

Diversen

De waarde van bacteriologisch en serologisch onderzoek bij necrotiserende fasciitis

Necrotiserende fasciitis is een acute bacteriële ontsteking van de diepe fascie met secundair gangreen van de bovenliggende huid ten gevolge van trombose van de bloedvaten. Het ziektebeeld doet zich meestal voor aan de benen en wordt vaak niet tijdig herkend waardoor de mortaliteit relatief hoog is. Om de diagnose necrotiserende fasciitis zo vroeg mogelijk te stellen moet men op een aantal symptomen letten die kenmerkend zijn voor necrotiserende fasciitis, in tegenstelling tot erysipelas: het voorkomen van blauw-zwarte gebieden in de laesie met daarbij papels, vesiculae en bullae, het analgetisch worden van het aange-taste huidgebied en het minder vaak voorkomen van lymphangitis en lymphadenitis. Als (na ongeveer 1 week) gangreneuze laesies ontstaan is erysipelas uitgesloten.¹ Leppard en Seal beschreven onlangs 14 patiënten met necrotiserende fasciitis.² Bij 13 van hen was *Streptococcus pyogenes* de verwekker; bij de 14e kon deze niet worden aangetoond, maar werd *Staphylococcus aureus* geïsoleerd. Van de 13 patiënten hadden 8 een foudroyante vorm van de

ziekte, waarbij *Streptococcus pyogenes* uit het aangetaste weefsel kon worden gekweekt. De overige 5 patiënten toonden een minder acuut verlopend ziektebeeld dat aanvankelijk op erysipelas leek. Ondanks behandeling met 1 of meer antibiotica werd bij hen de huid na enkele weken ook necrotisch. Verschillende bacteriën werden gekweekt, maar geen *Streptococcus pyogenes*. Wel was een infectie met deze bacterie aantoonbaar door middel van serologisch onderzoek. Er werden hoge titers antidesoxyribonuclease B en antihyaluronidase gevonden die na 3 maanden weer normaal waren. De antistreptolysine O-titer (AST) had hierbij geen waarde, mogelijk omdat de antigene eigenschappen van streptolysine O teniet worden gedaan door de in de huid aanwezige lipiden.

Indien de diagnose eenmaal is gesteld, is chirurgische verwijdering van het necrotische materiaal geïndiceerd.

LITERATUUR

¹ Cirkl PKS. Necrotiserende fasciitis. Ned Tijdschr Geneesk 1980; 124: 154-7.

² Leppard BJ, Seal DV. The value of bacteriology and serology in the diagnosis of necrotizing fasciitis. Br J Dermatol 1983; 109: 37-44.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Opleiding tot epidemioloog

De Nederlandse Hartstichting opent de mogelijkheid tot het volgen van een 1-jarige opleiding in de epidemiologie in de Verenigde Staten. Daarvoor komen in aanmerking academisch gevormden die zich aangetrokken voelen tot de cardiovasculaire epidemiologie. Van de kandidaten zal worden gevraagd, dat zij een plan uitwerken voor een researchproject dat na terugkeer in Nederland in het kader

van een universiteit of instituut al dan niet met steun van de Nederlandse Hartstichting zal worden uitgewerkt. Zij die hiervoor belangstelling hebben, worden verzocht dit uiterlijk 15 november 1983 bekend te maken.

Dr. E. DEKKER,
medisch directeur,
Nederlandse Hartstichting,
Sophialaan 10,
2514 JR Den Haag

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)

Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan

Met veel belangstelling hebben wij kennis genomen van de reeks oorspronkelijke stukken over dit onderwerp in het Tijdschrift.¹ Wellicht ongewild, maar niet minder suggestief, wordt door verscheidene auteurs het röntgenologisch aantonen van degeneratieve en in mindere mate ook anatomische afwijkingen van de lumbale wervelkolom als betrekkelijk zinloos aangegeven. Dat een grote groep „patiënten” met een dergelijk pathologisch röntgenbeeld zonder klachten is, moge wellicht verwondering wekken, dit betekent niet dat zij die wel klachten hebben een eventuele causaliteit hiermede onthouden mag worden. Dat een dergelijke relatie vooralsnog niet geheel duidelijk is, betekent niet dat deze er ook niet is. Veeleer zijn er aanwijzingen dat de diagnostiek nog te beperkt en te oppervlakkig is.

