

LSA is een chronische aandoening. Het beloop is therapeutisch niet goed te beïnvloeden. Plaatselijke behandeling met corticosteroiden of oestrogenen kan hoogstens vermindering van de jeuk geven. In een 20 jaar durend vervolgonderzoek van 395 patiënten met LSA werd bij 4,4% een plaveiselcelcarcinoom geconstateerd.<sup>2</sup> Bij kinderen is de prognose beter dan bij volwassenen: maligne onttaarding is zeldzaam en de helft van de kinderen geneest spontaan (zonder atrofie) binnen 1 tot 10 jaar.<sup>2</sup> Bij jongens kan ten gevolge van LSA op het preputium phimosis ontstaan. Deze oorzaak van phimosis wordt echter vaak over het hoofd gezien, tenzij het verwijderde preputium histologisch wordt onderzocht. Chalmers et al. hebben dit systematisch gedaan bij 100 jongens van 1-15 jaar die een electieve circumcisie hadden ondergaan wegens een huidaandoening van het preputium.<sup>3</sup> De histologische diagnose werd gesteld door één patholoog-anatoom, die niet op de hoogte was van de klinische bevindingen. LSA werd bij 14 van de 100 jongens gediagnostiseerd. Kennelijk is LSA toch niet zo zeldzaam bij jongens en zijn de huidafwijkingen klinisch niet altijd even gemakkelijk te herkennen.

#### LITERATUUR

- 1 Clark JA, Muller SA. Lichen sclerosus et atrophicus in children. A report of 24 cases. Arch Dermatol 1967; 95: 476-82.
- 2 Wallace HJ. Lichen sclerosus et atrophicus. Trans St Johns Hosp Dermatol Soc 1971; 57: 9-30.
- 3 Chalmers RJG, Burton PA, Bennett RF, Goring CC, Smith PJB. Lichen sclerosus et atrophicus, a common and distinctive cause of phimosis in boys. Arch Dermatol 1984; 120: 1025-7.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

## Diversen

### Preventie van lues congenita

In de meeste staten van de V.S. is serologisch onderzoek van zwangeren op lues wettelijk verplicht. Dit heeft ertoe bijgedragen dat lues congenita een zeldzame ziekte is geworden. Toch is de frequentie weer gestegen van 115 gerapporteerde gevallen in 1978 tot 159 in 1982. Mascola et al. analyseerden alle gevallen van lues congenita bij 50 kinderen jonger dan één jaar, die in Texas in 1982 waren geboren.<sup>1</sup> Negen waren overleden, voor of kort na de geboorte, soms ondanks een langdurige intensieve behandeling. Zes kinderen hadden een laag geboortegewicht.

Doordat de geboortecertificaten in de V.S. ook een aantal demografische gegevens vermelden, bleek het mogelijk een nader onderzoek te verrichten naar factoren die wellicht van betekenis waren geweest bij het falen van de preventie van lues congenita. Van de vijftig moeders hadden 27 een Spaanse naam („Hispanics”), de overigen waren negerin-

nen, 18 vrouwen waren buiten de V.S. geboren; allen waren van Spaanse origine, d.w.z. uit Mexico afkomstig.

Lues wordt in Texas zevenmaal zo vaak gerapporteerd bij negers als bij Hispanics, maar lues congenita toonde een incidentie van 57,2 bij zwarten en 30,4 bij Hispanics. Onder de kinderen van geïmmigreerde vrouwen kwam driemaal zo vaak lues congenita voor als bij de kinderen van Hispanics die in de V.S. waren geboren. Vroege stadia van lues kwamen bij de Hispanics 4,5 maal zo vaak voor als bij de zwarte moeders. Andere gegevens van de moeders waren een gemiddelde leeftijd van 22,7 jaar, 33 waren ongehuwd, 37 hadden een ander levend kind. Bij 31 van de 50 moeders waren geen prenatale controles verricht. Het gemiddelde aantal controles van de overigen bedroeg voor de zwarte moeders zeven, voor de Hispanics minder dan vier.

