

Ginekologiese en Obstetriese Siekteprofiel in Algemene Praktyk — KA Prins



Dr KA Prins

MBChB, M Prax Med (Pret)
 Posbus 485
 Boksburg
 1460

Curriculum vitae

Dr Prins is gebore in Pretoria, en na haar skoolopleiding (Menlopark) studeer sy aan UP waar sy in 1984 die MBChB met 'n hele paar onderskeidings behaal. Na 'n huisdokterjaar in Boksburg-Benoni Hospitaal, tree sy in 1986 toe tot die Algemene praktyk in Boksburg, waar sy nog steeds praktiseer. Sy behaal die MPrax Med by UP in 1991. Haar spesiale belangstelling is in Obstetrie en Ginekologie.

Summary

A prospective study of presenting obstetrical and gynaecological complaints, based on clinical data gathered at an East-Rand-Suburban partnership. The frequency of consultation, age-grouping and presenting general complaints are taken into consideration. The total average of doctor's visits were 1,35 per annum. The age-grouping of the patients corresponded with the age of the doctor in attendance. The five most common reasons for consultations were:

- i) Ante-natal examinations.
- ii) Routine Gynaecological examinations.
- iii) Confirmation of pregnancy.
- iv) Vaginitis.
- v) Follow-up visits.

S Afr Fam Pract 1992; 13: 252-7

KEYWORDS:
 Physicians, Family;
 Gynaecology; Obstetrics.

Procedure

'n Prospektiewe opname van presenterende simptome ten opsigte van obstetrie en ginekologie in algemene praktyk, is oor 'n tydperk van twee jaar, vanaf 1/12/87 tot 30/11/89 gedoen. In die betrokke vennootskap is slegs statistiek van die jonger vroulike vennoot gebruik. Gegewens is volgens die "Internasionale Klassifikasie van Primêre Sorg" gekodeer, met addisionele voorsiening vir papsmeerresultate.

Resultate

Sewehonderd-nege-en-negentig (799) pasiënte het die geneesheer oor die twee jaar tydperk altesame 2 131 keer, uitsluitlik vir obstetriese en ginekologiese probleme besoek. Die gemiddelde besoeksyfer was 1,35 per jaar wat gewissel het van 'n minimum van een, tot 'n maksimum van twintig (20) besoeke per pasiënt. Die groot aantal besoeke per pasiënt word hoofsaaklik aan voorgeboorte-ondersoekte toegeskryf. (sien Fig. 1)

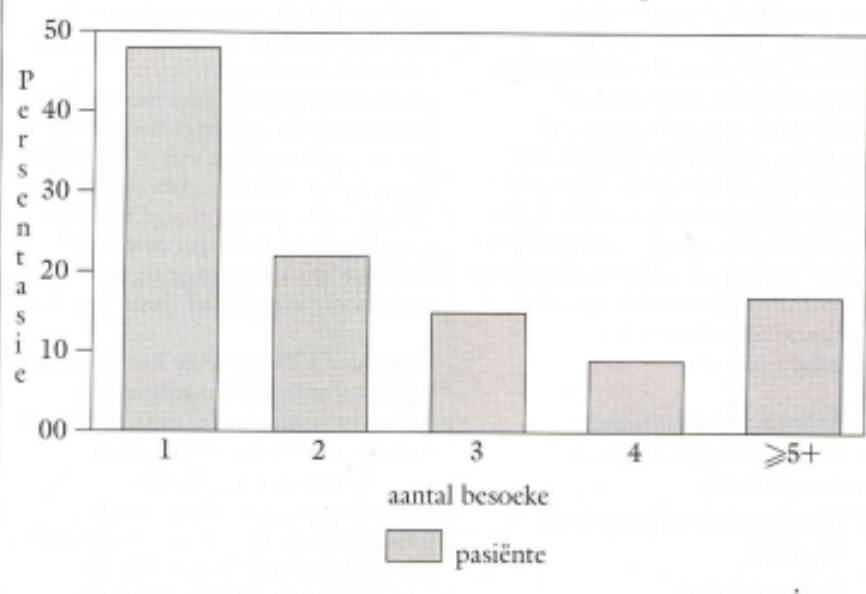
Ongeveer 45% pasiënte het slegs een besoek afgelê; 40% pasiënte het tussen twee en vier besoeke afgelê, en minder as 15% het vyf of meer besoeke per jaar afgelê. Die ouderdomsverspreiding van die pasiëntbevolking het tussen 7 en 86 jaar gewissel met 'n gemiddelde ouderdom van 33 jaar. Nege-en-twintig-jariges was vir die meeste van die besoeke verantwoordelik nl vir 5,4% - die presiese ouderdom van die geneesheer ten tye van die studie. Dit is in ooreenstemming met internasionale studies¹ wat getoon het dat die ouderdom van pasiënte met dié van hul dokter korreleer. Veertig persent (40%) van die pasiënte was tussen twintig en dertig jaar en 25,8% van die pasiënte was tussen dertig en veertig jaar (sien Fig 2).

