

² Lock MR, Farmer RG, Fazio VW, Jagelman DG, Lavery IC, Weakley FL. Recurrence and reoperation for Crohn's disease. The role of disease location in prognosis. *N Engl J Med* 1981; 304: 1586-8.

³ Kock NG, Darle N, Hultén L, et al. Ileostomy. *Curr Probl Surg* 1977; 14: 8.

⁴ Hultén L, Fasth S. Loop ileostomy for protection of the newly constructed ileostomy reservoir. *Br J Surg* 1981; 68: 11-3.

Rotterdam, februari 1985

A.B. BIJNEN
R.H. SCHREVE
D.L. WESTBROEK

In antwoord op het commentaar van collegae Bijnen, Schreve en Westbroek menen wij dat patiënten met de ziekte van Crohn in vele gevallen niet in aanmerking komen voor het omzetten van hun conventioneel ileostoma in een continent stoma. Dit geldt vooral voor patiënten met klinische verschijnselen en septische complicaties en voor patiënten die in het verleden multipole dunne darmresecties hebben ondergaan. Bovendien kan men na een dergelijke operatie meer complicaties verwachten dan bij patiënten die een proctocolectomie ondergingen wegens een polyposis coli of een colitis ulcerosa.¹ Het is overigens opvallend dat het merendeel van de exacerbaties van de ziekte van Crohn ontstaan in het proximaal van het reservoir gelegen deel van de dunne darm. Wanneer deze afwijkingen chirurgische behandelingen behoeven geven wij de voorkeur aan verwijderingsplastieken in plaats van resecties.² Wij hebben hiermee bij patiënten met de ziekte van Crohn zeer goede ervaringen en het aantal resecties is dan ook duidelijk verminderd. Men kan met deze methode „darmsparend opereren”.

Wij zijn geen voorstanders van het aanleggen van een tijdelijk „deviërend” ileostoma, oraal van het reservoir. Een dergelijk stoma dat na enkele weken gesloten moet worden (extra operatie) en het door de patiënt leren catheteriseren kunnen zonder meer worden vervangen door een goede postoperatieve zorg door getrainde artsen en verpleegkundigen. Wij delen de mening van Hultén dan ook niet.³ Alleen wanneer zich fistels hebben gevormd, waardoor het continence stoma zijn functie heeft verloren en waarvoor een kleprevisie noodzakelijk is, maken wij gebruik van een ontlastend ileostoma. Wanneer wij besluiten tot een proctocolectomie bij patiënten met polyposis coli of colitis ulcerosa wordt allereerst nagegaan of een ileoanaal reservoir tot de reconstructieve mogelijkheden behoort. Wij geven hieraan de voorkeur wanneer de patiënten hiervoor in aanmerking komen. Wij hebben hierop gewezen in onze klinische les.

Dat u in uw commentaar het aanleggen van een continent ileostoma een cosmetische operatie vindt, vinden wij teleurstellend. Continentie en cosmetiek hebben weinig met elkaar gemeen en met deze zienswijze doet u de ontwerpers van deze operatie, alsmede vele stomapatiënten ernstig te kort.

LITERATUUR

¹ Kock NG. Kontinente Ileostomie. *Chirurg* 1982; 53: 541.

² Alexander-Williams J, Fornaro M. „Strictureplasty” beim Morbus Crohn. *Chirurg* 1982; 53: 799-800.

³ Hultén L, Fasth S. Loop ileostomy for protection of the newly constructed ileostomy reservoir. *Br J Surg* 1981; 68: 11-3.

Amsterdam, april 1985

H.F.W. HOITSMA
S. MEIJER
S.G.M. MEUWISSEN

Vaccinatie van ziekenhuispersoneel; de plaats van de bedrijfsarts in het ziekenhuis

In aansluiting op het schrijven van collega Nauta willen wij als bestuur van de NVAB-werkgroep BIG (Bedrijfsartsen werkzaam in Instellingen voor de Gezondheidszorg) gaarne onze instemming betuigen met haar opmerking dat de bedrijfsarts als onafhankelijk persoon een belangrijke bijdrage kan hebben bij het opstellen van een vaccinatiebeleid voor het personeel van ziekenhuizen.¹ Wij zijn het eens met de reactie van collega Botman dat de gezondheidszorg voor het personeel ook tot het aandachtsgebied van de infectiecommissie behoort. Daarom menen wij dat bedrijfsartsen werkzaam in ziekenhuizen zitting dienen te hebben in de infectiecommissie. Een wettelijk kader hiervoor ontbreekt nog. Desondanks blijkt uit onderzoek binnen onze werkgroep dat 70% van de leden incidenteel tot regelmatig zitting heeft in de infectiecommissie. In reactie op het antwoord van Van Hattum et al. willen wij dan ook benadrukken dat de bedrijfsarts en de infectiecommissie niet naast maar met elkaar moeten werken. Alleen dan zal men optimaal gebruik kunnen maken van elkaars deskundigheid.

LITERATUUR

¹ Nauta AP. Hepatitis B-vaccinatie. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 2478.

