

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 produkten 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 Böhre 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,^{1,2} 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.^{3,4} 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 Böhre et al.

VARIABILITEIT VAN HET ZIEKTEBEELD VAN FIÈVRE BOUTONNEUSE BIJ ONZE PATIËNTEN, VOLGENS DE LITERATUUR^{3,4}

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, meningoenkephalitis.

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.¹ Zelfs als het gaat om het verminderen van klachten zijn de medicamenten slechts van weinig nut.^{2,3} 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.

- ¹ McKay AJ, McArdle CS. Cimetidine and perforated peptic ulcer. *Br J Surg* 1982; 69: 319-20.
- ² Peterson WL, Richard AL, Sturdevant RAL, et al. Healing of duodenal ulcer with an antacid regimen. *N Engl J Med* 1977; 297: 341-5.
- ³ Binder HJ, Cocco A, Crossley RJ, et al. Cimetidine in the treatment of duodenal ulcer: a multicenter doubleblind study. *Gastroenterology* 1978; 74: 380-8.

Eindhoven, september 1985

S.H.A. PETERS

Algehele malaise, hoge koorts en artralgieën als zeldzame bijwerkingen van azathioprine

De mededeling van Bosch et al. (1985; 1593-5) geeft belangrijke en praktisch nuttige informatie op grond van zorgvuldige klinische observatie. Enkele zinsneden uit de inleiding zouden echter ongewild de indruk kunnen wekken dat azathioprine in het algemeen een nuttig middel is „in de rijke variatie van aandoeningen waarbij een immunologische genese waarschijnlijk is”. Dit is, met uitzondering van transplantatierejectie, in de nefrologie niet het geval. Voor zover het diverse vormen van glomerulopathie betreft, zijn er geen vergelijkende onderzoeken verricht waarbij het nut van dit middel duidelijk is aangetoond. Wel zijn er vrij overtuigende gegevens waaruit het gebruik van „alkylerende stoffen”, zij het bij zeer beperkte indicaties, doeltreffend bleek. Het artikel was uiteraard niet bedoeld om deze problemen te bespreken, maar als een waarschuwing tegen onbekende bijwerkingen. Het lijkt mij nuttig hiertegenover de dubieuze voordelen te benadrukken.

Utrecht, augustus 1985

E.J. DORHOUT MEES

Pre- of posthysterectomiesyndroom?

Met verwondering las ik de discussie tussen heren over de rol van de uterus bij het vrouwelijk orgasme (1985; 1392). De enigen die dit kunnen weten zijn vrouwen zelf, en een aantal van hen (waaronder ikzelf) die hun eigen seksualiteit hebben ontdekt en ervaren, weten dat de uteruscontracties wel degelijk onderdeel uitmaken bij bepaalde vormen van orgasme. Het is zelfs therapeutisch te gebruiken door bij dysmenorroe zichzelf een orgasme te bezorgen dat de pijnlijke krampen „verdrijft”.

Rocca di Papa (Italië), augustus 1985

Y. KOLK-KAS

Met de conclusies van collega Kolk-Kas heb ik enige moeite. Weliswaar worden bij de vrouw bepaalde spiergroepen van het kleine bekken gedurende haar orgasme reflectoirtot clonische contracties gebracht maar of het corpus uteri daarin participeert, is nu juist de vraag. Of, en hoe, dit laatste door inzendster is vastgesteld, werd niet door haar vermeld. De door haar vermelde ervaringen bij dysmenorroe bewijzen zeker niet onomstotelijk dat tijdens orgasme de baarmoeder contraheert. Want indien de dysmenorroe veroorzaakt wordt door vulling van het cavum uteri, welke pijn door orgasme verdwijnt, zou dit erop wijzen dat:

– óf het orgasme de dysmenorroeïsche krampen stillet, hetgeen dus pleit voor afwezigheid van orgastische baarmoedercontracties;

