

Epidemiologische notities

- Hoekstra, R. C. De ontwikkeling van deviaties en variaties psychoanalytisch bezien. In: De seksuele ontwikkeling van kind tot volwassene, deel II. Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij b.v., Leiden, 1976.
- Jenkins, D., S. Zyzanski en R. Rosenmann (1976) *Circulation* 53, 342.
- Keerpunt hartinfarct, de leefwijze erna. Boehringer Ingelheim, 1964.
- Keerpunt hartinfarct, een nieuw begin. Boehringer Ingelheim, 1969.
- Kent, S. (1975) *Geriatrics* 30, (8), 151.
- Klumbies, G. und H. Kleinsorge (1950) *Med. Klin.*, 952.
- Kushnir, B. en anderen (1975) *Brit. Med. J.* IV, 609.
- Lie, K. I. Acute myocardial infarction in the coronary care unit. Academisch proefschrift, Amsterdam, 1974.
- Maanen, G. van. Een longitudinaal onderzoek naar de risicofactoren van ischaemische hartziekten bij 40-jarige mannen. Academisch proefschrift, Utrecht, 1977.
- Musaph, H. Het gesprek. Achtste herziene en vermeerderde druk. De Erven Bohn, Haarlem, 1972.
- Nalbantgil, I. (1976) *Amer. Heart J.* 91 (3), 406.
- Querido, A. Inleiding tot een integrale geneeskunde. H. E. Stenfert Kroese, Leiden, 1955.
- Soto-Hartgrink, M. K. de. Epidemiologie van ischaemische hartaandoeningen. Academisch proefschrift, Groningen, 1968.
- Storr, A. Agressie bij de mens (tweede druk) J. A. Boom en zoon, Meppel, 1970.
- Ueno, M. (1963) *Jap. J. Legal. Med.* 17, 333.
- Vinken, P. J. Informatie genereert informatie. *Excerpta Medica*, Amsterdam, 1976.
- Vraagbaak voor infarctpatiënten, het antwoord op 200 vragen van alle dag. *Excerpta Medica* en de Nederlandse Hartstichting, 1974.
- Wagner, N. N. Sexual activity and the cardiac patient. In R. Green, *Human Sexuality*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1975.
- Zijl, L. B. M. van der. De huisarts en de (psycho)seksuele problematiek van het jonge kind en de jeugdige. In: De seksuele ontwikkeling van kind tot volwassene, deel II. Stafleu's wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij b.v., Leiden, 1976.

Ontleend aan het Epidemiologisch Bulletin van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam, september en oktober 1977 en aan Overzicht nummer 1, 13e jaargang van de aangegeven gevallen van infectieziekten Staatstoezicht op de Volksgezondheid, afdeling infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.

Influenza

Er zijn géén aanwijzingen gevonden dat het „swine” influenzavirus in 1977 vaste grond onder de (menselijke) voeten heeft gekregen; wél is het virus (HswN1) geconstateerd onder varkens in Italië. Voor zover bekend komt het in de Nederlandse varkensstapel niet voor. In ons land wordt getracht door systematisch serologisch onderzoek van varkensserra een indruk te verkrijgen of – al of niet klinisch manifest – varkensinfluenza ook in Nederland voorkomt.

In de berichtgeving van de W.H.O. wordt melding gemaakt van het (her)verschijnen van een vroegere stam, namelijk A (N1N1), die in de periode 1947-1957 in de wereld circuleerde. Op 7 december 1977 berichtte de Minister voor Volksgezondheid van de U.S.S.R. aan de W.H.O. dat deze stam werd geïsoleerd bij patiënten lijdend aan klinische influenza. Behalve deze stam werd ook de reeds bekende stam A/Victoria/3/75 en A/Texas/77 gevonden. In de U.S.S.R. heerst momenteel matig veel influenza. Eensluitende berichten werden ook onlangs ontvangen uit Hong-Kong.

Uit het feit dat A (N1N1) stammen sedert 1957 niet meer hebben gecirculeerd, mag men concluderen dat de ziekte thans voornamelijk onder jongeren tot twintig jaar zal heersen daar de oudere bevolkingsgroep reeds vroeger contact met de A (N1N1) stam had en dus in meerderheid over residuele immuniteit beschikt.