Nijmegen,
Utrecht, februari 1985

L.J.G. TONNAER
J. VALKENBURG

Over het voorschrijven van antibiotica

In zijn artikel over het voorschrijven van antibiotica (1985; 581-3) bepleit Verhoef een restrictie in de duur van antimicrobiële therapie ter vermindering van de bacteriële resistentie en ter verwezenlijking van de daarmee samenhangende besparingen in de kosten van antimicrobiële therapie. Voorschrijvers en gebruikers van antimicrobiële middelen zijn niet alleen in de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken te vinden, maar ook in verpleeghuizen en de veterinaire praktijk.^{1,3} Waarom, welke en hoeveel antimicrobiële middelen per instituut, huisartspraktijk of veterinaire praktijk en per verzorgingsgebied worden voorgeschreven, is niet bekend. Indien men beperking van bacteriële resistentie nastreeft, zijn deze gegevens van wezenlijk belang.

In ziekenhuizen en verpleeghuizen neemt het overmatige gebruik van antimicrobiële middelen drastisch af indien men deze niet langer routinematig voorschrijft als antipyreticum, antisepticum of profylacticum.³⁻⁷ Preventief kan men het voorschrijven ervan verder beperken indien men vooral bij bejaarden bedlegerigheid, incontinentie voor urine en daardoor verblijfcatheterisatie voorkomt. Veel infectieuze complicaties en kruisinfecties worden dan voorkómen.³⁻¹⁰

Dat een dergelijk institutioneel infectiebeleid een zelfde effect zou hebben in de huisartspraktijk en de veterinaire praktijk moet worden betwijfeld. Het voorschrijven van antibiotica lijkt aldaar immers in belangrijke mate samen te hangen met defensief handelen.¹¹ Een restrictie in de duur van antimicrobiële therapie in de huisartspraktijk in vooral die gevallen waarin het middel eigenlijk overbodig is,¹² bevestigt in feite dit defensieve handelen. Welke invloed op de bacteriële resistentie uitgaat van het gebruik van antimicrobiële middelen in de veestapel is onduidelijk, doch deze zou aanzienlijk kunnen zijn.

Genezing van infecties vooral bij bejaarden hangt onder meer samen met de effectiviteit van de reinigende functies van de huid en slijmvliezen (trilhaarfunctie, hoestreflex, darmperistaltiek, doorstroming van de urinewegen).³ Herstel van deze functies vergt bij bejaarden doorgaans meer tijd dan twee dagen. Antimicrobiële therapie in een eenmalige dosis of een tweedaagse kuur lijkt bij hen dan ook niet zonder meer aan te bevelen.

Ongeveer 90% van alle gebruikte antimicrobiële middelen wordt actief werkzaam in de urine uitgescheiden. Een groter therapeutisch rendement van antimicrobiële middelen zou door de farmaceutische industrie kunnen worden nagestreefd. Voorts zouden deze middelen in de geloosde urine kunnen worden geïnactiveerd. Beperking van de toenemende bacteriële resistentie en het verwezenlijken van een kostenbesparing van antimicrobiële therapie is dan ook een veelzijdige doelstelling die verder reikt dan restrictie in de duur van antimicrobiële therapie in vooral die gevallen waarin het middel eigenlijk overbodig is.

LITERATUUR

- 1 Degener JE. Resistentie tegen antimicrobiële middelen van bacteriën voorkomend binnen en buiten het ziekenhuis. Rotterdam: Erasmus Universiteit 1983. Proefschrift.
- 2 Holmberg SD, Osterholm NT, Senger KA, Cohen ML. Drugresistance *Salmonella* from animals fed antimicrobials. *N Engl J Med* 1984; 311: 617-22.
- 3 Cools HJM. Bacteriële infecties in het verpleeghuis. Leiden: Rijksuniversiteit, 1985. Proefschrift.
- 4 Moss FM, McNicol MW, McSwiggan DA, Miller DL. Survey of antibiotic prescribing in a district general hospital. III. Urinary tract infection. *Lancet* 1981; ii: 461-3.
- 5 Boerema JBJ, Debruyne FMJ, Hekster YA. Antibiotica-profylaxe in de urologie en rationalisering van het antibioticabeleid op een urologische afdeling. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1770-4.
- 6 Price DJE, Sleigh JD. Control of infections due to *Klebsiella aerogenes* in a neurosurgical unit by withdrawal of all antibiotics. *Lancet* 1970; ii: 1213-5.
- 7 Mouton RP. Antibioticabeleid. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1984.
- 8 Warren JW. Nosocomial urinary tract infections. In: Gleckman RA, Gantz NM, eds. *Infections in the elderly*. Boston/Toronto: Little, Brown and Company, 1983.
- 9 Valenti WM, Trudell RG, Bentley DW. Factors predisposing to oropharyngeal colonization with gramnegative bacilli in the aged. *N Engl J Med* 1978; 298: 1108-11.
- 10 Waldemar G. Changing pharyngeal bacterial flora of hospitalised patients. *N Engl J Med* 1969; 281: 1137-40.
- 11 Lamberts H, Janssens PMH. Defensief handelen door huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 598-602.
- 12 Zanen HC. Streptokokkentonsillitis behandelen of niet behandelen? *Ned Tijdschr Geneesk* 1985; 129: 579-80.

