

Enige facetten van de preventieve tandheelkunde

DOOR P. G. VAN DIJK*

Is cariës a social accepted form of invalidity?

Onderstaande bijdrage heeft geenszins de preten- tie een gedetailleerd inzicht te geven in de preven- tieve tandheelkunde. Binnen een dergelijk bestek is dat niet mogelijk. Het is de bedoeling een overzicht te verschaffen, om zodoende te voldoen aan de be- hoefte tot informatie, zoals die in discussies over dit onderwerp steeds naar voren komt.

De preventieve tandheelkunde komt de laatste jaren in ons land steeds beter van de grond en treedt ook steeds meer op de voorgrond. Welis- waar nog niet overal in ons land, maar incidenteel is de interesse stijgende. Dit houdt iets anders in dan hetgeen tot uitdrukking kwam in het bekende schouderklopje van de tandarts met de woorden: „Ga maar door met flink poetsen”. Een grote strekking hielden deze woorden niet in, zij gaven een opgelucht gevoel bij de patiënt omdat dit ge- sprokene doorgaans het einde der tandheelkundige behandeling inhield.

Het „Ivoren Kruis”*** (geen officiële kruisorgani- satie) beijvert zich reeds meer dan een halve eeuw op het gebied der tandheelkundige voorlichting. Talrijke brochures zijn verschenen.*** Het effect dezer voorlichting is helaas gering geweest, hetgeen mede blijkt uit de huidige tandheelkundige situatie. Dit houdt zeker geen verwijt in aan het Ivoren Kruis; een en ander is min of meer inherent aan het gevolgde systeem. Men richtte zich te veel op een breed publiek en bereikte zodoende alleen een dun- ne schil: de kleine geïnteresseerde groep. Veelal vond de tandheelkundige voorlichting plaats zon- der inschakeling van een bezielde tandarts.

Waarom dit niet geschiedde vond zijn oorzaak in de „drukke praktijk van de tandarts”, terwijl vele tandartsen zich ongeschikt achten (en vinden) om dit belangrijke onderdeel van hun vak uit te dragen.

Enige training in deze richting heeft tijdens de opleiding tot nu toe ontbroken, al begint ook hier- in verandering te komen. Steeds meer stichtingen voor de schooltandverzorgingen — en indirect ook de ziekenfondsen op de achtergrond — wor- den zich bewust van het feit, dat men met de hui- dige curatieve uitoefening der (school-)tandheel- kunde niet het gewenste doel zal bereiken. Met dit doel wordt het tandheelkundige welzijn der bevol- king bedoeld.

* Dirigerend schooltandarts S.T.V. IJsselmond, Vloeddijk 82, Kampen.

** Hoogstraat 111 te Rotterdam.

*** Degenen die belangstelling hebben in tandheelkundige voorlichtingsbrochures kunnen zich tot bovenstaand adres wenden.

Samenvatting. Er hebben zich in de tandheel- kunde de laatste jaren ontwikkelingen voorgedaan die hoop geven op de bereikbaarheid van een ge- steld doel: het tandheelkundig welzijn der bevol- king. Ervan uitgaande dat het merendeel der be- volking in aanleg een goed gebit heeft (of kan krijgen), is de preventie gericht op het causale ver- band tussen suikerconsumptie en cariës enerzijds en fluoridering anderzijds. Er heerst op deze ge- bieden helaas veel onwetendheid en onbegrip.

Met fluoridering (drinkwater, tabletten, tand- pasta's etcetera) alleen, zal het gestelde doel niet worden bereikt. Dit zal moeten samengaan met voorlichting over directe cariës bestrijding. Van groot belang is vooral het ogenblik waarop de voorlichting wordt gegeven. Voorlichting op de la- gere school is te laat. De informatie moet zo vroeg mogelijk beginnen, deze gelegenheid doet zich voor aan de arts, de wijkverpleegster en aan de kruisorganisaties. De tandarts-algemeen-practi- cus ziet de patiënt immers veel later. Ook stellen de ouders de tandarts zelden op de hoogte betref- fende de gezinsuitbreidingen.

Het initiatief om in samenwerking tot tand- heelkundige voorlichting te komen, zal van een tandarts moeten uitgaan. Regionaal zou bijvoor- beeld een schooltandarts hiermede kunnen worden belast.

