

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

antwoord op de te eenzijdige voorlichting over de zogenaamde preventie van coronaire hartziekten. Ik heb geen bezwaar tegen het nemen van preventieve maatregelen, ook als we de aangrijpingspunten ervan nog niet of onvoldoende begrijpen, wél heb ik bezwaar tegen het begrip „multifactoriële genese van ziekten” voor ziekten, waarvan we de oorzaak niet kennen. Het is ook onjuist, om het woord misleidend niet te gebruiken, om preventie van infectieziekten zoals we die nu in onze samenleving kennen, op één lijn te stellen met de preventie van coronaire hartziekten. Er is voorspelbare preventie voor het individu op basis van kennis en begrip van de ziekte en er is preventie op basis van vermoeden en (meestal marginaal) statistische significantie of associatie waarmee geen enkel individu op voorspelbare wijze zijn (nood)lot kan ontlopen. Collega Pal doet er dus inderdaad goed aan mijn scepsis – over de vermenging van deze twee vormen van preventie die publiek en volksvertegenwoordiging niet begrijpen, maar door de gezondheidsvoorlichting in stand wordt gehouden – te helpen uitdragen.

Of, en zo ja in welke mate, ziekte en gezondheid uitkomsten kunnen zijn van een wisselwerking tussen de mens en zijn milieu, blijft een inspirerende bron van studie.

Utrecht, april 1985

F.L. MEIJLER

De waarde van de herniografie bij onbegrepen pijn in de lies

Als late, maar door mij niet onbelangrijk geachte reactie op het artikel van collegae Verhaar en Pot (1985; 359-61) inzake onbegrepen pijn in de lies, moge ik wijzen op twee publikaties waarin naast liesbreuken op nog een andere oorzaak wordt gewezen.

Over dit verschijnsel bij vrouwen vond ik een uitnemende beschrijving door Molinski:¹ „Die Schmerzen liegen entweder ganz umschrieben oberhalb der Symphyse oder einseitig bzw. beidseitig über den Leistenbändern. Oft strahlen sie zur Seite, nach oben oder nach unten über das Leistenband hinaus. . . .” „Fast immer liegen Störungen des sexuellen Verlangens und Erlebens, oft Dyspareunie und Unfähigkeit zum Orgasmus vor.” Reeds voordien werden door mij in dit tijdschrift deze onverklaarbare pijnen in de liesstreek of de regio pudendi bij mannen beschreven.² In beide artikelen is gewezen op de samenhang met stoornissen in de seksuele sfeer. Zelfs wanneer het tot een (hyp)orgasme of ejaculatie is gekomen. Uiteraard is de aanleiding van de komst van de patiënt bij de chirurg de pijn, bij de seksuoloog de seksuele stoornis. De ten grondslag liggende oorzaak kan echter dezelfde zijn. Daarom komt het mij voor dat bij onbegrepen liespijnen, evenals trouwens bij de meest uiteenlopende andere aandoeningen, men bij het opnemen van de anamnese toch niet zo terughoudend moet zijn wanneer het 't inwinnen van gegevens inzake de seksuele sfeer betreft. Wanneer hieraan eveneens behoorlijk aandacht wordt gegeven, zal misschien door meer adequate aanpak in een aantal gevallen onnodig verder onderzoek en behandeling achterwege kunnen blijven.

LITERATUUR

¹ Molinski H. Unterleibsschmerzen ohne Organbefund und eine Bemerkung zum pseudoinfektösen Syndrom der Scheide. Gynäkologe 1982; 15: 207-15.

² Levie L.H. „Onverklaarbare” pijn in de regio pudendi bij de man. Ned Tijdschr Geneesk 1959; 103: 2156-9.

Amsterdam, april 1985

L.H. LEVIE

Collega Levie vestigt terecht de aandacht op één van de vaak „vergeten” oorzaken van pijn in de lies: stoornissen in de seksuele sfeer. Zijn oproep dit aspect bij het afnemen van de anamnese niet te verwaarlozen, kunnen we dan ook zeker ondersteunen.

Maastricht,
Alkmaar, april 1985

J.A.N. VERHAAR
J.H. POT

Hepatitis B-immunisatie in Nederlandse ziekenhuizen

Het commentaar van Heijntink en Schalm over hepatitis B-immunisatie in Nederlandse ziekenhuizen noopt tot enige repliek (1985; 291-4). Het elimineren van het niet-beroepsgebonden risico op hepatitis B bij ziekenhuispersoneel door het uitsluiten van hen die niet uit hoofde van hun beroep reeds een verhoogd risico hierop hebben, is onzes inziens onjuist. Het beroepsgebonden risico kan slechts worden beoordeeld door een groep personen werkzaam in een ziekenhuis, te vergelijken met een controlegroep daar buiten. Beide groepen moeten vergelijkbaar zijn voor andere bekende risicofactoren of daarvoor achteraf gecorrigeerd worden.

De auteurs vinden dat ons onderzoek gehinderd wordt door de zeer lage prevalentie van hepatitis B-merkstoffen. Bij een lage prevalentie kan de associatie met bepaalde risicofactoren op grond van het toeval meestal niet worden uitgesloten. Wij hebben dit evenwel niet als hinderlijk ervaren. Overigens was de prevalentie van hepatitis B-markers onder ziekenhuispersoneel in een recent onderzoek van de Centers for Disease Control in een landelijk deel van de staat Washington ook slechts 4,7%.¹

Onze gedetailleerde berekeningen van de directe ziektekosten van acute en chronische hepatitis B waren door de auteurs niet opgevraagd.^{2,3} Niettemin merken zij op, dat onze berekeningen met vele aannemingen tot stand komen, zonder aan te geven waar en in welke mate onze aannemingen niet reëel zouden zijn.

De DEALE-methode drukt morbiditeit (acute en chronische) en mortaliteit van een ziekte uit in voor kwaliteit gecorrigeerde levensverwachting.⁴ Wij zijn met de auteurs van mening dat het niet verantwoord is aan hepatitis B-dragers een verminderde levensverwachting toe te schrijven. We hebben ons bij de chronische vormen van hepatitis gebaseerd op chronische morbiditeit, bij chronische actieve hepatitis B bovendien op een 5-jaarsoverlevingskans.⁵

Men mag de incidentie uit de prevalentie schatten via het aantal persoonjarenrisico als de risico's niet te groot zijn.⁵ Een eventuele onderschatting door ons van het aantal persoonjarenrisico tot 20% zou geen merkbare invloed op de incidentie hebben: deze blijft 0,4%. Bij een onderschatting tot 40% neemt de incidentie af tot 0,3%. De invloed van doorstroming van personeel heeft ofwel in het geheel geen uitwerking op de incidentie, of geeft geen aanleiding tot een verlaging, die de tendens in onze resultaten slechts versterkt.

Of men directe dan wel indirecte ziektekosten in zijn vraagstelling wil betrekken, is een keuze.⁶ Bij tweemaal zo hoge ziektekosten worden de kosten om één geval van chronische actieve hepatitis B te voorkomen per strategie ook bijna tweemaal zo hoog, namelijk f 1.610.000, f 1.730.000 resp. f 1.020.000. De auteurs verwarren waarschijnlijk de kosten die gemaakt moeten worden bij het uitvoeren van een preventieve maatregel met de geldswaarde die men mag of wil toekennen aan chronische actieve