nog vaak ongerust als ze een vlekje zien bij hun kind, zeker wanneer het gaat om een kind jonger dan 3 jaar. Ze hebben vaak geen idee wat de oorzaak kan zijn. Iets meer dan de helft zoekt informatie op, maar doet dit niet echt op een georganiseerde manier waardoor deze informatie niet altijd tot geruststelling leidt.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is dat de studie vrij klein is waardoor het moeilijk is om veel gewicht aan de bekomen resultaten te geven. Ondanks dat de studie over een periode van 6 maanden heeft gelopen, zijn er toch maar 23 ingevulde enquêtes bekomen.
Een mogelijke oorzaak is dat de vragenlijst voor de consultatie diende ingevuld te worden.
Vlekjes zijn vaak niet de aanmeldingsklacht bij een consultatie waardoor niet alle patiëntjes die met vlekjes kwamen, konden geïncludeerd worden. Hierdoor zijn er voor verschillende kinderen die toch ook een huiduitslag hadden, geen vragenlijsten ingevuld.

Anderzijds is het feit dat de vragenlijst voor de consultatie ingevuld werd een sterk punt van de studie. Dit voorkomt een groot deel van de bias omdat verwachtingen van de patiënt gekleurd worden door een vroegere ervaring zoals in de literatuur beschreven staat (zie literatuur verwachtingen i.v.m. consultatie).
Patiënten konden ook mogelijks beïnvloed worden door vroegere contacten met de huisarts, maar omdat de vragenlijst echt specifiek over de huidige consultatie met vlekjes ging, wordt de kans toch kleiner.
Indien de vragenlijst ingevuld zou worden nadat de consultatie afgelopen is, dan zouden de ouders mogelijks beïnvloed zijn door de manier waarop de arts de huidige consultatie gevoerd heeft.

Ondanks dat de grootte van de studie beperkt is, is de groep van patiënten wel heel verscheiden. Het gaat om kinderen van allerlei leeftijden en om kinderen vanuit verschillende groottes van gezinnen, zowel enig kind als grotere gezinnen met jongere of oudere broers of zussen.

Er werd in deze studie geen peiling gedaan naar de socio-economische en culturele achtergrond van de studiepopulatie. De studie werd uitgevoerd in een landelijk gebied niet ver van de stad Leuven. De patiëntenpopulatie bestaat grotendeels uit hoger opgeleide mensen waardoor deze studie mogelijks andere resultaten oplevert dan wanneer zij in een grootstad met patiënten met een grotere diversiteit en culturele achtergrond zou uitgevoerd worden.

Er kan dus geconcludeerd worden dat deze studie zijn sterke en zwakkere kanten heeft. Er kunnen voorzichtig enkele conclusies gemaakt worden maar er dient groter en meer verspreid onderzoek te gebeuren om met meer zekerheid sterke conclusies te kunnen maken.

5 Veldonderzoek in de huisartsenkring

5.1 Inleiding

Naast het onderzoeken van de drijfveren van de ouders om met een kind met vlekjes te komen consulteren, is het ook interessant om te weten wat de arts hierbij denkt en hoe hij handelt.
Het doel is het achterhalen van hun ervaring met vlekjes, hun manier van consultatie voeren bij deze specifieke klacht en hun idee over wat de ouders aangeven als reden van consulteren.
Hoe pakt een arts deze consultatie aan? Hoe voelt een arts zich hierbij? Wat denkt de arts dat een ouder verwacht? Speelt hij of zij hierop in?

5.2 Methode

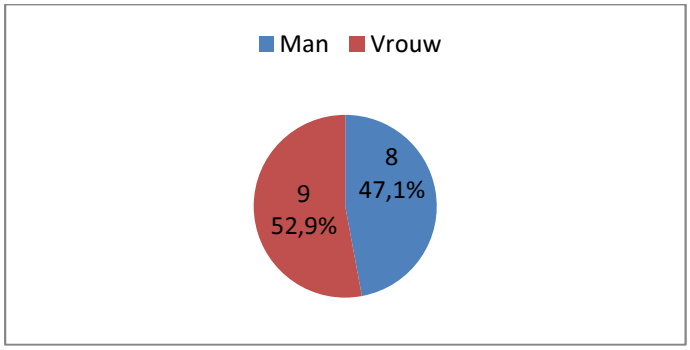
Er werd een korte enquête opgesteld voor de collega huisartsen uit de wachtkring (West - Hageland zone A en B). Deze enquête werd elektronisch opgesteld op de website van thesistools (37). Via de mailinglijst van de wachtkring werd de enquête verstuurd naar de andere 41 huisartsen uit de 2 delen van de wachtkring in de maand oktober 2012. Deze enquête werd twee maal met een tussentijd van 14 dagen verstuurd naar die 41 huisartsen.
Er werden uiteindelijk 17 enquêtes online ingevuld.

In bijlage: zie bijlage 5 voor de volledige enquête voor de huisartsen.

5.3 Resultaat

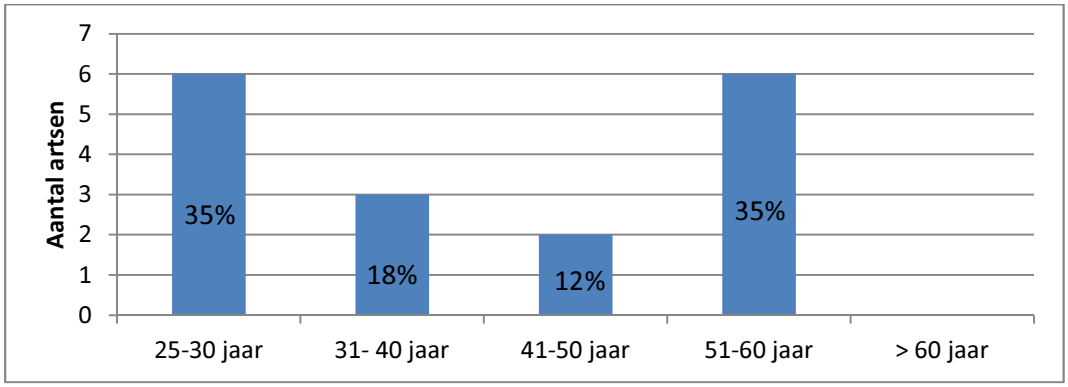
Deze 17 enquêtes werden ingevuld door ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijk huisartsen (zie figuur 27).

