

tot 13 jaar in het meest gunstige geval tweemaal onderzoeken, meestal echter slechts éénmaal. Een jaarlijkse screening door de schoolarts behoort dus niet tot de mogelijkheden. Hier ligt dus (ook) een taak voor de huisarts, die hiervoor dan wel over een adequate registratie van zijn praktijkbevolking met leeftijds- en geslachtsregister dient te beschikken.

Literatuur: SLOT, G. H. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 335.
– VERAART, B. E. E. M. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 337.

Goes, februari 1982

J. A. E. VAN DER FEEN

Collega Van der Feen heeft met zijn reactie de kern van het probleem duidelijk gemaakt, wanneer hij stelt dat het voor de schoolartsen de facto hier te lande niet mogelijk is een jaarlijkse screening te verrichten bij de geringe frequentie van deze screening.

Het is echter de vraag of wij met deze geringe screeningsfrequentie door de schoolartsen wel genoeg moeten nemen. Hier ligt duidelijk een taak voor overleg met de inspectie. Zolang deze mogelijkheid niet bestaat, moet ik inderdaad een beroep doen op de huisartsen om de ruggetjes van zijn patiënten in de gevaarlijke leeftijdsgroep eens per jaar op doeltreffende wijze te controleren. Het is echter de vraag of men de huisarts expliciet daarmee moet belasten.

In het experimentele model dat kortgeleden is aangevraagd in de regio Nijmegen in samenwerking met de Jeugdgezondheidsdienst wordt daar niet van uitgegaan. De toekomst zal ons leren wat de meest betrouwbare en minst belastende methode van screening moet zijn. Toch moeten we ervoor waken aan te nemen dat het te laat ontdekken op zichzelf de oorzaak is van een mislukte conservatieve therapie. Het frequent voorkomen van het zg. doktersdelay na de opsporing of het behandelen met voor het doel ongeschikte corsetten is zeker zo belangrijk gebleken.

Nijmegen, maart 1982

G. H. SLOT

Collega Van der Feen wil ik allereerst hartelijk danken voor zijn attente commentaar. Mijn mening in deze zou ik

als volgt willen specificeren: binnen de organisatie van onze gezondheidszorg lijkt mij het screeningsonderzoek in eerste instantie te behoren tot het werkkterrein van de schoolarts. In mijn artikel wordt dan ook – zij het indirect – een beroep gedaan op de schoolartsen om de frequentie van hun screeningsonderzoek voor de leeftijdsgroep van 10 tot 13 jaar op te voeren tot eenmaal per jaar. Daarbij moet worden aangetekend dat bij een goed opgezet screeningsonderzoek het grootste deel van het werk door geschoold paramedisch personeel kan worden uitgevoerd.

De belangrijkste taak van de huisarts blijft dat een eenmaal geconstateerde scoliose nauwkeurig gecontroleerd wordt en dat zondig tijdig met de juiste behandeling begonnen wordt.

Amsterdam, maart 1982

B. E. E. M. J. VERAART

De praktische eerste aanpak van pseudokroep

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega SALEMINK (1982) wil ik het volgende opmerken: In ieder Nederlands ziekenhuis worden regelmatig kinderen met pseudokroep opgenomen. In ons middelgrote ziekenhuis zijn dat er 8 tot 12 per jaar. Sinds 1973 moesten 5 daarvan bij opname met spoed wegens ernstige ademhalingsinsufficiëntie worden geïntubeerd; dit is ongeveer gelijk aan het aantal kinderen dat wegens een acute epiglottitis met intubatie moest worden behandeld. De stelling „... dat iedere goed gediagnostiseerde pseudokroep thuis behandeld kan worden, als men er maar in slaagt paniek te voorkomen” is dan ook feitelijk onjuist en daarom in haar algemeenheid niet ongevaarlijk te noemen.

Het geschermd met „te voorkomen tracheotomieën” vraagt een gebrek aan kennis van de moderne klinische behandeling van kinderen met levenbedreigende respiratoire problemen.

Literatuur: SALEMINK, G. W. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 348.

Groningen, maart 1982

N. J. JANSONIUS

BERICHTEN

Binnenland

Complicaties door DKTP-vaccinatie? – In een brief gedateerd 16 maart 1982 (nr. 208551), gericht aan huisartsen, kinderartsen, GG & GD's, streeklaboratoria en provinciale kruisverenigingen en provinciale kinderartsen, heeft de Geneeskundige Hoofdingspectie nadere mededelingen gedaan omtrent het bericht in de landelijke pers over sterfgevallen bij zuigelingen na inenting met DKTP. Nadien is een aanvullend bericht verzonden op 19 maart, nr. 208747.

Volgens kranteberichten zou het gaan om 8 overleden kinderen in of rondom de gemeente Hardenberg. Het volgende is door de hoofdingspectie vastgesteld: 1 kind werd niet ingeënt, bij 3 kinderen was geen verband te vinden met voorafgaande inenting en bij 2 kinderen werd bij de obductie bronchopneumonie vastgesteld. Van de overige 2 kinderen kan slechts worden gezegd, dat zij niet hebben bestaan: uitvoerig speuren heeft tot niets geleid.

Op grond van het onderzoek naar de sterfgevallen is geconcludeerd dat er geen reden bestaat DKTP-inenting volgens het vaccinatieprogramma op te schorten. Wel wijst de hoofdingspectie op het dringende verzoek complicaties bij (re)vaccinatie met DKTP steeds te melden aan het RIV (tel. 030-742595), welk verzoek ook wordt gedaan in het Vademecum 1981 van het RIV en is ingesloten bij de verpakking van D(K)TP-vaccin.

De redactie tekent aan dat het op 11 maart verschenen bericht in een groot, landelijk dagblad ongetwijfeld bij ouders ongerustheid zal hebben veroorzaakt. Op 12 maart kon deze ongerustheid door RIV en Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Overijssel gelukkig weggenomen worden, maar de vraag lijkt wel gewettigd of het dagblad er niet beter aan zou hebben gedaan de resultaten van onderzoek af te wachten alvorens tot publiceren over te gaan. In het Nederlandse vaccinatieprogramma wordt ruim 95% van de zuigelingen met DKTP-vaccin ingeënt. Het zou in hoge mate te betreuren zijn als het bewuste kranteartikel