Die vyf algemeenste obstetriese en ginekologiese klagtes wat tot dokterskonsultasie gelei het, was: (sien Fig 3)

- i) Voorgeboorte-ondersoekte.
- ii) Roetine ginekologiese ondersoekte.
- iii) Bevestiging van swangerskap.
- iv) Vaginitis.
- v) Opvolgbesoeke.

... Ginekologiese en Obstetriese Siekteprofiel

Fig 1. Histogram van die verdeling van aantal pasiëntbesoeke



lewenstyl (20%) en inmenging met kantoorure (12%).

In 'n studie deur Mehl, Bruce en Renner (1976)⁵ word vier algemene praktyke vergelyk: twee hanteer obstetrie (Groep A) en twee hanteer geen obstetrie nie (Groep B). Hulle bevind dat groep A meer pediatrie,

Obstetrie speel waarskynlik 'n sleutelrol in oorkoepelende gesinsorg.

klein chirurgie, ortopedie, psigoterapie en dubbeld soveel ginekologie hanteer. Groep A het wel minder geriatric, volwassenes en akute gevalle hanteer, maar die

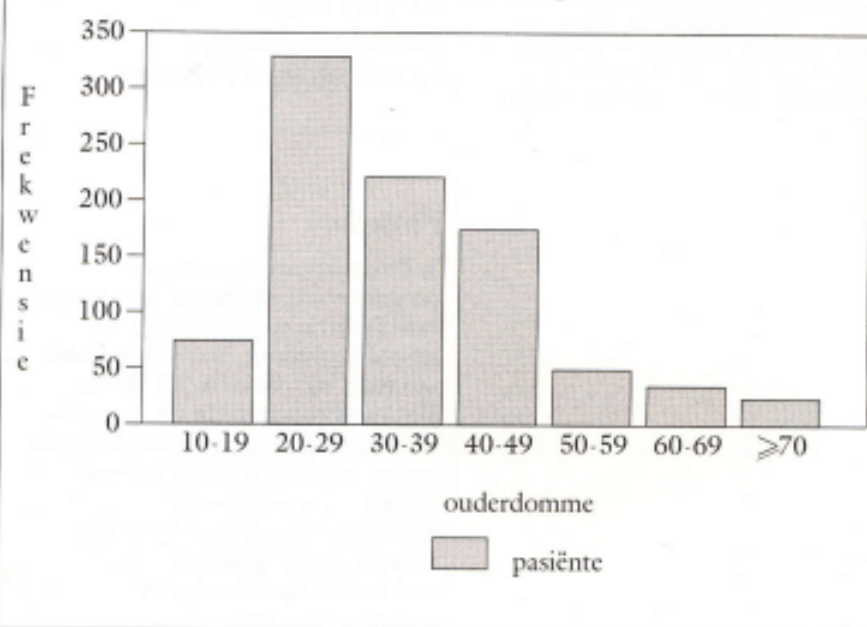
Gesamentlik was hierdie vyf toestande vir meer as die helfte van alle pasiëntbesoeke verantwoordelik.

Bespreking

Voorgeboorte-ondersoek alleen was vir 31,1% van die konsultasies verantwoordelik en vorm dus 'n integrale deel van die betrokke praktyk.

