

sectio caesarea en uterusextirpatie. In deze groep waren 14 van de 45 directe sterfgevallen te betreuren. Tromboseprofylaxe wordt aangeraden, maar over de profylactische toediening van antibiotica wordt niet gerept. In de onderzochte tijdperiode bedroeg de sectio caesarea-sterfte 6,3/100.000 levendgeborenen, bij een sectiofrequentie van 6% is de letaliteit van een keizersnede ruim één promille.

LITERATUUR

¹ Beck A, Vutuc C. Die Mortalität und Letalität der Sectio Caesarea. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1984; 44: 421-4.

P.G. HART

Huid- en geslachtsziekten

Een twee-stapsscreeningstest voor Chlamydia trachomatis-cervicitis

Chlamydia trachomatis is een obligaat intracellulair micro-organisme dat in verband is gebracht met infecties van verschillende organen, zoals cervicitis, endometritis en salpingitis. Een goede screeningstest voor *Chlamydia-cervicitis* zou in belangrijke mate kunnen bijdragen aan het tegengaan van de verspreiding van *C. trachomatis*-infecties in de bevolking en van de complicaties ervan bij vrouwen (abortus, infertiliteit) en pasgeborenen (pneumonie, conjunctivitis). De groep van Holmes uit Seattle heeft een tweestapmethode ontwikkeld die als een verbetering van de opsporing kan worden beschouwd.¹ Als „gouden standaard” gebruikten zij de kweek. Op hun polikliniek onderzochten zij 124 vrouwen die cervicitis hadden of die een partner hadden met een *Chlamydia-urethritis*. Drie patiënten vielen af ten gevolge van laboratoriumfouten.

De eerste stap was een Papanicolaoukleuring van een cervixuitstrijk. Hierin werden bij 68 (56%) vrouwen ontstekingsverschijnselen gevonden die volgens de onderzoekers

wezen in de richting van een *C. trachomatis*-infectie. Deze verschijnselen waren getransformeerde lymfocyten (grote celkernen, blazige chromatinestructuur, een duidelijke nucleolus en weinig basofiel cytoplasma) en een toegenomen aantal histiocyten. Van de 38 vrouwen met een positieve kweek hadden 36 tekenen van ontsteking in de cervixuitstrijk. De Papanicolaoukleuring lijkt een redelijk gevoelige methode om vrouwen met een *C. trachomatis*-cervicitis op te sporen. Ofschoon deze methode niet erg specifiek is (39% fout-positief), kan ze gebruikt worden om monsters te selecteren voor de tweede stap: de immunofluorescentiemethode met monoklonale antistoffen, die een zeer hoge specificiteit heeft. Met deze test werd de negatieve uitslag in 83 van de 83 gevallen bevestigd door een negatieve kweek en kon *C. trachomatis* worden aangetoond bij 30 (79%) van de 38 vrouwen bij wie de kweek positief was. In deze groep bevonden zich ook 29 vrouwen bij wie reeds in de eerste stap aan een *C. trachomatis*-infectie werd gedacht.

Met andere woorden: met behulp van deze tweestapmethode werden 30 van de 38 patiënten met *C. trachomatis*-cervicitis ontdekt. Dit betekent een sensitiviteit van 76%, een specificiteit van 100% en een positieve voorspellende waarde van 100% in een populatie met een prevalentie van 31% voor *C. trachomatis*. Alvorens deze methode op grote schaal wordt gepropageerd bij zwangere vrouwen of vrouwen die jaarlijks een cervixuitstrijk laten maken, dient dit onderzoek te worden herhaald bij groepen met een lagere prevalentie van *C. trachomatis* dan in het bovengenoemde onderzoek.

LITERATUUR

¹ Kiviat NB, Peterson M, Kinney-Thomas E, Tam M, Stamm WE, Holmes KK. Cytologic manifestations of cervical and vaginal infections. *JAMA* 1985; 253: 997-1000.