Figuur 27: Verhouding mannelijke/vrouwelijke artsen



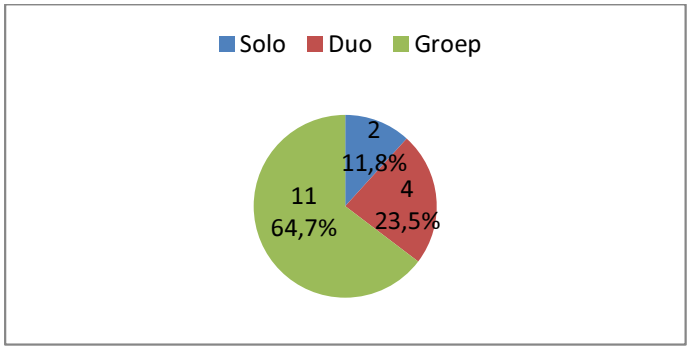
De leeftijd van deze artsen is heel wisselend met een duidelijke piek bij de leeftijdsgroep van 25 tot 30 jaar en 51 tot 60 jaar. Binnen deze groepen zijn telkens 35% van de artsen in te delen (zie figuur 28).

Figuur 28 : Leeftijdsverdeling artsen



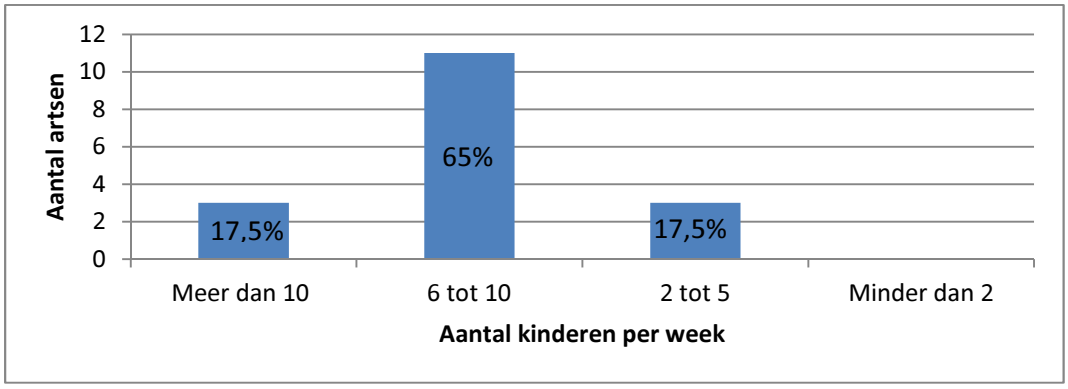
De grote meerderheid van de artsen is werkzaam in een groepspraktijk (bijna 65%) (zie figuur 29).

Figuur 29: Praktijkindeling



Er werd ook gevraagd hoeveel kinderen jonger dan 12 jaar de artsen ongeveer per week zagen. Meer dan 82% van de artsen ziet meer dan 6 kinderen per week (zie figuur 30).

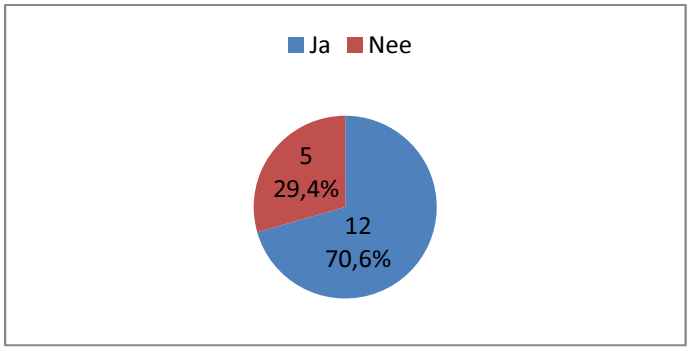
Figuur 30: Aantal kinderen jonger dan 12 jaar dat een arts per week ziet



Artsen dienden ook aan te geven of ze zich vertrouwd voelden met huidaandoeningen bij kinderen. 70% gaf aan zich vertrouwd te voelen (zie figuur 31).
Ze konden zelf aangeven waarom ze een positief of negatief antwoord gaven. Als belangrijkste reden om zich vertrouwd te voelen bij huidaandoeningen, gaf men aan dat huidaandoeningen frequent zijn in de huisartsenpraktijk. Enkele zeiden ook dat ze ervaring hebben opgebouwd en dit hen vertrouwen geeft.

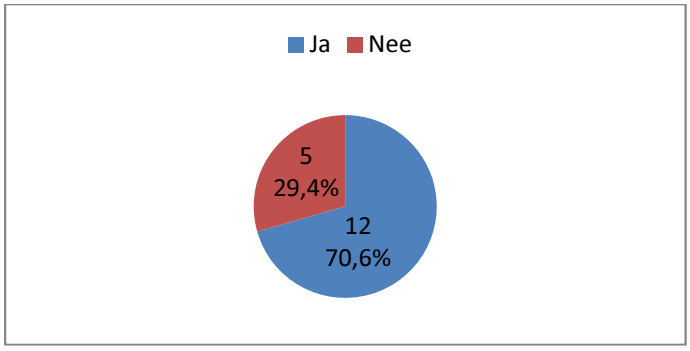
Hiertegenover is de frequentste reden om zich niet vertrouwd te voelen, het feit dat huidaandoeningen minder frequent worden en dat differentiatie moeilijk is door de grote verscheidenheid van mogelijke diagnoses.

Figuur 31: Voelt u zich vertrouwd met huidaandoeningen bij kinderen?