Daar bestaan egter 'n wêreldwye tendens tot die afname in die hantering van obstetrie in algemene praktyk. In 'n studie in Illinois² het slegs 45% van algemene praktisyns nog enigszins bevallings hanteer. Die helfte het egter oorweeg om obstetrie te staak en daar is tans 'n 12% afname per jaar in algemene praktisyns wat obstetrie hanteer. Die hoofredes vir die tendens is: hoë versekeringspremies (49%), vrees vir regsmedies litigasie (34%), inmenging met

Fig 2. Histogram van die verdeling van pasiëntouderdomme



... Ginekologiese en Obstetriese Siekteprofiel

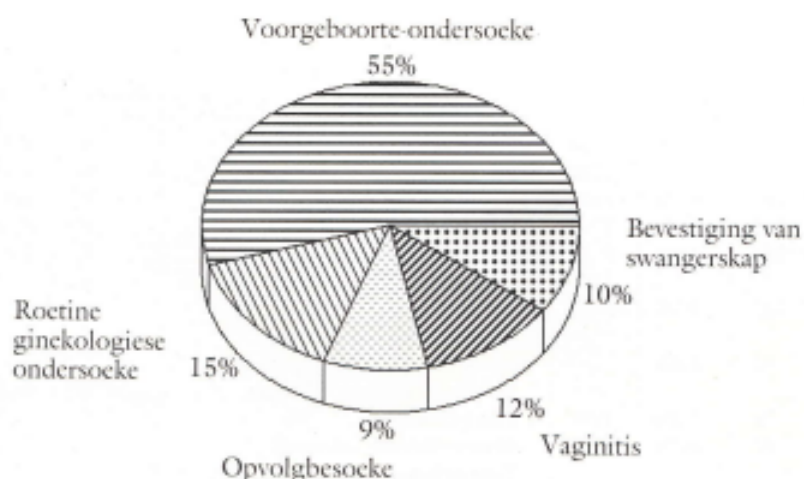
Tabel I

Die Aard en Insidensie van Presenterende Siktetoestande

Kode	Siekte toe stande/Diagnose	Aantal Besoeke	Persentasie	Kode	Siekte toe stande/Diagnose	Aantal Besoeke	Persentasie
2300	Voorkeboorte ondersoek	776	31,1%	2930	Keisersnit	8	0,3%
1300	Roetine ginekologiese ondersoek	206	8,3%	2520	D + K/Buisligasie	8	0,3%
1150	Vaginitis	163	6,5%	2130	Sterilisasie bespreking/Sterilisasie	7	0,3%
2780	Bevestig swangerskap	145	5,8%	2700	Peurperale sepsis	7	0,5%
690	Opvolg	123	4,9%	8710	Urienweginfeksie in Swangerskap	7	0,5%
1740	Pelviere inflammatoriese toestand/Endometritis	107	4,5%	1800	Ovariale kiste	6	0,2%
1110	Menopousale simptome/Atrofiese vaginitis	84	3,4%	2840	Premature kraam/Postmaturiteit/Veelvuldige swangerskap/fetale wanposisie/Keisersnit vir vorige keisersnit	6	0,2%
1070	IUKT opvolg/genitale vroulike atrofie/Onreëlmatige menstruasie	79	3,2%	1200	Tepelafskieding	5	0,2%
2310	Postpartum ondersoek	68	2,7%	2920	Gekompliseerde verlossing/Tangverlossing Fetale, Umbilikale, plasentale komplikasies/Disproporsie lewendige fetus	5	0,2%
1050	Amenoree/Hipomenoree/Oligomenoree	65	2,6%	410	X/Strale/Sonar	4	0,2%
2900	Normale bevalling	60	2,4%	670	Verwysing	4	0,2%
1720	Urogenitale Candida	46	1,8%	2020	Swangerskapvrees	4	0,2%
2110	Kontrasepsie	44	1,8%	2190	Laktasieklagtes	4	0,2%
2540	Inplaa IUKT/Verwydering IUKT	43	1,7%	7240	Hirsutisme	3	0,1%
1990	Bartholinabses/Endometriose/Ovariële disfunksie	42	1,7%	2950	Gefaalde laktasie/laktasie onderdrukking	3	0,1%
1180	Mastodinia	33	1,3%	1410	Mammografie	3	0,1%
3500	Hormonale profiele	31	1,2%	1140	Vaginale afskieding/leukoree	3	0,1%
1060	Menoragie	28	1,1%	7510	Dreinasie abses	2	0,1%
1850	Cervix displasie/erosie/Cervicitis	24	1%	2940	Peurperale mastitis	2	0,1%
