

schrijvers verwachten meer gevallen van seminoom bij zonen van DES-moeders, aangezien deze afwijking meestal op ongeveer dertigjarige leeftijd manifest wordt, terwijl de meeste DES-moeders dit middel gebruikten in de jaren vijftig.

LITERATUUR

¹ Conley GR, Sant GR, Ucci AA, Mitcheson HD. JAMA 1983; 249: 1325-6.

F. KUIPERS

MEDEDELINGEN VAN DE GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID

Aanbevolen (re-)vaccinaties voor reizen naar het buitenland

De Geneeskundige Hoofinspecteur van de Volksgezondheid bericht in zijn brief nr. 243131, het volgende:

In overleg met een groep van deskundigen* is besloten tot de volgende wijzigingen in de adviezen met betrekking tot de aanbevolen vaccinaties bij vertrek naar het buitenland:¹

Zuid-Europa. Voor het reizen naar Zuid-Europa worden niet meer expliciet vaccinaties tegen *difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, mazelen en buiktyfus*, alsmede de toediening van immunoglobuline ter preventie van hepatitis A, aanbevolen. Het risico om in deze streken dergelijke infectieziekten op te lopen, verschilt weinig van dat in ons land of wordt zo klein geacht dat vaccinatie van de vele honderdduizenden die deze landen bezoeken in zijn algemeenheid niet is gerechtvaardigd. Zo schatten Dick et al. de kans op buiktyfus voor reizigers uit het Verenigd Koninkrijk op minder dan 1 geval per 100.000 bezoekers.^{2,3} Bij Nederlandse toeristen worden overeenkomstige risico's gevonden.⁴

Vaccinatie c.q. toediening van immunoglobuline van reizigers tegen de voornoemde infectieziekten *dient wel aangeraden te worden indien in deze landen onder niet-hygiënische omstandigheden wordt verbleven.* (Cursivering redactie.)

*Werkzaam bij: GG en GD'en Amsterdam, Den Haag, Utrecht en Rotterdam. Havenziekenhuis in Rotterdam, Instituut voor Tropische Geneeskunde en Parasitologie in Leiden, onderafdeling Tropische Geneeskunde van het Koninklijk Instituut voor de Tropen in Amsterdam, Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en de Rijksgeneeskundige dienst.

Buiktyfus. Geldigheidsduur 3 jaar (voorheen 5 jaar). Indien de tweede injectie niet binnen het jaar kan worden gegeven, dient opnieuw een serie van twee injecties met ten minste één maand interval te worden toegediend.

Cholera. In plaats van twee injecties met ten minste één week interval kan worden volstaan met één injectie tegen cholera. Uitzonderingen hierop zijn Saoedi-Arabië (tijdens pelgrimseizoen) en Tanzania, die nog twee injecties als primaire serie eisen.

Difterie, tetanus en poliomyelitis. Revaccinatie, bij reizen naar Afrika, Midden-Oosten, Azië en Midden- en Zuid-Amerika, indien de laatste injectie meer dan 15 jaar geleden werd toegediend (bij volledig geïmmuniseerden!).

N.B. Sinds april 1983 is „plain” trivalent, geïnactiveerd poliomyelitisvaccin bij het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid verkrijgbaar.

Mazelen. Het risico voor mazelen bij reizen naar Afrika, Midden-Oosten, Azië en Midden- en Zuid-Amerika wettigt de vaccinatie van zuigelingen vanaf de leeftijd van 6 maanden. In die gevallen is revaccinatie tegen mazelen op de leeftijd van 14-15 maanden noodzakelijk.

LITERATUUR

¹ Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid. Uitheemse ziekten in Nederland. Profylactische maatregelen bij vertrek naar het buitenland. GHI-bulletin; november 1981.

² Dick G, Galbraith NS, Gorton D. Typhoid vaccine, for whom? Lancet 1982; i: 970-1.

³ Walker E, Williams G. ABC of healthy travel. Immunization - I. Br Med J 1983; 286: 629-31.