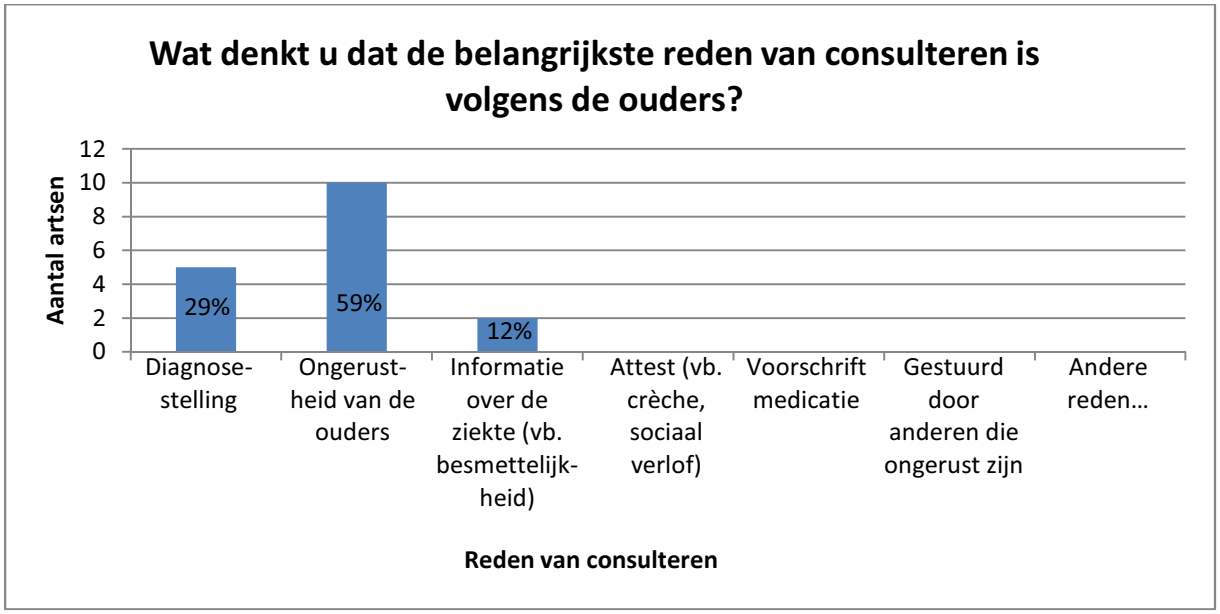
Uit de enquête bleek ook dat de meesten (70%) van de artsen een bijscholing over dermatologie gevolgd heeft de voorbij 10 jaar (zie figuur 32).
Er werd dan ook gekeken of het volgen van een bijscholing invloed had op het zich al dan niet vertrouwd voelen met vlekjes bij kinderen. Ook omgekeerd werd er onderzocht of mensen die zich minder vertrouwd voelen meer een bijscholing gaan volgen. De resultaten hiervan brachten echter niets bij.

Figuur 32: Heeft u de laatste 10 jaar een bijscholing i.v.m. dermatologie gevolgd?



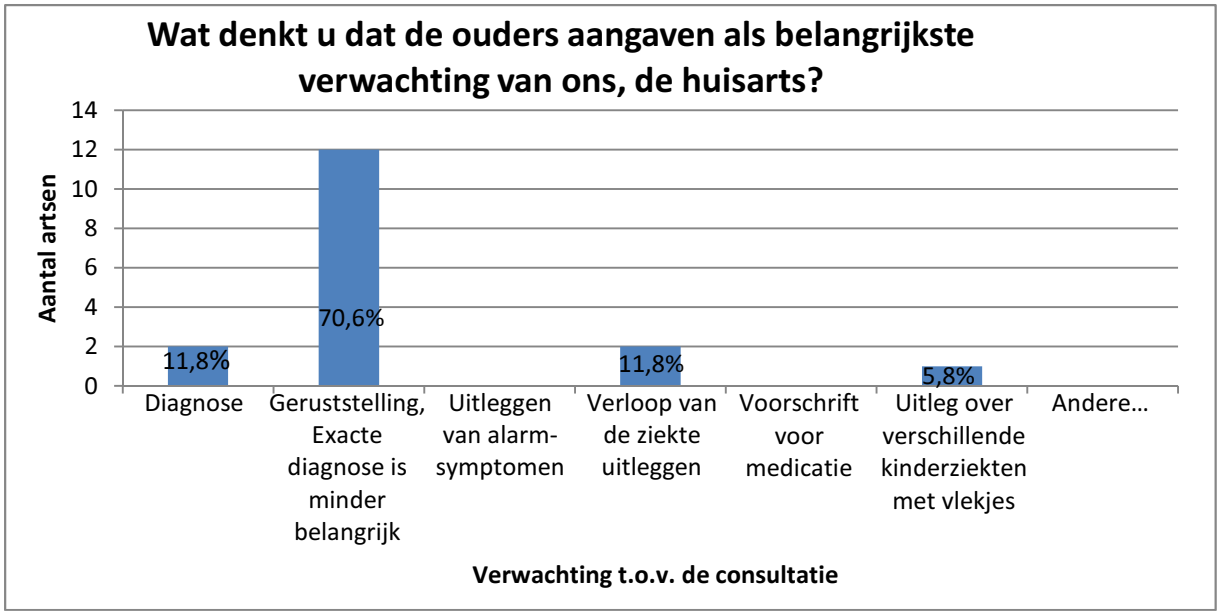
Aan de artsen werd gevraagd in te schatten wat de ouders van kinderen met vlekjes denken.
Eerst moesten zijn aanduiden wat de ouders geantwoord hadden op de vraag wat de belangrijkste reden van consulteren is (zie figuur 33).
De meerderheid van de artsen , namelijk 59%, denkt dat ongerustheid van de ouders de belangrijkste reden van consulteren is. 29% denkt dat het te weten komen van de diagnose de belangrijkste reden is en 12% denkt dat informatie inwinnen over de ziekte de belangrijkste drijfveer tot consulteren is.

Figuur 33: Belangrijkste reden van consulteren dat de ouders aangaven volgens de artsen



Nadien moesten de artsen ook inschatten wat de ouders als belangrijkste verwachting hadden aangegeven (zie figuur 34).
Hierbij zei 71% van de artsen dat ouders vooral verwachten gerustgesteld te worden. Deze geruststelling is belangrijker dan de exacte diagnose. Een paar minderheden gaven diagnose, verloop van de ziekte of uitleg over andere vlekjesziekten aan als belangrijkste verwachting.

Figuur 34: Belangrijkste verwachting t.o.v. de consultatie dat de ouders aangaven volgens de artsen



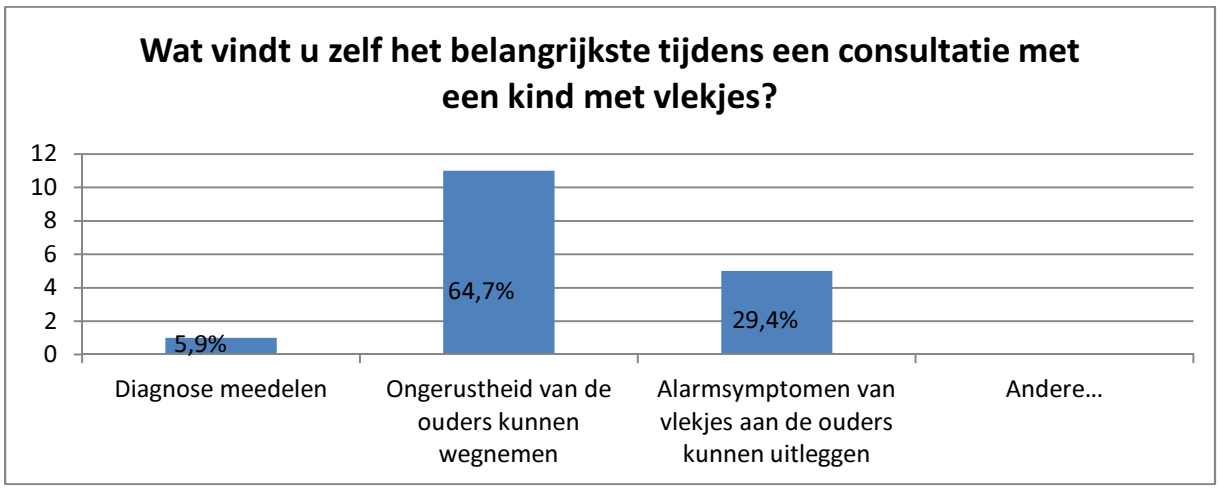
Bijna alle artsen op één uitzondering na, geven de ouders mondelinge informatie over de vlekjes mee naar huis (zie figuur 35).