1020	Dismenoree	24	1%	2910	Doodgeboortes	2	0,1%
2150	Infertiliteit	23	0,9%	2100	Postkoitale kontrasepsie	2	0,1%
1880	Borsdisplasie/Fibrodenose	17	0,7%	1910	Condylomata acuminata	2	0,1%
1120	Postmenopousale/Postkoitale bloeding	16	0,6%	1160	Vulvitis/Hipermenoree	2	0,1%
1040	Dispareunie/Vaginismus	16	0,6%	430	Diagnostiese prosedure	2	0,1%
1870	Rektoseel/Sistoseel/Stressinkontinensie	15	0,6%	1010	Genitale/Vaginale/Pelviere pyn	2	0,1%
1190	Knop in bors	15	0,6%	6410	Histerosalpingogram	1	0,0%
1080	Metroragie/Intermenstruele bloeding	13	0,5%	2810	Pre-eklampsie	1	0,0%
1780	Miomateuse uterus/Cervix poliep	12	0,5%	2580	Huweliksberaad	1	0,0%
1520	Endometriële biopsie	12	0,5%	2200	Borsstuiwing (postpartum)	1	0,0%
1890	Premenstruele spanning	11	0,4%	1760	Mamma-Ca	1	0,0%
5550	Hormooninspuiting	10	0,4%	1260	Tepelfissuur	1	0,0%
2030	Antepartum bloeding/Dreigende abortus	10	0,4%	1210	Mammaklagtes	1	0,0%
2820	Abortus - spontaan/onvolledig/onuitgedrewe	9	0,4%	1100	Uitstel van menstruasie	1	0,0%
6070	Verminderde libido	9	0,4%	590	Prosedure (Terapeuties)	1	0,0%
				1260	Tepelfissuur	1	0,0%
				1210	Mammaklagtes	1	0,0%
				1100	Uitstel van menstruasie	1	0,0%
				590	Prosedure (Terapeuties)	1	0,0%

... Ginekologiese en Obstetriese Siekteprofiel

Fig 3. Sektorkaart van die belangrikste pasiëntdiagnoses



grootste aantal abnormale smere verantwoordelik was. Plaveiselatipie, Gardnerella, Menslike Papiloomvirus infeksies en non-spesifieke inflammatoriese verandering was vir ongeveer gelyke hoeveelhede abnormale smere verantwoordelik.

Vier gevalle van Actinomyces is gediagnoseer, maar was in al die gevalle met die teenwoordigheid van 'n intrauteriene kontraseptiewe toestel geassosieer. Dit het in al die gevalle opgeklaar na die verwydering van die toestel. Hierdie gegewens bevestig weereens die belang van die neem van roetine papsmere. (Sien Tabel II).

Non-Spesifieke vaginitis, met 'n insidensie van 6,5% was vir die derde mees algemene besoeke verantwoordelik.

Bevestiging van swangerskap was die

praktisyns was oor die algemeen meer tevrede met hulle praktykvoering as groep B, waar al die geneeshere spesialisasie oorweeg het. Daar is ook bevind dat groep A hoofsaaklik voortgesette sorg aan pasiënte wat deel was van gesinne, verleen het, terwyl groep B hoofsaaklik individue behandel het.

