

- <sup>18</sup> Gratwohl A, Müller M, Ostenwalder B, et al. Nephrotoxicity of Cyclosporin A in bone marrow transplant recipients. *Lancet* 1981; ii: 635.
- <sup>19</sup> Hamilton DV, Evans DB, Thiru S. Toxicity of cyclosporin A in organ grafting. In: White DJG, ed. *Cyclosporin A*. Elsevier Biomedical, 1982: 393-411.
- <sup>20</sup> Jerne NK. Towards a network theory of the immune system. *Ann Immunol (Paris)* 1984; 125 C: 373-89.
- <sup>21</sup> White DJG, Plumb AM, Pawelec G, et al. Cyclosporin A: an immunosuppressive agent preferentially active against proliferating T cells. *Transplantation* 1979; 27: 55-8.
- <sup>22</sup> Paavonen T, Häyry P. Effect of Cyclosporin A on T-dependent and T-independent immunoglobulin synthesis in vitro. *Nature* 1980; 287: 542-4.
- <sup>23</sup> Leoni P, Garcia RC, Allison AC. Effects of Cyclosporin A on human lymphocytes in culture. *J Clin Lab Immunol* 1978; 1: 67-72.
- <sup>24</sup> McIntosh LC, Thomson AW. Activity of the mononuclear phagocyte system in Cyclosporin A treated mice. *Transplantation* 1980; 30: 384-6.
- <sup>25</sup> Lindsey NJ, Harris KR, Norman HV, et al. The effect of Cyclosporin A on the primary and secondary immune response in the rabbit. *Transplant Proc* 1980; 12: 252-5.
- <sup>26</sup> Hess AD, Tutschka PJ, Santos GW. The effect of cyclosporin A on T-lymphocyte subpopulations. In: White DJG, ed. *Cyclosporin A*. Elsevier Biomedical, 1982: 209-31.
- <sup>27</sup> Palacios R. Concanavalin A triggers T-lymphocytes by directly interacting with their receptors for activation. *J Immunol* 1982; 128: 337-42.
- <sup>28</sup> Haynes BF, Fauci AS. The differential effect of in vivo hydrocortisone on kinetics of subpopulations of human peripheral blood thymus derived lymphocytes. *J Clin Invest* 1978; 61: 703-7.
- <sup>29</sup> Green GJ, Allison AC. Extensive prolongation of rabbit kidney allograft survival after short term Cyclosporin A treatment. *Lancet* 1978; i: 1182-3.
- <sup>30</sup> Hutchinson IF, Shadur CA, Duarte A, et al. Mechanisms of cardiac allograft prolongation by Cyclosporin A. *Transplant Proc* 1981; 13: 412-3.
- <sup>31</sup> Baldwin III WM, Hutchinson IF, Meyer CJLM, et al. Immune responses to organ allografts. III. *Transplantation* 1981; 31: 117-20.
- <sup>32</sup> Penn I. Malignant lymphomas in organ transplant recipients. *Transplant Proc* 1981; 13: 736-8.

September 1983

## BRIEVEN AAN DE REDACTIE

### *AIDS; de noodzaak van een geïntegreerde benadering*

J.K. VAN WIJNGAARDEN, TE AMSTERDAM

Wie thans in welk gezelschap dan ook de term AIDS laat vallen, kan er terecht van uitgaan, dat iedere aanwezige weet waar het om gaat. Nog nooit eerder in de medische geschiedenis heeft een ziekte zo sterk in het middelpunt van de belangstelling gestaan. Verklaringen voor deze „populariteit” zijn niet moeilijk te vinden: het gaat om een nieuwe, dodelijke, besmettelijke ziekte met nog veel mysterieuze aspecten, waardoor over het algemeen jonge mensen worden getroffen, die bovendien nog vaak tot specifieke risicogroepen behoren.