Een georganiseerde vorm van tandheelkunde, zoals bijvoorbeeld de schooltandheelkunde, lijkt beter geschikt voor het geven van voorlichting dan de individuele tandarts-algemeen-practicus. Hem ontbreken dikwijls middelen als films, dia-series of bijvoorbeeld een geschikte lokaliteit om, groepsge- wijs, de interesse voor gebitsverzorging op te wek- ken. (Bij deze veranderde opzet kan het „Ivoren Kruis” veel materiaal leveren). De schoolklas biedt deze mogelijkheden wel, men bereikt alle kinderen uit de klas. Helaas is het wel zo, dat tandheelkun- dige voorlichting op de lagere scholen in vele ge- vallen „mosterd na de maaltijd” is.

Verschuiving van de voorlichting naar zuigeling- bureaus en kleuterscholen is dringend noodzake- lijk, hierdoor worden ruimere perspectieven ge- opend. In het onderwijssysteem op de kleuterschool bestaat meer gelegenheid voor het geven van tand- heelkundige voorlichting. Bovendien zal het effect hiervan groter zijn, omdat de achterstand op cura- tief gebied op de lagere scholen veelal niet meer is in te halen. Met name het melkgebit vertoont op deze leeftijd veelal dusdanig grote gebreken, dat het moeilijk te restaureren is met eenvoudige mid- delen (bijvoorbeeld amalgaam vullingen). Tegen preventieve extracties zijn zeer vele gefundeerde bezwaren aan te voeren.

Slechts zeer tijdrovende middelen als zenuwbehandelingen en kronen zouden uitkomst kunnen brengen. Deze uitgebreide en meer gecompliceerde behandelingen blijven dan echter beperkt tot een uiterst selecte groep; op deze manier wordt wederom niet tot het gestelde doel bijgedragen. Zelfs bij deze groep zou men zich kunnen afvragen of dit nog wel verantwoord is, te meer omdat het tandbederf bij kinderen heel goed te beperken is, zodat veelvuldig gebitsverval een onvoldoende interesse in de gebitsverzorging inhoudt. Jonge kinderen kan dit moeilijk worden verweten; hierdoor wordt nog eens de nadruk gelegd op de belangrijke rol welke de ouders in het geheel spelen. Ons voorlichtings-systeem moet dan ook mede op de ouders zijn gericht; ook hierbij opent de kleuterschool (en het consultatiebureau) perspectieven. De betrokkenheid van de moeder met deze vorm van onderwijs is hechter dan met het lager onderwijs.

Maar het is beter en het zou ook juister zijn, dat de interesse voor de gebitsverzorging nog eerder begint en daarmee komen wij steeds meer op het terrein der (huis-)arts. Bij een goed georganiseerde begeleiding van de aanstaande moeder en ook later in de periode na de bevalling, moet het mogelijk zijn dat de tandarts kan inhaken met zijn informatie-overdracht.

Goed samenspel tussen kinderarts, huisarts, kruisorganisaties en dergelijke is gewenst omdat vertegenwoordigers uit deze groepen de aanstaande moeder en de moeder met het jonge kind daadwerkelijk zien. De tandheelkundige voorlichting zal dan ook door hen ter hand moeten worden genomen. Vooral met betrekking tot baby- en kindervoeding valt uit tandheelkundig oogpunt het nodige aan te merken (kinderkoeken of kinderbiscuits, appelmoes, suiker door de melk etc.). Zelfs de „receptuur” in de vorm van de bestrijding van ijzeranemie met appelstroop valt te becritiseren . . .

Een ander praktisch voorbeeld betreft het aanraden van biscuit bij kleine kinderen als tussentijdse maagvulling. Ook droge biscuit bevat nog altijd 20 tot 40 procent suiker. Het laten drinken van deze kinderen na het nuttigen van een biscuitje, spoelt nauwelijks iets van de achtergebleven resten weg. Dit soort voedsel kan beter worden vervangen door crackers of knäckebröd, waarvan het merendeel geen suiker bevat. Zulks is aan te raden voor peuter- en kleuterscholen.