Dit ondersteun die hipotese dat obstetrie 'n sleutelrol speel in die vestiging van oorkoepelende gesinsorg. Daarsonder verander algemene praktyk in primêre sorg internistiese praktyk.⁴

Roetine ginekologiese ondersoeke was vir die tweede meeste konsultasies (nl 8,3%) verantwoordelik. Roetine papsmere is tydens al hierdie besoeke gedoen. Ses-en-vyftig persent (56%) van die smere was normaal, terwyl Candida vir die

Tabel 2

Uiteensetting van papsmeerresultate:

Kode	Siektetoestand	Aantal besoeke	Persentasie
1370	Normale papsmere	186	56%
1720	Urogenitale Candida	46	13,9%
1860	Cervixdisplasia	2	0,6%
1861	Atrofiese smeer	9	2,7%
1862	Plaveiselatipie	20	6%
1863	Nonspesifieke inflammatoriese verandering	21	6,3%
1864	Actinomyces	4	1,2%
1865	HPV ¹ infeksie	19	5,7%
1866	Gardnerella	24	7,3%
Totaal		331	100%

1 HPV - Human Papiloma Virus

... Ginekologiese en Obstetriese Siekteprofiel

vierde mees algemene rede vir konsultasie, nl 5,8% van besoeke.

Honderd vyf en veertig (145) swangerskappe is oor die tydperk bevestig maar slegs 75 is deur die geneesheer self hanteer. Die keisersnit-insidensie was 10,7% en vyf uitgangstangverlossings (6,6%) is uitgevoer. Dit vergelyk goed met 'n studie in New York⁵ waar die keisersnit-insidensie 13,5% en uitgangsbystand 8,1% was.

Mengel en Phillips (1987)⁶ bevestig dat algemene praktisyns net sulke veilige verloskundiges is as ginekoloë, en dat minder tegnologiese ingrepe by lae risiko pasiënte voorkom. Hulle

doen minder induksies, minder tangverlossings en minder episiotomies en gebruik minder analgesie in kraam, maar hulle pasiënte het egter meer perineale skeure en ook 'n langer eerste

Algemene Praktisyns is net sulke veilige verloskundiges as ginekoloë

stadium ondervind. Die perinatale verloop in beide groep was dieselfde.

Met 'n toename in die beskikbaarheid

vir ginekoloë wêreldwyd was daar 'n toename in keisersnitte en tangverlossings.⁷ Tydens 'n prospektiewe studie in Montreal (1987)⁸ is lae risiko-pasiënte van dieselfde ouderdomme, pariteit, bloeddruk, gestasionele ouderdom en sosioekonomiese status ewekansig aan ginekoloë en algemene praktisyns toegewys. Soortgelyke studies is in Seattle (Ely, Ueland en Gordon)⁹ uitgevoer waar die obstetriese hantering van die Obstetrie en Huisartskunde departemente vergelyk is.

Die keisersnitinsidensie by ginekoloë was 31,5% in teenstelling met 21,3% by die algemene praktisyns. Verdere

I
(full names and in block letters)
am a registered medical practitioner on the Register of the South African Medical & Dental Council and practice in the field of general practice/primary care. I hereby apply to become a member of the South African Academy of Family Practice/Primary Care. I support the objectives of the Academy and agree to pay the subscription fees and to abide by the Constitution of the Academy. (Copy of Constitution available on request).

Registration fee:	R 20,00
Subscription:	R150,00
	R170,00
VAT 10%:	R 17,00
Plus: Voluntary Levy	R75,00
Enclosed my cheque for	<u>R262,00</u>

For further information contact
Dr C Van Selms, tel no (0322) 24551,
or Rose Jonker (021) 531-8205,
Marie Jonker (011) 647-2090,
Maureen McBain (031) 52-3771.

SA FAMILY PRACTICE

SA HUISARTSPRAKTYK



Application for Membership of the Academy of Family Practice/Primary Care SA

Signature:

Qualifications:

Date of Qualification:

Postal Address:

..... Tel (H):

(W)

Please post to:
The SA Academy of Family Practice/Primary Care
Medical House, Central Square, Pinelands, 7405, or
PO Box 38564
PINELANDS 7430