Figuur 35: Vorm van informatie verstrekken



De meeste artsen, namelijk bijna 65%, vinden het zelf het belangrijkste om de ongerustheid van de ouders weg te nemen tijdens een consultatie met een kind met vlekjes (zie figuur 36). Ook het uitleggen van alarmsymptomen wordt als een belangrijke taak aanschouwd, 29% van de artsen vindt dit hun allerbelangrijkste taak tijdens deze consultatie.

Figuur 36: Wat vinden de artsen het belangrijkste tijdens een consultatie i.v.m. vlekjes bij een kind?



Tenslotte werd er nog gevraagd aan de artsen of er in de praktijk gewerkt werd met een dermatoscoop. Er was geen enkele arts die dit instrument gebruikte bij de beoordeling van vlekjes.

5.4 Discussie

Uit deze resultaten kunnen we voorzichtig enkele belangrijke conclusies trekken. Deze conclusies moeten echter wat gerelativeerd worden omdat ook hier de studiegrootte heel beperkt is.

Het blijkt uit de studie dat de meeste huisartsen zich wel vertrouwd voelen wanneer ze een kind op de consultatie zien met een huidaandoening. Er werd geprobeerd te kijken of oudere artsen meer vertrouwd zijn met deze problematiek maar doordat de studie te klein is, gaf dit geen bruikbare resultaten.
Sommige artsen vinden vlekjes een frequente klacht binnen hun praktijk en geven dit dan ook aan als reden om zich vertrouwd te voelen. Andere artsen vinden echter dat de frequentie afneemt en voelen zich daarom ook minder vertrouwd. Dus de frequentie wordt in deze populatie artsen al heel verschillend ingeschat. Het zijn vooral de jongere artsen die vinden dat vlekjes weinig frequent zijn.

De meerderheid van de artsen volgt wel bijscholingen in het vakgebied van dermatologie. De populatie is echter ook hier weer te klein om een invloed van deze bijscholingen op het al dan niet vertrouwd zijn met vlekjes te ontdekken.

Eén van de belangrijkste bevindingen van deze studie is het feit dat volgens de huisarts, ouders vooral komen consulteren met hun kind om gerustgesteld te worden. De reden om te komen consulteren is volgens de artsen vooral de ongerustheid bij de ouders en in mindere mate van belang ook de diagnosestelling.
Ouders verwachten volgens de overgrote meerderheid van de artsen dan ook dat wij hen geruststellen. De exacte diagnose hierbij weten en doorgeven is van minder belang.

Huisartsen spelen goed in op deze reden van consulteren en verwachting die de ouders volgens hen hebben. Zij geven aan dat ze het zelf het allerbelangrijkste vinden om bij ouders de ongerustheid te kunnen wegnemen. Alarmsymptomen uitleggen aan de ouders is ook een belangrijke opdracht van de huisarts.
Artsen geven deze geruststellende uitleg over vlekjes, advies over ernstige aandoeningen en alarmsignalen mondeling. Slechts heel uitzonderlijk wordt er verwezen naar de website van Kind & Gezin (36).

De sterkte van deze studie zit in het feit dat ze uitgevoerd werd bij een representatieve populatie van huisartsen. Er werden ongeveer evenveel mannelijke als vrouwelijke huisartsen ondervraagd en ook de leeftijden vertonen een mooie variatie.
De meeste huisartsen waren werkzaam in duo- en groepspraktijk maar er waren ook enkele solo-artsen bij.
De studie is echter te klein om belangrijke besluiten te kunnen maken. Doordat sommige vragen echter heel één duidig werden beantwoord, denken we dat deze antwoorden zeker richtinggevend zijn en dient hiermee toch rekening gehouden worden.
Verder onderzoek op grotere schaal is zeker nodig!

6 Algemene discussie

Er bestaan tal van bronnen i.v.m. huidaandoeningen bij kinderen. In de wetenschappelijke literatuur vind je vele resultaten bij een zoekopdracht naar exantheem. De gegevens en ziektebeelden die besproken worden, worden op verschillende manieren gekozen en gebundeld.

Het grote voordeel van deze studie is dat ze door gebruik te maken van de Intego databank heel gericht de meest frequente aandoeningen uit Vlaanderen gedurende de periode 2008-2010 bespreekt. Hierdoor is de lijst up to date en representatief voor de Vlaamse huisartsenpraktijk.
Een grote informatiesite voor ouders, namelijk de website van Kind & Gezin (36), heeft bij het onderdeel gezondheid en vaccineren, subtitel ziekten, een hele lijst met vaak voorkomende ziekten bij kinderen beschreven. Hierbij staan ook allerhande ziekten die gepaard gaan met vlekjes. Ook polio, mazelen en rode hond, de welke in België bijna niet meer voorkomen o.w.v. vaccinatie, staan hierbij beschreven. Als er gekeken wordt of alle vlekjes uit de top 10 van de zoektocht uit de Intego databank in de lijst van Kind & Gezin staan, moeten we opmerken dat urticaria, insectenbeten en allergisch eczeem niet beschreven staan. Als je verder zoekt op de website, vind je wel informatie over insecten en over huidaandoeningen, onder andere ook eczeem terug.
Natuurlijk is de website van Kind & Gezin gericht op ouders en het overzicht in deze studie is gericht op hulpverleners.
Het zou echter misschien wel nuttig zijn, om voor ouders ook een handig overzicht te hebben met de meest frequente oorzaken van vlekjes bij hun kinderen op een rijtje. Hierbij kan dan ook de voor hen meest noodzakelijke informatie kort en eenvoudig uitgelegd worden. De website van Kind & Gezin komt hierbij dicht in de buurt, maar een onderdeel alleen met vlekjes en dan ook de alarmsymptomen mooi in een lijstje, zou mogelijks nog een verbetering kunnen opleveren.