Bijna 3 jaar na de eerste publikaties uit de Verenigde Staten en bijna 2 jaar na de eerste patiënt met het verworven immunodeficiëntiesyndroom in Nederland, lijkt nu de publieke belangstelling af te nemen en daarmee de onrust die de ziekte heeft veroorzaakt. Een tussentijdse balans stemt echter niet optimistisch: Het aantal patiënten in Nederland is inmiddels tot 13 gestegen; in de Verenigde Staten is dit aantal de 3.500 inmiddels gepasseerd (maart 1984). Er is nog steeds een sterke stijging, zowel in de Verenigde Staten als in Europa. Er zijn geen redenen om aan te nemen, dat de epidemie in Nederland anders zal verlopen dan in de Verenigde Staten. Geschat wordt, dat de ontwikkelingen in Nederland epidemiologisch gezien 3 jaar achterlopen op die in New York, het gebied met relatief de meeste patiënten met het verworven immunodeficiëntiesyndroom.

Inmiddels is duidelijk geworden, dat ook inwoners van Centraal Afrika een risicogroep zijn voor AIDS.

Correspondentie-adres: A.I.D.S. Beleids-Coördinatie, p.a. Bureau G.V.O. Amsterdam, Prins Hendrikklaan 12, 1075 BB Amsterdam.

De omvang van de epidemie in dat gebied is nog steeds niet duidelijk. De kans dat snel een medische oplossing wordt gevonden in de vorm van een geneeswijze of vaccin, wordt steeds kleiner, nu na intensieve research overal ter wereld de oorzaak van het syndroom nog steeds onbekend is.

Van het begin af aan is onderkend dat het bij het verworven immunodeficiëntiesyndroom niet alleen om een puur medisch probleem gaat, maar dat aan de ziekte belangrijke psychische en sociale aspecten zijn verbonden, die alle nauw met elkaar samenhangen. Het duidelijkst is dit naar voren gekomen in de vraag hoe hemofiliepatiënten zo effectief mogelijk te beschermen tegen eventueel besmet bloed. Het uitsluiten van bepaalde groepen donors is psychisch voor de betrokkenen moeilijk te verwerken en leidt wellicht tot sociaal onaanvaardbare gevolgen. Daarom is in Nederland gekozen voor een grote voorlichtingsactie onder donors en homoseksuelen mannen (de blauwe folders), waarbij de eigen verantwoordelijkheid centraal is gesteld. homoseksuelen mannen met veel wisselende, seksuele contacten worden verzocht zich voorlopig terug te trekken als bloeddonor. Ook met andere voorbeelden kan de sterke verwevenheid van de verschillende aspecten van de AIDS-problematiek worden getoond:

– Preventie binnen de homoseksuele groep heeft vooral betrekking op het beïnvloeden van promiscuë seksueel gedrag. Hierbij dient effectief aansluiting te worden gezocht bij het normen- en waardenpatroon binnen de homoseksuele subcultuur.

– Ervaringen uit de Verenigde Staten leren dat de psychische opvang en begeleiding van de patiënten en hun omgeving buitengewoon moeilijk is en een geheel

eigen systeem van hulpverlening eist. Ook de soms bijna invaliderende angst voor AIDS, als bijvoorbeeld een afwijkende T4/T8-ratio is vastgesteld, eist zorgvuldige aandacht.

– Prospectief onderzoek, zoals dit binnen afzienbare tijd ook in Nederland van start gaat, omvat een groot aantal proefpersonen uit de risicogroepen, die gedurende enkele jaren steeds opnieuw met AIDS te maken zullen krijgen. Dit stelt hoge eisen aan de informatieverstrekking aan de betrokken groep.

Deze drie voorbeelden zijn met vele andere uit te breiden. In Nederland is van begin af aan door alle betrokkenen gekozen voor een geïntegreerde aanpak van de problemen. In een hiervoor ingesteld beraad wordt onder meer geparticipeerd door bloedbanken, klinici, de rijksoverheid, de gemeente Amsterdam, een aantal medische instanties en belangenorganisaties uit de homoseksuele populatie. Een eerste resultaat van het overleg is de reeds genoemde voorlichtingscampagne geweest.

