

Verband tussen neuroticisme en laag opleidingsniveau en de kans op posttraumatische stressstoornis bij vrouwen na een miskraam of doodgeboorte

I.M.ENGELHARD, M.A.VAN DEN HOUT EN E.G.W.SCHOUTEN

Ongeveer 15-20% van de zwangerschappen eindigt in verlies van de zwangerschap door miskraam of doodgeboorte. Dit is de meest voorkomende complicatie in de zwangerschap¹ en vindt in Nederland jaarlijks ongeveer 35.350 keer plaats (<http://statline.cbs.nl>); 80% van de gevallen doet zich voor binnen de eerste 20 weken. Ook verlies in een vroeg stadium is voor veel vrouwen een stressvolle ervaring, die aanleiding geeft tot verdriet, boosheid, schuldgevoel, spanningen en zoeken naar betekenis.²⁻⁴ Deze reacties nemen meestal af met de tijd.

Een minderheid van de betrokken vrouwen krijgt echter te kampen met depressie- en angstklachten of met problemen die in de DSM-IV te boek staan als posttraumatische stressstoornis (PTSS).⁵ De PTSS-symptomen uit de DSM-IV zijn weergegeven in tabel 1. Alhoewel PTSS aanvankelijk in verband werd gebracht met oorlog, geweld en rampen, is gebleken dat een soortgelijke stoornis ook kan volgen op bedreigende medische ervaringen.⁶ Daarbij kan het gaan om een miskraam, met name als deze wordt beleefd als de dood van een baby, als ouderlijke hechting heeft plaatsgevonden en als de patiënt wordt blootgesteld aan potentieel nare beelden van bloed en weefsel.^{2,3,7,8}

Terwijl de prevalentie van PTSS slechts 1,7% is na een normale zwangerschap,⁹ is deze 25% rond 1 maand na een zwangerschapsverlies, met een symptoomernst die vergelijkbaar is met die bij PTSS-patiënten in het algemeen bij de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG's).¹⁰ Dit percentage neemt af tot 10 na ongeveer 4 maanden na het verlies, tot 5 na 6 en tot 4 na 12 maanden. Depressieve klachten zijn ernstiger bij vrouwen met PTSS 1 maand na het zwangerschapsverlies en blijken langer dan 4 maanden aan te houden.^{10,11}

Het krijgen van dergelijke PTSS-stoornissen kan bij een volgende zwangerschap opnieuw leiden tot problemen, onder andere het reactiveren van PTSS. Dit gebeurt bij 20% van de betrokkenen¹² en kan nadelige

SAMENVATTING

Doel. Vaststellen of neuroticisme en opleidingsniveau voorspellende variabelen zijn voor posttraumatische stressstoornis (PTSS) bij vrouwen na het verlies van een zwangerschap.

Opzet. Prospectief.

Methode. Door een advertentie in landelijke bladen werd in de periode juni-september 1999 zwangere vrouwen met een zwangerschapsduur korter dan 12 weken gevraagd deel te nemen aan onderzoek naar de beleving van de zwangerschap. Na aanmelding werd bij hen de 'Eysenck personality questionnaire' (EPQ) voor neuroticisme afgenomen en andere vragenlijsten, onder andere over het opleidingsniveau. Om de maand tijdens de zwangerschap en 1 maand na de verwachte geboortedatum ontvingen de deelnemers korte vragenlijsten over de zwangerschap, waarin ook werd gevraagd naar een eventueel zwangerschapsverlies. Deelnemers die inderdaad een verlies hadden meegemaakt, werden vervolgens gebeld en hun werd gevraagd mee te doen aan vervolgonderzoek met onder andere de 'Post-traumatic symptom scale' (PSS).