Er is over het algemeen heel weinig geweten over verwachtingen die patiënten hebben i.v.m. de consultatie. Er is weinig onderzoek naar gebeurd en het onderzoek dat er dan gedaan is, heeft veel beperkingen.
Wel is duidelijk dat de arts vaak een verkeerd beeld heeft van de verwachtingen van de patiënt. Deze verwachtingen worden vaak foutief ingeschat, wat kan leiden tot frustraties bij de patiënt en dan nadien ook bij de arts.
Het juist inschatten van de verwachtingen is niet altijd even evident. Het bevragen van de ICE in iedere consultatie is een stap in de juiste richting.

Uit dit onderzoek blijkt dat de artsen een ander idee hebben van de verwachtingen bij een consultatie met een kind met vlekjes dan de patiënt.
Artsen denken dat geruststellen voldoende is, dat ouders vooral ongerust zijn. Maar ouders verwachten meer dan alleen een geruststelling.
Ouders verwachten dat een arts een diagnose kan stellen en dus een etiket kleeft op de huiduitslag van hun kind. Dit is voor de ouders de belangrijkste reden van consulteren en hun belangrijkste verwachting naar de arts toe.
In de huidige maatschappij waarin alles geïnformatiseerd is, hebben ouders vlot toegang tot tal van informatiebronnen. Vermoedelijk zijn deze echter niet altijd even juist en waarheidsgetrouw waardoor ouders soms ook meer ongerust worden nadat ze informatie opgezocht hebben.

Mogelijks speelt ook het feit dat de gezinnen kleiner worden een rol in de ongerustheid van de ouders. Ouders worden minder met huidaandoeningen geconfronteerd, waardoor ze minder ervaring hebben.

Ondanks de grote beperking van heel dit onderzoek, namelijk dat de studiepopulatie klein was, is er dus toch een duidelijke conclusie te trekken.
Artsen hebben een heel ander idee dan ouders als het op de consultatie met een kind met vlekjes aankomt. Artsen stellen gerust en bij dit geruststellen hoeft geen exacte diagnose gegeven worden.
Ouders komen echter naar de consultatie om een diagnose te horen te krijgen en verwachten dan ook van de arts dat hij hen deze aanreikt.

Deze conclusie is zeker een interessant besluit voor dit onderzoek. Maar verder, groter en meer verspreid onderzoek is nodig om dit besluit te bevestigen en te vergelijken bij meer patiënten, met mogelijks ook meer verschillende socio-economische en culturele achtergronden.
Ook in de literatuur is er nog veel mogelijk om verder onderzoek te verrichten naar algemene verwachtingen van een patiënt in de eerste lijn.
Een eerste stap is gezet, maar er zijn nog vele mogelijke paden te bewandelen!

7 Besluit en aanbevelingen

Na deze literatuurstudie te hebben verricht, het praktijkonderzoek te hebben gevoerd en de gegevens te hebben verwerkt, zijn er enkele aanbevelingen voor de huisarts te noteren.

- Het is vooreerst heel belangrijk om tijdens elke consultatie een gemoedelijke sfeer te creëren. Een patiënt dient zich op zijn gemak te voelen. Zo niet gaan er bepaalde zaken of klachten niet of onvoldoende besproken worden. Dit kan leiden tot slechte of gevaarlijke geneeskunde.
- Om de consultatie vlot te laten verlopen en kwaliteitsvol te laten zijn, dient er steeds gepeild te worden naar de ICE van de patiënt. Elke patiënt komt naar de consultatie met een bepaalde gedachte en bezorgdheid i.v.m. zijn probleem. Een patiënt heeft ook enkele verwachtingen ten aanzien van de consultatie. Door deze goed te bevragen, kan je als arts hierop inspelen. Dit leidt tot meer tevredenheid bij de patiënt en een meer gerichter aanpak bij de arts.
- Uit de literatuur blijkt dat patiënten meer hebben aan een arts die begripvol is en attent dan aan een arts die hen overlaadt met informatie. Een goed evenwicht tussen de twee, maakt een ideale arts.
- Ouders zijn toch nog vaker ongerust dan wij als huisartsen denken, wanneer ze met hun kind met vlekjes op consultatie komen. Zeker wanneer het om een jong kind gaat.
- Sommige ouders hebben wel een idee wat de oorzaak kan zijn, maar dit is zeker niet de grote meerderheid.
- Ouders zoeken ook wel informatie op. Maar de informatiebronnen zijn zo talrijk, dat ze vaak ongeruster worden na hun zoektocht. Juiste bronnen aanreiken tijdens de consultatie, of samen met de ouders hun zoekstrategie naar informatie over ziekten bespreken, kan nodeloze ongerustheid in de toekomst voorkomen.
- Ouders komen naar de consultatie met hun kind met vlekjes om een diagnose te horen te krijgen. Hun grootste verwachting is dan ook deze te krijgen van hun arts.
- Huisartsen denken dat ouders vooral voor geruststelling komen. Deze geruststelling is voor artsen niet noodzakelijk gekoppeld aan het stellen van een diagnose.
- De gedachten van de huisarts en van de ouders, in verband met een kind met vlekjes, zijn dus duidelijk nog niet op elkaar afgestemd.
- Het is dus voor een huisarts naast de taak van het geruststellen van de ouders met een kind met vlekjes, de uitdaging om een diagnose mee te kunnen geven. Dat is de grootste reden waarom de ouders komen en de grootste verwachting van ons, de huisarts!

8 Literatuur

[1] Opstelten W, Eekhof JAH, Knuistingh Neven A. Kinderziekten met vlekjes. Ned Tijdschr Geneeskd 2011; 155: 1839-1845.

[2] http://www.intego.be

[3] Glotzbach R, Sillevis Smitt JH, Grundmeijer H. Erythemen. Huisarts en wetenschap 2004; 47(2): 103-107

[4] Ely JW, Seabury Stone M. The Generalized Rash: Part I. Differential Diagnosis. American Family Physician 2010; 81(6): 726-734.

[5] Ely JW, Seabury Stone M. The Generalized Rash: Part II. Diagnostic approach. American Family Physician 2010; 81(6): 735-739.

[6] Eekhof JAH, Knuistingh Neven A, Opstelten W. Kleine kwalen bij kinderen. Tweede druk. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg; 2009.

[7] Ashton R, Leppard B. Differential diagnosis in dermatology. 3th edition. Oxon (UK): Radcliffe publishing; 2005.

