

- ³ Vena JE, Graham S, Zielezny M, et al. Lifetime occupational exercise and colon cancer. *Am J Epidemiol* 1985; 112: 357-65.
- ⁴ Husemann B, Neubauer MG, Duhme C. Sitzende Tätigkeit und Rektum-Sigma-Karzinom. *Onkologie* 1980; 40: 168-71.
- ⁵ Garabrant DH, Peters JM, Mack TM, et al. Job activity and colon cancer risk. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 1005-114.

J. BERKEL

Huid- en geslachtsziekten

Een snelle laboratoriumtest om penicillinasevormende gonokokken op te sporen

De vorming van β -lactamase door bacteriële plasmiden heeft de behandeling van infecties zoals gonorroe de laatste jaren aanzienlijk bemoeilijkt. In Zuidoost-Azië waar gonorroe in ongeveer de helft der gevallen wordt veroorzaakt door penicillinase (= β -lactamase) vormende gonokokken (PVG) wordt penicilline niet meer als eerste antibioticum gekozen. Indien het mogelijk zou zijn om PVG direct aan te tonen en indien daardoor infecties met 'non-PVG' weer in aanmerking zouden komen voor behandeling met penicilline, zou dit een aanzienlijke besparing opleveren en het ontstaan van resistentie tegen andere antibiotica mogelijk tegengaan.

Chen et al. hebben een snelle immunofluorescentiemethode ontwikkeld voor het aantonen van β -lactamase waarbij ampicilline en cefalexine worden gebruikt als substraat.¹ Taylor et al. gebruikten deze test in Bangkok om de klinische toepasbaarheid te bepalen bij mannen met ongecompliceerde gonorroe.² Zij onderzochten 243 mannen. Van 208 patiënten bij wie gonokokken werden gekweekt, hadden 101 PVG en 107 non-

PVG. Van de eerste groep hadden 92 een positieve fluorescentietest en van de tweede groep 4. Dit leverde een sensitiviteit van 91%, een specificiteit van 96% en een positief voorspellende waarde van 96% op. Indien men op grond van Gram-kleuring en fluorescentie een antibioticum zou kiezen, zou 9% van de patiënten met PVG inadequaat worden behandeld met penicilline en 4% van de patiënten met non-PVG onnodig met andere antibiotica. De schrijvers concluderen dat deze test een snelle, goedkope en gevoelige methode is om PVG op te sporen bij mannen en dat deze test vooral waardevol is in gebieden waar non-PVG nog altijd gevoelig is voor penicilline. Helaas neemt ook deze vorm van resistentie toe. Voor vrouwen is de test minder bruikbaar, o.a. omdat de Gram-kleuring bij hen niet gevoelig genoeg is.

Wat in dit artikel niet wordt vermeld is dat ook andere micro-organismen β -lactamase kunnen vormen met als gevolg een fout-positieve reactie met deze immuno-fluorescentiemethode. Ook wordt niet megedeeld hoelang deze 'snelle' laboratoriumtest duurt. Met het vervoer naar het laboratorium, een incubatie van 2×10 minuten en een beoordeling onder de immunofluorescentiemicroscopie moet men rekenen op minimaal 30 minuten.

LITERATUUR

- ¹ Chen KCS, Knapp JS, Holmes KK. Rapid, inexpensive method for specific detection of microbial β -lactamases by detection of fluorescent end products. *J Clin Microb* 1984; 19: 818-25.
- ² Taylor DN, Chen KCS. Rapid identification of penicillinase producing *Neisseria gonorrhoeae* by detection of beta-lactamase in urethral exudates. *Lancet* 1985; ii: 625-6.

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)

Wat is de waarde van de carotis-endarteriëctomie?

De collegae Van Urk en Terpstra vragen zich af wat de waarde is van de A. carotis-endarteriëctomie (1985; 2147-9), maar beantwoorden de vraag niet en komen alleen tot het advies patiënten met asymptomatische stenosen voorlopig niet te opereren. Enkele van de vele vragen die in het artikel worden opgeworpen, zijn al beantwoord, juist door toepassing van de verschillende niet-invasieve onderzoeksmethoden. Het OPG-onderzoek en de duplex-scanning hebben onomstotelijk duidelijk gemaakt dat de kans op het krijgen van cerebrale uitvalverschijnselen evenredig is aan de ernst van de stenose.¹⁻³ De oorzaak ervan is waarschijnlijk niet zozeer het feit dat ernstige stenosen een stroomvermindering geven, maar dat zij meer gedegeneerd zijn, waardoor eerder een embolus ontstaat. Ultrageluidsonderzoek maakt het ook mogelijk de plaques zelve te karakteriseren. Een minder homogene plaque geeft een hoger risico.⁴

