

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