

Wij danken collega Trouwborst voor zijn reactie en aanvulling op ons artikel. Dat het karakter van de pijn van belang kan zijn bij alcoholinjectie in de hypofyse blijkt ook uit onze gegevens: van de drie patiënten die niet reageerden, hadden twee extradurale metastasen met radicaire pijn. De methode wordt voor deze patiënten dan ook afgeraden. Daarentegen was niet bij alle patiënten die baat hadden bij de ingreep sprake van diffuse, diffuse pijn. De methode bleek in onze onderzoeksgroep veel effectiever te zijn bij patiënten met mamma- en prostaatacarcinoom. Zoals beschreven in ons artikel zijn in de literatuur de bevindingen met betrekking tot de behandeling van niet van hormoon afhankelijke tumoren niet consistent en wordt helaas in de grotere onderzoeken geen nadere onderverdeling naar soort van de tumor gemaakt.¹⁻⁴

In een artikel, mede van de hand van Trouwborst, worden 25 patiënten beschreven die, als zij leden aan scherpe, snijdende pijn, niet reageerden op alcoholinjectie in de hypofyse. Deze patiënten hadden echter allen een rectumcarcinoom. Voorts was het aantal patiënten met diffuse pijn dat gunstig reageerde èn een van hormoon afhankelijke tumor had verhoudingsgewijs groter dan het aantal (vergelijkbare) patiënten met een niet van hormoon afhankelijke tumor (1,8 : 1).⁵ Wij zijn dan ook benieuwd naar publikatie van de hier door Trouwborst genoemde gegevens. Wellicht is er bij patiënten met een van hormonen afhankelijke tumor (i.c. mamma- en prostaatacarcinoom) vaker sprake van deze zogenaamde 'dull pain' en is de reactie op alcoholinjectie in de hypofyse daardoor gunstiger.

LITERATUUR

- 1 Cook PR, Campbell FN, Puddy BR. Pituitary alcohol injection for cancer pain. *Anaesthesia* 1984; 39: 540-5.
- 2 Katz J, Levin AB. Treatment of diffuse metastatic cancer pain by instillation of alcohol into the sella turcica. *Anaesthesiology* 1977; 46: 115-21.
- 3 Duthie AM, French NA. Transsphenoidal pituitary adenolysis. *S Afr J Surg* 1978; 16: 241-4.
- 4 Lloyd JW, Rawlinson WAL, Evans PJD. Selective hypophysectomy for metastatic pain. *Br J Anaesth* 1981; 53: 1129-32.
- 5 Yanagida H, Corssen G, Trouwborst A, Erdmann W. Relief of cancer pain in man: alcohol-induced neuroadenolysis vs. electrical stimulation of the pituitary gland. *Pain* 1984; 19: 133-41.

P. A. VAN LIESSUM Nijmegen/'s-Hertogenbosch, juli 1986
B. J. P. CRUL
G. A. VERMEER
J. E. P. V. SCHOOLMEESTERS
J. TH. M. BURGHOUTS

AIDS in Nederland; anno 1986

Het zeer lezenswaardige artikel van collega Huisman (1986; 1264-8) geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen:

1. Volgens Huisman stelden Wilson en Junger in 1968, een groot aantal jaren voor het bekend worden van het eerste AIDS-geval, uitgangspunten op voor screening. Er was op dat moment dus nog in het geheel geen sprake van een infectieuze, in hoofdzaak door gedrag bepaalde, meestal seksueel overdraagbare, aandoening die in maximaal 30% (?) een infauste afloop binnen enkele jaren kent. Deze ziekte kon dus ook niet door de auteurs in hun beschouwingen worden betrokken. Zou de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding met als doel voorkoming van LAV/HTLV-III-infecties niet beter aan een kleine, goed gedefinieerde groep (met LAV/HTLV-III geïnfecteerden en hun (eventuele) seksuele partners) gegeven kunnen worden dan aan een grotere, meer diffuse groep (alle manlijke homoseksuelen en heroïne-prostitués)?

2. In Nederland worden met LAV/HTLV-III geïnfecteerde

personen niet via screening opgespoord. Dit wegens de daarmee samenhangende psychische problematiek en de privacy. Daardoor kunnen de besmette personen er niet op gewezen worden dat zij het risico lopen anderen met LAV/HTLV-III te besmetten. In de V.S. stapt men nu van het nog in Nederland ingenomen standpunt af. Waarom gebeurt dit?

3. Huisman stelt dat uit het lage percentage anti-LAV/HTLV-III-positieve personen onder Nederlandse bloeddonors af te leiden valt dat (a) infecties met LAV/HTLV-III zich nog maar nauwelijks in de algemene bevolking hebben verspreid, en (b) dat ook gevolg is gegeven aan de oproep door de bloedbanken om van donatie af te zien, indien men tot één van de bekende risicogroepen behoort. Mijns inziens kan conclusie a. niet worden getrokken, als conclusie b. juist is.