Er is vooralsnog geen enkele aanwijzing dat het in Nederland voor het seizoen 1977-1978 geadviseerde immunisatiebeleid verandering behoeft. Bovendien bevinden zich in de groep 0-20 jarigen relatief weinig personen voor wie het doormaken van influenza een extra risico met zich brengt.

Gastro-enteritis

In de vorige Epidemiologische notities vermeldden wij dat over de etiologie van gastro-

enteritis steeds meer bekend wordt. Vestigden wij toen vooral de aandacht op de rol van rotavirussen, thans noemen wij een „nieuwe” bacteriële oorzaak en wel *Campylobacter*.

Het griekse woord „campylos” betekent gekromd staafje. Het betreft hier micro-aerofiele vibriënen, die om bepaalde bacteriologische redenen niet tot het geslacht *Vibrio* worden gerekend, maar tot het aparte geslacht *Campylobacter*. In de veterinaire wereld staat *Campylobacter* foetus reeds lang bekend als de oorzaak van besmettelijk „verwerpen”, vooral van runderen en schapen*. Transmissie bij deze dieren vindt plaats via het voer of gedurende de coitus. Ook kent men bij kalveren een ziekte die „winterdysenterie” of „autumndiarrhoea of calves” wordt genoemd. Dit ziektebeeld wordt – naar men aanneemt – verwekt door een andere vertegenwoordiger van het geslacht *Campylobacter* namelijk *C. jejuni*.

Ook bij de mens blijkt *Campylobacter jejuni* aanleiding te kunnen geven tot gastro-enteritis. Naast *C. jejuni* wordt ook nog *C. coli* beschreven.

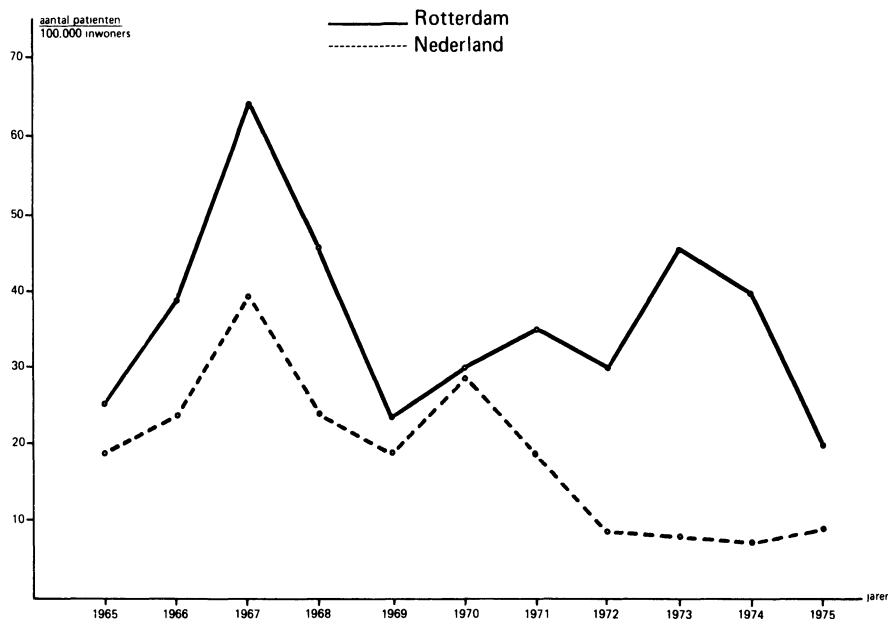
Het is thans mogelijk in het bacteriologisch-epidemiologisch laboratorium van de G.G. & G.D. Rotterdam (hoofd: dr. J. R. J. Bänffer) bij gastro-enteritis – naast de „klassieke” pathogene darmbacteriën als salmonellae, shigellae en yersiniaë – óók *Campylobacter* aan te tonen. Behalve door isolatie is het ook mogelijk door serologisch onderzoek een stijging van agglutinines aan te tonen.