... Ginekologiese en Obstetriese Siekteprofiel

bevindings stem ooreen met die vorige studies. Met die tendens tot toenemende tegnologiese ingrepe en monitering van babas sou 'n afname in perinatale mortaliteit verwag word. Dit kon egter nog nie tot dusver bevestig word nie, en die mening word uitgespreek dat algemene praktisyns veiliger verloskundiges mag wees, aangesien ginekoloë neig om die normale fisiologiese proses as 'n potensiële siekte te beskou en dan tegnologie inspan om die verloop daarvan te modifiseer.^{10,11} Perinatale mortaliteit van babas verlos deur algemene praktisyns wissel geweldig van 10,1 per 1 000 bevallings in

Algemene Praktisyns doen minder tegnologiese ingrepe as ginekoloë

Bradford¹² tot 3 per 1 000 in die John Radcliff hospitaal in Oxford. Perinatale morbiditeit en verbruikers-tevredenheid word egter deesdae ook as belangrike parameters beskou. In Engeland¹³ verkies die meeste pasiënte dat algemene praktisyns hul bevallings hanteer.

Opvolgbesoeke vir bestaande toestande was vir die vyfde mees algemene konsultasie verantwoordelik, nl 4,9%. Abnormale uteriene bloedings het gesamentlik tot 4,9% van alle besoeke gelei. Volgens Schneider (VSA)¹⁴ en Strott (Brittanje)¹⁵ is dit vir onderskeidelik 2% en 4% van konsultasies en 10% van spesialisverwysings, verantwoordelik.

Menoposale simptome was vir 'n beduidende 3,4% en mammaverwante klagtes vir 3,1% van konsultasies

verantwoordelik. 'n Groot verskeidenheid toestande – soos uiteengesit in Tabel I maak saam die res van die konsultasies uit.

Weens die aard en verskeidenheid van presenterende simptome is dit duidelik dat 'n wye kennisveld en kliniese ondervindingsveld betrek word. Verdere opleiding in obstetrie en ginekologie is dus essensieel as deel van huisartsopleidings-programme.

Verwysings

1. Hayes C, Llewellyn M, Mannely P, Tormay W. Female genital medicine in a General Practice. *IMJ* 1986; 322-3.
2. Kruse J, Phillips D, Wesley RM. Factors influencing changes in obstetric care provided by family physicians; a national study. *J Fam Pract* 1989; 28: 597-602.
3. Mehl LE, Bruce C, Renner JH. Importance of Obstetrics in a Comprehensive Family Practice. *J Fam Pract* 1976; 3: 385-9.
4. Phillips WR, Sevens GS. Obstetrics in Family Practice: Competence, Continuity and Caring. *J Fam Pract* 1985; 20: 595-6.
5. Rosenthal TC, Holden DM, Woodward W. Primary care obstetrics in rural Western New York. A multi-centre case review. *New York State Journal of Medicine* 1990; 90: 537-40.
6. Mengel MB, Phillips WR. The Quality of Obstetric Care in Family Practice: Are Family Physicians as safe as Obstetricians? *J Fam Pract* 1987; 24: 159-64.
7. Marsh GN. Audit of 26 Years of obstetrics in general practice. *BMJ* 1989; 298: 1579.
8. Rosenberg EE, Klein M. Is Maternity Care Different in Family Practice? A Pilot Matched Pair study. *J Fam Pract* 1987; 25: 237-2.
9. Ely JW, Ueland K, Gordon MJ. An Audit of Obstetric Care in a University Family Medicine Department and an Obstetrics - Gynaecology Department. *J Fam Pract* 1976; 3: 397-401.
10. Rosenblatt RA. Perinatal Outcomes and Family Medicine: Refocusing the Research Agenda. *J Fam Pract* 1987; 24: 119-22.
11. Geyman JP. Family Practice and Changing Patterns of Obstetric Care. *J Fam Pract* 1976; 3: 359.
12. Bryce FC, Clayton GK, Rand RG, Beck I, Farguharson DI, Jones SE. General practitioner obstetrics in Bradford. *BMJ* 1990; 300: 725-7.
13. Jowell D. General practitioner obstetrics. *BMJ* 1989; 298: 690-1.
14. Schneider LGP. Causes of abnormal vaginal bleeding in a family practice centre. *J Fam Pract* 1983; 16: 281-3.
15. Strott PC. The outcome of memorrhagia - a retrospective case control study. *J Royal College of Gen Pract* 1983; 33: 715-20.