Tabel volgens gegevens Koninklijke Verkade Fabrieken n.v.

	saccharose	glucose	fructose
beschuit	0 %	1,5%	2,8%
knäckebröd bruin	3,3%	0,6%	0,3%
knäckebröd goudbruin	2,3%	0,8%	0,3%
krekkertjes	2,2%	1,0%	0,2%
cream crackers	2,2%	0,7%	0,5%
arno	2,3%	1,3%	0,1%
kaasstaafjes	0 %	0,1%	0,2%

Veel van deze voorlichting kan van de tandarts uitgaan, maar dikwijls wordt de arts er eerder bij betrokken. Speciaal de schooltandarts zou in deze een taak kunnen vervullen, maar dit houdt een verandering in waartoe vele besturen van schooltandverzorgingsdiensten maar moeilijk kunnen komen.

Aetiologie. Cariës wordt veroorzaakt door bepaalde streptokokken (bijvoorbeeld streptococcus mutans), die een ieder van ons in zijn mondflora aanwezig mag veronderstellen. Deze streptokokken vormen uit koolhydraten melkzuur; bij een ph kleiner dan 5,5 krijgt men te maken met een aantasting van het tandglazuur. Bovendien wordt uit de saccharose een kleefstof gevormd (dextraan), met het resultaat dat het proces (tandplaque) bijzonder hardnekkig op het tandglazuur vastkleeft. De tijdsduur nodig voor de streptokokken om uit de koolhydraten het zuur te vormen, wordt bepaald door het soort koolhydraat.

Maar uit het oogpunt van praktisch belang treedt één koolhydraat duidelijk naar voren: de saccharose. Zonder zich al te zeer aan overdrijving schuldig te maken, mag men stellen dat *alleen suiker* verantwoordelijk is voor de mate van cariës zoals wij die thans kennen. Alle andere koolhydraten uit ons voedselpakket spelen hierbij nauwelijks een rol.

Niet alleen de hoeveelheid suiker is echter bepalend voor de mate van tandbederf, maar vooral de frequentie van de suikerconsumptie is doorslaggevend!

Uit het Vipeholm onderzoek (Lundqvist 1952) in een inrichting voor kinderen bleek, dat ongeveer 250 gram suiker gegeven tijdens de maaltijden, een jaarlijkse cariëstoename bewerkstelligde van 0,6 laesies per kind. Dezelfde hoeveelheid suiker, toegevend in kleine porties bijvoorbeeld in de vorm van snoepjes of koekjes, gaf een jaarlijkse cariëstoename van 4,0 laesies per kind. Conclusie: liever eenmaal veel suiker dan vele malen weinig suiker per dag.

Dikwijls echter vertellen kinderen of hun moeders, dat zij „weinig snoepen”. Onder „weinig snoepen” worden dan twee tot drie versnaperingen per dag verstaan. Dit is echter voldoende om het cariësproces op gang te helpen.

Als vervangende traktatie op scholen zou aanbevolen kunnen worden: zoutjes als chips, nibbits, tuc's etc. in vele kleuren en vormen. Het vetgehalte van sommige van deze produkten is vrij hoog, zodat gewaarschuwd moet worden voor overdaad. Andere traktaties vormen de bekende blokjes kaas of vlees. Niet eetbare traktaties als knikkers, stuikers en ballonnen vormen ook een uitkomst.

Reeds in de vorige eeuw stelde men echter vast, dat een element met een glazuurmalfomatie gezond kan blijven wanneer de cariogene factoren gering zijn. Daarentegen wordt een optimaal ontwikkeld element (ook met fluoride-inbouw) onherroepelijk aangetast als de cariogene factoren sterk naar voren komen.

Voeding. De voorlichting omtrent cariës zal veel meer gericht moeten zijn op een radicale verandering in de voedingsgewoonten (suikerconsumptie) dan op veelvuldig tanden poetsen. Juist bij de jongste kinderen (nog zonder gebitselementen) treedt dit belang reeds naar voren; bij deze categorie is het van belang dat zij vooral niet aan de smaak van zoetigheid wennen. Vervanging van saccharose door het minder zoete glucose is een stap in de goede richting. Uit glucose en fructose wordt wel zuur, maar geen dextraan gevormd, de tandplaque is gemakkelijker van het element te verwijderen. Rozenbottelsiroop op glucose basis geniet de voorkeur boven rozenbottelsiroop op saccharose basis om een praktisch voorbeeld te noemen. Hierop zullen de moeders moeten worden gewezen aangezien sommige fabrikanten deze stroop op glucose basis onder „dieetvoeding” in de handel brengen, hetgeen begrijpelijkerwijze bij de moeders vragen kan doen rijzen.