Resultaten. Van de 1339 onderzochte vrouwen maakten 126 (9%) een zwangerschapsverlies door; 8 van hen vielen uit (respons: 94%); 1 had het opleidingsniveau niet ingevuld. De overige 117 vulden na ongeveer 1 maand de PSS in. De gemiddelde leeftijd was 31 jaar (SD: 4). De gemiddelde zwangerschapsduur ten tijde van het verlies was 12 weken (SD: 6; uitersten: 5-40). De gemiddelde EPQ-score was 7,3 (SD: 4,6) en de gemiddelde PSS-score 18,1 (SD: 9,1). Op basis van de DSM-IV voldeden 31 vrouwen (26%) aan de PTSS-criteria en 86 vrouwen niet. De gemiddelde PSS-score was 28,2 (SD: 7,0) voor de groep met PTSS en 14,7 (SD: 6,7) voor de groep zonder PTSS. Door middel van logistische-regressieanalyse bleek dat een latere vaststelling van PTSS significant samenhangt met een hogere neuroticisme-uitslag (RR = 4,49; p = 0,004; 95%-BI: 1,60-12,60), een lager opleidingsniveau (RR = 0,65; p = 0,009; 95%-BI: 0,48-0,90) en een langere zwangerschapsduur (RR = 2,48; p = 0,001; 95%-BI: 1,45-4,25).

Conclusie. Bij patiënten met een hoge opleiding en laag neuroticisme was de kans op een PTSS verwaarloosbaar, bij een lage opleiding en hoog neuroticisme was de geschatte kans ongeveer 70%. Zorg en begeleiding dienen zich bij voorkeur op deze groep te richten.

obstetrische en neonatale gevolgen hebben.¹³ Ook kan PTSS leiden tot het afzien van een volgende zwangerschap, vermindering van geslachtsgemeenschap en ontwijken van medische zorg.^{4,7} Dergelijke verminderingssymptomen nemen toe met de tijd. De voornoemde klachten en het vermijdingsgedrag suggereren dat vroege interventie van belang is.

Psychologisch ingrijpen bij alle patiënten die een potentieel traumatische gebeurtenis meemaakten, is

Universiteit Utrecht, afd. Klinische Psychologie, Postbus 80.140, 3508 TC Utrecht.

Mw.dr.I.M.Engelhard en hr.prof.dr.M.A.van den Hout, klinisch psycholoog.

Universiteit Maastricht, afd. Medische, Klinische en Experimentele Psychologie, Maastricht.

Hr.E.G.W.Schouten, statisticus.

Correspondentieadres: mw.dr.I.M.Engelhard (i.m.engelhard@fss.uu.nl).

TABEL 1. Symptomen van posttraumatische stressstoornis uit de DSM-IV-classificatie⁵

1. recidiverende en zich opdringende onaangename herinneringen aan de traumatische gebeurtenis, met inbegrip van voorstellingen, gedachten of waarnemingen
2. recidiverend akelig dromen over de traumatische gebeurtenis
3. handelen of voelen alsof de traumatische gebeurtenis opnieuw plaatsvindt
4. intens psychisch lijden bij blootstelling aan interne en externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
5. fysiologische reacties bij blootstelling aan interne of externe stimuli die een aspect van de traumatische gebeurtenis symboliseren of erop lijken
6. pogingen gedachten, gevoelens of gesprekken horend bij het trauma te vermijden
7. pogingen activiteiten, plaatsen of mensen die herinneringen oproepen aan het trauma te vermijden
8. onvermogen zich een belangrijk aspect van het trauma te herinneren
9. duidelijk verminderde belangstelling voor of deelneming aan belangrijke activiteiten
10. gevoelens van onthechting of vervreemding van anderen
11. beperkt uiten van affect
12. gevoel een beperkte toekomst te hebben
13. moeite met inslapen of doorslapen
14. prikkelbaarheid of woede-uitbarstingen
15. moeite met concentreren
16. overmatige waakzaamheid
17. overdreven schrikreacties