Schrijvers analyseerden de factoren die van belang waren bij het te kort schieten in de preventie van lues congenita bij 50 kinderen als volgt: bij 28 moeders was geen prenatale controle verricht, bij drie was de test in het eerste trimester nog negatief, bij vier waren geen serologische reacties tijdens de zwangerschap verricht, éénmaal was er een laboratoriumfout geweest en driemaal was met de behandeling te laat begonnen. Slechts in vier gevallen was een voldoende hoeveelheid penicilline in het laatste trimester gegeven. Zeven vrouwen hadden nog negatieve luesreacties bij de baring, zij zouden door middel van contactonderzoek kunnen zijn opgespoord.

Nadelige factoren inzake de preventie van lues congenita bij kinderen van geïmmigreerde moeders kunnen zijn: hogere vruchtbaarheid, voorkeur voor het zoeken van hulp bij niet-gekwalificeerde genezers („curandero's”), vrees voor uitwijzing indien door contact met officiële bureaus en artsen bekend wordt dat zij illegaal in de staat Texas verblijven, taalproblematiek en socioculturele barrières. Dit soort risicofactoren is niet uniek voor Texas.<sup>2</sup> De belangrijkste factor ligt in het opsporen van a.s. moeders die zich aan prenatale zorg onttrekken. Aangezien lues in beginstadia zeer goed behandelbaar is, kan lues congenita worden voorkomen indien alle artsen die de zorg voor a.s. moeders op zich nemen, serologisch onderzoek laten verrichten en dat in het laatste trimester nog eens herhalen wanneer er een verhoogd risico bestaat voor het acquireren van lues.<sup>3</sup>

#### LITERATUUR

- 1 Mascola L, Pelosi R, Blount JH, Binkin NJ, Alexander CE, Cates Jr W. Congenital syphilis. Why is it still occurring? JAMA 1984; 252: 1719-22.
- 2 Handsfield HH, Lukehart SA. Prevention of congenital syphilis. JAMA 1984; 252: 1750-1.
- 3 Kampmeier RH. Responsibility of a physician in a program for eradication of syphilis. JAMA 1963; 183: 1094-8.

F. KUIPERS

## 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)

### Niertransplantatie in Nederland

In het commentaar over niertransplantatie in Nederland (1984; 1859-60) staat dat de wachttijd voor niertransplanta-

tie toenam van gemiddeld 20 maanden in 1975 tot gemiddeld 30 maanden in 1982. Het cijfer 30 trof ik echter niet aan in de vermelde bron. Er stonden begin 1982, begin 1983 en begin 1984 resp. 525, 647 en 687 Nederlandse patiënten op de

wachttijdst. In 1982 zijn 315 patiënten voor het eerst ingeschreven, in 1983 372.<sup>12</sup> Het aantal herinschrijvingen is niet vermeld; ik schat het op 40 à 80 per jaar. Met behulp van de formule

$$\frac{\text{gemiddelde prevalentie}}{\text{incidentie}} = \text{gemiddelde duur}$$

vindt men dan voor 1982 aan gemiddelde verblijfsduur op de wachtlijst van 18 à 20 maanden en voor 1983 een gemiddelde verblijfsduur van 18 of 19 maanden.<sup>3</sup> De verblijfsduur op de wachtlijst wordt gevormd door twee wachttijdssoorten: (1) de tijd voor het vervallen van contra-indicaties voor transplantatie of voor completering van gegevens en (2) de tijd voor het wachten op een compatibel transplantaat. De tweede soort, die zowel in 1982 als in 1983 58% uitmaakte van alle verblijfsduur op de wachtlijst in ons land, kan men beschouwen als wachttijd voor niertransplantatie in engere zin met een gemiddelde waarde van ongeveer 11 maanden.

Terwijl de schrijvers melding maakten van een gemiddelde wachttijd die tot 30 maanden is opgelopen, vind ik voor 1982 (en voor 1983) een waarde van ongeveer 19 maanden of van ongeveer 11 maanden, naar gelang de definitie van „wachttijd voor niertransplantatie”. Het verschil kan ik maar op één manier verklaren. In de „Eurotransplant Annual Reports” vindt men waarden voor „average waiting time” die ontleend zijn aan de wachtlijst van 31 december. Dat kan dus niets anders zijn dan de tijd die dan verlopen is sinds inschrijving. Ons woord „wachttijd” betekent echter: tijd dat men wachten moet (Van Dale, Oosthoek), ofwel: tijd die verloopt voordat een ( . . . ) gebeurtenis plaatsvindt (Koenen-Endepols). „Waiting time” is in dit verband: tijd die verliep *sinds* een gebeurtenis. Eind 1982 was de „average waiting time” van het totale bestand 27 maanden. Het Nederlandse bestand kan daarbij heel goed van betrekkelijk oude datum geweest zijn met een „average waiting time” van 30 maanden.

