

1. *Virusweek*. Wanneer het te onderzoeken materiaal wordt verzonden in een virologisch transportmedium is de kans op isolatie van herpes simplex-virus (HSV) na één of twee dagen transport nog redelijk groot.

2. *Serologie*. In tegenstelling tot de mening van de auteurs kan de diagnose dikwijls uitstekend serologisch worden bevestigd door het aantonen van een titerstijging in de complementbindingsreactie. Een specifieke IgM-bepaling als indicatie van een primaire herpes genitalis is echter vaak gedoemd te falen, omdat een groot percentage van de mensen vroeger met herpes simplex-virus type 1 is geïnfecteerd. Het is gebleken dat zij, die al een persisterende infectie met HSV type 1 hebben, bij een primaire herpes genitalis (HSV type 2) geen specifieke IgM-antistoffen maken.

De lezers van ons Tijdschrift kunnen zich oriënteren over het verband tussen HSV 2-infecties en cervixcarcinoom in het *Caput Selectum* van TE VELDE en THE (1978).

Literatuur: JANSEN, C.A.M. en J. BENNEBROEK GRAVENHORST (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 421. – VELDE, E.R. TE en T.H. THE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1226.

Bilthoven, maart 1982

A.C. HEKKER
J.G. KAPSENBERG

In het *caput selectum* van JANSEN en BENNEBROEK GRAVENHORST (1982) wordt een beleid uitgestippeld hoe te handelen in geval van herpes genitalis-infectie in het laatste trimester van de zwangerschap. In het door de auteurs voorgestelde beleid gaan zij er vanuit dat er voor de pasgeborenen „vrijwel uitsluitend” gevaar bestaat indien het een eerste infectie van de moeder met herpes simplex-virus betreft. De indruk wordt gewekt alsof het onderscheid tussen primaire en recidiverende infectie meestal kan worden gemaakt hetgeen onzes inziens sterk te betwijfelen valt. Dit onderscheid lijkt ons overigens voor het beleid van ondergeschikt belang, omdat onvoldoende bekend is of de aard van de infectie (primair of recidiverend) bepalend is voor de kans op en ernst van de infectie van de pasgeborene. Omtrent de betekenis van de aard van de infectie voor het uiteindelijke beleid wordt de lezer toch enigszins in het ongewisse gelaten. In het begin van het betoog wordt gesteld dat het vooral gaat om de primaire infecties en ook uit het stroomschema in fig. 2 kan men afleiden dat de auteurs de risico's van de recidiverende infectie kleiner achten dan die bij de primaire infecties. Echter, aan het slot van het artikel wijzen de auteurs er op dat ook in geval van recidief een sectio caesarea de voorkeur verdient boven geboorte langs natuurlijke weg. Het zou voor de lezer duidelijker geweest zijn als men tot de conclusie was gekomen dat in alle gevallen waarin ten tijde van de bevalling herpes simplex-virus in het geboortekanaal wordt aangetroffen, er een verhoogd risico op infectie van de pasgeborene bestaat en men dienovereenkomstig moet handelen.

Uit een onderzoek van WHITLEY e.a. (1980), waarin 56 gevallen van herpes neonatalis worden beschreven, blijkt dat 39 (70%) moeders geen symptomen of tekenen van infectie met herpes simplex-virus hadden terwijl zulks wel het geval was bij 17 van de 56 moeders. Van de 39 vrouwen die geen tekenen van infectie vertoonden wordt niet vermeld of het hier primaire of recidiverende infecties betrof, maar men kan gevoeglijk aannemen dat het in een aantal gevallen ging om recidiverende infecties. Dat recidiverende infecties wel degelijk van belang zijn blijkt uit het feit dat bij het merendeel der pasgeborenen (76%) antistoffen tegen herpes simplex-virus aanwezig waren in serum dat

was verkregen in het begin van de ziekte. Deze antistoffen hadden overigens geen invloed op de ernst van het ziektebeeld.

Bij het vaststellen van het beleid wordt nogal veel waarde toegekend aan virusisolatie uit amnionvocht. De ervaringen met deze methode zijn echter schaars en stellen ons niet in staat bij negatieve bevindingen een infectie van de foetus uit te sluiten.

Literatuur: JANSEN, C.A.M. en J. BENNEBROEK GRAVENHORST (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 421. – WHITLEY, R.J., A.J. NAHMAS, A.M. VISINTINE e.a. (1980) *Pediatrics* 66, 489.

Amsterdam, maart 1982

J. VAN DER NOORDAA

Wij danken collega Walther voor zijn aanvullingen op ons artikel. Omwille van de omvang hebben wij het beleid in de postnatale periode geschrapt; wij zijn het met zijn opmerking echter volledig eens. De resultaten, beschreven in het artikel van Whitley, zijn in tegenspraak met eerder door ons geciteerde artikelen; hoewel hieruit van vidarabine zeker enig therapeutisch effect blijkt, zijn de resultaten toch vrij beperkt.