niet effectief en kan zelfs slechter uitpakken dan niet-interveniëren.¹⁴ Interventies moeten gericht worden op individuen die een verhoogd risico lopen.¹⁴ Wie zijn dit? Allereerst is gevonden dat PTSS voorspeld wordt door indicatoren van de ernst van de stressor, zoals de duur van de zwangerschap.¹⁰ Bij een langere duur neemt de ouderlijke binding toe. Dit is echter meestal geen goede voorspellende variabele.⁶ Er is veel onderzoek gedaan naar premorbide risicofactoren en naar beschermende factoren, maar vrijwel steeds met een retrospectieve opzet. Dit is problematisch, aangezien variabelen vertekend kunnen worden door PTSS-klachten. In een paar omvangrijke prospectieve onderzoeken bij andere traumatische ervaringen vond men dat hoger neuroticisme (de stabiele neiging om ervaringen op een negatieve manier te interpreteren) en lager cognitief vermogen (lagere intelligentie en lager opleidingsniveau) behoren tot de sterkste pretraumatische voorspellende variabelen van PTSS.¹⁵ Daarbij valt op dat in landen met een goed toegankelijk en naar niveau gedifferentieerd systeem voor middelbare opleiding er een hoge correlatie is tussen hoogst genoten opleiding en intelligentie. De voorspellende waarde van neuroticisme en opleiding strookt met een invloedrijke theorie,¹⁶ die suggereert dat PTSS niet rechtstreeks voorkomt uit de traumatische gebeurtenis, maar uit negatieve interpretaties van de (nasleep van een) traumatische ervaring en uit het niet integreren van traumatische herinneringen in het autobiografisch geheugen.

In dit artikel rapporteren wij een studie waarvan het doel was om te documenteren wat de precieze voorspellende waarde is van neuroticisme en opleidingsniveau op het ontstaan van PTSS na zwangerschapsverlies en

om in het verlengde daarvan te komen tot een praktisch bruikbare risicotabel. Hierbij werd rekening gehouden met de zwangerschapsduur ten tijde van het verlies. De deelnemers werden vroeg in de zwangerschap geworven, waardoor PTSS-predictoren voorafgaand aan het verlies konden worden vastgesteld.

Over de onderzochte groep is eerder gerapporteerd, in onderzoeken naar de prevalentie van PTSS na een zwangerschapsverlies,¹⁰ de invloed van peritraumatische dissociatie op PTSS¹⁷ en de aard van het verband tussen neuroticisme en PTSS.^{18, 19}

DEELNEMERS EN METHODE

Deelnemers. In advertenties in landelijke bladen in de periode juni-september 1999 werden zwangere vrouwen met een zwangerschapsduur korter dan 12 weken opgeroepen mee te doen aan onderzoek naar de beleving van de zwangerschap. Onmiddellijk na aanmelding werden bij hen de 'Eysenck personality questionnaire' (zie verder) en andere vragenlijsten, onder andere over het opleidingsniveau, afgenomen. Om de maand tijdens de zwangerschap en 1 maand na de verwachte geboortedatum ontvingen de deelnemers korte vragenlijsten over de zwangerschap, waarin ook werd gevraagd naar een eventueel zwangerschapsverlies. Deelnemers die inderdaad een verlies hadden meegemaakt, werden vervolgens gebeld en hun werd gevraagd mee te doen aan een vervolgonderzoek.

Van de 1339 onderzochte vrouwen maakten 126 (9%) een zwangerschapsverlies door; 8 van hen vielen uit, waardoor de respons uitkwam op 94%, en 1 vrouw had het opleidingsniveau niet ingevuld, zodat zij bij de analyses buiten beschouwing werd gelaten. De overige 117 vulden na ongeveer 1 maand de 'Post-traumatic symptom scale' in (zie verder). De 117 deelnemers waren gemiddeld 31 jaar (SD: 4). (Van hen werden 5 niet geïnccludeerd in onze eerdere rapportage,¹⁰ aangezien zij laat instroomden in het onderzoek en een verlies laat in de zwangerschap hadden.) De meesten (n = 114) waren getrouwd of woonden samen en ongeveer 40% (n = 47) voltooide een hbo-opleiding of een universitaire opleiding. De gemiddelde zwangerschapsduur ten tijde van het verlies was 12 weken (SD: 6; uitersten: 5-40). Bij ongeveer 90% (n = 107) van de deelnemers vond het verlies plaats vóór de 20e week.