Ook bij het gebruik van de bekende kinderbiscuits is beperking zeer gewenst. De moeder moet op de consequentie voor het kindergebit worden gewezen wanneer dergelijke koeken ter sprake komen. De voedingswaarde van deze kinderkoeken is voor het gemiddelde kind van veel minder belang. Voor jonge kinderen wordt nog dikwijls een papje aanbevolen van deze verkruidde kinderkoek met vruchtensap. Als alternatief zou ik willen voorstellen: beschuit (bevat geen suiker!) met bijvoorbeeld vers sinaasappelsap. Dan wordt zowel aan de vitamine-behoefte als aan de behoefte aan maagvulling voldaan.

Mondhygiëne. De opmerking in het bovenstaande gemaakt over het tanden poetsen dient overigens niet in die zin te worden geïnterpreteerd, dat tanden poetsen een overbodige maatregel zou zijn. Goed tanden borstelen, dat wil zeggen het systematisch reinigen respectievelijk masseren van de gebitselementen en het tandvles, is een zeer zinvolle maatregel. Het doet de cariësfrequentie afnemen, terwijl een juiste massage van de gingiva van direct belang is bij de bestrijding van de parodontose. Parodontale afwijkingen komen bijna even veelvuldig voor als cariës.

Uit het oogpunt van de cariësbestrijding is het noodzakelijk zo spoedig mogelijk na de consumptie van suiker, de tanden te poetsen. De zuurvorming begint immers vrijwel direct en houdt minstens twintig minuten aan. Blijft het suikerverbruik tot de hoofdmaaltijden beperkt, dan houdt dit automatisch in dat driemaal per dag moet worden gepoetst. Zeer belangrijk is, dat na het tanden poetsen, goed met water wordt gespoeld (het water een paar keer goed tussen de tanden door persen). Tot zover de papieren preventie.

Fluorideringsmogelijkheden en -moeilijkheden. De andere vorm van tandheelkundige preventie houdt de fluoridering in.

De inbouw van fluorverbindingen in het tand-

glazuur verhoogt de glazuurresistentie tegen phalangen („zuurstoten”). Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen organische en anorganische fluorverbindingen. De organische fluorverbindingen geven in tegenstelling tot de anorganische fluorverbindingen als het ware een dunne film op het tandglazuur, zij worden er minder snel weer afgespoeld. Eveneens kunnen de fluorverbindingen worden verdeeld in tinfluoride afgeleiden en natrium-fluoride afgeleiden. Uit praktische overwegingen beperken wij ons tot de laatste groep (tinfluoride is onder meer maar beperkt houdbaar). Fluoride verbindingen zoals NaF, worden veelal bij de drinkwaterfluoridering aangetroffen; andere fluoride verbindingen zijn aanwezig in sommige tandpasta's (bijvoorbeeld het organische aminfluoride in Elmex) en in fluortabletten (bijvoorbeeld Zymafluor).

In gebieden waar het drinkwater is gefluorideerd (1-1,2 mg fluoride per liter) kan, in vergelijking met overeenkomstige niet-gefluorideerde gebieden, een vermindering van de cariës aantasting van ruim 50 procent worden vastgesteld! Wanneer wij onderscheid gaan maken tussen de aantastingsvlakken der gebitselementen treden de voordelen nog duidelijker aan het licht. Het aantal twee- en drievlaksvullingen in Tiel was 60 tot 80 procent lager dan in Culemborg. (Fluoride experiment Tiel-Culemborg.)

Uit het oogpunt van praktische tandheelkundige preventie, geniet de drinkwaterfluoridering de voorkeur. Wil men echter, binnen alleszins redelijke grenzen, de bevolking in tandheelkundig opzicht gezond maken, dan zal voorlichting gericht op een drastisch afnemen van het suikerverbruik met de drinkwaterfluoridering moeten sámggaan. Indien het drinkwater niet is gefluorideerd, vormen de fluortabletten * een uitstekend alternatief. Het voorschrijven casu quo het aanbevelen door de huisarts en kinderarts van deze tabletten kan niet genoeg worden toegejuicht. Beiden zijn dikwijls op de hoogte met de gezinssamenstelling of de eventuele uitbreiding daarvan en zij kunnen dus in een vroeg stadium hun invloed doen gelden. De tandarts staat in een andere relatie tot zijn patiënten, hij wordt dikwijls in een veel later stadium op de hoogte gesteld betreffende gezinsuitbreiding en kan niet op het juiste moment adviseren.