Skirrow** beschreef onlangs de klinische verschijnselen van een infectie met *Campylobacter*. De meeste patiënten hebben eerst een periode van koorts (1-3 dagen), hoofdpijn, pijn in de extremiteiten en koliekachtige buikpijn. Ná deze weinig specifieke verschijnselen volgt dan diarrhoea, soms peracut, soms geleidelijk. De ontlasting

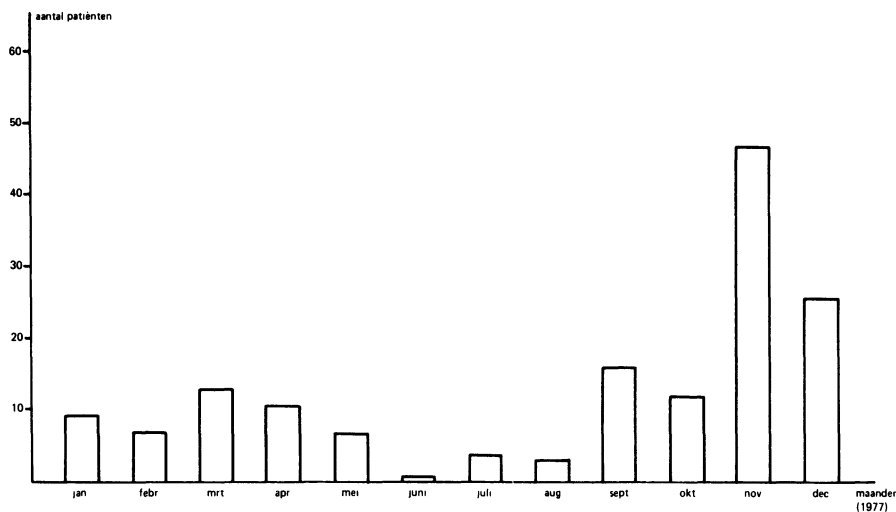
* *Vibrio foetus*, thans dus *Campylobacter foetus*, is daarnaast pathogeen voor hamsters, cavia's en, in zeldzame gevallen, de mens.

** Skirrow, M.B. (1977) *Brit. med. J.* II, 9.

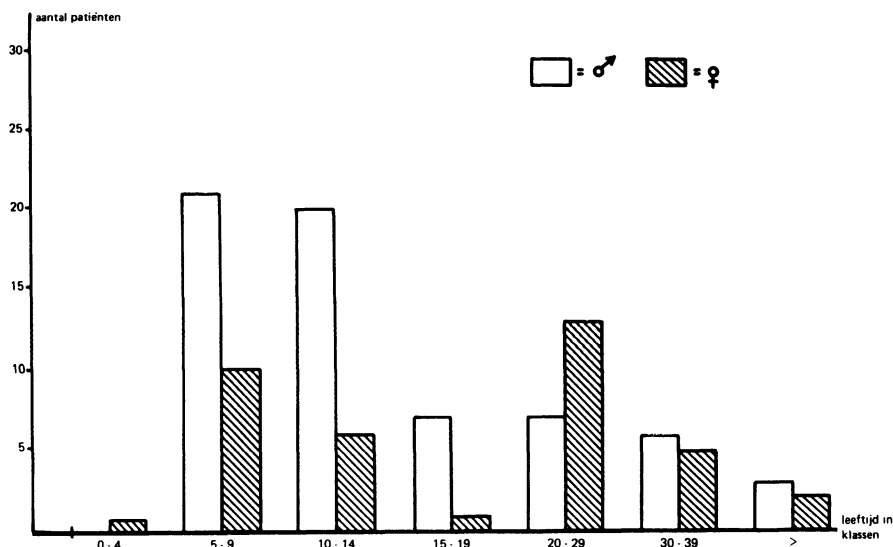
Figuur 1. Hepatitis A te Rotterdam en in Nederland
Aangegeven gevallen in de periode 1965-1975 (per 100.000 inwoners)



Figuur 2. Aantal aangegeven gevallen van Hepatitis A te Rotterdam per maand in 1977.



Figuur 3. Hepatitis A te Rotterdam. Leeftijdverdeling en geslacht van 102 gevallen, aangegeven in het 4e kwartaal 1977



wordt veelal waterdun; vaak bevindt zich er bloed bij. Er waren over het algemeen geen echt tenesmi; wèl klaagden de patiënten over incontinentie. De diarrhoea duurt ongeveer drie dagen. Opmerkelijk is het dat ook na het verdwijnen van de diarrhoea bij velen intermitterende buikpijn en pijn in de buurt van de maag bleef bestaan.

