

oktober 1982, in mindering te brengen. Een en ander betekent, dat – te rekenen vanaf het moment, waarop deze beslissing rechtens onaantastbaar zal kunnen zijn geworden – verweerder nog gedurende één maand geschorst zal dienen te worden.

Met klagers is het College van oordeel, dat deze beslissing om redenen aan het algemeen belang ontleend openbaar zal worden gemaakt als hieronder te bepalen.

Beslist

Schorst verweerder in de uitoefening van de geneeskunst voor de tijd van één maand.

Bepaalt dat deze beslissing op de wijze als voorgeschreven bij artikel 13b van de Medische Tuchtwet wordt bekend

gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant, en door toezending met het verzoek tot plaatsing aan de volgende tijdschriften: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Medisch Contact, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Nederlandse Jurisprudentie.

Verstaat, dat aan geen der partijen kosten, voor haar uit de behandeling van de zaak voortvloeiende, uit 's Rijks kas zullen worden vergoed.

Aldus gedaan in raadkamer op 25 juni 1983 door mr. J.J. van Uchelen, voorzitter, H. van IJzinga Veenstra, lid-geneeskundige, dr. A.A. Sollewijn Gelpke, dr. J. van Noort en dr. P. Elzenga, plaatsvervangende leden-geneeskundigen, in tegenwoordigheid van mr. R.A. Sleeuw, plaatsvervangend secretaris.

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Prof. Dr. Jaap Swierenga Prijs 1983

Het bestuur van de Prof. Dr. Jaap Swierenga Stichting is voornemens jaarlijks een prijs uit te reiken aan een jonge Nederlandse academicus die zich heeft onderscheiden door onderzoek op het gebied van de diagnostiek, pathogenese of therapie van longziekten. In aanmerking komt klinisch onderzoek, laboratoriumonderzoek of experimenteel onderzoek dat bijdraagt tot het inzicht in of de behandeling van longziekten in de breedste betekenis. Een jury, samengesteld uit personen afkomstig van verschillende disciplines, zal de inzendingen beoordelen en advies uitbrengen aan het bestuur van de Stichting. De prijs 1983 zal bestaan uit een oorkonde en een bedrag van f 3.000.-.

Kandidaten kunnen zich schriftelijk richten tot de secretaris van het bestuur van de Stichting, dr. C.D. Laros, Sint Antonius Ziekenhuis, Postbus 16350, 3500 CJ Utrecht. Het verzoek dient vergezeld te gaan van publikaties, proefschrift enz. (in 5-voud), verschenen tussen 1 januari 1982 en 31 januari 1983. De aanmeldingstermijn sluit op 31 december 1983. Het te bekronen werkstuk dient ook in een of andere

vorm in een Nederlandstalig, medisch tijdschrift te zijn of te worden gepubliceerd.

Fullbright-studiebeurzen voor de Verenigde Staten

Voor afgestudeerden en afstuderenden aan Nederlandse universiteiten en hogescholen zijn voor voortgezette studie in de Verenigde Staten in het academisch jaar 1984-1985 Fullbright-beurzen beschikbaar voor studie voor een Master's graad of een Ph.D in elke studierichting. De beurs bedraagt maximaal \$ 4.000 en vergoeding van de reiskosten. Sluitingsdatum 31 maart 1984.

Voor hoogleraren, leden van wetenschappelijke staf en promotie-assistenten zijn beurzen voor onderwijs en onderzoek in de Verenigde Staten beschikbaar in het academisch jaar 1984-1985. Sluitingsdatum 15 december 1983.

Voor nadere inlichtingen kan men zich wenden tot de Netherlands America Commission for Educational Exchange, Nieuwe Spiegelstraat 26, 1017 DG Amsterdam; tel. 020-242435.