[8] http://www.ebm-guidelines.com

[9] http://www.prodigy.clarity.co.uk

[10] Pomerance HH. The usual childhood diseases: forgotten but not gone. Fetal and Pediatric Pathology 2005; 24: 169–189.

[11] Vazquez M. Varicella infections and varicella vaccine in the 21st century. The Pediatric Infectious Disease Journal 2004; 23(9): 871-872.

[12] Arvin AM. Varicella-zoster virus. Clinical Microbiology Reviews 1996; 9(3):361-381.

[13] Heininger U, Seward JF. Varicella. Lancet 2006; 368: 1365-76.

[14] Fölster-Holst R, Kreth HW . Viral exanthems in childhood – infectious (direct) exanthems. Part 2: Other viral exanthems. JDDG 2009; 7: 414–418.

[15] Aertgeerts B. Huidinfecties bij kinderen: enkele lastige diagnoses. Patient Care 2007; 1-7.

[16] Clarke P. Urticaria. Australian Family Physician 2004; 33(7): 501-503.

[17] Huang SW. Acute urticaria in children. Pediatr Neonatol 2009; 50(3): 85-87.

[18] Katelaris CH, Peake JE. 5: Allergy and the skin: eczema and chronic urticaria. MJA 2006; 185(9): 517-522.

[19] Steen CJ, Carbonaro PA, Schwartz RA. Arthropods in dermatology. J Am Acad Dermatol 2004; 50(6): 819-842.

[20] Elewski BE. Cutaneous mycoses in children. British Journal of Dermatology 1996; 134(46): 7-11.

[21] Caserta MT, Mock DJ, Dewhurst S. Human herpesvirus 6. Clinical Infectious Diseases 2001; 33: 829-833.

[22] Koch WC. Fifth (human parvovirus) and sixth (herpesvirus 6) diseases. Current Opinion in Infectious Diseases 2001; 14: 343-356.

[23] Fölster-Holst R, Kreth HW. Viral exanthems in childhood – infectious (direct) exanthems. Part 1: Classic exanthems. JDDG 2009; 7: 309–316.

[24] Lee PW, Elsaie ML, Jacob SE. Allergic contact dermatitis in children: common allergens and treatment:a review. Curr Opin Pediatr 2009; 21:491-498.

[25] Simonsen AB, Deleuran M, Johansen JD, Sommerlund M. Contact allergy and allergic contact dermatitis in children- a review of current data. Contact Dermatitis 2011; 65: 254-265.

[26]Oranje AP, de Groot R. Exanthemen en mucocutane erupties. In: Oranje AP, de Waard- van der Speck FB. Handboek kinderdermatologie. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg; 1996. p. 154- 169.
[27]Wong KC, Kennedy PJ, Lee S. Clinical manifestations and outcomes in 17 cases of Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis. Australasian Journal of Dermatology 1999; 40: 131-134.
[28]Koh MJ, Tay YK. An update on Stevens-Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in children. Current Opinion in Pediatrics 2009; 21: 505-510.
[29]Patel GK, Finlay AY. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome, diagnosis and management. Am J Clin Dermatol 2003; 4(3): 165-175.
[30]Gable EK, Liu G, Morrell DS. Pediatric exanthems. Primary Care 2000; 27(2): 353-369.
[31]Nadel S, Kroll JS. Diagnosis and management of meningococcal disease: the need for centralized care. FEMS Microbiol Rev 2007; 31: 71-83.
[32]Mckinley R, Middleton J. What do patients want from doctors? Content analysis of written patient agendas for the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49: 796-800.
[33]Kenten C, Bowling A, Lambert N, Howe A, Rowe G. A study of patient expectations in a Norfolk general practice. Health Expectations 2010; 13: 273–284.
[34]Zebiene E, Razgauskas E, Basys V, Baubiniene A, Gurevicius R, Padaiga Z, Svab I. Meeting patient's expectations in primary care consultations in Lithuania. International Journal for Quality in Health Care 2004; 16(1): 83–89.
[35]Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patient's ideas, concerns and expectations (ICE) in general practice: Impact on prescribing. Br J Gen Pract 2009; 58: 29–36.
[36]http://www.kindengezin.be
[37]http://www.thesistools.com

9 Bijlagen

9.1 Bijlage 1

Algemene lijst met enerzijds frequente, mogelijks minder ernstige vlekjes, anderzijds een lijst met ernstige, eerder zeldzame oorzaken van vlekjes bij kinderen.

	Frequent/minder ernstig
1	urticaria
2	insectenbeet
3	Lyme
4	folliculitis/furunkel
5	eryhtema infectiosum (5de kinderziekte)
6	exanthema subitum (6de kinderziekte-3dagen koorts)
7	varicella
8	scarlatina
9	hand-voet-mondziekte
10	impetigo
11	miliara
12	erythema toxicum neonatorum
13	acne neonatorum
14	acuut allergisch eczeem/contacteczeem
15	herpes zoster
16	tinea corporis
17	erythemateuze rash/toxisch eryteem (virus/GM)
18	kawasaki
19	erythema multiforme
20	pityriasis rosea
21	keratosis pilaris
22	psoriasis (guttata)
23	viraal erytheem/exantheem
	Ernstig, minder frequent
1	Steven-Johnson Syndroom
2	staphylococcal scalded skin syndrome
3	toxisch epidermal necrolysis
4	meningococcen sepsis / meningitis

9.2 Bijlage 2

Intego gegevens (2008-2010)

	ICD 10	ICPC2		
KINDERZIEKTEN MET VLEKJES				
scarlatina	A38	A78	4,74	0_4jr
erythema infectiosum	B08.3	A76	3,09	0-4jr
exanthema subitum	B08.2	A76	3,54	0-4jr
varicella	B01.9	A72	39,73	0-4jr
VIRALE INFECTIES MET VLEKJES (of onbekende oorzaak, mogeljks viraal)				
hand-voet-mondziekte	B08.4	A76	1,64	0-4jr
virale erytheem	L53.9	S07	GEEN GEGEVENS	
eczema herpetica	B00.0	S71	0,07	0-4jr
pityriasis rosea	L30.5	S99	0,32	0-4jr
VARICELLA ZOSTER- gordelroos	??	??	0,82	0-4jr
kawasaki	M30.3	K99	0,03	5-14jr
BACTERIELE INFECTIES MET VLEKJES				
impetigo	L01.0	S84	9,73	0-4jr
folliculitis	L66.3	S23	1,01	0-4jr
furunkel	L02.9	S10	1,14	0-4jr
meningococcen sepsis/meningitis	A39.4	A78	GEEN GEGEVENS	
staphylococcal scalded skin syndrome	??		GEEN GEGEVENS	
VLEKJES DOOR SCHIMMEL/spirocheet				
tinea corporis	B35.4	S74	5,12	0-4jr
lyme	a69.2	a18	0,25	0-4jr
VLEKJES BIJ PASGEBORENEN, ZELF LIMITEREND				
erythema toxicum neonatorum	P83.1	A94	0,06	0-4jr
miliara	L74.0	S92	0,63	0-4jr
acne neonatorum	L70.4	S96	0,32	0-4jr