Hoewel vele patiënten tot de leeftijdsklasse 0-4 behoren, komt de ziekte ook frequent bij ouderen voor. De kiem kan waarschijnlijk nog frequenter als oorzaak voor gastro-enteritis worden aangemerkt dan salmonellae! In een serie van 800 gevallen van „ongeselecteerde” gastro-enteritis vond Skirrow in 7% Campylobacter.

Over de epidemiologie is nog weinig met zekerheid bekend. Men neemt aan dat kippen en mogelijk ook honden een rol bij de transmissie spelen.

Het ligt in onze bedoeling naar deze epidemiologische aspecten een nader onderzoek in te stellen. Inmiddels zijn in ons laboratorium reeds enige tientallen infecties met Campylobacter vastgesteld.

Hepatitis A („Hepatitis infectiosa”)

Er zijn weinig gebieden in de infectieziektenleer te vinden waarop de vooruitgang in de laatste tien jaren zo dramatisch is geweest als dat van de „virus hepatitis”: hepatitis A („hepatitis infectiosa”) en hepatitis B („serumhepatitis”). In het hiernavolgende wordt nader op hepatitis A ingegaan.

In *figuur 1* wordt de incidentie per 100.000 inwoners van hepatitis A in de periode 1965-1975 van Rotterdam vergeleken met die van geheel Nederland. Het beeld dat zich hierbij aan ons voordoet is dat van een endemisch heersende infectieziekte.

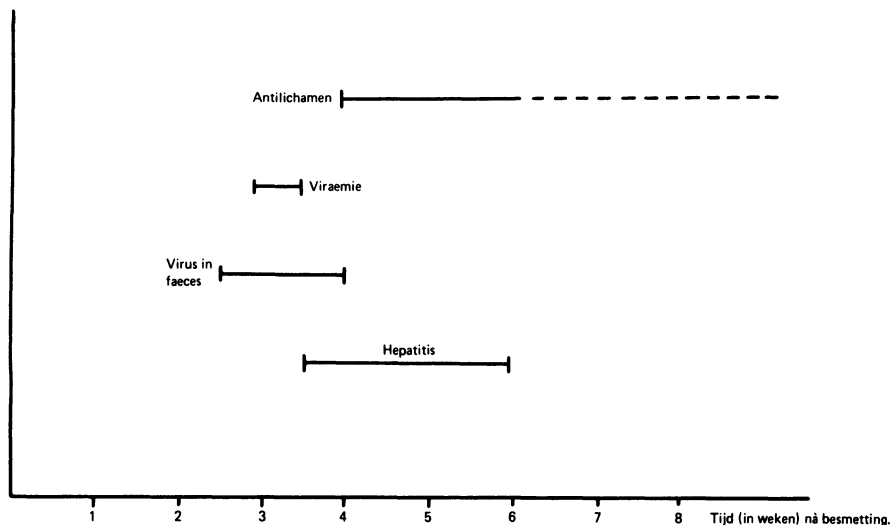
Er bestaat landelijk een sterkere mate van „underreporting” dan in Rotterdam. Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door het feit dat alhier – ter voorkoming van secundaire gevallen in de gezinnen – als routine „normaal” immunoglobuline wordt gegeven, iets dat – uiteraard – landelijk niet of nauwelijks plaatsvindt.

Er is dezerzijds geen verklaring te geven voor het feit dat landelijk – met name in de periode 1970 t/m 1975 – een véél sterkere mate van „underreporting” tot stand is gekomen.

Voor het jaar 1977 vindt u in *figuur 2* voor Rotterdam de verdeling van het aantal gevallen per maand. In totaal werden 155 gevallen gerapporteerd. Uit *figuur 2* blijkt dat in 1977 de „epidemische” verheffing ná augustus begon en in november met 47 gevallen zijn hoogtepunt bereikte. Zou het feit dat de toename in september begon een aanwijzing vormen voor het „opdoen” van de besmetting tijdens de vakantie in binnen- en buitenland?

Uit voorlopige cijfers van de GHI blijkt dat in 1977 in totaal 1191 gevallen van hepatitis A werden aangegeven. Zouden de Rotterdamse gevallen min of meer representatief voor Nederland zijn dan zouden er 3100 gevallen van hepatitis A aangegeven

Figuur 4. Laboratoriumgegevens bij Hepatitis A



moeten zijn; er bestaat ook in 1977 nog een aanzienlijk landelijke „underreporting”, waarschijnlijk ten gevolge van de reeds eerder genoemde redenen.

