

zonder vaccinatie, omdat in het eerste geval de diagnose alleen op grond van röntgenologische afwijkingen gesteld kan worden, hetgeen betekent dat er reeds schade aan de longen is ontstaan, die alleen met twee of drie tuberculostatica behandelbaar is. De 30%-kans, zo dat getal reëel is, kan door een tuberculine-omslag worden aangetoond, voordat afwijkingen zijn ontstaan; behandeling met een INH-profylaxe is dan afdoende. In de praktijk zal blijken dat met een hoesthygiëne vrijwel geen omslagen op een longafdeling voorkomen. Op andere, interne of chirurgische afdelingen, waar de diagnose wel eens later gesteld wordt, kan een gericht contactonderzoek onder personeel en medepatiënten een betere bescherming bieden dan BCG.

Het heeft dan ook de schijn dat het gemak, waar prof. Kreukniet in zijn laatste zin op doelt, meer een vorm van gemakzucht is, die een schijnbare bescherming verkiest boven een goede bewaking met de mogelijkheid van een afdoende beveiliging.

LITERATUUR

¹ Douma J, Bleiker MA. BCG-vaccinatie. (Ingezonden). Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1634-5.

Tilburg, september 1984

T.L. MELLEMA,
longarts,
districts-consultatiebureau

Blijkbaar ben ik nog niet duidelijk genoeg geweest. Het gestelde door collega Mellema is juist en ook bij medici wel bekend. Het is evenwel slechts juist voorzover het wordt uitgevoerd. In de praktijk valt de besmettingkans mee, doch de op de tuberculoseafdeling werkzame personen maken zich over een dergelijke besmetting wel zorgen. Met deze zorgen komen zij bij de longartsen terecht. Deze trachten hen gerust te stellen, vaak met behulp van een incidentele doorlichting, die weinig zin heeft. In veel ziekenhuizen vindt geen systematische controle van de tuberculinereactie bij niet-gevaccineerden plaats. Ook de systematische röntgenfoto van de thorax als mogelijk (late) controle op het opgelopen hebben van een manifeste infectie ontbreekt.

Nogmaals: wat is er tegen om onder dergelijke omstandigheden – dus niet de door collega Mellema veronderstelde ideale omstandigheden – dan toch maar een BCG te vaccineren, hetgeen zeker enige bescherming biedt.

Utrecht, september 1984

J. KREUKNIET

Vitamine B is geen wondermiddel

Wij brengen onder de aandacht dat in het commentaar van Jennekens de zinsnede voorkomt: „De aanbevolen dagelijkse hoeveelheden van vitamine B zijn enige malen hoger dan de minimum benodigde hoeveelheden per dag . . .”.¹ Deze bewering is beslist onjuist en zou de indruk kunnen wekken dat de aanbevelingen niet reëel zijn. In feite wordt bij het doen van aanbevelingen een veiligheidsmarge in acht genomen en wordt zo nodig rekening gehouden met interacties tussen voedingsstoffen die bij de heersende voedingsgewoonte het behoeft patroon kunnen beïnvloeden. Zo zal het relatief hoge eiwitgehalte van de westerse voeding de behoefte aan vitamine B₆ verhogen. Een veiligheidsmarge is noodzakelijk in verband met het bestaan van interindividuele variatie in de minimumbehoefte. Een voorziening op het niveau van de gemiddelde minimumbehoefte is nu eenmaal ontoereikend voor de bevolking als geheel. De veiligheidsmarge is doorgaans in de orde van grootte van

30% en leidt dus zeker niet tot aanbevelingen die enige malen hoger zijn dan de minimum benodigde hoeveelheden per dag.

LITERATUUR

¹ Jennekens FGI. Vitamine B is geen wondermiddel. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1241-2.

Ede, september 1984

G. SCHAAFSMA
J.H.P. JONXIS
R. LUYKEN,
leden van de Commissie
Voedingsnormen van de Voedingsraad

Ik dank de collegae Schaafsma, Jonxis en Luyken voor hun correctie.

Utrecht, september 1984

F.G.I. JENNEKENS

Conservatieve behandeling van decubitus

In het artikel van Keuzenkamp komt een tabel voor, ontleend aan Constantian, met gegevens over de dagelijkse behoefte aan vitaminen en sporelementen van patiënten met genezende wonden.¹ Tegen enkele cijfers in deze tabel hebben wij bezwaar:

– De hoeveelheid vitamine A van 10.000 tot 50.000 IE komt overeen met drie tot vijftien maal de fysiologische behoefte. Volgens de „International Vitamin A Consultative Group” bedraagt – in verband met potentiële toxiciteit van vitamine A – de maximaal toelaatbare profylactische dosis voor vrouwen en mannen resp. 25.000 en 30.000 IE per dag.

– De hoeveelheid vitamine D van 400 mg/dag is in hoge mate toxisch. Wellicht is hier sprake van een zetfout en is 400 µg bedoeld. Maar ook deze hoeveelheid (16.000 IE) moet als profylaxe van de hand worden gewezen. Met vitamine D is reeds bij doseringen van meer dan 1000 IE/dag grote voorzichtigheid geboden.

– De hoeveelheid zink van 660 mg/dag is ca. 50 maal zo hoog als de fysiologische behoefte. Hoewel bij patiënten met vertraagde wondgenezing therapeutische doseringen van 200 mg/dag gedurende langere tijd gespreid over de dag ingenomen niet toxisch bleken, is acute toxiciteit (braken, diarree, buikkampen, koorts) waargenomen bij mensen die voedsel hadden genuttigd dat bewaard was geweest in gegalvaniseerde gamellen. Ook moet worden gewezen op het bestaan van een Zn/Fe-interactie op het niveau van de darm. Deze heeft tot gevolg dat bij overmatig aanbod van één van deze twee nutriënten de absorptie van de ander zal verminderen.

LITERATUUR

¹ Keuzenkamp T. Conservatieve behandeling van decubitus. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1470-3.

Ede, september 1984

G. SCHAAFSMA
J.H.P. JONXIS
R. LUYKEN,
leden van de Commissie
Voedingsnormen van de Voedingsraad

Schaafsma, Jonxis en Luyken ben ik zeer erkentelijk voor hun terechte opmerkingen over enkele cijfers in de, overigens correct overgenomen, tabel van Constantian.

Rotterdam, september 1984

T. KEUZENKAMP