Meetinstrumenten. Neuroticisme werd gemeten met de 22-itemneuroticismeschaal van de 'Eysenck personality questionnaire' (EPQ).²⁰ Deze lijst vraagt de invuller om van elke vraag met een dichotome schaal aan te geven of deze het eigen karakter weergeeft (bijvoorbeeld de vraag 'Vindt u uzelf een piekeraar? [. . .] Maakt u zich zorgen over vreselijke dingen die zouden kunnen gebeuren?'; ja/nee). Het bereik van deze schaal is 0-22, waarbij 22 de hoogste neuroticismescore is. Het hoogste opleidingsniveau werd bepaald met een 7-puntsschaal (tabel 2). PTSS werd gemeten met de zelfrapportageversie van de 'Post-traumatic symptom scale' (PSS).²¹ Deze vragenlijst bestaat uit de 17 PTSS-symptomen uit de DSM-IV, waarbij per symptoom de aanwezigheid en de ernst worden aangegeven op een 4-puntsschaal (0-3).

TABEL 2. Score voor het meten van het opleidingsniveau

Score en antwoord op de vraag: wat is het hoogste onderwijs dat u heeft afgemaakt?

1. lagere school
2. lager beroepsonderwijs (bijvoorbeeld lts, leao, lager huishoud- en nijverheidsonderwijs (lhno))
3. middelbaar algemeen onderwijs (bijvoorbeeld mulo, mms, mavo)
4. middelbaar beroepsonderwijs (bijvoorbeeld mts, meao)
5. voorbereidend hoger onderwijs (bijvoorbeeld hbs, havo, vwo)
6. hoger beroepsonderwijs (bijvoorbeeld hts, pabo)
7. wetenschappelijk onderwijs (universiteit)

Scores onder de 10 gelden als lichte PTSS, van 11-20 als matige, van 21-35 als matige tot ernstige en scores boven de 35 gelden als ernstige PTSS. De validiteit en betrouwbaarheid van deze lijst zijn bevredigend.²¹ De PTSS-diagnose op basis van deze lijst komt sterk overeen met de 'gouden standaard' van diagnostische instrumenten, het zogenaamde 'Structured clinical interview':²² 86% van de individuen met PTSS en 100% van de gezonde controlepersonen wordt correct geïdentificeerd. De PSS wordt dan ook veel gebruikt bij het vaststellen van PTSS.^{23,24} Een PTSS-symptoom werd als aanwezig beschouwd indien het tenminste de score 2 kreeg ('aanwezig gedurende de helft van de tijd').

Statistische analyse. Met een logistische regressie werd de voorspellende waarde berekend van neuroticisme en opleidingsniveau voor het later vaststellen van PTSS. Ook werd de zwangerschapsduur ten tijde van het verlies opgenomen in dit model. Deze variabele was scheef verdeeld en werd 2 keer logaritmisch getransformeerd. Neuroticisme werd gedichotomiseerd op basis van de score 6 (laag neuroticisme: EPQ \leq 5, hoog neuroticisme: EPQ \geq 6), aangezien dit het grootste discriminerend vermogen had. Vervolgens werd met een logistische functie uit een eerdere publicatie, namelijk vergelijking 20.3 op bladzijde 421,²⁵ de kans berekend op PTSS als functie van neuroticisme en opleidingsniveau.