Delft, april 1985

H.J.M. COOLS

Over magie in de geneeskunde

Al meerdere jaren trekt prof. Meijler in diverse publikaties vol overgave ten strijde tegen een wijze van denken in de geneeskunde, maar vooral ook daarbuiten, gebaseerd op theorieën rond de multifactoriële genese van ziekten en hierop afgestemde adviezen ter preventie. Recente bijdragen in dit tijdschrift zijn daar goede voorbeelden van (1985; 484-5; 1982; 1238-40). Ondanks diverse reacties daarop mogen de schrijvers van ingezonden stukken geen illusies koesteren omtrent het aanbrengen van enige nuancering in zijn denken dienaangaande. Hierdoor worden tegenstellingen gecreëerd tussen preventief geneeskundig en curatief geneeskundig denken en handelen, terwijl zij idealiter in elkaars verlengde zouden moeten liggen. Niemand zal immers ontkennen dat spectaculaire vorderingen zijn geboekt in zowel de curatieve geneeskunde (antibiotica,

hartchirurgie, diabetestherapie) als in de preventieve geneeskunde (vaccinatie). De incidentie van diverse infectieziekten was deze eeuw echter reeds sterk aan het dalen voordat antibiotica waren ontdekt, resp. vaccins bereid konden worden. Deze incidentiedaling valt samen met omstandigheden als verbetering van de kwaliteit van het drinkwater, betere behuizing en betere voedingstoestand. Helaas is, ondanks de – weliswaar niet altijd goede – beschikbaarheid van antibiotica en vaccins, de incidentie van infectieziekten in diverse derde-wereldlanden nog hoog en dan vooral in gebieden waar het slecht gesteld is met bovengenoemde infrastructurele aspecten.

In de na-oorlogse jaren is vervolgens door verscheidene onderzoekers in een schier eindeloze reeks publikaties verslag uitgebracht van deels epidemiologisch, deels experimenteel onderzoek over onder meer de relatie tussen roken en longkanker, roken en organische vaataandoeningen, voedingsaspecten en bepaalde vormen van kanker.¹ Verder is inmiddels uit meer onderzoeken gebleken, dat er binnen de algemene bevolking ongelijkheid in gezondheid bestaat die geassocieerd is met deels onderling afhankelijke, maar in principe beïnvloedbare variabelen, zoals sociaal-economische status, woon- en arbeidsomstandigheden, leefgewoonten.² De relatief hoge zuigelingssterfte binnen bepaalde bevolkingsgroepen in de toch rijke V.S. is hier een schrijnend voorbeeld van.

Gevonden statistische verbanden, hoe ingenieus ook tot stand gebracht, zijn hiermee nog geen causale verbanden en bij een lage verklarende variantie van een van de veronderstelde factoren mag bij het elimineren ervan een gering netto effect verwacht worden. Zo gesteld zou men de sceptis van prof. Meijler kunnen delen. Het is echter niet alleen statistische hocus-pocus, kijkend naar de eerder genoemde voorbeelden en de mogelijkheden die dit preventief biedt resp. heeft geboden.¹ Verder is het inderdaad in bepaalde opzichten politiek relevant (in plaats van populair), kijkend naar de sociaal-economische factoren, leef- en arbeidsomstandigheden. Helaas moet worden vastgesteld dat de voornaamste aandoeningen van deze tijd, zoals hart- en vaatziekten, maligniteiten, CARA, over het algemeen niet echt genezen kunnen worden zoals dat wel met de eerder genoemde infectieziekten het geval was.

Evenals prof. Meijler wil ik dan ook pleiten voor gedegen „kwantitatief controleerbaar wetenschappelijk onderzoek”, zowel gericht op de behandeling van aandoeningen, maar met name op het herkennen van factoren welke een belangrijke rol in de genese spelen en zich wellicht in principe voor beïnvloeding lenen, leidend tot preventie. Het is namelijk in ieder geval mijn overtuiging, dat zowel ziekte als gezondheid in belangrijke mate uitkomsten zijn van een wisselwerking tussen de mens en zijn micro-, meso- en macromilieau en dat hiermee bij de behandeling en preventie rekening dient te worden gehouden.

LITERATUUR

- 1 Berkel J, Tytgat GNJ. Epidemiologie van het maagcarcinoom. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1164-72.
- 2 Anonymus. Ongelijkheid in gezondheid en gezondheidszorg. *Tijdschr Soc Geneesk* 1980; 58 (suppl): 1-183.

Emmen, april 1985

T.M. PAL

De opmerkingen van collega Pal zijn mij in zekere zin niet onwelkom, ook al wil ik er nog wel een kanttekening bij plaatsen. Collega Pal kan zich wellicht een oordeel vormen over wat ik schrijf, maar niet over wat ik denk. Mijn (schijnbaar) gebrek aan nuancering in mijn artikelen over preventie en de multifactoriële genese van ziekten is een