4. Niet-heroïne-prostitués zouden niet en heroïne-prostitués in een bepaald percentage wel geïnfecteerd zijn met LAV/HTLV-III. Helaas kan de gemiddelde prostituée-bezoeker niet altijd tussen deze twee categorieën differentiëren. Het feit dat er in de V.S. een groep van 6% van de gerapporteerde gevallen van AIDS is, die niet officieel classificeerbaar blijkt te zijn, maar waarin veel mannen met contacten met prostitués te vinden zijn, kan ook voor de Nederlandse situatie gaan gelden.

5. Het niet expliciet aangeven of nu wel of niet contacttracing moet worden uitgevoerd van seksuele contacten van personen die met LAV/HTLV-III besmet zijn, schept alleen maar onduidelijkheid en is daarom voor de praktijk niet bruikbaar.

6. Er zou mogelijk een verandering in de leefstijl van manlijke homoseksuelen plaatsgevonden hebben (daling voorkomen van lues, gonorrhoe en hepatitis B). Niet duidelijk wordt of deze mogelijke verandering ook invloed heeft op het voorkomen van AIDS. Het gaat immers om ziekten met verschillende karakteristieken als incubatietijd, periode van besmettelijkheid, kans op besmetting per seksueel contact enz. Bovendien spelen mijns inziens ook de grote hepatitis B vaccinatiecampagnes van de laatste jaren in Nederland een rol.

7. Screening van cliënten voor 'alternatief' onderzoek is mijns inziens geen screening in de echte zin van het woord. Er zijn inderdaad gesubsidieerde centra voor dit onderzoek in Amsterdam, Rotterdam en Arnhem opgericht en in de naaste toekomst zullen nog meer van deze centra worden gecreëerd. In Nederland bestaan echter ook andere centra zoals de drempelvrije poliklinieken in Rotterdam, Utrecht en Den Haag. Hier kunnen de cliënten ook nog een algemeen onderzoek op symptomen behorend bij LAV/HTLV-III-infecties krijgen, aangevuld met laboratoriumonderzoeken. Bovendien kunnen personen ook bij andere dermatovenerologen worden onderzocht. De LAV/HTLV-III-infectie is in Nederland nog in hoofdzaak een SOA en de dermatoveneroloog is voor onderzoek op deze ziekten opgeleid. Collega Huisman weet dat meer cliënten zich in Rotterdam naar de dermatovenerologische afdeling hebben begeven dan naar de door de staatssecretaris gesubsidieerde 'alternative site' van de GG & GD en hij weet ook dat er aldaar beduidend meer anti-LAV/HTLV-III-positieve personen en patiënten lijdende aan LAS, ARC en AIDS zijn gediagnostiseerd.

E. STOLZ

Rotterdam, juli 1986

Ik dank collega Stolz voor zijn reactie op mijn artikel. Op enkele van zijn kanttekeningen wil ik hier kort ingaan.

Ad 1. Voorlichting aan risicogroepen in het algemeen is onmisbaar; deze beoogt immers een (blijvende) verandering in gedrag te weeg te brengen waardoor verspreiding van humaan immunodeficiëntie-virus (HIV) zo veel als mogelijk wordt

beperkt. Daarnaast is meer gerichte voorlichting aan met HIV geïnfecteerden eveneens zeer gewenst.

Ad 2. In de V.S. is een tendens waarneembaar om op veel grotere schaal op anti-HIV te screenen dan tot dusverre. Men acht dit de enige mogelijkheid om door gerichte voorlichting aan serologisch positief bevonden personen de verspreiding van het virus in risicogroepen te beperken. Het lijkt verstandig eerst af te wachten hoe een dergelijk massaal screening-onderzoek uitvalt; aan een dergelijke grootscheepse aanpak zijn immers veel problemen verbonden.

Ad 3. Collega Stolz heeft gelijk als hij stelt dat bij terugtrekken van een groot aantal personen uit de risicogroepen niet automatisch mag worden aangenomen dat de verspreiding in de algemene bevolking niet of nauwelijks heeft plaatsgevonden. In feite zijn beide conclusies evenwel juist.

Ad 5. Over de mate waarin contact-tracing bij met HIV geïnfecteerde personen zinvol is en hoe dit moet worden uitgevoerd, zullen in het binnenkort te verwachten derde advies

van de Gezondheidsraad over AIDS voorstellen worden geformuleerd. Over dit onderwerp verschillen de meningen nogal sterk.

Ad 6. Uit recente gegevens blijkt inderdaad dat in de V.S. maar ook in Nederland een belangrijke daling van met name (rectale) gonorrhoe heeft plaatsgevonden. We kunnen alleen maar hopen dat deze gedragsverandering bijdraagt tot een blijvende vermindering van de groei van AIDS onder personen uit de homoseksuele risicogroep. Hiervoor zijn in de literatuur aanwijzingen te vinden. Zo bleek in San Francisco dat in een groep van 796 homoseksuele mannen het aantal seroconversies ten opzichte van HIV van 18% per jaar in de periode 1982-1984 daalde tot 3 à 5% in 1985 (Winterstein, International Conference on AIDS, Juni, 1986). Aan de andere kant is de verspreiding van HIV in de homoseksuele risicogroep toegenomen zodat het beoogde effect van gewijzigd gedrag soms teniet wordt gedaan.