VLEKJES IKV ALLERGIE/IDIOPATHISCH/immuunstoornis				
henoch-shonlein purpura	D69.0	B83	GEEN GEGEVENS	
urticaria	l50/9	s98	7,52	0-4jr
insectenbeet	t14,0	s12	5,24	0-4 jr
acuut allergisch eczeem/contacteczeem	L20.8	S87	1,77	0-4jr
psoriasis (guttata)	L40.9	S91	0,19	0-4jr
keratosis pilaris	L11.0	S99	GEEN GEGEVENS	
erythema multiforme	L51.1	S99	0,06	0-4jr
erythemateuze rash/toxisch eryteem (virus/GM)	L53.0	S99	0,06	0-4jr
steven-johnson syndroom	L51.1	S99	GEEN GEGEVENS	
toxisch epidermal necrolysis	L51.2	S99	GEEN GEGEVENS	

9.3 Bijlage 3

Enquête : Consultatie i.v.m. vlekjes bij een kind tot 12 jaar

Gelieve deze vragenlijst zo waarheidsgetrouw mogelijk in te vullen naar aanleiding van de raadpleging i.v.m. vlekjes. De vragen gaan specifiek over deze raadpleging. De resultaten worden geheel anoniem verwerkt.
Alvast bedankt voor uw medewerking!

1) U bent
   a) Mama / Papa b) Oma /Opa c) Andere:……

2) Leeftijd van het kind waarmee u op raadpleging komt?
   a) 0-12 maanden b) 1-3 jaar c) 4-6 jaar d) 7-12 jaar

3) Zijn er nog andere kinderen in het gezin?
   a) Ja, oudere broer/zus b) Ja, jongere broer/zus c) Neen

4) Ben je ongerust over de vlekjes?
   a) Ja b) Neen

5) Heeft u zelf enig idee van de oorzaak van de vlekjes?
   a) Ja b) Neen (ga direct naar vraag 8)

Enkel indien Ja op vraag 5:
6) Hoe zeker bent u? (op een schaal tot 10, waarbij 10 absoluut zeker is en 0 geen idee)
   a) Heel zeker (8-10)
   b) Vrij zeker (6-8)
   c) Vermoeden (2-6)
   d) Enig idee (0-2)

Enkel indien Ja op vraag 5:
7) Waar haalde u de informatie om de oorzaak van de vlekjes te kennen of vermoeden?
   a) Van een arts bij vorig consult o.w.v. dezelfde vlekjes bij dit kind of broer/zus
   b) Eigen kennis of ervaring
   c) Op internet
   d) Van verzorgsters uit de crèche/ juf op school
   e) Van andere ouders (met kindjes met vlekjes)
   f) Van je eigen ouders (grootouders van kindje)
   g) Andere bron, specifieer:……

8) Zoek je als ouder/grootouders soms informatie i.v.m. vlekjes op?
   a) Ja b) Nee

9) Indien ja, waar doe je dit (belangrijkste bron, maar 1 antwoord aanduiden!)?
   a) Op internet algemeen via zoekmachine (vb google)
   b) Op website van Kind en Gezin
   c) Op een anderewebsite……
   d) Ik vraag dit na bij bevriende jonge ouders
   e) Ik vraag dit na bij mijn ouders
   f) In een boek (titel :……)
   g) Andere bron, specifieer:……

10) Indien neen, waarom doe je dit niet (belangrijkste reden, maar 1 antwoord aanduiden!)?
   a) Geen idee waar ik informatie moet zoeken
   b) Teveel informatie te vinden, geen idee wat juist is
   c) Ik word meer ongerust door teveel info/verkeerde informatie
   d) Tijdsgebrek
   e) Heb liever een deskundig advies
   f) Andere reden, specifieer:……

11) **UW** REDEN VAN CONSULTATIE? Hoe belangrijk zijn volgende redenen om te consulteren met je kind met vlekjes.
Geef telkens een punt van 0 tot 10 waarbij 0 totaal onbelangrijk is en 10 héél belangrijk (nvt= niet van toepassing). Onbelangrijk ←→ belangrijk

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
Ik wil weten wat het is (= diagnose)												
Ik ben ongerust (= misschien is het een ernstige ziekte?)												
Ik wil informatie over de ziekte (vb. besmettelijk? Andere klachten?...)												
Ik wil een attest voor de crèche of voor sociaal verlof.												
Ik wil een voorschrift voor medicatie.												
Ik ben gestuurd door anderen omdat zij ongerust zijn (vb. Crèche, familie…)												
Andere reden, specifieer:……												

12) OMCIRKEL uit de bovenstaande redenen voor consultatie de voor jou **ALLERBELANGRIJKSTE** reden?

13) **UW** VERWACHTING VAN DE ARTS? Wat **verwacht je van de arts** tijdens de consultatie o.w.v. vlekjes?
Geef telkens een punt van 0 tot 10 waarbij 0 totaal onbelangrijk is en 10 héél belangrijk (nvt= niet van toepassing). Onbelangrijk ←→ belangrijk

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	nvt
Ik verwacht dat de arts mij kan vertellen wat het is. (= diagnose)												
Ik verwacht dat de arts mij kan geruststellen, ook al weet ik niet precies wat het is (= geen exacte diagnose).												
Ik verwacht dat de arts mij zegt wanneer ik dringend moet terugkomen (= alarmsymptomen uitleggen).												
Ik verwacht dat de arts mij het hele verloop van de ziekte uitlegt.												
Ik verwacht van de arts een voorschrift voor medicatie.												
Ik verwacht dat de arts van deze gelegenheid gebruik maakt om mij als ouder te informeren over de belangrijkste oorzaken van vlekjes bij kinderen.												
Andere reden, specifieer:……												

14) OMCIRKEL uit de bovenstaande opties de voor jou **ALLERBELANGRIJKSTE** verwachting die de arts moet inlossen op de consultatie?

!!!PAS IN TE VULLEN NA DE CONSULTATIE!!!