Hepatitis A wordt in de Nederlandse situatie praktisch uitsluitend fecaal-oraal overgedragen. Het is daarmee een ziekte van de jeugd omdat op kleuter- en basisscholen de hygiëne in een aantal gevallen nog wel wat te wensen overlaat. Het is begrijpelijk dat dit des te meer klemt bij scholen die in de sociaal zwakkere wijken zijn gelegen. In *figuur 3* worden leeftijd en geslacht vermeld van 102 gevallen van Hepatitis A die in het laatste kwartaal van 1977 werden aangegeven.

Omstreeks 60% van de gevallen kwam voor in de leeftijdsgroepen tot en met 14 jaar. Tweederde der gevallen kwam voor bij leden van het mannelijk geslacht, hoewel de literatuur voor kinderen geen verschil in geslacht opgeeft. Dat de vrouwelijke patiënten er in de leeftijdsgroep 20-29 jaar uitspringen kan worden verklaard door het feit dat dit veelal secundaire gevallen bij moeders of verzorgsters van kinderen betreft, die bijvoorbeeld op school besmet raakten.

Sedert 1975 is het bekend dat hepatitis A wordt veroorzaakt door een virus dat veel eigenschappen met entero-virussen gemeen heeft: het HAV (= hepatitis A virus) kan met de elektronenmicroscopie zichtbaar worden gemaakt wanneer men voor dit onderzoek faeces gebruikt die afkomstig zijn van personen die in het einde van de incubatietijd verkeren. Het probleem is dat wanneer de patiënt medische bijstand inroept wegens zijn hepatitis de meeste viruspartikels reeds weer uit de ontlasting zijn verdwenen. Het verzamelen van voldoende „positief” ontlastingsmateriaal van de mens om dit te gebruiken voor serologisch onderzoek is nog niet afdoende opgelost. In *figuur 4* zijn enkele laboratoriumgegevens van hepatitis A in een tijdschema weergegeven.

In Rotterdam werd van een aantal huisgeenoot-contacten (jonger dan 15 jaar) per week faeces ingezameld om – van materiaal, ingewonnen aan het einde van de incubatietijd – elektronenmicroscopisch on-

derzoek te verrichten van de faeces van die contacten die leverfunctiestoornissen hadden. Het lukte op elektronenmicroscopische wijze in de pre-icterische fase viruspartikels in de ontlasting aan te tonen in één gezin bij 4 of 5 huisgeenootcontacten.

Wij zetten onze pogingen om op deze wijze virusbevattend materiaal te bemachtigen voort.

Het is duidelijk dat isolatiemaatregelen ten opzichte van patiënten, lijdend aan hepatitis A praktisch steeds te laat worden toegepast. Immers, zodra de patiënt zich „echt” ziek voelt („hepatitis”) is het virus uit de ontlasting verdwenen. Isolatie zou feitelijk aan het einde van de incubatieperiode moeten plaatsvinden; het is duidelijk dat dit in de praktijk onmogelijk is.

Nu in principe de mogelijkheid is gegeven serologisch onderzoek te verrichten, is de belangstelling hiervoor uiteraard groot.

Szmunn en *medewerkers** onderzochten de prevalentie van antistoffen t.o.v. hepatitis A in New York. Het bleek dat blanke kinderen uit de sociale middengroepen in 15% antistoffen bezaten. Dit liep op tot 30% in de leeftijdsgroep 18-30 en zelfs tot 70% in de leeftijdsgroep van 50 jaar en ouder. In sociaal zwakke wijken vonden zij bij negerkinderen in de leeftijd van 18-30 jaar in 40% antistoffen. Het hepatitisvirus gedraagt zich waarschijnlijk als het poliomyelitisvirus: hoe slechter de algemene hygiënische toestand op des te jongere leeftijd slaat het toe. Net als met poliomyelitis (dat immers de laatste jaren voordat vaccinatie werd ingevoerd zich ook niet meer als „kinder”-verlamming maar als verlammingenziekte van jonge volwassenen gedroeg) zal met het toenemen van de algemene hygiëne in West-Europa ook hepatitis waarschijnlijk naar de oudere leeftijdsgroepen verschuiven.