Van de collaterale circulatie is bekend dat deze zich helaas niet ontwikkelt tijdens de progressie van de stenose, maar pas na de occlusie, wat veelal te laat is, of helemaal niet.⁵⁻⁷ De niet-invasieve methoden hebben niet alleen nieuwe informatie verschaft over het natuurlijke beloop van de carotisafwijkingen, maar hebben ook het onderzoek voor de patiënt minder onaangenaam gemaakt en het risico ervan verkleind. Zo wordt in het St. Antonius Ziekenhuis 90% van de carotisoperaties verricht op basis van het niet-invasieve onderzoek en de intraveneuze

digitale subtractie-angiografie samen.⁸ Wij zijn met de Rotterdamse groep van mening dat 'carotisoperaties op nauwkeurig omschreven indicaties en onder optimale omstandigheden dienen plaats te vinden'.⁹ Over de inhoud ervan verschillen wij echter. Zo stellen de auteurs bijvoorbeeld dat er een verhoogd operatierisico is bij een ernstige stenose en een contralaterale occlusie. Ons inziens is dit juist de beste operatie-indicatie, ook indien de patiënt geen symptomen heeft. Dat zelfs bij deze patiënten het operatierisico klein kan zijn, toonden wij eerder aan;¹⁰ ook de resultaten op korte en lange termijn van onze ongeveer 600 carotis-desobstructies worden momenteel bewerkt en zullen wij aan dit tijdschrift aanbieden. Het sterftepercentage en (of) het percentage postoperatieve CVA's zal ruim onder de door collegae Van Urk en Terpstra gevreesde 10% blijken te liggen!

LITERATUUR

- ¹ Eikelboom BC. Ocular pneumoplethysmography (OPG-Gee) and oculoplethysmography (OPG-Kartchner). Review and perspectives. *Int Angiol* 1985; 4: 15-22.
- ² Roederer GO, Langlois YE, Jager KA, et al. The natural history of carotid arterial disease in asymptomatic patients with cervical bruits. *Stroke* 1984; 15: 605-13.
- ³ Moore DJ, Sheehan MP, Kolm P, et al. Are strokes predictable with noninvasive methods: a five year follow-up of 303 unoperated patients. *J Vasc Surg* 1985; 2: 654-60.
- ⁴ Johnson JM, Kennelly MM, Decesare B, et al. Natural history of asymptomatic carotid plaque. *Arch Surg* 1985; 120: 1010-2.

- ⁵ Moll FL, Eikelboom BC, Vermeulen FEE. Dynamics of collateral circulation in progressive asymptomatic carotid disease. *J Vasc Surg*; Ter perse.
- ⁶ Eikelboom BC. Evaluation of carotid artery disease and potential collateral circulation by ocular pneumoplethysmography. Leiden, 1981. Proefschrift.
- ⁷ Vermeulen F. Intra- of extracranieële angiografie bij cerebrovasculaire insufficiëntie. *Acta Chir Belg* 1968; 67: 553-63.
- ⁸ Eikelboom BC, Vries AR de, Ackerstaff RGA. Accuracy and usefulness of combined duplex-scanning and digital subtraction angiography. In: Greenhalgh RM, ed. *Progress in stroke research*. London: Pitman Medical, 1983.
- ⁹ Gijn J van, Staal A, Urk H van. Transient ischemic attacks en het voorkómen van herseninfarcten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1982; 126: 1404-13.
- ¹⁰ Hammacher ER, Eikelboom BC, Bast TJ, et al. Surgical treatment of patients with a carotid occlusion and a contralateral stenosis. *J Cardiovasc Surg* 1984; 25: 513-7.

B. C. EIKELBOOM
F. E. E. VERMEULEN
R. J. TH. J. WELTEN /

Nieuwegein, december 1985

Wij zijn de collegae Eikelboom et al. dankbaar voor hun reactie, aangezien dit waarschijnlijk de eerste keer is dat de Antoniusgroep het met de Rotterdamse groep openlijk eens is over het feit dat niet zozeer de stroomvermindering, maar de kans op een embolus bepalend is voor het natuurlijke beloop van carotisafwijkingen. Wij willen dan ook graag onderstrepen dat niet de *verschillen* in inzicht tussen centra die zich voor deze problematiek interesseren, maar de *overeenkomsten* belangrijk zijn. Wij verschillen niet van mening over het feit dat bij patiënten met een ernstige stenose en een contralaterale occlusie het operatierisico verhoogd is. Wij verschillen ook niet van mening wanneer gesteld wordt dat juist bij deze (kleine) patiëntengroep de indicatie tot opereren vrij hard is, omdat de risico's van niet-opereren óók verhoogd zijn. Wij zijn het eens over het feit dat een minder homogene plaque een hoger risico geeft dan een homogeen verkalkte plaque, maar het is wel goed om erbij te vermelden dat dit risico wordt veroorzaakt door de kans op ulceraties en subendotheliale bloeding, waardoor opnieuw de embolisatiekans toeneemt.