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)

Laterale benige inklemming van lumbosacrale zenuwwortels

In de klinische les over de laterale benige inklemming van zenuwwortels wordt de artrotische degeneratie van intergewrichten als belangrijkste oorzaak genoemd.¹ Dit is inderdaad meestal de oorzaak van de vernauwing van de laterale recessus. De klachten nemen dan geleidelijk toe, tenzij de discus een rol gaat spelen. Bij de inklemmingen in het foramen is er echter niet altijd een röntgenologisch zichtbare arthrosis deformans. Alleen de verschuiving van de gewrichtsfacetten ten gevolge van een snelle afname van de discushoogte kan reeds een acute inklemming geven, afhankelijk van het model van het gewricht: de facethoogte, de stand van het gewrichtsvlak en de oorspronkelijke discushoogte. Dit betekent, dat dus bij een acute uitval ook aan een benige inklemming gedacht moet worden.

Daar tegenover staat, dat langzaam toenemende klachten ook door een discus kunnen worden veroorzaakt zonder dat er sprake is van degeneratieve benige veranderingen, maar dit zal dan meestal inderdaad niet een discus hernia betreffen, maar eerder een egale omvangtoename van de discus, eventueel in combinatie met een verdikking van het ligamentum flavum.

Wat de diagnostiek betreft, nog dit: bij de beoordeling van de foramina kan de CT-scan vooral via de sagittale reconstructies, die de computer voor ons kan uitvoeren, een belangrijke bijdrage leveren. De dichtheidsmeting via deze computer ter differentiatie-tussen bijv. kraakbeen en zenuwweefsel kan echter gemakkelijk verkeerd worden geïnterpreteerd.

Deze opmerkingen zijn niet als kritiek, maar slechts als aanvulling bedoeld bij de uitstekende klinische les van collega Fidler.

¹ Fidler MW. Laterale benige inklemming van lumbosacrale zenuwwortels. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1369-73.

Amersfoort, augustus 1983

S. BOUWER

Incidentie en prevalentie

De bijdrage van Rümke is belangrijk, omdat daarin nogmaals zeer duidelijk het verschil tussen beide maten van frequentie van ziekte wordt weergegeven.¹ Omdat het Tijdschrift toonaangevend is voor het goede Nederlandstalige gebruik van vele medische termen willen wij daarbij nog enige kanttekeningen plaatsen, vooral over het gebruik van het woord „incidentie”.

In feite bestaan er drie maten die een beschrijving geven van het aantal nieuwe ziektegevallen dat zich gedurende een bepaalde periode in een bevolking voordoet. Het zijn alle drie incidentie-maten:

1. Het aantal nieuwe ziektegevallen dat optreedt gedurende een bepaalde tijdsperiode, op zichzelf beschouwd. Dit is een simpel getal, bijvoorbeeld, het aantal nieuwe meldingen van tuberculose in een bepaalde stad in de loop van een jaar. In het Engels noemt men dit meestal de „incidence”.

2. Het aantal nieuwe ziektegevallen gedeeld door het gemiddelde aantal personen in leven in de populatie gedurende de onderzoeksperiode. Dit is een breuk met in de teller het aantal gevallen van ziekte en in de noemer het aantal levensjaren (of persoonsjaren) geleefd door de populatie in de bestudeerde tijdsperiode. Deze maat wordt veelal gebruikt in epidemiologische en demografische context, bijvoorbeeld, het aantal gevallen van myocardinfarct per 1000 vrouw-jaren van „pil”-gebruik, of het aantal sterftegevallen door longkanker per 1000 60-65-jarige mannen in leven in een bepaald jaar. In het Engels noemt men dit meestal de „incidence rate”.

3. Het aantal nieuwe ziektegevallen gedeeld door het aantal personen dat oorspronkelijk „at risk” was in het *begin* van de onderzoeksperiode. Het aantal personen dat ziek werd, gedeeld door het oorspronkelijke aantal personen ligt altijd tussen 0 en 1, en is onmiddellijk te vertalen als een „kans”. Deze maat wordt veelal gebezigd in klinische follow-up-onderzoek, bijvoorbeeld, als een vijf-jaarsrecidiefpercentage van een tumor, of als een vijf-jaarscumulatieve sterfte na een ingreep. In het Engels noemen velen dit de „cumulative incidence”.

