

<sup>1</sup> Boon ME, Rietveld WJ, Kirk RS. Investigation of possible changes in the detection of cervical carcinoma in patients of Dutch general practitioners. *Tumori* 1982; 68: 299-305.

Tilburg, november 1984

P.J.H. VAN VUGT

Collega van Vugt heeft gelijk indien hij stelt, dat de door ons gepubliceerde detectiecijfers voor het carcinoma in situ van de cervix uteri op jongere leeftijd (35 jaar) een reële stijging van de incidentie op deze leeftijden geenszins uitsluiten. Dat hierin echter een groot effect van de toegenomen screeningsintensiteit meespeelt, lijkt echter meer dan een mogelijkheid. De toegenomen screeningsactiviteit blijkt onder meer uit de registratie „Peilstation Nederland”,<sup>1</sup> en nog niet gepubliceerde gegevens uit onze eigen registratie van cervixcytologie in Nijmegen. Onze inbreng heeft niet de intentie om verlaging van screeningsleeftijd voor altijd uit te sluiten, echter meer om hierbij een sterke terughoudendheid te betrachten, zolang over de aard van dit ziekteproces m.n. op jonge leeftijd nog zoveel onduidelijkheid bestaat. In het bijzonder willen wij er nogmaals op wijzen, dat de stijging van het aantal gevonden invasieve processen op een leeftijd jonger dan 35 jaar niet significant is, en derhalve niet als argument mag worden ingebracht. In het door Van Vugt aangehaalde artikel wordt onzes inziens geen relatieve stijging van incidentie van invasieve en pre-invasieve processen op jonge leeftijd gevonden. Overigens is dit onderzoek, zoals de auteurs zelf reeds terecht aangeven, niet gebaseerd op een omschreven populatie, en voorts niet geselecteerd op indicatie tot het maken van de uitstrijk. Op grond van dat materiaal kan een reële stijging in incidentie van carcinoma in situ en invasief plaveiselcelcarcinoom dus niet worden bewezen. De auteurs pleiten derhalve zelf ook vooralsnog tegen verlaging van de huidige leeftijdsgrens voor bevolkingsonderzoek. De bij ons bekende artikelen hierover in de buitenlandse literatuur zijn op z'n minst tegenstrijdig en veelal eveneens niet gebaseerd op een omschreven populatie. Helaas ontbreken literatuurverwijzingen waarop Van Vugt zich bij deze uitspraak baseert.

## LITERATUUR

<sup>1</sup> Continue Morbiditeitsregistratie Peilstations in Nederland. Utrecht: de Stichting Nederlands Huisartsen Instituut, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Geneeskundige Hoofdingspectie.

Nijmegen, november 1984

P.J.J.M. KLINKHAMER  
Y. VAN DER GRAAF  
G.P. VOOIJS

### *De behandeling van trigeminusneuralgie en hemifacialisspasme: een ander gezicht*

Het artikel van C.H. Polman en C.J. Gijsbers hebben wij met belangstelling gelezen (1984, bl. 2025). In de laatste alinea stellen de auteurs dat de diagnose hemifacialisspasme op grond van het klinische beeld wordt gesteld. Bij de diagnostiek van dit ziektebeeld kan echter elektromyografie (EMG) een belangrijke rol spelen, vooral indien het klinische beeld niet duidelijk is. Hemifacialisspasme is namelijk soms moeilijk af te bakenen van andere aandoeningen met spiercontracties, zoals faciale myokymieën, synkinesieën na een paralyse van Bell, syndroom van Meige, focale epilepsie, tardieve dyskinesie en tics. Het EMG van de aangetaste gelaatsspieren bij hemifacialisspas-

me toont clonische contracties, gevolgd door tonische contracties, zichtbaar als een interferentiepatroon. Stimulatie van de N. supraorbitalis aan de aangetaste zijde geeft bij gelijktijdige registratie in de M. orbicularis oculi en in de M. orbicularis oris een R1- en (of) een R2-respons in beide spieren, waarbij de R1- en (of) de R2-respons in de M. orbicularis oris een wisselende latentie hebben en wisselend afwezig kunnen zijn. Bij synkinesieën na een paralyse van Bell zijn de R1- en R2-responsies in de M. orbicularis oris constant aanwezig en met een constante latentietijd. Bij gezonde personen en bij de andere bovengenoemde aandoeningen treedt na stimulatie van de N. supraorbitalis geen respons op in de M. orbicularis oris.

Wij bevelen dan ook aan om bij vermoeden van hemifacialisspasme eerst elektromyografie te verrichten ter verbetering van de diagnostiek, zeker als de therapie van deze aandoening uit een craniotomie zal bestaan.