Immers, degeneratieve afwijkingen in alle gewrichten kunnen een bron van klachten zijn, ook in de rug.

Uiteraard staan anamnese en klinisch onderzoek op de voorgrond, maar wij achten het niet correct, daar waar geen sprake is van tumoren, infecties, traumatische afwijkingen of neurologische pathologie, het röntgenbeeld van de degeneratieve afwijking als volstrekt ondergeschikt te beschouwen.^{2,3} Integendeel, we dienen ons inzicht te verdiepen in de stellige overtuiging dat er een verklaring zal zijn voor het feit dat de een met en de ander zonder klachten is.

Gelijk collega Veraart, hebben wij de indruk dat aan het aantonen van een mogelijk begeleidend instabiliteit van de desbetreffende werveleenheid grote waarde gehecht dient te worden.⁴ Om dit betrouwbaar in beeld te brengen is een zaak voor verder onderzoek.

Dat een en ander wel consequenties heeft en zal hebben voor het in te stellen therapie-beleid staat buiten kijf. Zeker daar waar zich de meer geïsoleerde afwijking manifesteert,

bestaat de laatste jaren in toenemende mate de mogelijkheid van een meer gerichte behandeling, ook in operatieve zin. Wij zijn ons er evenwel van bewust dat de frequentie van en het aantal projecties bij het röntgenonderzoek van de lumbale wervelkolom vaak onnodig hoog liggen. Wij sluiten ons dan ook gaarne en geheel aan bij de aanbevelingen van collega Sanders, zoals gesteld in zijn conclusies, om vooral de stralingsbelasting te beperken.⁵

LITERATUUR

- ¹ Klinische betekenis van degeneratieve afwijkingen van de lumbale wervelkolom en consequenties van het aantonen ervan. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1374-85.
- ² Gijn J van. Neurologische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1377-8.
- ³ Vermeer JP. Verzekeringsgeneeskundige aspecten bij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1383-5.
- ⁴ Veraart BEEMJ. Orthopedische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1378-81.
- ⁵ Sanders HWA. Radiodiagnostische aspecten. Ned Tijdschr Geneeskd 1983; 127: 1374-7.

Heerlen, augustus 1983

G.J.I.M. VAN DER WERF
A.J. TONINO

De inhoud van de ingezonden reactie biedt weinig aanknopingspunten voor een fundamentele discussie. Gegevens of argumenten die de gedane uitspraken zouden kunnen schragen worden node gemist.

De inleiders van het symposium hebben gepoogd rationele geneeskunde te bedrijven, aan feiten meer waarde toekennend dan aan (persoonlijke) indrukken: (1) De in de praktijk aangenomen samenhang tussen rugklachten, „afwijkingen” bij röntgenonderzoek en prognose, wordt door de resultaten van onderzoeken bij grote groepen patiënten en controlepersonen niet bevestigd. (2) Desondanks blijven artsen en patiënten, verzekeringsgeneeskundigen en verzekeraars aan het al dan niet voorkomen van houdingsanomalieën en degeneratieve afwijkingen van de lendenwervelkolom belangrijke conclusies verbinden, met verstrekkende financieel-economische en sociale gevolgen voor individu en gemeenschap.

Er zijn nu voldoende gegevens bekend om bij de meerderheid van deze patiënten een causaal verband tussen degeneratieve afwijkingen en specifieke lage-rugklachten weinig waarschijnlijk te achten. In daartoe op basis van anamnese en fysisch onderzoek geselecteerde gevallen kan gerichte radiodiagnostiek bijdragen tot het verkrijgen van inzicht in aard en oorzaak van de symptomen, tot het opstellen van een behandelplan en tot het vaststellen van een prognose. Daarnaast is er plaats voor goed opgezette en uitgevoerde klinische studies naar bepaalde aspecten van het lage-ruglijden. Met name zullen ook de indicaties voor en de effecten van gebruikelijke en nieuwe therapievormen kritisch(er) moeten worden geëvalueerd.