Collega Hekker en Kapsenberg geven een belangrijk differentiaal-diagnostisch probleem aan. Wij menen echter dat indien de IGM positief is, een primo-infectie is aangetoond, zodat het toch zin heeft, deze te bepalen. De literatuur is vrijwel eensluidend over het feit dat de CBR geen waarde heeft voor het onderscheid tussen een primo-infect en een recidief, hoewel het wel zin heeft voor het aantonen van een infectie als zodanig.

Wij zijn het met deze beide collega's en met collega Van der Noordaa eens dat in een aantal gevallen het onderscheid tussen primo-infect en recidief-infect niet is te maken; hierop is ook in ons artikel de nadruk gelegd. Recente literatuur maakt inderdaad aannemelijk dat ook voor een recidief-infectie enig risico op het ontstaan van herpes neonatalis kan zijn (WHITLEY e.a. 1980). De periode van virusuitscheiding wordt bij een recidief gesteld op $4,8 \pm 2,7$ dagen (gemiddelde \pm S.D.) langer dan in de oudere literatuur wordt aangegeven (GUINAN e.a. 1981). Een intrigerende hypothese is dat het risico vooral gebonden zou kunnen zijn aan een exogeen recidief-infectie met een andere virusstam, in tegenstelling tot een endogeen recidief. Nader typering m.b.v. restrictie-enzymen zou hiervoor moeten geschieden.

Ons beleidsvoorstel blijft echter ongewijzigd: het stroomschema in fig. 2 geldt alleen voor een infectie vóórdat de vrouw in partu is; indien zij in partu komt geldt schema 3. In dat geval staat de aanwezigheid van het virus in het geboortekanaal centraal, als een intra-uteriene infectie niet is aangetoond. Alleen dan geven wij de voorkeur aan een sectio caesarea. Indien de vrouw niet in partu komt twee weken nadat de virusweek negatief is geworden, geven wij de voorkeur aan een vaginale bevalling.

De nieuwste literatuur geeft overigens wel een verband te zien tussen het risico van de neonat en de hoogte van de neutraliserende antistoftiter in het navelstrengbloed (YEAGER e.a. 1980). Nader onderzoek dient te worden verricht naar het verband tussen de titer in moederlijk en foetaal serum.

Wij menen dat ongeacht het nog onbekende vals-negatieve percentage van een vruchtwaterkweek, deze toch zin heeft: aan de kweek worden alleen dan consequenties verbonden, wanneer deze positief uitvalt. Onzes inziens is het dan weinig rationeel om door middel van een sectio te

proberen contact van het kind met het virus te voorkomen. Als de kweek vals-negatief uitvalt zou in ons beleid hooguit een sectio „te veel” worden verricht. Als de kweek achterwege wordt gelaten, zou deze sectio toch ook „te veel” zijn gedaan.

Literatuur: GUINAN, M.E., J. MACCALMAN, E.B. KERN e.a. (1981) *New Engl. J. Med.* 304, 759. – WHITLEY, R.J., A.J. NAHMAS, A.M. VISINTINE e.a. (1980) *Pediatrics* 66, 489. – YEAGER, A.S., A.M. ARVIN, L.J. URBANI e.a. (1980) *Infect. Immun.* 29, 532.

Leiden, april 1982

C.A.M. JANSEN
J. BENNEBROEK GRAVENHORST

Fracturen van het proximale uiteinde van het femur

Met belangstelling heb ik de artikelen van collega HOOGENDOORN (1982) en van prof. BIRKENHÄGER en prof. VAN LINGE (1982) gelezen. Ik mis echter een hypothese voor de oorzaak van de toename van fracturen van het proximale uiteinde van het femur waarvan ik vermoed dat deze wel eens een belangrijke zou kunnen zijn. Het is mij opgevallen dat patiënten met een fractuur ten gevolge van een accidentele val vaak veel te zwaar zijn. Dit geldt voor patiënten van alle leeftijden en voor alle soorten fracturen ten gevolge van een accidentele val, en derhalve ook voor de oudere patiënt met een fractuur van het collum femoris. Ik heb hierover nog nooit iets gelezen in de literatuur. Misschien kent iemand hierover wel de statistische gegevens. Ik neem aan dat de toename van het lichaamsgewicht in de laatste decennia wel vaststaat, maar of te zware mensen een groter risico lopen iets te breken moet misschien nog worden uitgezocht.

Literatuur: BIRKENHÄGER, J.C. en B. VAN LINGE (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 962. – HOOGENDOORN, D. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 963.