Door het interpreteren van „waiting time” als „wachttijd”

ontstaat het beeld van een zeer lange en toenemende wachttijd. Dat schijnbeeld moet mensen met gestoorde nierfunctie verontrusten en vaker overwegen van familiëdonaties gebruik te maken. Ook is een (vermeende) gemiddelde wachttijd van meer dan twee jaar voor de maatschappij moeilijk aanvaardbaar en voor de toekomst denk ik dat steeds drastischere maatregelen zullen worden genomen omdat de (vermeende) wachttijd niet omlaag wil. Die kan namelijk stijgen bij toenemend aantal nierdonaties of constant blijven.

Het pleidooi voor alertheid in geval van mogelijk nierdonorschap vul ik gaarne aan met een pleidooi voor bedachtzaamheid op de genoemde verschillen.

#### LITERATUUR

- <sup>1</sup> Stichting Eurotransplant. Stichting Eurotransplant over niertransplantaties. Med Contact 1983; 38: 192.
- <sup>2</sup> Anonymus. Niertransplantaties met 45% toegenomen. Med Contact 1984; 39: 106.
- <sup>3</sup> Rümke ChrL. Incidentie en prevalentie. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1628-31.

Eindhoven, december 1984

J.E. KOOIJ

De verwarring rondom de wachttijd voor niertransplantaties in Nederland waar collega Kooy op wijst is te wijten aan het wegvallen van het woord „bijna”. Dus: „De wachttijd was in 1982 opgelopen tot gemiddeld *bijna* 30 maanden”. Overigens slaat dit cijfer op alle bij Eurotransplant geregistreerde nierpatiënten en niet exclusief op de Nederlandse patiënten. In het vervolg zal tevens de *mediane* wachttijd naast de gemiddelde wachttijd worden vermeld.

De problematiek van de berekening van de wachttijden van patiënten voor een niertransplantatie is zeer complex en van vele factoren afhankelijk. Voor een goed inzicht in deze problematiek zou het tot aanbeveling strekken om deze belangrijke grootheid verder te onderzoeken.

Leiden, januari 1985

G.G. PERSIJN

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### *Prijsvraag Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde*

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde maakt bekend dat auteurs van publikaties (dissertaties, artikelen, scripties in het kader van de opleiding tot sociaal-geneeskundige) waarvan het onderwerp op het terrein van de Verzekeringsgeneeskunde ligt, kunnen mededingen naar de Talma-penning 1985. De verschijningsdatum van deze publikaties moet liggen na 1 juli 1984 en de (eerste) auteur moet een in Nederland werkzaam zijnde arts zijn.

Degenen die hun publikaties in aanmerking willen laten komen voor de Talma-penning wordt verzocht die vóór 1 juli 1985 in 5-voud te zenden naar de secretaris van de Talma-jury: J. van der Heiden, Want 27, 1276 HC Huizen, onder vermelding van de wens mede te dingen. De jury zal de ingezonden publikaties beoordelen en de winnaar van de penning bepalen.

Nadere inlichtingen verstrekt P. van der Putten, p/a Afd.

Epidemiologie, MD/ABP, Postbus 4476, 6401 CZ Heerlen; tel. 045-792277.

### *Reisstipendia Sandoz Research Stichting*

Deze stichting kent voor de periode september 1985 t.m. februari 1986 een aantal reisstipendia toe aan bij voorkeur jonge wetenschappelijke onderzoekers voor één- of meerdaagse bezoeken aan buitenlandse congressen, workshops en symposia en voor het leggen van intercollegiale en interdisciplinaire contacten in buitenlandse research-centra. De stipendia zijn bestemd voor onderzoek op de volgende gebieden: farmacotherapie van het circulatiesysteem; neuro-endocrinologie, bij voorkeur farmacologisch georiënteerd; psychofarmacologie en biologische psychiatrie. Aanmeldingen dienen vóór 20 april 1985 te zijn ontvangen.

Aanvraagformulieren zijn verkrijgbaar bij de Sandoz Research Stichting, Postbus 651, 5400 AR Uden; tel. 04132-65911, tst. 237.