– óf de uitdrijving van de inhoud van het cavum door orgasme wordt versterkt. Dit betekent dan dat, zo al de uterus bij orgasme tot sterke contracties komt, deze tevens de uitdrijving bevorderen en dan nog bovendien buiten de

menstruatie onpijnlijk zouden zijn. Dit lijkt toch weinig waarschijnlijk. Bovendien zouden dergelijke de uitdrijving begunstigende krampen, hoe nuttig ook om het cavum bij de menstruatie te ledigen, ook gedurende de conceptietijd werkzaam zijn en dan de vloeibare endometriummucus plus de zich eventueel daarin bevindende zaadcellen uitdrijven en daarmee het bevruchttingsproces tegengaan. Dit lijkt mij bijzonder onwaarschijnlijk.

Ligt het niet eerder voor de hand te veronderstellen dat die dysmenorroe het gevolg is van extra-uteriene oorzaken (endometriose?) en dat orgasme de pijn stilt zonder dat de uterus contraheert? Trouwens, tal van vrouwen, wellicht het merendeel, hebben ook na hysterectomie hun volledige orgastische potentie behouden. Ook dit wijst erop dat de uterus bij orgasme geen overwegende rol speelt.

Amsterdam, augustus 1985

L.H. LEVIE

Wij zijn ingenomen met het feit dat collega Kolk-Kas als vrouw op de discussie over de fysiologie van het vrouwelijk orgasme wilde reageren. Subjectief kan zij het optreden van uteruscontracties bij orgasme bevestigen. Wetenschappelijk is er wel de vraag of en, zo ja, hoe de vrouw zeker kan weten dat bepaalde in de onderbuik gevoelde sensaties contracties van de uterus zijn en niet bijv. contracties van parametriumweefsel of zelfs iets geheel anders. Dat opwekken van een orgasme de pijnlijke krampen bij dysmenorroe kan verdrijven, hoeft geenszins te betekenen dat het orgasme uteruscontracties opwekt.

Rotterdam, augustus 1985

J. VAN EYCK
A.C. DROGENDIJK
A.P. BAK

Komen de monoamine-oxydaseremmers weer terug?

Bij dit artikel van Nolen (1985; 1571-6) maken wij gaarne enkele kanttekeningen. Niet geheel ten onrechte bespreekt Nolen alleen de toepassing van MAO-remmers in de psychiatrie. Toch is er ook in de neurologie, theoretisch en praktisch, de laatste jaren een steeds grotere plaats gekomen voor MAO-remmers, met name bij behandeling van de ziekte van Parkinson (ZP) waarbij MAO-B-remmers worden gebruikt om de dopamine-afbraak (oxydatieve desaminering) te reduceren, d.w.z. specifieke en zuivere dopaminerge werking.

Bij deze ziekte, waar als werkhypothese een dopaminerge hypofunctie in het nigrostriatale baansysteem vigeert, zijn MAO-B-remmers dus te beschouwen als adjuvans bij de overige medicamenteuze behandelingen met levodopa en dopamine-agonisten, vooral in die behandelingsfase waarin ZP wordt gekenmerkt door sterke schommelingen in motorisch presentatieniveau. MAO-B-remmers hebben een gunstig effect bij de „end of dose deterioration”; waarschijnlijk verlengt toevoeging ervan de werkingsduur van levodopa, veel meer dan dat het levodopa-effect wordt versterkt. De mate van effect van deze MAO-B-remmers bij ZP wordt nogal wisselend aangegeven.¹⁻⁴

Onlangs is bij retrospectief onderzoek gebleken dat MAO-remmers de progressie van degeneratie van dopaminerge neuronen in de substantia nigra kunnen verminderen.⁵ Ze hebben hier een soort beschermende/preventieve werking in de dopaminerge zenuwcellen tegen de autooxydatieproducten van het dopamine-metabolisme (zoals peroxyden en vrije radicalen). Dit blijkt vooral duidelijk