J. HUISMAN

Rotterdam, juli 1986

Boekaankondigingen

Huisarts en onderlinge toetsing. Methoden, normen, protocollen. 2e druk. Onder redactie van R.P.T.M. Grol en P.J.R. Mesker. 247 bl., fig., tabellen. Bunge, Utrecht 1986. Prijs: ingen. f 45,-.

Een tweede druk van *Huisarts en toetsing* ligt voor. Aan de titel is het woord 'onderlinge' toegevoegd. De strekking van de bespreking in dit tijdschrift (1985; 1206) is ongewijzigd van toepassing. De recente beleidsmatige ontwikkelingen in ons land met betrekking tot toetsing worden besproken. De protocollen blijven in het nu beter verzorgde boek een centrale plaats innemen. De blik is nog steeds vooral op Nijmegen en wat minder op de rest van de wereld gericht. Een belangrijk boek voor een ieder die zich met toetsing wil of moet bezighouden.

H. LAMBERTS

International dictionary of medicine and biology. Vol. I, II en III. Onder redactie van S.I. Landau. 3200 bl. John Wiley & Sons, Chicester 1986. Prijs: geb. £ 285,-.

Het opstellen van dit verklarende woordenboek heeft tien jaren geduurd. De tandheelkunde is erin niet vergeten, evenmin als de basisvakken, laboratoriumwetenschappen en fysische technieken met hun toepassingen. 'Nuclear magnetic resonance' is echter alleen onder 'NMR' te vinden, en bij 'resonance' staat geen passende verklaring: de methode heeft toekomst, maar nog geen verleden! De typografie is helder, zodat de tekst goed leesbaar is; op de tekstomvang - omschrijving, verklaring en definities - is niet bekibbeld. De trefwoorden - het zijn er 151.000 - zijn zorgvuldig gekozen. Als op één begrip meer sleutels passen, naar gelang internationaal, nationaal of regionaal gebruik, zijn er verwijzingen. Een samengestelde term wordt hiërarchisch ontleed en de ondergeschikte trefwoorden staan op de eigen plaats in het alfabet, tenzij het algemene trefwoord zeer ruim is, zoals angina. Dan volgt meteen de lijst van de samengestelde termen (angina inversa), eventueel met verdere verwijzing (Prinzmetal's angina).

Deze uitgave is de uitgaaf waard, en het bezit ervan spaart kosten van aanschaf van minder omvangrijke werken. Studen-

ten en paramedici worden wellicht onvoldoende 'toegesproken'. Daarentegen is de brede strakke informatie juist van belang voor wie zich verdiept heeft in een deelgebied; wie het gehele veld moet overzien, vindt er de diepte.

J. VAN DER HEIDE

W.A. Sodeman Jr. en Th.M. Sodeman, *Sodeman's pathologic physiology*. Mechanisms of disease. 7e druk. 1154 bl., fig., tabellen. W.B. Saunders, Londen 1985. Prijs: geb. £ 45,-.

Dit leerboek, een brug tussen basisvakken en kliniek, is na 35 jaar een standaardwerk geworden mede door de bekwame redactie van vader en zoon Sodeman die met bijna 60 Amerikaanse klinici en fysiologen de gehele pathofysiologie leesbaar beschrijven. Na vijf hoofdstukken basisinformatie over moleculaire biologie, genetica en immunologie worden de belangrijkste orgaansystemen buiten het centrale zenuwstelsel behandeld. Een groot aantal schema's en diagrammen, didactisch goed gekozen, met een uitvoerige bibliografie, maakt het bijgescholen gemakkelijk. Het boek is een zo klassiek werk geworden dat aanbeveling nauwelijks nodig is.

A. J. DUNNING

Cancer Reviews. Vol. 1, 1986: Primate lymphotropic retroviruses and oncogenesis. Onder redactie van Y. Hinuma. 135 bl., fig., tabellen. Munksgaard, Kopenhagen 1986. Prijs: ingen. D.kr. 950,- (voor 6 nummers).

H. Goote, *Leven met incontinentie*. (Leven met . . . , deel 5.) 80 bl., fig. Aldus, 's-Hertogenbosch 1986. Prijs: ingen. f 20,65 (over te maken op gironr. 55.96.088 van de Stichting Incontinentie Nederland, 's-Gravenhage).

B.J. Vrijhof, *De ontwikkeling van het verzuim in Nederland: een evaluatie van de vergelijkbaarheid en de bruikbaarheid van de beschikbare cijfers*. Mei 1986. 92 bl., fig., tabellen. Stichting CCOZ, Amsterdam 1986. Prijs: ingen. f 14,75.