Gezien de sombere tussenbalans zal het verworven immunodeficiëntiesyndroom in Nederland in toenemende mate gaan voorkomen, waardoor steeds meer

mensen direct met dit syndroom in aanraking zullen komen. Daarom is er voor gekozen de ad hoc gegroeide brede samenwerking een meer structureel karakter te geven. Hiertoe is door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur per 1 januari 1984 de aanstelling mogelijk gemaakt van een AIDS-beleidscoördinator, die als taak krijgt de samenwerking vastere vorm te geven om zo de continuïteit van een integrale aanpak te waarborgen. De coördinator zal worden ondersteund door een coördinerend team, waarin vertegenwoordigers van een aantal nauw betrokken instanties zitting hebben. Deze structuur kan ertoe leiden, dat van begin af aan een ziekte van verschillende, en niet alleen medische, kanten wordt benaderd. Hoewel de opzet is ingegeven door de ernst van de problematiek en het bijzondere karakter van het verworven immunodeficiëntiesyndroom, kan tegelijkertijd worden gesproken van een uniek model binnen de Nederlandse gezondheidszorg, dat misschien ook in andere situaties zijn nut kan bewijzen.

Maart 1984

## COMMENTAREN

### *Is mastitis puerperalis nog te peilen? Morbiditeitsgegevens uit de huisartsenpraktijk*

DR. H. LAMBERTS, TE CAPELLE AAN DE IJSSEL

Het jaarverslag 1982 van de Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations Nederland verdient extra aandacht.<sup>1</sup> Bij deze registratiemethode ligt de basis in de huisartsenpraktijk. Het landelijk netwerk met 46 peilstations, waaraan 61 huisartsen deelnemen, bestrijkt 1,2% van de Nederlandse bevolking (163.577 ingeschreven patiënten). Bij de samenstelling wordt rekening gehouden met de geografische spreiding en met de mate van urbanisatie. De peilstationartsen zenden wekelijks een formulier in waarop bepaalde ziekten en gebeurtenissen worden gerapporteerd. Het verslag over 1982 is het dertiende verslag van het peilstationproject. Opnieuw blijkt, hoe waardevol dit bescheiden project is.

De reden voor extra aandacht is het incidentele onderzoek in 1982 naar het vóórkomen en de behandeling van mastitis puerperalis. De aanleiding daartoe was gelegen in vragen aan de redactie van dit tijdschrift over de behandeling van patiënten met de

acute vorm van mastitis puerperalis.<sup>2</sup> Adviseurs van wie werd aangenomen dat zij de late abcederende stadia van mastitis puerperalis zouden zien, deelden mee, dat dit vrijwel niet het geval was; kennelijk nemen alleen huisartsen met enige regelmaat mastitis bij kraamvrouwen waar. Bij de benadering van het probleem stuitte men op onbekendheid met het aantal patiënten met mastitis puerperalis. Er werd daarom besloten een incidenteel onderzoek te doen naar het vóórkomen van de infectie. Als werkdefinitie gold: plaatselijke roodheid, induratie, pijn en warmte in de mamma, gepaard gaande met lichaamstemperatuur hoger dan 38,5° C, dit om te voorkomen dat gevallen van zogstuwning met verhoging ook zouden worden genoteerd. (Onder duratie is een gedeelte van de mamma verstaan, dat vaster aanvoelt dan het omliggende weefsel.) Klierzwellen in de oksel is niet obligaat.

In totaal is in 1982 door de peilstationartsen 65 maal een mastitis puerperalis gemeld. Dit komt neer op 4 à 5 gevallen per 100 bevallingen. Er zijn geen belangrijke verschillen tussen de gehanteerde provincie- en urbanisatiegroepen. Kraamvrouwen met een leeftijd van 25-35 jaar liepen de grootste kans op deze

Gezondheidscentrum Ommoord, Briandplaats 15, 3068 JJ Rotterdam.