's-Gravenhage, november 1984

H. FRANSSEN  
H.H.E. MORRÉ

Wij danken de collegae Franssen en Morr  voor hun aanvullende opmerkingen. Hoewel wij van mening zijn dat in de meeste gevallen met behulp van anamnese en neurologisch onderzoek met zekerheid kan worden onderscheiden tussen hemifacialisspasme en de door hen genoemde ziektebeelden, zijn wij het geheel met hen eens dat in twijfelgevallen elektromyografie belangrijke aanvullende informatie kan geven.

Amsterdam, november 1984

C.H. POLMAN  
C.J. GIJSBERS

### *Hoe kunnen door eenvoudig onderzoek aspecifieke mechanische lage-rugpijn en psychogeen bepaalde rugklachten worden onderscheiden?*

In het artikel van de collegae Lankhorst en Van der Korst in dit tijdschrift (1984; 2101-3) staan een aantal onduidelijkheden die wellicht tot misverstanden kunnen leiden. Zo wordt in de eerste zin vermeld dat aan niet-traumatische rugpijn zowel specifieke als aspecifieke lichamelijke factoren ten grondslag kunnen liggen. Wanneer op de begrippen specifiek en aspecifiek niet verder wordt ingegaan, doet zo'n indeling wat simplistisch aan. Iets verderop wordt gezegd dat de combinatie van aspecifieke mechanische en psychogene oorzaken waarschijnlijk vaak voorkomt. Gesteld wordt dat geen van beide aanleiding geeft tot het zoeken van hulp, maar dat de combinatie een drempel te boven gaat en de patiënt bij de arts brengt met een lichamelijke klacht. Dit lijkt me wel een bijzonder boude bewering. Wie zijn wij dat we precies weten waarom een patiënt zijn arts consulteert. Op zijn minst zal daarbij een complex van factoren een rol spelen. Vaak zal de patiënt met rugklachten zich ook al een eigen mening hebben gevormd over zijn rugpijn.<sup>1</sup>

Een groot bezwaar van het artikel vind ik dat het belang van de anamnese bij de diagnostiek van de rugaandoening niet uit de verf komt. Gesteld wordt dat met behulp van een aantal tests, waarvan elke arts - huisarts en specialist - er ongetwijfeld veel meer in zijn bezit zal hebben - een verdere differentiëring tussen psychische en somatische oorzaken tot de mogelijkheden behoort. Uiteraard kunnen zulke tests hun nut hebben, maar niet eerder dan dat de anamnese en de eerste indruk bij het binnenkomen in de spreekkamer

hebben aangegeven in welke richting het onderzoek moet gaan. Zo zal een huisarts met enige ervaring vaak al in het begin van het consult een conclusie hebben getrokken en zal hij in de resterende tijd proberen informatie van de patiënt te verkrijgen ten einde het beeld dat hij zich gevormd had te bevestigen of de onjuistheid ervan aan te tonen. Hoe hij die informatie verkrijgt is in feite van minder belang. Elke arts heeft daarvoor zijn eigen modus. De vijf in het artikel genoemde tests zullen hem daarbij weinig helpen en suggereren een schijnzekerheid.

#### LITERATUUR

<sup>1</sup> Hoekstra GR. Patiënten met lage rugklachten in een huisartspraktijk. Groningen, 1982. Proefschrift.

Roden, november 1984

G.R. HOEKSTRA

Wat wij verstaan onder aspecifieke en specifieke oorzaken van lage-rugpijn staat vermeld in de tabel behorende bij ons artikel. Het spreekt vanzelf dat aspecifieke mechanische lage-rugpijn en psychogene rugklachten – zo ze al in zuivere vorm bestaan – elk een reden kunnen zijn om een arts te

raadplegen, maar wij stellen dat een combinatie van op zichzelf niet ernstige lichamelijke en psychosociale problemen kan leiden tot het zoeken van medische hulp, waarbij vaak een lichamelijke klacht wordt geuit. Het lijkt ons de plicht van een arts te weten te komen waarom een patiënt hem consulteert en een eventueel „complex van factoren” naar beste weten kunnen te ontrafelen. Dat een huisarts met ervaring reeds bij het begin van het consult een conclusie getrokken zou hebben, komt ons vreemd voor, maar dat hij snel een hypothese vormt is aannemelijk. De bedoeling van het artikel was enige verschijnselen bij het lichamelijke onderzoek te beschrijven die kunnen helpen een hypothese te bevestigen of te ontkennen. Indien het juist is dat veel artsen tests gebruiken om te differentiëren tussen somatische en psychische oorzaken lijkt het ons te meer van belang dat er pogingen worden ondernomen om methoden van lichamenlijk onderzoek bij patiënten met lage-rugpijn en hun interpretatie te expliciteren en te onderbouwen, hoe onvolledig onze kennis op dit gebied ook is.