Overigens werpt de leeftijdsverdeling van de Rotterdamse gevallen een wat ontmoedigend licht op het algemeen hygiënisch gedrag van de jeugd in deze stad.

* Szmunn, W. et al (1976) *New Engl. J. Med.* 295, 755.

Het belang van passieve immunisatie bij huisgeenoot-contacten, in tehuizen e.d. wordt door de bovengenoemde percentages nog eens onderstreept, evenals de immunoglobuline-profylaxe voor reizigers.

Lymfklierzwellig

*Op een vrouw Toebaks-does,
Waarop een Vrouwje met een Mossel in de hand,
gesneden stond, als sprekende:
„Deze Mossel blijft gedurig gesloten;
Maar de mijne die staat altijd open”****

Er bestaat een gevleugeld gezegde in de geneeskunde dat luidt: Spaar ons voor de casuïstiek”. Aan de ene kant een juiste uitspraak omdat in een biologische wetenschap als de geneeskunde altijd gevallen zullen voorkomen die „sterk” afwijken van het normale patroon (en waaraan men – overigens ten onrechte! – nogal eens geen algemeen geldende betekenis wil geven); aan de andere kant kan – via een interessante of merkwaardige casus – de aandacht op een bepaald ziektebeeld nog eens worden gevestigd.

Dezer dagen vervoegde zich op de afdeling infectieziekten een jonge vrouw van 25 jaren met een verwijsbriefje van haar huisarts. Deze verzocht onderzoek op „kattekrabziekte” daar zijn patiënte door een papegaai(!) in een van haar tenen was gepikt. Wij vleien ons met de gedachte dat onze collega van een beschrijving in een vroeger verschenen notitie over dit onderwerp zich herinnerde dat niet altijd de kat de oorzaak van een benigne lymforeticulose behoeft te zijn, maar dat ook na een krab door een ander dier of zelfs verwonding aan een levenloos voorwerp de ziekte kan ontstaan.

Bovendien toonde patiënte een sterke conjunctivale prikkeling van beide ogen en dit zou – denkend aan het syndroom van Parinaud dat soms bij benigne lymforeticulose kan optreden – de gedachte aan deze ziekte nog hebben versterkt.

Bij inspectie bleek geen snavelverwonding aan de derde teen van de linkervoet meer aanwezig; wel bevonden zich in de lies forse, harde, pijnloze lymfomen. Patiënte voelde zich niet echt ziek en had geen temperatuurverhoging. Zij gaf wel aan een stevige kater te hebben (vandaar waarschijnlijk de sterke conjunctivale doorbloeding) en deelde desgevraagd mede van een opgewekt caféleven te houden, reden waarom onzerzijds behalve het onderzoek op kattekrabziekte óók bloed werd afgenomen voor de syfilis-serologie. Dit bleek sterk positief; de klierzwellig in de lies was waarschijnlijk een onderdeel van een primaire syfilitische infectie. De huidtest op kattekrabziekte viel negatief uit.

Na het bekend worden van het serologisch bloedonderzoek hebben wij gepoogd de

** Uit „Koddige en Ernstige opschriften, op Luyffens. Wagens, Glazen, Uithangborden, en andere Tafereelen”. t Amsterdam, gedrukt bij Jeroen Jeroense, 1698.

patiënte te bereiken om haar te adviseren zich wederom tot haar huisarts te wenden. Zij is tot dusverre onvindbaar gebleven en vormt – naar wij moeten aannemen – een bron voor syfilis.

Wij zetten onze pogingen haar te lokaliseren – in samenwerking met de Sociaal-Medische Dienst van de Kruisverenigingen – voort. Ook hier bleek syfilis wederom „the great imitator”!

Cholera

De afdeling infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid bericht dat in de eerste vier weken van januari 1978 bij drie adoptiekinderen cholera werd geconstateerd. De patiëntjes, een jongen van vier maanden en een tweeling, een jongen en een meisje van drie maanden oud, arriveerden op 17 januari 1978 met een rechtstreekse vlucht uit Jakarta op Schiphol. De vier-maanden oude zuigeling werd dezelfde dag met lichte diarree in een ziekenhuis in Hardenberg opgenomen. Op het Streeklaboratorium te Groningen werd uit een faecesmonster *V.cholerae*, biotype El Tor, serotype Inaba geïsoleerd.