15) Vind je dat je voldoende informatie kreeg over de vlekjes?
a) Ja b) Nee

16) Voel je je in staat om tekens waarbij je dringend een arts moet raadplegen te herkennen? (= alarmsymptomen)
a) Ja b) Nee

17) Suggesties?
……
……
……
…… BEDANKT VOOR UW MEDEWERKING!

9.4 Bijlage 4

Richtlijn voor collega's en secretaresse in opleidingspraktijk.

Manama Exantheem bij kinderen

Enquête voor de ouders

a) *Wie?*
   Ouders/grootouders/…. met kinderen met huiduitslag van **0 tot 12 jaar**.
b) *Wanneer?*
   Vanaf juli tot december 2012
c) *Wat?*
   Invullen van **enquête VOOR de consultatie** i.v.m. vlekjes. (vraag 1 tot 14 dient voor de consultatie ingevuld te worden, vraag 15 en 16 na de consultatie)
d) *Hoe?*
   Bij het vastleggen van een consultatie vragen of ze toevallig met een huiduitslag komen omdat er in de praktijk een bevraging loopt i.v.m. huiduitslag bij kinderen.
   Indien ze komen met een huiduitslag: vragen of ze 5 tot 10 minuutjes vroeger kunnen komen om een korte vragenlijst in te vullen in de wachtzaal.
   Deze vragenlijst kunnen ze vinden in de kast in de gang in een enveloppe op hun naam of in de VM bij Ingrid (Secretaresse). Ze vullen dan voor de consultatie de vragenlijst in tot en met vraag 14.
   Na de consultatie vullen ze nog twee korte vraagjes in en dan mogen ze de enquête in de brievenbus in de gang posten.

   !!!Praktisch!!!
   Bij vastleggen van afspraken telefonisch niet vergeten te vragen of het i.v.m. een huiduitslag gaat!
   Indien voldoende tijd: online geboekte kindjes opbellen om te vragen of het over een huiduitslag gaat!
   Ook steeds apart formulier informed consent laten tekenen!

9.5 Bijlage 5

Enquête voor collega huisartsen uit wachtkring West-Hageland.

Enquête voor de huisarts: Exantheem bij kinderen

1) U bent
   a) Man b) vrouw

2) Uw leeftijd
   a) 25-30 jr b) 31-40 jr c) 41-50 jr d) 51- 60 jr e) ouder dan 60 jr

3) Uw praktijk
   a) Solo praktijk b) duo praktijk c) Groepspraktijk

4) Aantal kinderen (onder 12 jaar) dat u gemiddeld per week ziet?
   a) Meer dan 10 b) 6-10 c) 2- 5 d) minder dan 2 per week

5) Voelt u zich vertrouwd met huidaandoeningen bij kinderen?
   a) Ja b) nee

Waarom wel / niet?

……..

……..

6) Volgde u in de laatste 10 jaar een bijscholing over dermatologie?
   a) Ja b) nee

7) Wat denkt u dat de **belangrijkste reden** van consulteren is **volgens de ouders**, bij een kind met vlekjes?
   a) Diagnosestelling
   b) Ongerustheid bij de ouders
   c) Informatie over ziekte (bv besmettelijkheid, andere bijkomende klachten…)
   d) Attest (crèche, school, sociaal verlof…)
   e) Voorschrift voor medicatie
   f) Gestuurd door anderen die ongerust zijn
   g) Andere…..

8) Wat denkt u dat **de ouders** aangaven als **belangrijkste verwachting** van ons als arts tijdens de consultatie met een kind met vlekjes?
   a) Een diagnose
   b) Geruststelling, exacte diagnose is minder belangrijk
   c) Uitleggen van alarmsymptomen
   d) Verloop van de ziekte uitleggen
   e) Voorschrift voor medicatie
   f) Uitleg over verschillende kinderziekten met vlekjes
   g) Andere……

9) Onder welke vorm geeft u de ouders extra informatie mee naar huis?
   a) Mondelinge informatie over huidige aandoening
   b) Verwijzing naar website van Kind en Gezin waar uitleg staat over de meest courante kinderziektes en exantheemziekten
   c) Zelfgemaakte folder over kinderziekten
   d) Een reeds bestaande folder over kinderziekten namelijk: ……
   e) Andere ….

10) Wat vindt u zelf **het belangrijkste** tijdens een consultatie met een kind met vlekjes?
   a) Diagnose kunnen meedelen aan de ouders
   b) Hun ongerustheid kunnen wegnemen
   c) Hen alarmsymptomen van vlekjes in het algemeen kunnen uitleggen
   d) Andere:……

11) Gebruikt u een dermatoscoop bij de beoordeling van vlekjes?
   a) Ja
   b) Neen

10 Dankwoord

Vooreerst wil ik mijn promotor bedanken, Prof. Dr. Jan De Lepeleire, voor het vertrouwen dat hij mij gegeven heeft bij de keuze van het onderwerp, voor het begeleiden, informeren en bijsturen waar het nodig was tijdens de kleine twee jaar waarin dit project gelopen heeft.

Ik wil ook mijn praktijkopleider Dr. Linde Nijns, collega Dr. Elke Polspoel en secretaresse Ingrid Vanbeneden bedanken om de praktische kant van het onderzoek mogelijk te maken. Ik mocht het onderzoek voeren in de praktijk met hun patiënten. Zij hebben ook enquêtes uitgedeeld en patiënten geïnformeerd en aangespoord om deel te nemen.

Natuurlijk ook een woord van dank aan de ouders van de patiëntjes die de moeite hebben gedaan om mijn vragenlijst in te vullen en ook aan de artsen van de wachtkring die enkele minuten van hun kostbare tijd hebben gespendeerd om mijn online enquête in te vullen.

En tot slot maar zeker niet minder belangrijk een grote dankjewel aan mijn familie.
Mijn ouders en broers, omdat zij degene zijn die mij gedurende 9 jaren studeren hebben gesteund en vaak ook ondersteund, financieel maar vooral ook emotioneel, met de nodige bemoedigende woorden en schouderklopjes. Zonder die steun had ik hier na die 9 mooie maar soms ook zware jaren nooit gestaan.
Mijn echtgenoot, Wim, omdat hij degene is die het dichtst bij mij staat, letterlijk en figuurlijk, zonder medische achtergrond maar altijd klaar met nuttige tips. Omdat hij de wereld vanuit een andere bril bekijkt en mij leert relativeren. Omdat hij me helpt met de praktische (lees: informatica) kant van dit afstudeerwerk. Omdat hij me steunt door dik en dun.
Dank jullie wel!