

groep heeft op dit moment ongeveer 150 leden (nog niet gevestigde huisartsen). Het doel van de groep is een oplossing te vinden voor de vestigingsproblematiek. Door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) is dit voorjaar uitgesproken, dat binnen anderhalf jaar een vestigingsbeleid tot stand moet komen. Helaas zal dit vestigingsbeleid worden bepaald door de gevestigde huisartsen, daar de nog niet gevestigde huisartsen geen stemrecht hebben in de LHV.

De nog niet gevestigde huisartsen, die zich bij onze groep hebben aangesloten, hebben een gemeenschappelijke visie op de eerstelijnsgezondheidszorg; zij streven een bepaalde werkwijze na: meer tijd voor de patiënt, zodat daadwerkelijk gebruik gemaakt kan worden van vaardigheden als gesprekstechniek, methodisch werken, meer ruimte voor gevoelsmatige kanten van de arts-patiëntrelatie. Zij wensen meer tijd voor het doen van kleine chirurgische verrichtingen en voor actuele medische nascholing, meer tijd en bereidheid voor nauwe samenwerking met andere disciplines in het eerste en tweede echelon en daadwerkelijke intercollegiale toetsing. Dit alles vereist tevens een minder vrijblijvende positie van de huisarts in het eerste echelon.

Deze doelstelling zal alleen bereikt kunnen worden door praktijkverkleining. We proberen dit in alle redelijkheid te bewerkstelligen door in overleg te treden met instanties die betrokken zijn bij de eerstelijnsgezondheidszorg. Bovendien zullen we zelf mogelijkheden moeten creëren om bovengenoemde doelstelling te bereiken. De traditionele praktijkovername met zijn financiële regeling, gebaseerd op het aantal patiënten in de praktijk, zal in dit opzicht weinig mogelijkheden bieden. Wij zullen ons dan ook genooddakt zien, gebruik te maken van de mogelijkheid tot vrije vestiging, associatie of deelname aan (wijk-)gezondheidscentra.

Hiermee hoop ik van onze kant een antwoord te hebben gegeven op de vraag van collega SCHUURMANS STEKHOVEN naar de organisatie van de nog niet gevestigde huisartsen met het oog op de brandende vrije-vestigingsproblematiek.

Literatuur: Ingezonden (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1810.

Utrecht, oktober 1979
Marowijndreef 11

J. J. A. M. VAN DONGEN,
namens de Initiatiefgroep
Praktijkstartende
Huisartsen

Een patiënt met huid- en longafwijkingen

In de rubriek klinisch-pathologische conferenties (KPC) beschrijft KERST (1979) de fascinerende ziektegeschiedenis van een 55-jarige patiënt met acanthosis nigricans (AN), interstitiële pulmonale fibrose, auto-immuunthyreoiditis en plaveiselcelcarcinoom van een bronchus. In zijn bespreking doet KERST twee stellige uitspraken: Plaveiselcelcarcinoom en „maligne” AN passen niet bij elkaar en een samenhang tussen AN en auto-immuunziekte lijkt onwaarschijnlijk. Beide uitspraken zijn in strijd met gegevens uit de literatuur en met mijn eigen ervaring.

MILLER e.a. (1954) beschrijven een patiënt met AN geassocieerd met een plaveiselcelcarcinoom van de hypofarynx en FOX e.a. (1965) geven een gedetailleerde beschrijving van een 57-jarige patiënt met AN en een plaveiselcelcarcinoom van een bronchus. De laatsten maken tevens melding van 6 gevallen van AN geassocieerd met bronchuscarcinoom uit de na-oorlogse literatuur. BROWN

(1968) beschrijft 17 gevallen van AN geassocieerd met maligniteit: Een patiënt had een plaveiselcelcarcinoom van de cervix en 3 patiënten hadden een lymfoom.

De samenhang tussen AN en auto-immuunziekte is eveneens goed beschreven. KAHN e.a. (1976) beschrijven 6 patiënten met AN geassocieerd met insulineresistentie ten gevolge van antistoffen tegen de insulinerceptor. Bij 3 patiënten waren er tevens verschijnselen wijzende op gedissemineerde lupus erythematosus. TUCKER e.a. (1964) en KAWANISHI e.a. (1977) beschrijven ieder een patiënt met AN geassocieerd met respectievelijk lupus erythematosus disseminatus en ziekte van Sjögren. Ikzelf zag onlangs een 47-jarige patiënt met AN, insulineresistentie, gedissemineerde lupus erythematosus en ziekte van Sjögren en een 49-jarige patiënt met gegeneraliseerde AN, acromegalie en een hypofysetumor. Van AN geassocieerd met schildklierstoornissen wordt melding gemaakt door CURTH (1943). Zij haalt beschrijvingen aan van 4 patiënten met AN en struma.