Eindhoven, september 1983

H.W.A. SANDERS

Komen er te veel artsen of werken óók de komende artsen te veel? Een kritische beschouwing van het eerste advies van de commissie Vorst

Naar aanleiding van de kanttekeningen door de werkgroep „Stop de Artsenstop”, geplaatst bij het eerste advies van de „Commissie Vorst” over de toekomstige behoeftebepaling van artsen, wil ik enige opmerkingen maken.

Allereerst dient te worden opgemerkt dat het artikel in zijn kritiek geheel voorbijgaat aan de aanbiedingsbrief van de Commissie aan de Minister. Heeft de Werkgroep die in haar kritische ijer soms niet gelezen? In die brief wordt sterk de nadruk gelegd op het feit dat de gegevens slechts met grote voorzichtigheid moeten worden gehanteerd, met name omdat een aantal factoren moeilijk te kwantificeren is. De Commissie stelt in die brief dan ook terecht dat dit eerste advies (het is niet meer en niet minder) slechts een aanloop is voor een continue centrale coördinatie en planning van de verschillende categorieën van artsen en dat daarvoor instrumenten moeten worden ontwikkeld. Tegen de achtergrond van deze grote reserve dient het advies dan ook te worden gelezen. De Commissie stelt voorts terecht dat zij zich bewust is van de leemten in het onderliggende materiaal. Ten einde dit bij te stellen zullen subcommissies worden ingesteld.

Wat betreft de bekritiseerde uitgangspunten het volgende. Voorshands wordt voor de medische specialisten uitgegaan van een 50-urige werkweek inclusief 20% niet patiëntgebonden activiteiten (thans 3%). Ik denk dat dit uitgangspunt veel verder gaat dan datgene wat overheid of ziektekostenverzekeraars thans als haalbaar zien. De beoogde verkleining van de huisartspraktijk tot 2000 zielen gaat eveneens veel verder dan thans door de overheid is toegestaan als normpraktijk (2500 zielen). En het is niet de Commissie die dit laatste stelt, zoals de kritiek suggereert, maar de LHV en op grond van functionele en economische overwegingen dient zij dit te doen nu het niet de beraadsgroep maar de overheid is die de grens van 2500 zielen heeft bepaald als economisch haalbaar.

Dat de honoreringsstructuur een rol speelt, ontkent de Commissie niet. Niet voor niets gaat de Commissie subcommissies instellen. Of dienstverband voor alle artsen daarvoor nu de oplossing bij uitstek is, zoals gesuggereerd wordt, is de vraag. Wanneer voor het abonnementshonorarium zou gelden dat men daarmee voor een bepaald bedrag zo min mogelijk zou willen doen, waarom geldt dit dan niet voor het vaste maandsalaris? Inderdaad ziet de Commissie het grote aantal (nog steeds groeiende) werkloze artsen als een ernstig probleem. Dit aantal zal snel groeien door de beperking van de vrije vestiging van huisartsen door de overheid en door de functiebeperking van medische specialisten (alweer door de overheid). En was het juist niet de beroepsgroep zelf, i.c. de LSV, die een banenplan voor de werkloze specialisten ontwierp? Wat tenslotte te zeggen van een in deze context geplaatste zin uit de kritiek als: Dit „alles” (aanhalingstekens van mij) ter bescherming van de nu werkende beroepsgroep? Is dan niet primair het groeiende aantal werkloze artsen gebaat met het wegwerken van dit stuwmeer?

Wat betreft de kritiek op de samenstelling van de Commissie kan men zich afvragen of deze niet samenhangt met het onterechte uitgangspunt van de Werkgroep dat artsen in commissieverband samenwerkend daar in eerste instantie hun eigen belang verdedigen. Met opzet is de Commissie samengesteld uit drie vrijwel paritair samengestelde delen: artsen werkend in de gezondheidszorg, universitaire opleiders en een groep van degenen die nog in opleiding zijn. Ten aanzien van de behoeftebepaling hebben deze groepen juist vaak zeer controversiële materiële en ideële belangen. Het moet eerder als een positief punt worden gezien dat deze groeperingen zich in betrekkelijk korte tijd in dit eerste advies hebben kunnen vinden met voorbijgaan aan categoriaal eigen belang. Speelt dit laatste overigens bij de auteurs soms een rol wanneer zij het zinvoller achten een Commissie in te stellen die de werkgelegenheid onderzoekt voor de huidige en a.s. werkloze