J.J.E. VAN EVERDINGEN

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)

Aangifte van infectieziekten

De eerste zin van de epidemiologische mededeling betreffende de aangifte van infectieziekten (1985; 1018-9) is nogal vaag: „In de afgelopen jaren hebben met betrekking tot de aangifte van infectieziekten enkele wijzigingen plaatsgevonden, waardoor nu hier en daar wat onzekerheid bestaat over de vraag of een bepaald ziektegeval nu wel of niet moet worden aangegeven.” Vervolgens wordt niet gepreciseerd om hoeveel afgelopen jaren en om welke wijzigingen het gaat, noch wordt aangegeven wat onder hier en daar wordt verstaan (regio-verschil, verschil wat betreft categorieën artsen, enz.) en om welke mate en welk type onzekerheid het nu gaat. De rest van de tekst van deze mededeling is summier: „Voor de goede orde vermelden wij hieronder nog even de infectieziekten waarvoor thans nog een aangifteplicht geldt.” Er wordt niet aangegeven hoe de indeling in de drie groepen, A, B en C, tot stand is gekomen en waarom bepaalde ziekten in deze categorieën zijn ondergebracht. Daarom meen ik als dermatovenereoloog de volgende kanttekeningen te moeten plaatsen:

Wat betreft groep A en de daarin ondergebrachte infectieziekten zou een toelichting over variola best op zijn plaats kunnen zijn. Overigens worden Nederlandse artsen sinds de aankondiging van de WHO dat variola uitgeroeid is, niet of nauwelijks meer getraind deze ziekte te herkennen. Het uit groep A nemen van variola lijkt nauwelijks consequenties te kunnen hebben. Wat betreft groep B valt op dat een bijna altijd onschuldige ziekte als scabies moet worden aangegeven binnen 24 uur. Er wordt geen enkele argumentatie gegeven om deze ziekte, die in Nederland vaak als seksueel overdraagbare aandoening voorkomt, in deze categorie te handhaven. Afgezien van het feit dat aangifte van scabies bijna nooit binnen 24 uur gebeurt, vindt ze slechts in enkele delen van Nederland plaats (zie de Tabellen Infectieziekten van de laatste jaren in dit tijdschrift), zodat het lijkt dat bepaalde delen van Nederland scabies-vrij zijn en andere delen door de scabiesmijt worden geteisterd. Het zou van meer realiteitszin getuigen scabies van groep B over te plaatsen naar groep C. De kans dat adequate registratie van een relatief onschuldige infectieziekte als scabies zal plaatsvinden wanneer die zonder opgave van naam en adres

binnen 7 dagen na vaststelling hoort te geschieden, moet mijns inziens hoger geschat worden dan wanneer deze ziekte in categorie B geplaatst blijft. Wat betreft de lepra, ook in categorie B gerangschikt, kan men zich afvragen of deze infectieziekte die na de oorlog slechts bij hoge uitzondering in Nederland geacquireerd werd en waarbij het in het algemeen om extreem lange incubatietijden gaat wel helemaal in groep B past en per se binnen 24 uur na vaststelling gemeld zou moeten worden. Wat betreft groep C kan gesteld worden dat deze categorie bijzonder geschikt zou zijn om alle, tot nu toe als zodanig erkende seksueel overdraagbare aandoeningen in onder te brengen. Een dergelijke registratie vindt ook in het Verenigd Koninkrijk plaats en verschaft daar een redelijk inzicht in het voorkomen van seksueel overdraagbare aandoeningen in de tijd. Gezien de aantallen van de verschillende seksueel overdraagbare aandoeningen en de ernst van de symptomen en complicaties waartoe deze ziekten kunnen leiden, zou uitvoering van deze suggestie mijns inziens alleszins de moeite waard zijn. Het registreren van bijv. primaire en recidiverende gevallen van herpes genitalis en het registreren van door *Chlamydia trachomatis* veroorzaakte infecties verdient de voorkeur boven het handhaven van scabies als B-ziekte. In de categorie C staat parotitis epidemica, hoewel nog niet als geslachtsziekte beschouwd, in dezelfde groep als de geslachtsziekten gonorrhoe en syfilis, terwijl in het geheel niet duidelijk wordt waarom bij parotitis epidemica geen opgave van naam en adres nodig is en de opgave slechts binnen 7 dagen na vaststelling zou moeten plaatsvinden. Hier lijkt het van plaats wisselen van parotitis epidemica (groep C) met scabies (categorie B) een aantrekkelijke gedachte.

Een uitgebreidere toelichting inzake het waarom van de door de Hoofdingspectie van Volksgezondheid gegeven richtlijnen inzake „Aangifte van infectieziekten” lijkt op zijn plaats en zou bevorderend kunnen werken op het aangeven van ook ogenschijnlijk minder belangrijke infectieziekten als scabies. Een invoeren van een C-registratie voor alle seksueel overdraagbare aandoeningen zou nuttig kunnen zijn.