Welke Nederlandse naam zullen we deze drie incidentie-maten geven? Rümke behandelt vooral de eerste en de tweede en stelt voor om ze beide „incidentie” te noemen, daar het verschil meestal duidelijk blijkt uit de context.¹ In een recent overzicht leggen Schmitz en Habbema vooral de nadruk op het verschil tussen de tweede en de derde vorm en stellen voor om deze „incidentierate” en „incidentierisico” te noemen.² Deze auteurs geven ook een lijst van de meest gebruikelijke Engelse synoniemen. In zijn handboek behandelt Sturmans hoofdzakelijk de eerste en de tweede vorm en noemt deze „incidentie” en „incidentierate”.³ Zelf geef ik om didactische redenen de voorkeur aan benamingen die zo dicht mogelijk staan bij de meest gebruikelijke Engelse: „incidence” wordt „incidentie”; „incidence rate” wordt „incidentiecijfer”, naar analogie met het Nederlandse „sterftecijfer” als vertaling van het Engelse „mortality rate”; „cumulative incidence” wordt „cumulatieve incidentie”.

Overeenkomstige discussies kan men voeren over de Engelse termen „prevalence” en „prevalence rate”, doch ik

dacht dat wij aan de incidentie(s) al een voldoende taalkluis hebben.

LITERATUUR

¹ Rümke ChrL. Incidentie en prevalentie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1628-30.

² Schmitz PIM, Habbema JDF. Maten voor de incidentie van ziekte en sterfte. Tijdschr Soc Gezondheidszorg 1983; 15: 506-14.

³ Sturmans F. Epidemiologie: theorie, methoden en toepassing. 2e druk. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1982: 53-4.

Rotterdam, september 1983

J.P. VANDENBROUCKE

Voor zijn aanvullingen en kanttekeningen zeg ik de inzender hartelijk dank. Bij onze zorg voor de Nederlandse taal blijven wij grote moeite houden met het gebruik van het (Engelse, Duitse?) woord rate. Het moet worden gevreesd dat aan de meeste niet in de epidemiologische vaktaal ingewijden het verschil tussen incidentie en incidentiecijfer, enz. zal ontgaan.

Amsterdam, september 1983

CHR. L. RÜMKE

Fissura ani

De klinische les van Van Vroonhoven en Schouten verduidelijkt veel over deze alledaagse aandoening.¹ Toch zou ik de auteurs nog enkele vragen willen stellen naar aanleiding van hun artikel.

1. Is er een verklaring waarom de genezing van een fissura ani wordt verhinderd door sphincterspasmie en waarom ontstaat hierbij slijmverlies en pruritus?

2. Hoe is de curve in figuur 2 te interpreteren (welke grootheid is afgezet op de horizontale as)?

3. Hoe weten de auteurs dat conservatieve maatregelen „... zelden of nooit tot blijvend succes leiden...”? Wordt hun kijk op deze zaak niet gekleurd door de selectie die huisartsen reeds hebben uitgevoerd bij verwijzing?

4. Wat is het distale deel van de M. sphincter internus dat bij sfincterotomie gekliefd dient te worden?

5. Als laterale interne sfincterotomie een eenvoudige en doeltreffende maatregel is, zouden huisartsen deze dan kunnen opnemen in hun arsenaal van kleine chirurgische ingrepen?

LITERATUUR

¹ Vroonhoven ThJMV van, Schouten WR. Fissura ani. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1273-5.

Haarlem, juli 1983

D.E. KUENEN

Genezing van een fissura ani wordt met name verhinderd doordat door de hoge spanning in de M. sphincter internus de randen van de fissuur naar elkaar toe neigen en een goede drainage wordt belemmerd, alsmede door het feit dat door de hoge spierspanning – drukken van 175 tot 200 cm water zijn niet ongewoon – de vascularisatie ter plaatse van de fissuur allerminst gunstig is. Daarbij komt nog dat de patiënt bij de defecatie tegen een hoge druk moet inpersen, waardoor steeds opnieuw kleine beschadigingen kunnen ontstaan.

Uiteraard zien wij een door de huisarts geselecteerde patiëntpopulatie, maar toch is de algemene opinie dat slechts acute fissuren soms met conservatieve behandeling te genezen zijn, terwijl dat voor de langer bestaande vorm geenszins het geval is.

Bij een laterale interne sfincterotomie knippen wij het