

In het artikel van Kreukniet over BCG-vaccinatie worden in de argumentatie om in ziekenhuizen bij bepaalde groepen medisch en paramedisch personeel toch BCG-vaccinatie toe te passen, de werkzaamheid en de complicaties besproken,¹ maar er wordt niet ingegaan op de nadelen die aan BCG-vaccinatie zijn verbonden. Het zijn juist de nadelen die de besluitvorming over de aanbevelingen van de consultatiebureau-artsen en de districtsverpleegkundigen in de tuberculosebestrijding mede bepaalden. Daar deze aanbevelingen tot stand zijn gekomen in nauw overleg met de Commissie voor Practische Tuberculosebestrijding van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der Tuberculose willen wij deze nadelen nog eens onder de aandacht brengen.

– Na BCG-vaccinatie is de tuberculinereactie niet meer bruikbaar voor het aantonen van een al of niet plaatsgevonden besmetting met tuberkelbacteriën.

– BCG-vaccinatie verhindert niet het binnendringen van tuberkelbacteriën, maar men hoopt en verwacht dat de voor ieder individu op eigen wijze tot stand gekomen reactie van het immuunsysteem op efficiënte wijze zal afrekenen met de binnengedrongen tuberkelbacteriën. Zeker is dit echter niet.

– Daar de tuberculinereactie dan geen informatie meer geeft over het al of niet overleven van de tuberkelbacteriën blijft er niet veel anders over dan – bij wijze van spreken – gedurende het gehele leven af te wachten of door het optreden van ziekteverschijnselen duidelijk wordt of er na de infectie door endogene reactivering ziekte is ontstaan. De moderne tuberculosebestrijding is erop gericht om juist het ontstaan van ziekte te voorkómen. Hiervoor zijn de tuberculinereactie en zo nodig chemoprophylaxe de aangewezen middelen.

– Het is duidelijk dat een „controle” door een röntgenfoto van de thorax geen oplossing biedt, want als er afwijkingen te zien zijn is het al te laat.

Als een vaccin beschikbaar zou komen dat wel immuniteit maar geen overgevoeligheid (positieve tuberculinereactie) veroorzaakt, zouden de nadelen van BCG-vaccinatie niet meer bestaan.

Het is te betreuren dat het met de huidige kans om in Nederland met tuberkelbacteriën te worden besmet, gewenst zou zijn om in ziekenhuizen een niet zo kleine groep medisch en paramedisch personeel, niettegenstaande de nadelen, toch met BCG te moeten vaccineren omdat:

1. Het efficiënte en goedkope directe sputumonderzoek (volgens Ziehl-Neelsen) bij hoestende patiënten blijkbaar niet of onvoldoende wordt toegepast. Het gaat immers om de kans op besmetting door de (kleine) groep van hoestende longtuberculosepatiënten met tuberkelbacteriën in het directe sputumpreparaat. Alle andere patiënten met actieve tuberculose kunnen wat hun besmettelijkheid betreft, buiten beschouwing blijven. Hoe korter het doctor's delay, hoe minder ziekenhuisbesmettingen.

2. Het blijkbaar om organisatorische redenen niet te verwezenlijken zou zijn om personeel dat een reële kans heeft gehad met tuberkelbacteriën te worden besmet, na 5 à 6 weken te onderzoeken d.m.v. een tuberculinereactie.

LITERATUUR

¹ Kreukniet J. BCG-vaccinatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1104-5.

Soest, J. DOUMA, voorzitter, en
's-Gravenhage, juni 1984 M.A. BLEIKER, secretaris, van
de Commissie voor
Practische Tuberculosebestrijding

Naar aanleiding van de artikelen over BCG-vaccinatie van Styblo en Kreukniet zou ik nog enkele opmerkingen willen maken,^{1,2} vooral over met name het door consultatiebureaus en districtsverpleegkundigen opgestelde advies: „Overbodig en ten zeerste ontraden is de vaccinatie van medisch, paramedisch en verplegend personeel in ziekenhuizen”.⁴ Wat het advies betreft, spreekt het commentaar van professor Kreukniet voor zichzelf.² Een aspect ontbreekt echter: de gemiste diagnose. Er zijn mij over een periode van 2 jaar, drie gevallen van open tuberculose bekend, waarbij de diagnose pas na weken werd gesteld. Deze patiënten waren opgenomen op afdelingen algemeen interne geneeskunde. De lange periode tussen opname en het uiteindelijk stellen van de juiste diagnose maakt het contactonderzoek bijzonder lastig (tussentijdse overplaatsing verpleegkundig personeel, vertrek naar elders, enz.) en zelfs ten dele onmogelijk.