RESULTATEN

De gemiddelde EPQ-score was 7,3 (SD: 4,6) en de gemiddelde PSS-score 18,1 (SD: 9,1). Op basis van de DSM-IV voldeden 31 vrouwen (26%) aan de PTSS-criteria en 86 vrouwen niet. De gemiddelde PSS-score was 28,2 (SD: 7,0) voor de groep met PTSS en 14,7 (SD: 6,7) voor de groep zonder PTSS. Uit de logistische regressie bleek dat een latere vaststelling van PTSS significant samenhang met een hogere neuroticisme-uitslag (relatief risico (RR) = 4,49; $p = 0,004$; 95%-BI: 1,60-12,60), een lager opleidingsniveau (RR = 0,65; $p = 0,009$; 95%-BI: 0,48-0,90) en een langere zwangerschapsduur (RR = 2,48; $p = 0,001$; 95%-BI: 1,45-4,25) ($\chi^2 = 28,44$; $p < 0,001$). De interacties tussen deze variabelen waren niet significant en werden buiten beschouwing gelaten.

Tabel 3 toont de geschatte kansen op PTSS bij een gemiddelde zwangerschapsduur. De laagste kans op PTSS (4%) gold vrouwen met het hoogste opleidingsniveau en een lage neuroticismescore. De kans was met een factor van bijna 20 vergroot (73%) bij vrouwen met

het laagste opleidingsniveau en een hoge neuroticismescore. Zowel binnen de groep met een lage als met een hoge neuroticismescore liepen de kansen gestaag op naarmate de opleiding lager was. Gegeven een zeker opleidingsniveau was de kans op PTSS ruim 2 keer zo hoog voor vrouwen met een relatief hoge mate van neuroticisme (zie tabel 3).

BESCHOUWING

Op basis van gebruikelijke diagnostische criteria voldeden 31 van de 117 onderzochte vrouwen aan PTSS. Het wel of niet ontstaan van de klachten kon goed voorspeld worden door een combinatie van 2 elementaire gegevens: neuroticisme en opleidingsniveau. Bij patiënten met een hoge opleiding en een lage neuroticismescore was de kans op PTSS verwaarloosbaar, bij een lage opleiding en een hoge neuroticismescore was de geschatte kans ongeveer 70%. Elders en eerder werd het predictief vermogen van opleiding of intelligentie en neuroticisme gedocumenteerd bij andere trauma's, zoals ongevallen, misdrijven en militaire gevechtservaringen.¹⁵ Daarbij werd geen gecombineerde risicotabel berekend en het is derhalve onbekend in welke mate de getallen uit tabel 1 gegeneraliseerd kunnen worden naar andere trauma's. Er zijn echter geen empirische of theoretische overwegingen om te veronderstellen dat bij andere trauma's van medische of niet-medische aard het patroon van de voorspellende variabelen sterk zal afwijken van de hier gerapporteerde data.

De aanwezigheid van een samenhang tussen lagere intelligentie of opleidingsniveau en PTSS is kenmerkend voor deze stoornis; andere angststoornissen, zoals de paniekstoornis en obsessief-compulsieve stoornis, zijn niet negatief gecorreleerd met intelligentie.²⁶ De samenhang tussen intelligentie en het krijgen van een PTSS hangt wellicht samen met de specifieke aard van PTSS. Het zogenaamde 'verwerken' van het trauma is vooral een cognitieve opgave, waarbij een doorgaans onverwachte en dramatische ervaring op een genuanceerde en realistische wijze geïntegreerd moet worden in het autobiografisch geheugen. Intelligentie kan daarbij behulpzaam zijn.

TABEL 3. Kans op posttraumatische stressstoornis bij vrouwen na verlies van de zwangerschap, berekend op basis van opleidingsniveau en neuroticismescore

opleiding*	neuroticisme (in %) [†]	
	laag	hoog
1	37	73
2	28	64
3	20	53
4	14	43
5	10	33
6	7	24
7	4	17

*Score volgens tabel 2.

[†]Laag bij een score op de 'Eysenck personality questionnaire' \leq 5 en hoog bij een score \geq 6.