Uit deze gegevens moge blijken dat de combinatie van AN, plaveiselcelcarcinoom en auto-immuunziekte geenszins als een coïncidentie beschouwd mag worden. Er is veeleer sprake van een nieuw fascinerend syndroom.

Literatuur: BROWN, J. en R. K. WINKELMANN (1968) *Medicine (Baltimore)* 47, 33. — CURTH, H. O. (1943) *Arch. Surg.* 47, 517. — FOX, H. en A. D. G. GUNN (1965) *Brit. J. Dis. Chest* 59, 47. — KAHN, C. R., J. S. FLIER e.a. (1976) *New Engl. J. Med.* 294, 739. — KAWANISHI, O., K. KWAMURA e.a. (1977) *J. clin. Endocr.* 44, 15. — KERST, A. J. F. A. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1475. — MILLER, T. R. en J. DAVIS (1954) *N. Y. Med.* 54, 2333. — TUCKER, W. R., D. KLINK e.a. (1964) *Diabetes* 13, 395.

Bethesda, Maryland (V.S.),
september 1979

H. J. DINANT

Collega DINANT geeft een belangrijke aanvulling over de met acanthosis nigricans geassocieerde ziektebeelden. De vraag of bij de in de KPC besproken patiënt een relatie bestond tussen de acanthosis nigricans en het plaveiselcelcarcinoom van de bronchus of de auto-immune ziekte kan ook thans nog niet beantwoord worden. Twee jaren zijn verlopen sinds de pneumonectomie en er zijn nog geen tekenen van tumorrecidief of recidief van de acanthosis nigricans waarneembaar. Wel kreeg de patiënt, toen de dosis prednison, gegeven wegens interstitiële longfibrose, verlaagd werd, een voor lupus erythematosus disseminatus kenmerkend vliedervormig gezichtserytheem; anti-dsDNA was aantoonbaar (42 U/ml), zodat hier ongetwijfeld sprake was van LED. Geconcludeerd kan worden dat het schrijven van een KPC niet mogelijk is voordat de obducent het laatste woord heeft gesproken.

Velsen, november 1979

A. J. F. A. KERST

Opvang en begeleiding van buitenlandse adoptiefkinderen

Het artikel van SCHULPEN, KINGMA en WOLTERS (1979) over de opvang en begeleiding van buitenlandse adoptiefkinderen hebben wij met belangstelling gelezen. Gaarne zouden wij het advies om als onderdeel van het oriënterend medisch onderzoek bij elk pas aangekomen buitenlands adoptiefkind o.a. bloedonderzoek op HBsAg (hepatitis

	HBsAg	anti-HBs	anti-HBc	HBeAg	anti-HBe	SGOT	SGPT
Vader, 43 jaar	—	—	—	—	—	14	9
Dochter, 17 jaar	—	—	—	—	—	11	5
Zoon, 14 jaar	—	—	—	—	—	13	3
Geadopteerde dochter, 3 jaar (niet ziek)	++	—	+	+	—	60	57
Moeder, 42 jaar (hepatitis)	++	—	+	+	—	364	858

B-antigeen) te verrichten, krachtig willen onderschrijven. Alhoewel het gevaar voor een overdracht van het hepatitis B-virus (HBV) binnen een familie onder normale omstandigheden niet als zeer hoog kan worden beschouwd, is dit, vooral bij contacten met peuters en kleuters (SMITHWICK en Go 1971), zeer wel mogelijk.

Wij zouden graag ter illustratie een korte melding doen van een familie-infectie met HBV, ontstaan na adoptie van een 2-jarig kind uit India. De 42-jarige moeder van de familie werd in de tweede helft van augustus 1979 opgenomen met verschijnselen van acute hepatitis. Deze werd als hepatitis B gediagnostiseerd op grond van hoge titers HBsAg en HBeAg in haar serum. Na een uitgebreid epidemiologisch onderzoek bleek de enige mogelijke bron voor haar infectie een 2-jarig meisje uit India te zijn, dat de familie in oktober 1978 had geadopteerd. Het gezin bestaat verder uit een 43-jarige vader, een dochter van 17 en een zoon van 14 jaar. De sera van alle vier gezinsleden werden onderzocht op HBV-merkers, SGOT en SGPT, met de volgende resultaten (zie tabel).

