

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

hepatitis B. Wij hebben de utiliteitswaarde niet uitgedrukt in geld, maar in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren. Overigens wagen ook Heijntink en Schalm zich niet aan de uitspraak of zij een uitgave van circa f 800.000 resp. f 1.600.000 verantwoord vinden om één geval van chronische hepatitis B te voorkomen, ondanks hun pleidooi voor een kostprijs, die aansluit bij maatschappelijke opvattingen over de waarde van het leven en de gezondheid.

Wij erkennen de onderrapportage van prikaccidenten in ons onderzoek. In Rotterdam houdt men rekening met een onderrapportage met een factor twee. In onze sensitiviteitsanalyse wordt zelfs rekening gehouden met een viervoudige ratio.³

De auteurs doen het voorkomen of onze keuze voor strategie 3 (alleen vaccineren na een prikaccident) uitsluitend is ingegeven door het kostenaspect. Wij hebben evenwel drie mogelijke preventieve strategieën gewogen op medische gevolgen (kans op hepatitis B), op kwaliteit gecorrigeerde levensverwachting (DEALE) en op kosteneffectiviteit. Hun conclusie, dat deze afweging niet verantwoord kan worden uitgevoerd, wijzen wij op grond van de aangevoerde argumenten en onze weerlegging daarvan dan ook van de hand.

LITERATUUR

- 1 Harris JR, Finger RF, Kabayashi JM, et al. The low risk of hepatitis B in rural hospitals. *JAMA* 1984; 252: 3270-2.
- 2 Mulley AG, Silverstein MD, Dienstag JL. Indications for use of hepatitis B vaccine, based on cost-effectiveness analysis. *N Engl J Med* 1982; 307: 644-51.
- 3 Botman MJ, Botterhuis JAM, Krieger RA de. Immunisatie tegen hepatitis B; kosten en baten in een Nederlands ziekenhuis. *Ned Tijdschr Geneesk* 1984; 128: 1748-52.
- 4 Beck JR, Pauker SG, Gottlieb JE, Klein K, Kassirer JP. A convenient approximation of life expectancy („The DEALE“). Use in medical decision making. *Am J Med* 1982; 73: 889-97.
- 5 Kahn HA. An introduction to epidemiologic methods. Oxford: Oxford University Press, 1983: 148.
- 6 Mooney GH, Drummond MF. Essentials of health economics. *Br Med J* 1982; 285: 1024-5.

Enschede, maart 1985

M.J. BOTMAN
R. DE KRIEGER

In ons commentaar hebben wij gepoogd aan te tonen, dat het bepalen van het beroepsgebonden risico op hepatitis B zeer moeilijk is, en dat – naast statistische gegevens – gezond verstand van ervaren medewerkers waarschijnlijk onmisbaar is voor het vaststellen van een hepatitis B-preventiebeleid in Nederlandse ziekenhuizen. Het beperken van (preventieve) maatregelen tot „post-exposure“-profylaxe is een pas op de plaats bij de voortschrijdende mogelijkheden tot effectieve bescherming tegen de gevolgen van een infectieziekte waarvan de ernst voldoende bekend is. Misschien niet geheel representatief voor de Nederlandse situatie (naar wij hopen), maar wel zeer illustratief, beschrijven Dandoy en medewerkers een vijftal gevallen van post-exposure-profylaxe, wat daarbij misging en wat de kosten (f 3.000-f 24.000) voor het ziekenhuis bedroegen.¹ Daarbij komt het gegeven, dat post-exposure-profylaxe hoogstens 70% effectief is in de preventie van herkende prikaccidenten, terwijl een belangrijk deel van de besmettingen onopgemerkt blijft.

Wij staan een genuanceerd beleid voor, dat de bescherming van het individu centraal stelt. Het kostenaspect kan om prioriteitsstelling vragen en leiden tot het in fasen uitvoeren van een overeengekomen beleid. Toekomstige (synthetisch bereide) vaccins zullen naar verwachting niet meer kosten dan bijvoorbeeld een influenzavaccin. Het is nu echter van belang „high risk“-ziekenhuismedewerkers te

motiveren zich te laten vaccineren om daarmee zowel infecties als de steeds hoger wordende kosten van toediening van hyperimmunoglobuline te bestrijden.

LITERATUUR

- 1 Dandoy S, Kirkman-Liff B, Krakowski F. Multiple exposure of hospital employees to hepatitis B. Five case studies. *Arch Intern Med* 1984; 144: 720-3.

Rotterdam, april 1985

R.A. HEIJTINK
S.W. SCHALM

Een moeilijk, eenzijdig en geleerd boek!

Deze kwalificatie gaf collega Offerhaus aan het boek *Algemene Farmacologie* van A. Witter en J.M. van Ree (1985; 565). Het is niet het boek betreffende de principes van de werking van geneesmiddelen zoals collega Offerhaus zich dat wenste. Hier dreigt echter het kind met het badwater te worden weggespoeld. Het boek van Witter en Van Ree is een goed, voor de Nederlandse geneeskunde ongewoon, boek. Het voorziet zeker in een behoefte, zij het dat het zich door de sterk theoretische inslag op het eerste gezicht vooral richt op farmaceuten, humaanbiologen, in het bijzonder biofarmaceuten en klinisch farmacologen. Ook de medische student en de geïnteresseerde arts vinden echter, desgewenst met voorbijgaan van de kleine letters, een bijdetijdse, gedegen bron van instructie en informatie. De tekst loopt vlot, leest plezierig en is systematisch en overzichtelijk ingedeeld. Hoewel de theoretische benadering in de regel vergezeld gaat van instructieve praktische voorbeelden zou een wat royale presentatie van tegen de theoretische figuren aanleunende experimentele, uit de praktijk gekozen, figuren en een wat duidelijker verschil in formaat tussen de grote en de kleine letters een deel van de ongetwijfeld bestaande drempelvrees hebben kunnen wegnemen. De farmacokinetische beschouwingen nemen een opmerkelijk ruime plaats in. Een wat nadrukkelijker toelichten van de relevantie daarvan voor de medische praktijk zou als „smaakmaker“ geen kwaad doen. Uiteraard zijn, zoals gebruikelijk, bij bepaalde details kanttekeningen te plaatsen. Zoals onder andere het hier en daar afwijken van de gebruikelijke symboliek voor farmacokinetische parametere.

De slotsom. Naar mijn mening, en ik sta daarin bepaald niet alleen, betekent dit boek een belangrijke stap vooruit in de voorziening met studiemateriaal van een wijde kring van lezers. Naar Nederlandse maatstaf is het een standaardwerk. Het is didactisch goed van opzet, helder geschreven en wordt aanbevolen, ook aan degenen die op het eerste gezicht zouden menen dat het buiten hun blikveld valt. Mijn complimenten voor de schrijvers. Hierbij tevens een uitnodiging aan collega Offerhaus om bij te dragen in de voorziening met een primair op de dagelijkse praktijk afgestemd leerboek betreffende de werking en daarmee samenhangend de toepassing van geneesmiddelen.

Nijmegen, april 1985

E.J. ARIËNS

Als geen ander emeritus farmacoloog heeft prof. Ariëns een universiteit achter zich gelaten waar toekomstige artsen goed in de praktische toepassing van geneesmiddelen werden en worden opgeleid, en waar deze erfenis zich uit in een levendige belangstelling voor de rationele en juiste toepassing van het geneesmiddel in de kliniek, alsmede farmacologisch en klinisch-farmacologisch onderzoek dat de toets van de internationale kritiek kan doorstaan. Het is