De samenhang tussen PTSS en neuroticisme is niet uniek voor deze angststoornis. Neuroticisme hangt samen met alle angststoornissen, met uitzondering van specifieke fobie, en met depressie. Verdedigd kan worden dat de samenhang tussen neuroticisme en PTSS voor een deel van tautologische aard is: PTSS-symptomen en de kenmerken van neuroticisme overlappen elkaar.^{18, 19} Hoewel de toename in klachten na het trauma gelijk lijkt te zijn voor mensen met een hoge respectievelijk een lage mate van neuroticisme,^{18, 19} geldt voor mensen met een hoge neuroticismescore dat zij, door die hogere uitgangswaarde, een grotere kans hebben op klachten van een kaliber dat de diagnose 'PTSS' rechtvaardigt.

Het is niet wenselijk iedere vrouw na een zwangerschapsverlies door miskraam of doodgeboorte, zonder aanzien des persoons, te voorzien van psychologische of psychosociale zorg.¹⁴ Nog los daarvan is dat vaak niet mogelijk door schaarsheid aan tijd en middelen. Onze bevindingen leveren een rationele basis voor het inzetten van schaarse tijd voor het begeleiden van getraumatiseerde individuen. Het zijn bij uitstek patiënten met een lage opleiding of intelligentie en een hoge mate van neuroticisme, die gevoelig zijn voor het krijgen van PTSS. Zorg en begeleiding dient men dan ook bij voorkeur te richten op deze groep.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: Universiteit Maastricht.

ABSTRACT

Neuroticism and low educational level predictive for the risk of post-traumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth

Objective. To determine whether neuroticism and educational level are predictive variables for post-traumatic stress disorder (PTSD) in women following an unsuccessful pregnancy.

Design. Prospective.

Method. In the period June-September 1999, via advertisements in national newspapers, pregnant women with a gestation period shorter than 12 weeks were asked to participate in a study into their perception of the pregnancy. After they had agreed to participate they were given the 'Eysenck personality questionnaire' (EPQ) for neuroticism and other questionnaires, including a scale to determine their highest attained level. Every other month during the pregnancy and one month after the expected date of birth the participants were given brief questionnaires about the pregnancy, in which they were also asked to report miscarriage or stillbirth if such had occurred. Participants in whom the pregnancy had in fact ended unsuccessfully were contacted by telephone and asked to participate in a follow-up study with the 'Post-traumatic symptom scale' (PSS), among others.

Results. Of the 1339 women studied, 126 (9%) experienced an unsuccessful pregnancy; 8 of these dropped out of the study (response rate: 94%); one had not indicated her educational level. The remaining 117 women filled out the PSS after about one month. The average age was 31 years (SD: 4). The average duration of gestation at the moment of loss was 12 weeks (SD: 6; range 5-40). The average EPQ-score was 7.3 (SD: 4.6) and the average PSS-score was 18.1 (SD: 9.1). On the basis of the DSM IV, 31 women (26%) fulfilled the criteria for PTSS and

86 women did not. The average PSS-score was 28.2 (SD: 7.0) for the group with PTSS and 14.7 (SD: 6.7) for the group without PTSS. Logistic regression analysis revealed that a later diagnosis of PTSS was significantly associated with a higher score for neuroticism (RR = 4.49; p = 0.004; 95% CI: 1.60-12.60), a lower educational level (RR = 0.65; p = 0.009; 95% CI: 0.48-0.90) and a longer duration of gestation (RR = 2.48; p = 0.001; 95% CI: 1.45-4.25).

Conclusion. In patients with a high educational level and a low score for neuroticism the risk of developing PTSS was negligible, while with a low educational level and a high score for neuroticism the estimated risk was about 70%. Care and guidance should be concentrated primarily on this group