⁴ Bijkerk H. Aangegeven patiënten met infectieziekten in 1982. Ned Tijdschr Geneesk 1983; Ter perse.

w.g. H.H. BIJKERK

INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten; stukken die langer zijn dan 1 kolom druks komen niet voor plaatsing in aanmerking)

Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests

In zijn artikel stelt Rümke terecht dat de testkarakteristieken (gevoeligheid en specificiteit) vastgesteld zouden moeten worden bij personen die representatief zijn voor degene(n) bij wie men de test gaat toepassen.¹ Hij wijst daarbij op het gevaar van overschatting van de kwaliteit van de test wanneer de sensitiviteit (gevoeligheid) bij ernstig

zieken wordt bepaald en de specificiteit bij volledig gezonde personen. Graag maken wij enkele aanvullende opmerkingen vanuit het perspectief van de huisartsgeneeskunde.

Weinig testmethoden zijn „geijkt” in de huisartsenpraktijk. De cesuur van wat als een normale en afwijkende testuitslag wordt gezien, stoelt veelal op onderzoek in de kliniek. De huisarts neemt deze kennis in de vorm van normale waarden (grenswaarden) mee vanuit zijn medische studie of hij hanteert de normen zoals die worden gegeven door het ziekenhuis of laboratorium waarmee hij of zij werkt.

In het algemeen kan men echter stellen dat huisartsen en specialisten met een ander spectrum van klinische stadia te maken hebben: De zieken in de huisartsenpraktijk lijken meer op gezonde personen (alleen de herkenbare gevallen worden doorverwezen) en de gezonde personen in het ziekenhuis lijken meer op zieken (anders waren zij niet verwezen). Dat heeft tot gevolg dat een test met een hoog opgegeven gevoeligheid (zoals bepaald in een (poli-)klinische populatie) bij gebruik in de huisartsenpraktijk minder gevoelig kan zijn. Zo ook zal een hoog opgegeven specificiteit (zoals bepaald bij volledig gezonde personen) een onderschatting kunnen geven van de werkelijke specificiteit in de specialistische praktijk. Met de kanttekeningen van Rümke en anderen suggereert dit, dat wellicht meer dan tot nu toe aandacht moet worden besteed aan de ijkingsprocedures van testmethoden en aan het vaststellen van aparte grenswaarden voor „huisartsgeneeskundige” en „specialistische” patiëntenpopulaties (of zelfs voor subgroepen van deze populaties) ten einde in elke situatie een optimaal scheidend vermogen van de test te bereiken.¹⁻⁴

Het kiezen van een nieuw „afkappunt” voor de cesuur tussen normale en afwijkende testuitslagen heeft invloed op zowel de gevoeligheid als de specificiteit van de test. Als de gevoeligheid groter wordt gemaakt, neemt de specificiteit af en andersom.⁵ Bij het vaststellen wat het optimale afkappunt is, zou behalve met de zojuist genoemde verdeling van stadia van de ziekte ook rekening gehouden moeten worden met (1) de prevalentie van de ziekte en (2) de relatieve betekenis die men toekent aan ieder van de 4 mogelijke testuitkomsten: terecht positief, terecht negatief, fout-positief en fout-negatief.⁶

In het algemeen kan gesteld worden dat:

1. Bij lagere prevalentie een stringenter afkappunt (lagere gevoeligheid, hogere specificiteit) moet worden gekozen, ter beperking van een groeiend aantal fout-positieve testuitslagen. Zo vindt men bijvoorbeeld dat bij een lage prevalentie van cardiale ischemie een hoger afkappunt voor de ST-segmentdepressie op het inspannings-ECG gekozen zou moeten worden, dan in geval van een hoge prevalentie.

2. Als de consequenties van bijvoorbeeld overbodige diagnostiek of therapie (d.w.z. het verschil in consequenties tussen een terecht positieve en een fout-positieve testuitslag) ernstiger gevonden worden dan de consequenties van het missen van een bestaande ziekte (d.w.z. het verschil in consequenties tussen een terecht negatieve en een fout-negatieve testuitslag), dan zal men opteren voor een specifiekere en dus minder gevoelige test.

