

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.³

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