Het heeft geen zin fluoride tabletten aan gravidæ voor te schrijven, aangezien de fluoride verbinding de placenta niet of nauwelijks passeert. Wel heeft het zin om zo vroeg mogelijk na de geboorte te beginnen met de fluoride toediening. Het melkgebit trekt er dan ten volle profijt van, maar tevens de kiemen van het blijvende gebit die reeds op zeer jeugdige leeftijd worden aangelegd.

De eventuele fluoride inbouw in het blijvende gebit begint voor de eerste blijvende molaar reed rond het tweede levensjaar. Juist de eerste blijvende molaar, die nog voor de wisseling geheel achter het

* Het verdient aanbeveling op de tabletten te kauwen of te zuigen.

melkgebit doorbreekt, is een bijzonder belangrijk element. Deze molaar vormt, in vele opzichten, de sleutel tot een goed blijvend gebit. Zijn tijdstip van doorbraak wordt helaas zelden onderkend. Pas wanneer de snijtanden gaan wisselen, begint een groot (?) gedeelte van ons volk de gebitshygiëne concreter in te zien. In dubbel opzicht schiet men dan tekort: het melkgebit is veelal te ernstig aangetast om nog te kunnen worden behandeld en de sleutel tot een goed gebit is reeds een klein jaar ongemerkt aanwezig, waardoor ook dit element ernstig kan zijn aangetast. Door gerichte informatie kan ook deze gang van zaken worden doorbroken.

Zoals opgemerkt, verhoogt de inbouw van fluoride verbindingen in het tandglazuur, de resistentie tegen aantasting door zuren. Dit laatste heeft geen betrekking op zure gerechten zoals yoghurt, karnemelk en dergelijke die onschadelijk zijn. De inbouw in het glazuur vindt pas plaats in de pre-eruptieve fase, tijdens de mineralisatie van het tandglazuur. De fluoride opneming geschiedt hierbij vanuit het omringende weefsel, waarbij aanvulling plaatsvindt vanuit de bloedbaan. Fluoride komt voor in het bloed als vrij F-ion of gebonden bijvoorbeeld aan calciumfosfaten. De concentratie in het bloed bedraagt ongeveer 0,03 tot 0,05 ppm F.

Ook op oudere leeftijd heeft de drinkwaterfluoridering of het voorschrijven van fluortabletten wel degelijk zin (tweede inbouw in de post-eruptieve fase). Er treedt dan namelijk, via diffusie van buitenaf, een verhoging op der zuurresistentie van het buitenste glazuurlaagje (een fluorideconcentratie van 0,1 procent in het tandglazuur wordt als optimaal beschouwd). Bij kinderen kan tot op zekere leeftijd bovendien fluoride inbouw plaatsvinden in de gebitselementen die nog moeten worden gemineraliseerd. Deze tweede mogelijkheid tot fluoride inbouw vindt vooral plaats in de buitenste glazuurlaag nadat de vorming der glazuurmatrijs reeds heeft plaatsgevonden.

Het voorschrijven van fluortabletten in gebieden zonder drinkwaterfluoridering tot en met ongeveer de lagere school leeftijd kan dus als zeer zinvol worden onderschreven. Na deze leeftijd zal geen directe inbouw meer plaatsvinden van fluoride in het apatiet kristal van het tandglazuur, maar treedt de werking (via diffusie) in de vorm van resistentieverhoging van het buitenste laagje tandglazuur meer op de voorgrond (drinkwater, zuigtabletten).

Deze laatste werking wordt ook sterk in de hand gewerkt door het gebruik van tandpasta waaraan fluoride is toegevoegd bijvoorbeeld Elmex. Het gebruik van deze soort tandpasta, ook in gebieden met gefluorideerd drinkwater en bij patiënten die fluoride tabletten gebruiken, verdient sterke aanbeveling. De fluoride houdende tandpasta is de enige soort tandpasta die een preventieve werking ontplooit in de zin van een zuurresistentieverhoging der buitenste glazuurlaag. Wel is het wenselijk met het oog op overdosering, dat kinderen deze tand-

pasta pas gaan gebruiken wanneer zij deze pasta niet meer doorslikken (arbitrair is die grens op vier jaar gesteld). Overdosering tijdens de glazuurvorming openbaart zich onder andere in tandglazuur malformaties („mottled enamel” of zebra-tanden).