Verschillen in de verdeling van ziekte-stadia en prevalenties tussen de werksituatie van huisarts en specialist kunnen dus aanleiding zijn voor zowel aparte ijkingsprocedures van testmethoden als een andere keuze van grenswaarden. Dit houdt in dat specialisten en huisartsen, gebruik makend van elkaars ervaring, ieder tot eigen diagnostische criteria moeten komen. Dat is nodig om een zo goed mogelijke hulpverlening te kunnen bereiken, met juist verwijsgedrag en zo min mogelijk iatrogenese.

LITERATUUR

- ¹ Rümke ChrL. Kanttekeningen over de gevoeligheid, de specificiteit en de voorspellende waarden van diagnostische tests. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 556-61.
- ² Editorial. Help with diagnostic decisions. Ann Intern Med 1982; 97: 444-5.
- ³ Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. Clinical epidemiology - the essentials. Baltimore: Williams & Wilkins, 1982: 51.
- ⁴ Ranschoff DF, Feinstein AR. Problems of spectrum and bias in evaluating the efficacy of diagnostic tests. N Engl J Med 1978; 299: 926-30.
- ⁵ Sturmans F. Epidemiologie, theorie, methoden en toepassing. Nijmegen: Dekker & Van der Vegt, 1982: 240-4.
- ⁶ Weinstein MC, Fineberg HV. Clinical decision analysis. Philadelphia: WB Saunders, 1980: 125-6.

Maastricht, juni 1983

A. KNOTTNERUS
P. LEFFERS
Y.D. VAN LEEUWEN

Voor de door de inzenders gegeven waardevolle aanvulling zeg ik gaarne dank.

CHR.L. RÜMKE

BERICHTEN

Buitenland

VERENIGDE STATEN

Niacinevergiftiging door pompernikkelbroodjes. - Een half uur na het eten van pompernikkelbroodjes kregen 14 van de 25 tafelgenoten een exantheem met jeuk en warmtesensaties. De pompernikkels hadden een opvallend lichte kleur. Dit bleek te zijn veroorzaakt door een overmaat aan niacine (nicotinezuur) dat aan het deeg was toegevoegd als verrijkmiddel. Deze toevoeging is toegestaan mits de dagdosis niet groter is dan 13 mg. De broodjes bevatten per stuk echter 190 mg van deze stof. Dit was te wijten aan een onjuiste aanduiding op de niacinecontainer.

Niacine veroorzaakt vaatverwijding vooral in het gelaat en de romp, waaraan de symptomen zijn toe te schrijven. Soms ontstaan ook gastrointestinale stoornissen. De verschijnselen verdwijnen meestal na enkele uren zonder schadelijke gevolgen (Morbidity Mortality Wkly Rep 1983; 32: 305).

Toeneming van het aantal patiënten met condylomata acuminata. - In de periode 1966 tot 1981 steeg het aantal

consulten wegens condylomata acuminata met 459%. Het aantal consulten van de private praktijk steeg van 169.000 tot 946.000. Ter vergelijking noemt het CDC de 295.000 consulten in 1981 voor herpes genitalis. De gegevens werden verzameld door de National Disease and Therapeutic Index, die een steekproef neemt onder artsen die een particuliere praktijk uitoefenen. De toeneming bij vrouwen was bijna tweemaal zo sterk als die bij mannen. Meer dan 65% van de consulten betrof 15-29-jarigen. De toeneming schrijft men toe aan veranderingen van sociale en demografische aard en aan wijziging van het seksuele gedrag van de Amerikaanse bevolking. De regelmatige toeneming van de door het Papillomavirus veroorzaakte geslachtsziekte valt te meer op, omdat het aantal consulten voor alle ziekten na 1972 niet is gestegen. Het contrast met de daling van het aantal andere geslachtsziekten zoals syfilis en gonorrhoe, voor welke ziekten goede diagnostische en therapeutische mogelijkheden bestaan, wordt toegeschreven aan het ontbreken van de laatstgenoemde hulpmiddelen voor de bestrijding van de condylomata (Morbidity Mortality Wkly Rep 1983; 32: 306-8).

A.L. NOORDAM