Ten einde aan deze problemen (gedeeltelijk) het hoofd te bieden, kan men naar mijn mening uit twee mogelijkheden kiezen:

1. BCG-vaccinatie voor alle medewerkers van een ziekenhuis die direct betrokken zijn bij de patiëntenzorg, of

2. Indien BCG-vaccinatie wordt afgeschaft, dient men dit stringenter samen te laten gaan met een aantal begeleidende maatregelen en aanbevelingen, o.a.: (a) blijf elke hoestende patiënt, waarbij de oorzaak niet duidelijk is, verdenken van tuberculose en aarzel niet indien mogelijk, enkele malen (bijv. 3×) een Ziehl-Neelsen-preparaat van het sputum te laten maken; (b) handhaaf een goed administratief vastgelegde regelmatige PPD-controle, eventueel gevolgd door een röntgenfoto van de thorax; (c) houd per afdeling op datum bij welk medisch, paramedisch en verpleegkundig personeel bij de behandeling van patiënten betrokken is; (d) neem bij hoestende patiënten bij wie de diagnose niet met zekerheid gesteld is, hygiënische maatregelen alsof zij een patiënt met tuberculose zijn en (e) waarschuw waarnemende collegae en verplegenden voor de onder (d) genoemde patiënten.

Hoewel de onder mogelijkheid 2 genoemde maatregelen in principe ook gelden voor 1, moet in categorie 2 hier nog meer de nadruk op worden gelegd, ten einde calamiteiten te vermijden. De conclusie luidt dan ook: Afschaffen van BCG-vaccinatie voor medisch, paramedisch en verpleegkundig personeel is alleen verantwoord, indien dit samen gaat met een strikte invoering van gepaste maatregelen.

LITERATUUR

¹ Styblo K. Is er in de tuberculosebestrijding nog plaats voor BCG-vaccinatie? Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1098-101.

² Kreukniet J. BCG-vaccinatie. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1104-5.

Groningen, juni 1984

J.A.M. SNIJDER

Met de opmerkingen van collega Snijder kan ik het geheel eens zijn. Wil men BCG-vaccinatie afschaffen, dan dient men goede maatregelen te nemen ter opsporing van tuberculose bij het ziekenhuispersoneel, dat nog veel met besmettelijke tuberculosepatiënten in aanraking komt. Die goede maatregelen zijn er helaas niet.

De collegae Bleiker en Douma gaan op ditzelfde nog eens in. Zij realiseren zich daarbij niet, dat de besmettelijke tuberculosepatiënten continu (elkaar opvolgend) aanwezig zijn, zodat de door de commissie gegeven adviezen, die door collega Styblo in zijn artikel zijn verwoord, met elkaar in strijd zijn. Er wordt aanbevolen wèl te vaccineren als men een halfjaar naar een land gaat waar nog veel tuberculose

voorkomt. Tegelijkertijd wordt aanbevolen niet te vaccineren als men een halfjaar of langer op een afdeling werkt waar besmettelijke patiënten met tuberculose worden verpleegd. Als men niet vaccineert, dan zou men 5 à 6 weken na contact met bovengenoemde patiënten een tuberculine-reactie moeten verrichten. Maar als dat contact nu min of meer permanent bestaat, moet men dan elke 2 maanden een dergelijke reactie doen? Wat zijn de gevolgen daarvan voor het ontstaan van een positieve reactie op de lange duur? Men gaat daarbij geheel voorbij aan de psychologische druk die uitgaat van een werksituatie, waarbij men weet geen enkele bescherming te hebben tegen een nog altijd wat gevreesde ziekte.

Het feit dat de tuberculine-reactie na BCG-vaccinatie positief wordt, is geen argument om die vaccinatie daarom niet te verrichten. De reactie wordt na BCG-vaccinatie in de regel slechts zwak positief. Een eerste besmetting met virulente tuberkelbacillen geeft een veel sterkere reactie. Dit verschil is meetbaar bij goede techniek voor het verrichten van de tuberculine-reactie. Bovendien weegt het zwak positief worden van een tuberculine-reactie na BCG-vaccinatie minder zwaar, daar bij goede vaccinatietechniek de kans op het „aanslaan” van een infectie met virulente tuberkelbacillen, zo deze mochten binnendringen, door de vaccinatie is afgenomen met 80%. De kans op het krijgen van een klinisch manifeste longtuberculose is dan afgenomen tot ca. 7%. Zonder vaccinatie is die laatste kans aanzienlijk hoger dan 30%. In laatste instantie gaat het dus om het verschil tussen beide mogelijkheden tot het krijgen van een manifeste tuberculose. Of, zo u wilt, het verschil aan de waarde die u toekent aan 7% of 30%. Voor mij is dat verschil groot genoeg om BCG-vaccinatie toe te passen.