LITERATUUR

- Smith NC. Epidemiology of spontaneous abortion. *Contemp Rev Obstet Gynaecol* 1988;1:43-8.
- Frost M, Condon JT. The psychological sequelae of miscarriage: a critical review of the literature. *Aust N Z J Psychiatry* 1996;30:54-62.
- Lee C, Slade P. Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention. *J Psychosom Res* 1996;40:235-44.
- Maker C, Ogden J. The miscarriage experience: more than just a trigger to psychological morbidity? *Psychol Health* 2003;18:403-15.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington: APA; 1994. p. 424-9.
- Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clin Psychol Rev* 2003;23:409-48.
- Bowles SV, James LC, Solorsh DS, Yancey MK, Epperly TD, Folen RA. Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion. *Am Fam Physician* 2000;61:1689-96.
- Speckhard A. Traumatic death in pregnancy: the significance of meaning and attachment. In: Figley CR, Bride BE, Mazza N, editors. *Death and trauma: the traumatology of grieving*. Washington: Taylor & Francis; 1997.
- Wijma K, Söderquist J, Wijma B. Posttraumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study. *J Anxiety Disord* 1997;11:587-97.
- Engelhard IM, Hout MA van den, Arntz A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss. *Gen Hosp Psychiatry* 2001;23:62-6.
- Janssen HJEM. A longitudinal prospective study of the psychological impact of pregnancy loss on women [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen; 1995. p. 65-92.
- Turton P, Hughes P, Evans CDH, Fainman D. Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *Br J Psychiatry* 2001;178:556-60.
- Levine RE, Oandasan AP, Primeau LA, Berenson AB. Anxiety disorders during pregnancy and postpartum. *Am J Perinatol* 2003; 20:239-48.
- Ruzek J, Watson P. Early prevention to prevent PTSD and other trauma-related problems. *PTSD Res Q* 2001;12:1-3.
- Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consul Clin Psychol* 2000;68:748-66.
- Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38:319-45.
- Engelhard IM, Hout MA van den, Kindt M, Arntz A, Schouten E. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study. *Behav Res Ther* 2003;41:67-78.
- Engelhard IM, Hout MA van den, Kindt M. The relationship between neuroticism, pretraumatic stress, and post-traumatic stress: a prospective study. *Pers Indiv Differ* 2003;35:381-8.
- Hout MA van den, Engelhard IM, Kindt M. Zwangerschapsverlies, zenuwachtigheid en posttraumatische stress-problemen. *Directieve therapie* 2001;21:3-14.
- Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service; 1975.
- Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993;6:459-73.

- ²² First MB, Spitzer RL, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders: SCID-I: clinician version. Columbia University. New York: American Psychiatric Press; 1997.
- ²³ Ehlers A, Mayou RA, Bryant B. Psychological predictors of chronic posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *J Abnormal Psychol* 1998;107:508-19.
- ²⁴ Brewin CR, Andrews B, Rose S. Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: investigating DSM-IV criterion A2 in victims of violent crime. *J Trauma Stress* 2000;13:499-509.

- ²⁵ Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research: principles and quantitative methods. Ch 20. New York: Van Nostrand Reinhold; 1982.
- ²⁶ Purcell R, Maruff P, Kyrios M, Pantelis C. Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:415-23.

Aanvaard op 26 augustus 2004

Casuïstische mededelingen

Inguïnale lymphogranuloma venereum bij een man die seks heeft met mannen; wellicht een voorbeeld van de ontbrekende schakel ter verklaring van de transmissie bij de recent vastgestelde anorectale epidemie

A. WOLKERSTORFER, H.J.C. DE VRIES, J. SPAARGAREN, J.S.A. FENNEMA EN E.J.M. VAN LEENT

Lymphogranuloma venereum (LGV) is een seksueel overdraagbare aandoening (soa) die veroorzaakt wordt door *Chlamydia trachomatis* serovars L1, L2 en L3.¹ Recent werd in Nederland onder de groep mannen die seks hebben met mannen (MSM) een cluster van patiënten met ulceratieve proctitis als manifestatie van LGV gerapporteerd.^{2,3} (In de soa-vakgebieden wordt tegenwoordig liever van MSM gesproken dan van homo-seksuele mannen, omdat de feitelijke gedragingen bepalend zijn voor de transmissie van infecties en niet de seksuele geaardheid van de patiënten.) De inguïnale uiting van LGV met bubo's is endemisch in tropische gebieden,¹ maar wordt in Nederland tot nog toe slechts incidenteel als importziekte gezien. Wij beschrijven hier de eerste casus van inguïnale LGV in de nieuwe MSM-risicogroep voor LGV-proctitis. Bij hem werd de verwekker niet bij routinematig soa-onderzoek, maar wel in het lymfeklierpunctaat gevonden.