Rotterdam, mei 1985

E. STOLZ

De bedoeling van mijn „artikel” is niet meer geweest dan een herinnering aan de infectieziekten waarvoor een aangifteplicht geldt. Het was zeker niet mijn voornemen om uitvoerig in te gaan op de details van de aangifte. Deze gegevens zijn immers te vinden in het GHI-bulletin „De aangifte van infectieziekten” (2e, herziene druk, augustus 1980). In dit bulletin, dat overigens zeker aan herziening toe is, wordt op verschillende aspecten die door Stolz naar voren worden gebracht, ingegaan. De discussie over de zin en onzin van het opnemen van een infectieziekte in één van de groepen A t.m. C zal nooit eindigen. Collega Stolz kan er echter niet weg dat variola met onder meer vlektyfus en poliomyelitis behoort tot de groep ziekten die onder internationale surveillance staan. Ik voel er niet voor om de C-groep uit te breiden met andere seksueel overdraagbare

aandoeningen. Naar mijn mening geven de incidenties op grond van de aangifte van lues en gonorrhoe reeds een redelijk inzicht in het beloop van twee belangrijke seksueel overdraagbare aandoeningen. Over deze infectieziekten wordt overigens ook gerapporteerd door de diensten voor de geslachtsziektenbestrijding. De kans is dan ook niet denkbeeldig dat in de komende jaren besloten zal worden om lues en gonorrhoe als C-ziekten te laten vervallen, aangezien het ernaar uitziet dat de gegevens van de diensten voor de geslachtsziektenbestrijding ook zeer bruikbaar zijn voor het volgen van de ontwikkeling en het verkrijgen van inzicht over andere gegevens met betrekking tot deze (en wellicht ook verscheidene) seksueel overdraagbare aandoeningen.

Collega Stolz wekt, naar ik aanneem ongewild, de indruk dat naar zijn mening bof als geslachtsziekte moet worden beschouwd. Zolang in het nationale vaccinatieprogramma de inenting tegen bof nog niet is opgenomen, wordt het handhaven van deze infectieziekte in de C-groep voorgestaan. Dat is bij mazelen ook zo gegaan. Mazelen was een C-ziekte van 1976 tot medio 1980. De belangrijke daling van de incidentie van mazelen sinds het begin van de mazelen-vaccinatie op 1 januari 1976 heeft ertoe geleid dat het op een gegeven moment van belang werd geacht om nadere gegevens over de aangegeven gevallen in te winnen (vaccinatiestatus!). Op grond hiervan werd mazelen in 1980 een B-ziekte.

Leidschendam, juni 1985

H. BIJKERK

Spermadonorschap en anonimiteit

Prof.dr. J. Kremer bracht in dit tijdschrift (1985; 934-5) een aantal argumenten naar voren, welke naar zijn mening pleiten voor het anoniem houden van de spermadonor in gevallen van donorinseminatie. Zijn betoog is voornamelijk gebaseerd op de vrees, dat bij opheffen van de anonimiteit onvoldoende semendonors gerecruteerd zullen kunnen worden. Deze zorg is terecht, maar kan als zodanig geen argument leveren ten aanzien van de juistheid van medisch handelen. Naast de belangen van de kinderloze echt)paren staan die van het te verwekken kind. Wanneer Kremer stelt dat hij bij meer dan 95% van de geboren donorkinderen het niet nodig vindt hen over hun ontstaanswijze in te lichten, baseert hij het leven van een medemens, waar hij mede de verantwoording voor draagt, op een vorm van bedrog. Men moet niet onderschatten hoe sterk de affiniteit voor onze ouders, kinderen en familieleden mede wordt bepaald door genetische verwantschap. Ieder mens kan in zijn leven te kampen krijgen met essentiële vragen over zijn verwekkers en zeker een deel van de donorkinderen zal vroeg of laat deze vragen stellen. Wanneer men als medicus door technisch handelen mede de verantwoording neemt voor het ontstaan van een medemens, zal men gerechtvaardigde vragen over de vader in principe moeten kunnen beantwoorden en mag men geen methode hanteren waarmee deze vraag in de toekomst niet te beantwoorden zal zijn. Kremer concludeert, dat wanneer de donorinseminatiewetgeving van Zweden in Nederland zal worden nagevolgd, dit het einde zal betekenen van een verantwoord verrichte behandeling. Het gaat er nu juist om wat een verantwoord verrichte behandeling inhoudt en daarover moet mijns inziens wat genuanceerder worden gedacht dan Kremer in zijn Commentaar onder woorden brengt.

Nijmegen, mei 1985

C. HAANEN