Voor andere longziekten, zoals het bronchuscarcinoom, zou een verbetering van de 5-jaarsoverleving van 7 naar 30% als een geweldige overwinning in de geneeskunde worden gezien. Waarom hier dan iets, wat zo gemakkelijk kan worden verkregen, niet toe te passen?

Groningen, juli 1984

J. KREUKNIET

Professor Kreukniet schrijft in zijn Commentaar op mijn artikel „Is er in de tuberculosebestrijding nog plaats voor BCG-vaccinatie?”,¹ dat ik het effect van BCG-vaccinatie heb ondermijnd.² Hij betoogt dat de meeste onderzoekers van mening zijn dat de bescherming door BCG-vaccinatie ongeveer 80% bedraagt. Het feit blijft echter bestaan dat van de negen gecontroleerde klinische onderzoeken (inclusief de Madras-trial in India) er drie een hoge beschermingsgraad boden (73-80%), drie een lage (6-29%) en drie geen.

Met betrekking tot het artikel van professor Kreukniet onder Ad 3: ik refereerde aan het verslag van het colloquium op 15 oktober 1982, dat was voorbereid door de Commissie voor Practische Tuberculosebestrijding van de KNCV (nr. 25 van de literatuurlijst). Collega Douma heeft hierop inmiddels namens die Commissie gereageerd.

LITERATUUR

¹ Styblo K. Is er in de tuberculosebestrijding nog plaats voor BCG-vaccinatie? Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1098-101.

² Kreukniet J. BCG-vaccinatie. Ned Tijdschr Geneeskd 1984; 128: 1104-5.

's-Gravenhage, juni 1984

K. STYBLO

BERICHTEN

Binnenland

Wijziging telefoonnummers van het Tijdschrift. – Met ingang van 3 september is het redactiekantoor bereikbaar onder de nummers (020) 620150 en 624640.

Koninklijk Instituut voor de Tropen; nieuwe adressen. – De Laboratoria van de afdeling Tropische Hygiëne, thans gevestigd op Mauritskade 57, zullen per 1 september verhuisd zijn naar het volgende adres:

Instituten voor Wetenschappelijk Onderzoek

Koninklijk Instituut voor de Tropen

Meibergdreef 39

1105 AZ Amsterdam (Zuidoost).

In verband hiermee dienen aanvragen, die betrekking hebben op parasitologisch faeces-, bloed- en histopathologisch onderzoek, op serologisch onderzoek, op toxoplasmose en op bloed- en urineonderzoek op leptospirose aan dit nieuwe adres te worden gericht. De volgende telefoonnummers zijn voor consult beschikbaar:

- Parasitologische diagnostiek (020) 5665459
- Toxoplasmose serologie (020) 5665458
- Leptospirose diagnostiek (020) 5665431
- Laboratorium Tropische Geneeskunde (020) 5665461

VERGADERINGEN, CONGRESSEN, CURSUSSEN

PAOG-cursus „Buikklachten”. – Op 10 oktober a.s. te Maastricht en op 11 oktober te Weert worden een aantal

problemen op het gebied van buikklachten aan de orde gesteld in een cursus voor huisartsen.

Inlichtingen verstrekt het secretariaat Post Academisch Onderwijs, Medische Faculteit, Rijksuniversiteit Limburg, postbus 616, 6200 MD Maastricht; tel. 043-888289/268.

Amsterdamsche Neurologenvereniging 75 jaar. – Op 11 oktober a.s. te 16.00 uur viert de Amsterdamsche Neurologenvereniging haar bijzondere dag in de vergadering, die in collegezaal IV van het AMC zal worden gehouden. Sprekers zullen zijn: prof. P.L. Pearson, Instituut voor Anthropogenetica te Leiden, over erfelijkheidsonderzoek bij neurologische aandoeningen, met behulp van recombinant DNA-technieken, en dr. K.L. Leenders, MRC Unit, Hammersmith Hospital te Londen, over de betekenis van de positron emissie en nuclear magnetic resonance scanning in de neurologie.

De tweejaarlijkse aanmoedigingsprijs van de Amsterdamsche Neurologenvereniging is in 1984 toegekend aan C.C. Tijssen, neuroloog te Tilburg.

Het 7e Zeeuws Symposium „Controversen in de geneeskunde” zal op 27 oktober a.s. worden gehouden in Kloetinge. Het is bestemd voor huisartsen, specialisten, verpleeghuisartsen en apothekers.

Inlichtingen verstrekt de heer J.W. Harting, ziekenhuis-apotheker, Stichting Oosterscheldeziekenhuizen, Kloetingseweg 47, 4462 AW Goes; tel. 01100-15510, toestel 141.