Amsterdam, november 1984

G.J. LANKHORST  
J.K. VAN DER KORST

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### BELGIË

*Epileptische insulden bij chronische alcoholisten door televisie kijken.* – Het kijken naar de televisie kan bij fotosensitieve epileptici insulden veroorzaken. Ook bij 3 chronische alcoholisten ontstonden hierdoor toevallen in een periode van abstinentie. Men zoekt de oorzaak in een verergering door de fotostimulatie van de dopamine-deficiëntie, die tijdens de onthoudingsperiode zou bestaan. (Br Med J 1984; 289: 1191-2.)

#### CHINA

*Privépraktijk in China toegestaan.* – In China is het voeren van een privépraktijk weer toegestaan. De minister voor de Volksgezondheid achtte de ontwikkeling van een private sector de beste methode om de gezondheidszorg te verbeteren. Coöperaties, artsen en beroepsleden uit andere geledingen van de gezondheidszorg zullen praktijken, klinieken en apotheken ten eigen bate mogen gaan exploiteren. (Dtsch Ärzteblatt 1984; 81: 3400.)

#### COLUMBIA

*Ondervoeding door diarree; het Candelaria-experiment.* – In het stadje Candelaria, gelegen in de vruchtbare vallei van de Gauca, die stroomt tussen de uitlopers van het Andesgebergte, was 65% van de kinderen jonger dan 5 jaar ondervoed. De oorspronkelijke boerenbevolking was verstedelijkt en werkte voornamelijk op de suikerplantages en in de suikerfabrieken. Voedingsmiddelen werden niet meer zelf gekweekt.

In de jaren zestig ontwikkelde de regering een voedingsprogramma met de oprichting van voedingscentra en de distributie van voedsel voor deze ondervoede kinderen. Door de beperkte middelen bereikte men slechts een deel van de bevolking, zodat men overschakelde naar een programma van huisbezoek door vrijwilligsters, promotoras. Deze lokaliseerden de families met de ernstigste voedselproblemen, gaven voedingsvoorlichting en propa-

geerden vaccinaties. Zij leerden de moeders zoutoplossingen te maken voor kinderen met diarree. Men stond verbaasd over het effect van deze werkwijze, die als „Candelaria-experiment” de aandacht trok en de voorloper was van wat later als „primary health care” het standaardconcept werd voor gezondheidswerkers. In Candelaria steeg het entingspercentage van 2 tot 92% en de ondervoeding daalde met 50% in al haar vormen. Het inkomen van de bevolking was intussen gelijk gebleven en de besteding ervan (80% voor de voeding) niet veranderd.

In Latijns-Amerika zijn tal van „Candelarias”, maar men slaagde er tot nu toe niet in om de nationale gezondheidszorg hier op te baseren. (World Health 1984, oktober: 11-2.)

#### VERENIGDE STATEN

*Openbaarheid van epidemiologische gegevens remt het epidemiologisch onderzoek.* – De Centers for Disease Control vrezen dat de Freedom of Information Act het epidemiologisch onderzoek kan schaden. Men werd gedwongen onderzoeksresultaten te verstrekken voor gerechtelijke processen. In twee gevallen werden zelfs namen geëist van artsen en patiënten. Hoewel deze eis werd afgewezen, meent men toch dat de Privacy Act het individu niet voldoende beschermt. De wet kent namelijk uitzonderingen en beperkt congresleden niet in hun bevoegdheden. Vooral epidemiologische gegevens van betrekkelijk zeldzame ziekten zoals AIDS zouden tot identificatie van patiënten kunnen leiden. Men beperkte daarom al de toegang tot het codesysteem van deze ziekte. Instituten worden niet beschermd door de Privacy Act en werden al eerder gedwongen om gegevens over ziekenhuisepidemieën te verstrekken. Men vreest dat de betere ziekenhuizen, die juist dergelijke zaken uitzoeken, in moeilijkheden zouden kunnen geraken en onderzoek zouden gaan nalaten. Aan de andere kant staat het belang van de patiënt, die recht heeft om te weten of een ziekenhuis hem schade toebrengt of in de toekomst zou kunnen brengen. Een voorstel van het CDC om in de Public Health Service een bepaling toe te voegen