Resumerend: verhoging van de zuurresistentie van het tandglazuur wordt bereikt door:

1 Inbouw in de pre-eruptieve fase. Hiertoe moet de fluoride concentratie in de bloedbaan optimaal zijn.

2 In de post-eruptieve fase door opneming van fluorionen uit de directe omgeving. Dit valt onder andere te bereiken met de drinkwaterfluoridering of met fluortabletten. In beide gevallen is de combinatie met bijvoorbeeld Elmex aan te bevelen.

Volledigheidshalve moet nog worden vermeld dat er nog een andere manier bestaat tot verhoging der fluoride concentratie in het buitenste laag tandglazuur. Dit wordt bereikt door lokale toediening van fluoride in geconcentreerde oplossing (met watje of pincet) of door toediening in gel vorm. Deze laatste methoden hebben echter niet een dergelijk overtuigend effect als de tabletten en de drinkwaterfluoridering. Zij zijn sterk arbeidsintensief, maar zij kunnen in voorkomende gevallen van nut zijn.

Het zal duidelijk zijn geworden, dat zich de laatste jaren ontwikkelingen hebben voorgedaan, die een beter gebit kunnen waarborgen. Daartoe zal de problematiek rond de gebitsverzorging uit de „huiselijke sfeer” moeten worden gehaald. De ontdekking dat fluoriden een weerstandsverhoging der gebitselementen tegen cariës inhouden, is van aanzienlijk meer betekenis geweest, als de invoering van de tandenborstel. Dit heeft onder andere als consequentie, dat de patiënt niet meer behoeft te berusten in die vorm van gelatenheid die tot uitdrukking kwam in dat ene zinnetje: „Bij ons in de familie hebben ze allemaal een zwak gebit”.

Nog in het midden gelaten of deze opmerking op een gefundeerde achtergrond berust, kan thans hiertegen worden opgetreden. Wel moet nogmaals ervoor worden gewaarschuwd dat de invoering der fluoride therapie zal moeten samengaan met een wezenlijke daling van het suikerverbruik. Op dit gebied is ieders interesse en medewerking nodig, vooral op het gebied der baby- en kindervoeding. Het voorschrijven van bijvoorbeeld kalktabletten en dergelijke is bij een voldoende gevarieerde voeding uit tandheelkundig oogpunt niet noodzakelijk. (Het voorschrijven hiervan met het oogmerk preventief op te treden, moet als onjuist worden beschouwd omdat dit voorschrijven het overtrokken beeld handhaaft van het calciumbelang voor de gebitselementen).

Tot slot nog dit: preventieve tandheelkunde is een harde noodzaak, willen wij uit de bijkans „middeleeuwse” situatie geraken, waarin grote gedeelten van ons volk in tandheelkundig opzicht nog verkeren.

De tandheelkundige consumptie zal moeten afne-

men, want niet de uitbreiding van de tandheelkunde op academisch niveau tot steeds jongere kinderen biedt hiertoe de unieke oplossing. Een en ander is trouwens ook een praktische onmogelijkheid geworden, wanneer wij het probleem der mankracht in aanmerking nemen. Een werkelijk verantwoorde vulling, op het hoogste niveau, in een kindermondje is een zeer tijdrovende en bij vele kinderen uit het oogpunt van behandelbaarheid een onmogelijke zaak. Curatieve behandeling, in welke vorm ook, zal niet tot de gewenste situatie leiden! Ook invoering van een georganiseerde vorm van

kleutertandverzorging zonder stringente preventieve maatregelen, lijkt een heilloos avontuur.

Er zijn thans middelen, maar wij moeten deze kennen en willen gebruiken. Dit gebeurt ook al, nochtans op slechts kleine schaal in beperkte gebieden. Concrete resultaten mogen in de komende jaren worden verwacht.*

* Voor degenen, die zijn geïnteresseerd in een meer uitgebreide informatie inzake de drinkwater fluoridering, is de goed leesbare brochure aan te raden die zojuist is verschenen bij de Staatsdrukkerij te 's-Gravenhage. Uitgave nummer 19 ministerie sociale zaken en volksgezondheid.