ZIEKTEGESCHIEDENIS

Patiënt A, een 38-jarige blanke man, presenteerde zich in 2 achtereenvolgende maanden op de soa-polikliniek van de GG&GD Amsterdam, de laatste maal met malaise en een pijnlijke, fluctuerende, 3 cm grote zwelling links inguïnaal sinds 3 weken (figuur 1). Patiënt had verder geen klachten, met name geen anale afscheiding. Hij vertelde seksueel contact te hebben met mannen en meldde enkele weken geleden, anaal met een condoom, actief en passief, en oraal zonder condoom, actief en

Zie ook het artikel op bl. 2547.

SAMENVATTING

Een 38-jarige man die seks met mannen had, meldde zich op de soa-polikliniek Amsterdam met malaise en een pijnlijke, rode en fluctuerende zwelling links inguïnaal. Patiënt behoorde tot de groep van mannen die seks hebben met mannen waarin de huidige lymphogranuloma-venereum(LGV)-epidemie voorkomt. In tegenstelling tot alle gerapporteerde casussen met anorectale klachten was deze patiënt de eerste door ons gevonden casus van LGV met een klassieke inguïnale presentatie, zonder dat hij een bezoek gebracht had aan tropische gebieden waar de inguïnale vorm van LGV als soa voorkomt. Met routinelaboratoriumonderzoek met PCR op materiaal van urethra, rectum en op urine kon bij herhaling geen LGV aangetoond worden. PCR op geaspireerd pus uit de vergrote lymfklier toonde echter *Chlamydia trachomatis* serovar type L2 aan. Patiënt werd behandeld met doxycycline 100 mg 2 dd. Deze casus illustreert dat men met routineonderzoek op materiaal van urethra, rectum en urine LGV niet altijd kan opsporen. Tenslotte kan deze ziektegeschiedenis van een patiënt die waarschijnlijk LGV initieel in de urethra had, wellicht de ontbrekende schakel vormen bij het verklaren van de transmissieroute bij de epidemie van anorectale LGV.

passief, seksueel contact met een hem bekende man te hebben gehad, in Amsterdam. Patiënt was deelnemer aan de Amsterdamse homocohortstudie, zodat hij regelmatig op HIV getest werd. Bij de laatste test, 2 maanden voor het eerste bezoek, was hij seronegatief. Patiënt was de afgelopen maanden niet in de tropen of buiten Nederland geweest. Routine-soa-onderzoek werd verricht, inclusief proctoscopie. Bij het lichamelijk onderzoek werden, behalve de lymfklierzwelling links, inguïnaal geen bijzonderheden gezien, met name geen afwijkingen bij proctoscopie, zoals een proctitisbeeld of anale ulcera.

Het routinelaboratoriumonderzoek bestond uit: directe gramkleuringen van uitstrijkjes van urethra en rectum en van een uniesediment, PCR op *C. trachomatis* in urine, een uit-

GG&GD Amsterdam, SOA-polikliniek, Groenburgwal 44, 1011 HW Amsterdam.

Hr.dr.A.Wolkerstorfer, assistent-geneeskundige (tevens: VU Medisch Centrum, afd. Dermatologie, Amsterdam); hr.dr.H.J.C.de Vries en hr.dr.E.J.M.van Leent, dermato-venereologen (tevens: Academisch Medisch Centrum, afd. Huidziekten, Amsterdam); mw.dr.s.J.Spaargaren, arts-microbioloog (tevens: GG&GD Amsterdam, Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid en Bijzonder Instituut voor de Virologie, Amsterdam); hr.dr.J.S.A.Fennema, arts-epidemioloog.

Correspondentieadres: hr.dr.E.J.M.van Leent (evleent@gggd.amsterdam.nl).