Rotterdam, mei 1982

A.B. ROTTIER

De mededeling van collega Rottier is interessant. Helaas zijn ook mij geen gegevens uit de literatuur bekend betreffende een hogere kans op fracturen voor adipeuze personen. Tegenover een grotere massa, die bij de val van een persoon met overgewicht in het geding is, staat een dikkere pannuculus adiposus, die als stootkussen kan dienen, zeker bij een val op de heup. Indien de eerste factor meer „gewicht in de schaal” zou leggen dan de laatstgenoemde, rijst vervolgens de vraag of mag worden aangenomen dat het gemiddelde lichaamsgewicht tijdens de periode van onderzoek (1967-1979) is toegenomen. Dit zou dan speciaal moeten gelden voor bevolkingsgroepen van minstens 55-jarige leeftijd, aangezien uitsluitend bij hen het aantal heupfracturen is toegenomen. Gegevens lijken niet beschikbaar te zijn.

Indien gewichtstoename inderdaad een rol zou hebben gespeeld bij meergenoemde stijging, dan zou men verwachten, dat ook andere fracturen in opmars zijn. Ik denk hierbij in de eerste plaats aan de femurschachtfractuur, daar ook hiervan mag worden aangenomen dat zij vrijwel altijd klinisch wordt behandeld. De opnamecijfers van de Stich-

ting Medische Registratie geven echter geen enkele steun aan deze veronderstelling. Vergelijkt men namelijk de opnamecijfers tijdens 1967-1969 met die van 1979, dan is bij deze fractuur een lichte daling waarneembaar.

Wijhe, mei 1982

D. HOOGENDOORN

Enkele gedachten over het besparen op geneesmiddelenkosten

Mede naar aanleiding van de overigens uitstekende bijdrage van collega OFFERHAUS (1982) zou ik de kwestie „dure” of „goedkope” artsen toch gaarne willen zien als een enkel facet in een complex probleem. In dit complex zitten duidelijk meetbare factoren (de geneesmiddelenkosten, ziekenhuiskosten, sociale kosten en vele andere) en niet of nauwelijks meetbare factoren (gezinsvoorziening, welzijn, welbevinden e.d.).

De bedoeling van de medische verzorging is o.a. de patiënt zo efficiënt mogelijk te genezen en te zorgen, voor zover mogelijk, voor het welbevinden en het welzijn van de cliënt. Uiteraard is het redelijk, dat dit zo economisch mogelijk geschiedt. Mijn bezwaar tegen het zeer eenzijdig en ongenueanceerd gerichte belichten van de besparing op de geneesmiddelenkosten is dat daardoor duidelijk onrecht aan „dure” en (of) „goedkope” artsen kan worden gedaan.

Offerhaus stelt: „Het enige verschil was dat „dure” artsen méér per recept voorschreven dan de „goedkope”, in de hoop dat hun patiënten langer weg zouden blijven.” Destijds heeft een ziekenfonds uitgezocht hoe het zat bij „dure” artsen. Het bleek o.a. dat één huisarts een onevenredige toeloop had van mensen, die destijds Indonesië moesten verlaten. Een andere huisarts had een onevenredig aantal bejaarden in zijn praktijk. Deze collegae wordt mijns inziens onrecht aangedaan door ongenueanceerd te stellen, dat „dure” artsen hopen, dat daardoor patiënten langer weg zouden blijven.

—Ander voorbeeld. Een jonge vrouw met 3 kleine kinderen krijgt toenemende malaiseklachten. De huisarts komt er niet uit en vraagt hulp aan een internist, die bij het ziekenfonds bekend staat als opvallend „goedkoop”, o.a. doordat hij, veelal terecht, weinig onderzoek aanvraagt of laat verrichten. Patiënte komt na enige tijd in redelijke toestand thuis. De ontslagbrief vermeldde o.a.: „Vermoedelijk intercurrente bacteriële of virusaandoening geweest, die vanzelf is genezen. Bovendien een hartklepgebrek.” Thuis ging patiënte echter weer vrij snel achteruit, waarop heropname volgde. Zij bleek toen een niet meer te behandelen endocarditis lenta te hebben en overleed. Een „dure” internist zou misschien meer onderzoek naar de oorzaak hebben verricht en mogelijk tijdig de juiste diagnose hebben gesteld. De ontstellend nare conclusie hieruit is dat een dode patiënt apert goedkoper is voor ziekenfonds of ziektekostenverzekeraar dan een zieke, langdurig zieke of een chronisch met een lichamelijke afwijking onder behandeling zijnde patiënt. Het achterblijvende gezin, man met 3 kleine kinderen, kwam door de vrij plotselinge dood van de vrouw in grote problemen. Min of meer meetbare getallen voor de kosten van o.a. gezinsopvang, arbeidsverzuim van de werkende vader, gezinshulp, hulp van familie en kennissen vloeiden daaruit voort. Niet meetbaar zijn het welzijn en welbevinden van het gezin en bij ziekenfondspatiënten de huisartsenhulp.