

Ad 1. In de eerste uitgave van het Minimum Eisen Pakket van de WCIA is gesteld dat deze eisen niet als eenmalig en statisch beschouwd moeten worden. De ontwikkelingen op technisch en beroepsinhoudelijk gebied moeten steeds weer ingepast kunnen worden. De WCIA voelt zich ook verantwoordelijk om dit eisenpakket periodiek bij te stellen, het CP/M-besturingssysteem is daarvan een van de voorbeelden.

Ad 2. Het begrip uniformiteit is gebruikt toen er nog geen keuze gemaakt was of de verdere ontwikkelingen door enkele geselecteerde industrieën gedaan zouden worden of niet. De WCIA is van mening dat slechts een oordeel gegeven kan worden over de producten die het resultaat zijn van de ontwikkelingen en heeft geen industrieselectie vooraf toegepast.

Ad 3. De keuringsprocedure gebeurt in samenwerking met de Rijks Kantoor Machine Centrale (KMC) en de nadruk ligt voornamelijk bij functionaliteit tijdens de test. Het keuringsteam bestaat uit: een KMC-deskundige, een informaticus en een huisarts met automatiseringservaring vanuit de WCIA, samen met een vertegenwoordiger van de industrie die het produkt demonstreert. De test duurt ongeveer 3 dagen. Daarnaast worden de voorwaarden voor levering, onderhoud enz. getoetst aan KMC-normen (z.o. Medisch Contact 1985; 1171-2).

Ad 5. Indien in mijn artikel de indruk gewekt wordt dat de WCIA lichtvaardig oordeelt over privacy, dan is dat zeker niet mijn bedoeling geweest. Toestemming voor gegevensuitwisseling kan alleen met instemming van de eigenaar van de gegevens: de patiënt. Om bij het begin van het informatiseringsproces in de eerstelijnsgezondheidszorg de technische mogelijkheden een optimale ontwikkelingskans te geven, is er wel gedachtenvorming over interinstitutionele informatie-uitwisseling geweest. Het begrip privacy legt bij de huisarts en patiënt een verantwoordelijkheid en gebiedt de huisarts om zorgvuldig met gegevens en de uitwisseling daarvan om te gaan.

Twello, september 1985

P.V.M. CROMME

### *Fièvre boutonneuse, opgedaan op een camping in Zuid-Frankrijk*

De opmerking van Bühre et al. naar aanleiding van een patiënt met fièvre boutonneuse over een aantal van de door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid serologisch bevestigde gevallen (1985; 1240-2) zou wellicht het misverstand kunnen wekken dat dit representatief is voor geheel Nederland. Dit nu is niet het geval. Sinds 1979 hebben wij alleen al in het Havenziekenhuis te Rotterdam 27 patiënten met fièvre boutonneuse waargenomen, waarvan 17 serologisch bevestigd zijn door het virologisch laboratorium van de GG en GD te Rotterdam waar dit onderzoek sedert 1982 kan worden verricht.

Van onze patiëntengroep hadden 19 patiënten de infectie opgelopen in Afrika (vooral het Paul Krugerpark in Zuid-Afrika is hierom berucht), 4 in Azië, 1 in Griekenland, 1 in Zuid-Frankrijk en 2 in Nederland!

De ziekte is dus geenszins zeldzaam en het is te verwachten dat enerzijds door het nog immer toenemende massatoerisme, anderzijds door de mogelijk oprukkende besmetting in de tekenpopulatie in de ons omringende landen,<sup>1,2</sup> de artsen in Nederland in toenemende mate met deze rickettsiose zullen worden geconfronteerd. Daarom is het van belang te wijzen op de grote variatie in uitingsvormen en ernst van het ziektebeeld.<sup>3,4</sup> In de tabel is een aantal van deze

beelden samengevat. Speciale aandacht verdienen de neurologische verschijnselen en complicaties. Ook deze kunnen zich in een bonte verscheidenheid voordoen, zoals ook het geval was bij de patiënt van Bühre et al.

VARIABILITEIT VAN HET ZIEKTEBEELD VAN FIÈVRE BOUTONNEUSE BIJ ONZE PATIËNTEN, VOLGENS DE LITERATUUR<sup>3,4</sup>

Tache noire zonder exantheem	3
Tache noire met exantheem	12
Exantheem zonder tache noire	6
Febris e causa ignota	4
Ernstige verschijnselen en complicaties	
- acute nierinsufficiëntie	1
- hepatitis	0
- perifeer gangreen	0
- neurologische verschijnselen*	7

\*Verwardheid, delier, coma, epileptische insulten, neuritiden, meningo-encephalitis.

#### LITERATUUR

- Lambert M, Dugernier Th, Bigaignon G, et al. Mediterranean spotted fever in Belgium. *Lancet* 1984; ii: 1038.
- Staszewsky S, Helm EB, Stille W. Autochthonic Mediterranean spotted fever in West Germany. *Lancet* 1984; ii: 1466.
- Gear JHS, Miller GB, Martins H, Swanepoel R, Wolstenholme B, Copin A. Tick-bite fever in South Africa. The occurrence of severe cases on the Witwatersrand. *S Afr Med J* 1983; 63: 807-10.
- Walker DH, Gear JHS. Correlation of the distribution of Rickettsia conorii microscopic lesions, and clinical features in South African tick bite fever. *Am J Trop Med Hyg* 1985; 34: 361-71.

Rotterdam, augustus 1985

R.J. LIGTHELM  
H.J. VROON  
P.C. STUIVER  
A.M. DUMAS  
G.J.P. SCHAAP

### *Welk medicament voor het ulcus pepticum?*

Naar aanleiding van het artikel van Hameeteman en Tytgat (1985; 1673-6), kan men zich afvragen of medicamenteuze behandeling van het peptische ulcus wel doeltreffend is. De genezing van het ulcus heeft inderdaad sneller plaats, maar de auteurs doen het voorkomen alsof er een causaal verband is tussen het sneller genezen van ulcera en het beoogde doel van de behandeling, namelijk (a) verminderen van klachten en (b) voorkómen van complicaties.

Met betrekking tot het voorkómen van complicaties is echter in geen enkel gecontroleerd, gerandomiseerd, dubbelblind onderzoek aangetoond dat de medicamenteuze behandeling van het peptische ulcus de incidentie van bloeding, perforatie of obstructie verlaagt. In feite hebben McKay en McArdle geen verschil in de perforatie-incidentie vóór en ná de introductie van cimetidine vastgesteld.<sup>1</sup> Zelfs als het gaat om het verminderen van klachten zijn de medicamenten slechts van weinig nut.<sup>2,3</sup> De kleine verschillen met betrekking tot verminderen van klachten tussen patiëntengroepen die met placebo of met een actief medicament werden behandeld, zijn niet verrassend, omdat het natuurlijke verloop van de ulcusziekte nu eenmaal genezen en recidiveren inhoudt. Over de medicamenteuze onderhoudsbehandeling zijn evenmin gegevens voorhanden die overduidelijk de waarde hebben aangetoond van deze profylaxe om complicaties te voorkomen.

Het lijkt gerechtvaardigd te stellen dat de medicamenteuze behandeling van het peptische ulcus niet doeltreffend is. Wellicht dat de meerderheid van de ulcuspatiënten wanneer nodig behandeld kan worden met antacida. Uit oogpunt van kosten en baten staat dit alternatief ver bovenaan.