Het inmiddels bijna 3-jarige kind uit India bleek sterk positief voor HBsAg en HBeAg te zijn met licht verhoogde SGOT en SGPT, maar klinisch gezond. Het is bekend dat HBeAg-positieve dragers veel infectieuzer zijn dan HBeAg-negatieve dragers (MIYAKAWA en MAYUMI 1978). Dit maakt nog aannemelijker dat in dit geval de geadopteerde dochter als bron heeft gefungeerd van de hepatitis B-infectie van de moeder.

Dit geval moge dienen als illustratie van het gevaar voor HBV-infectie in gezinnen bij adoptie van een kind uit tropische landen. De hoge prevalentie van HBsAg (4-10% hoger) (SOBESLAVSKY 1978) in de landen waaruit de adoptiekinderen meestal komen, moet gesteld worden tegenover de lage prevalentie van HBsAg in Nederland (0,15% bij gezonde bloed-donors) (KATCHAKI e.a. 1978). Ook de lage prevalentie van anti-HBs in de gezonde Nederlandse populatie (ca. 4% bij bloed-donors) (KATCHAKI e.a. 1979)

onderstreept dit gevaar. Zo vonden NORDENFELT en DAHLQUIST (1978) in een prospectief onderzoek bij 12 gezinnen in Zweden die HBsAg/HBeAg-positieve kinderen uit India en Korea hadden geadopteerd, na een verblijf van gemiddeld 15 maanden bij 22 van de 36 familiecontacten (61%) tekenen van een actieve of doorgemaakte HBV-infectie.

Hoewel er nog geen specifieke therapie voor het HBsAg-dragerschap bestaat en actieve immunisatie nog niet algemeen beschikbaar is, zal de wetenschap dat het geadopteerde kind HBsAg-positief is toch van praktisch belang zijn: men kan eenvoudige maatregelen nemen ter preventie van de verspreiding van HBV-infectie naar andere familieleden, bijv. apart eet- en drinkgerei, aparte handdoeken en tandenborstels, voorzichtig omgaan met bloed van het kind bij kleine en grote wondjes e.d. Het besef dat het kind een drager van HBsAg is, is ook van belang voor de algemene medische begeleiding van het kind zelf.

Literatuur: KATCHAKI, J. N., M. VAN DER WAART, T. H. SIEM e.a. (1979) *Vox Sang. (Basel)* 37, 9. — KATCHAKI, J. N., G. WOLTERS, L. KUIJPERS e.a. (1978) *Vox Sang. (Basel)* 35, 65. — MIYAKAWA, Y. en M. MAYUMI (1978) In: G. N. VYAS e.a. *Viral hepatitis*, bl. 193. Franklin Institute Press, Philadelphia. — NORDENFELT, E. en E. DAHLQUIST (1978) *Scand. J. infect. Dis.* 10, 161. — SCHULPEN, T. W. J., B. E. KINGMA en W. H. G. WOLTERS (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 1376. — SMITHWICK, E. M. en S. C. GO (1971) *J. Pediat.* 79, 594. — SOBESLAVSKY, O. (1978) In: G. N. VYAS e.a., *Viral hepatitis*, bl. 347. Franklin Institute Press, Philadelphia.

Arnhem,
Doetinchem en
Beek, september 1979

J. N. KATCHAKI
T. H. SIEM
R. BROUWER
J. L. H. FRONEN
B. C. M. VAN RIJN

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Regionale organisatie van bloedtransfusiediensten met uitsluitend vrijwillige donors. — Ter beperking van de transfusiehepatitis wil men in de Verenigde Staten uitsluitend bloed verzamelen van niet betaalde donors, omdat bij gebruikmaking van bloed van betaalde donors het hepatitisrisico 3-10 maal zo groot is. Van 1971 tot 1978 daalde het aantal betaalde gevers van 25% tot 5 à 3% en in de laatste 10 jaar daalde het aantal gevallen van transfusiehepatitis met 90%. Maar elk jaar worden nog 10.000-30.000

gevallen gemeld en naar schatting zijn er ook nog 100.000 subklinische gevallen. De Food and Drug Administration heeft in 1978 bepaald dat op flessen met transfusiebloed of producten daarvan moet worden vermeld of de donor wel of niet werd beloond. Er is voldoende bloed beschikbaar van vrijwilligers om bij een goede distributie aan alle aanvragen te kunnen voldoen: van de 93 miljoen Amerikanen die in aanmerking komen om bloed af te staan, zijn er 6,3 miljoen daartoe bereid.

In 1975 werd de American Blood Commission (ABC) opgericht om te komen tot een nationaal systeem van regionale organisaties, dat als een steeds belangrijker wor-