Een geval van de zogenaamde Zuid-Afrikaanse bosluiskoorts in Nederland

DOOR R. SCHÜCHNER, HUISARTS TE 'S-GRAVENHAGE

Op maandag 18 januari 1971 werd ik geroepen bij een patiënte van 59 jaar, een ex-verpleegster, die behalve een in 1962 röntgenologisch vastgesteld sterk spastisch colon, geen kwalen of ziekten van betekenis heeft gehad. Zij had sedert twee dagen koorts.

Zij was de vorige dag door een collega in de weekenddienst gezien en doorgegeven als febris e causa ignota. Zij was vier dagen geleden uit Zuid-Afrika teruggekeerd waar zij een vakantie had doorgebracht. Patiënte maakte een zieke indruk, had gezwollen oogleden, voorts bevond zich onder een pleister ter hoogte van de scapulapunt een ulcus met grijzig beslag, geen ondermijnde rand maar wel een rode omgeving. Verder bestonden er geen lichamelijke afwijkingen. Zij vertelde dat zij waarschijnlijk in Zuid-Afrika door een of ander insect was gebeten. Ik vermoedde een samenhang tussen haar ziekteverschijnselen en de insectenbeet.

De in consult geroepen huidarts kon mij niet vertellen of dit ulcus pathognomonisch was voor de beet van een bepaald insect. Daarna heb ik vele specialisten gebeld. Uiteindelijk kreeg ik van collega Ansingh van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Den Haag de tip om eens raad te vragen bij Kooy, huidarts; deze collega heeft namelijk een tijd in Zuid-Afrika gepraktiseerd. Hij opperde de mogelijkheid van de zogenaamde Zuid-Afrikaanse bosluiskoorts. Via de Zuid-Afrikaanse ambassade kreeg ik het telefoonnummer van een arts van Zuid-Afrikaanse origine, namelijk Van der Merwe, assistent interne geneeskunde van de Universiteitskliniek in Groningen. Ook volgens hem pasten de symptomen van mijn patiënte goed bij het ziektebeeld van de bosluiskoorts; hij adviseerde patiënte met tetracycline of chlooramfenicol te behandelen.

Toen ik patiënte mededeelde, dat zij naar alle waarschijnlijkheid aan bosluiskoorts leed, bleek dat men haar inderdaad voor bosluizen had gewaarschuwd, aangezien deze parasieten in haar vakantieverblijfplaats, omgeving Johannesburg, voorkwamen. Dat zij echter deze ziekteverschijnselen konden geven, was haar niet bekend.

Nadat de diagnose eenmaal bekend was heb ik haar de anamnese zelf laten opschrijven.

„Dinsdag 5 januari gebeten door insect? Opgezwollen wondje, waaruit wat pus kwam, verder op de rug allemaal rode vlekjes. Donderdag 14 januari terug naar Nederland. In het vliegtuig pijn in de lendenen, weinig eetlust. Vrijdag 7.00 uur in Nederland. 's Middags geslapen en de gehele nacht. Zaterdag 16 januari boodschappen gedaan. 's Middags plotseling koude rillingen en temperatuur 38,5 graden Celsius. 's Nachts braken en diarrhoë, alle spieren deden pijn, hoofdpijn. Ik gevoelde mij erg ziek en vreselijk misselijk. Zondagmorgen temperatuur 39,7 's middags 38,8; 's avonds 39,4 graden Celsius. Steeds maar braken en diarrhoë. Maandagochtend temperatuur 40,0; 's middags 39,3; 's avonds 38,7; Dinsdag 38,7; 37,5; 38,5; Woensdag 36,9; 37,5; 37,7; Donderdag 's morgens en 's avonds 36,7 graden Celsius en sedert dien geen koorts meer.”

Zoals uit de anamnese blijkt, zijn duidelijk twee fasen te onderscheiden, namelijk de fase van het ontdekken van het ulcus en het exantheem, later gevolgd door koorts en ziektegevoel.

In het leerboek van *Manson-Bahr* worden twee vormen van de Zuid-Afrikaanse tekenkoorts beschreven. Bij de eerste vormen beperken zich de ziekteverschijnselen tot het ulcus gepaard gaande met lymfangitis en lymfadenitis. Bij de tweede vorm treedt na het ulcus, de lymfadenitis en de lymfangitis een periode op van koorts, hevige hoofdpijn, spierpijn, nekstijfheid, conjunctivitis en