Het vermeende verband tussen de ernst van een carotisstenose en de kans op het krijgen van cerebrale uitvalverschijnselen is een moeilijk probleem. Kennelijk wordt de beschikbare literatuur door ons met verschillende brillen gelezen. In ieder geval blijkt de interpretatie verschillend te zijn. Collega Eikelboom et al. stellen dat OPG-onderzoek en duplex-scanning onomstotelijk een dergelijk verband hebben aangetoond en verwijzen daarvoor naar de onderzoeken van Moore et al. en Roederer et al. Wij citeren uit het (retrospectieve) onderzoek van Moore: '... the trend toward an increasing incidence of neurologic events with increasing stenosis was observed in all presentation categories, but the numbers were too small to achieve statistical significance'. De cumulatieve incidentie van strokes bij patiënten met TIA's of amaurosis fugax was 'surprisingly low (6%)'. Bij de asymptomatische patiënten met een carotissouffle was het vóórkomen van stroke laag (7%), terwijl dit bij patiënten zonder soufflé juist hoog (33%) was. Het prospectieve onderzoek van Roederer onderschrijft de slotconclusie van ons artikel bijna letterlijk: '... this study further supports the contention that it is prudent to follow a conservative course in the management of asymptomatic patients presenting with a cervical bruit'. Deze uitspraken lijken ons duidelijk genoeg en behoeven waarschijnlijk geen verder commentaar.

H. VAN URK
O. T. TERPSTRA

Rotterdam, januari 1986

'Artsen Zonder Grenzen' in Tsjaad

Aan het einde van zijn artikel (1985; 2466-9) stelt collega Boom zichzelf de vraag wat het nut is geweest van zijn vier weken durend verblijf onder bizarre omstandigheden in Tsjaad. Hij constateert dat het nuttig effect voor de volksgezondheid in Tsjaad gering is geweest maar excuseert 'Artsen Zonder Grenzen' ('Médecins Sans Frontières': MSF) omdat deze organisatie een poging doet een wezenlijke bijdrage aan de gezondheidszorg te leveren. Het lijkt hem nuttig de dagelijkse beslommeringen in een chirurgische praktijk in Nederland hiervoor te onderbreken. Toch kan ik in zijn artikel geen aanknopingspunten vinden die deze conclusie rechtvaardigen. Het artikel mist een goede onderbouwing. Vandaar de volgende vragen en opmerkingen.

– Wat houden de eerste fases van de reorganisatie van de gezondheidszorg in en waarom is de opleiding van artsen, verpleegkundigen en paramedisch personeel het belangrijkste? Onder de geschetste omstandigheden zijn voor de gezondheidszorg van belang: een adequate voedselvoorziening (irrigatie en landbouwprojecten), een goede drinkwatervoorziening, gevolgd door voorlichting over o.a. hygiëne, vaccinaties en dan pas intramurale zorg.

– De motieven en de strategie voor de concurrentiestrijd tussen de 'maraboe' en de westerse dokter worden niet goed duidelijk gemaakt. De woordkeus is in ieder geval ongelukkig, althans dat hoop ik. De lokale bevolking wordt om de tuin geleid, verslaafd gemaakt aan de westerse geneeswijze middels tovenaars-chirurgen die met behulp van een gigantisch bedrag (zeker omgerekend in bijv. lokaal dagloon) aan goede gaven en gebruik makend van de schaarse transportmiddelen spectaculaire trucjes laten zien. Indien er een kink in de kabel komt (het geld is op of de politieke situatie laat het functioneren van MSF niet meer toe), dan zit de bevolking met lege handen.

– De omstandigheden (slechte hygiëne, nauwelijks laboratoriumfaciliteiten, geen stromend water en geen postoperatieve zorg – inclusief de aantijging richting patiënt en zijn/haar familie – leren dat specialistische chirurgische hulp hier nog niet op zijn plaats is. Als er dan een snijdend arts heen moet, waarom dan iemand zonder voorbereiding (d.w.z. geen kennis van taal, cultuur, omstandigheden en tropische of lokale ziekten)?

Ik hoop dat dit artikel geen andere chirurgen in Nederland zal verleiden tot een kortdurend medisch avontuur – daar bij is niemand gebaat.

D. J. VELDMAN

Amsterdam, december 1985

Collega Veldman gaat in op de algemene problematiek rond ontwikkelingshulp. Hulpverlening in de volksgezondheid is daarin slechts één aspect en chirurgische hulp vormt daarin een nog kleiner onderdeel. Mijn artikel geeft slechts enige persoonlijke indrukken weer en heeft niet de pretentie een goed onderbouwde verantwoording te geven van het programma van een hulpverleningsorganisatie. Het bureau van 'Artsen Zonder Grenzen' zal, evenals elke hulpverleningsorganisatie, gaarne bereid zijn een dergelijk programma te verstrekken aan de belangstellenden. Dan zal blijken dat de terecht door collega Veldman genoemde factoren als voedsel en drinkwatervoorziening, hygiëne en vaccinatie ruimschoots aandacht krijgen, ook bij een op medische noodhulp gerichte organisatie als 'Artsen Zonder Grenzen'.

De suggestie dat een gigantisch bedrag gemoeid is met het verstrekken van chirurgische hulp is onjuist: de chirurgen en anesthesisten die op dergelijke wijze worden uitgezonden, krijgen slechts hun reis- en verblijfkosten vergoed. Ter plaatse wordt gebruikt gemaakt van de al aanwezige transportmiddelen, zonder dat andere transporten daaronder lijden.