Van de tweeling werd het meisje, in zeer slechte lichamelijke conditie, met verschijnselen van braken en diarree rechtstreeks van Schiphol naar een ziekenhuis in Winterswijk vervoerd waar het, verdacht aan cholera te lijden, werd opgenomen. Haar tweelingbroertje werd enige uren later met lichte diarree in hetzelfde ziekenhuis opgenomen. Uit een faecesmonster van beide kinderen werd op het Streeklaboratorium te Enschede eveneens *V.cholerae* biotype El Tor, serotype Inaba geïsoleerd.

Deze drie import-gevallen van cholera hebben onder de contacten geen aanleiding gegeven tot secundaire gevallen.

In februari 1978 werd bij een vierde adoptiekind uit Indonesië cholera vastgesteld. Het kind, een jongen van drie maanden, evenals de eerste drie patiëntjes afkomstig uit hetzelfde particuliere opvangcentrum in Jakarta, arriveerde op 5 februari 1978 met een directe vlucht uit Indonesië. Wegens een lichte diarree werd het kind rechtstreeks in een ziekenhuis opgenomen. In het ziekenhuis werd evenwel geen diarree meer vastgesteld. Op 8 februari werd uit de faeces *Vibrio cholerae*, biotype El Tor, serotype Inaba, alsmede een salmonella geïsoleerd. Het patiëntje verkeert in goede toestand. De Wereld Gezondheidsorganisatie te Genève en de Gezondheidsautoriteiten in Jakarta zijn inmiddels op de hoogte gesteld.

Patiënt – Arts – Communicatie (P.A.C.)

„Kijken, luisteren, vragen”* of wellicht „zien, horen, voelen”, spelen een wezenlijke rol in het contact tussen arts en patiënt. Met opzet spreek ik van „contact” en niet van „gesprek”, omdat dit laatste woord te uitsluitend associaties oproept met de verbale aspecten van de communicatie tussen hulpverlener en hulpvrager. Die verbale kwaliteiten bieden ons voldoende problemen, maar juist dáárom zouden wij bij ons observeren en exploreren meer bewust moeten leren omgaan met de „lichaamstaal” van de patiënt, met de non-verbale signalen die hij uitzendt.

Het feit dat de huisarts in zijn hulpverlening slaagt of faalt, mede op grond van de wijze waarop hij allerlei modaliteiten van zijn relatie met de patiënt weet te hanteren, dwingt tot een „bewust gebruik maken van en de non-verbale en de verbale signalen die patiënt en arts naar elkaar uitwisselen.”

Communicatieve aspecten van hulpverleners

De aanvullende informatie die uit de dikwijls nauwelijks of niet benutte non-verbale signalen kan worden verkregen, is van belang voor de diagnostiek en met name voor de diagnostiek van de huisarts. Deze diagnostiek dient voor een belangrijk deel gebaseerd te zijn op het „gesprek met de patiënt”. In feite berust deze echter al te vaak op een te uitsluitende medische vraagtechniek. Hierbij wordt dan voorbij gegaan aan de persoonlijke belevingen van de patiënt, de betekenis die klacht of klagen voor hem hebben en daarmee dikwijls aan het daadwerkelijke probleem.

De verkenning van dit probleem, of liever de „verheldering van de vraag om hulp” is echter het diagnostische doel dat ten grondslag ligt aan een op de persoon van de patiënt gerichte hulpverlening. Het „explorerend vragen” zoals de huisarts dat dagelijks bedrijft en moet bedrijven teneinde zijn patiënten te kunnen helpen, omvat dus héél wat meer dan de „anamnese-techniek” die hem vanuit zijn medische basisopleiding vertrouwd is. Afgezien van het feit dat in de meeste basisopleidingen nog steeds te weinig aandacht wordt besteed aan de communicatieve aspecten van de hulpverlening, wordt de noodzaak van training van aanstaande huisartsen en nascholing van reeds gevestigde en min of meer ervaren huisartsen algemeen erkend.

Kijken, luisteren en vragen

De mogelijkheden om zich juist terzake van deze vaardigheden bij te scholen zijn echter beperkt. Het is daarom een goede gedachte geweest om een in Duitsland ontwikkelde en reeds met succes toegepaste cursus in „kijken, luisteren en vragen” in ons land te introduceren. Een groep deskundigen heeft zich beijverd een Nederlandse versie te vervaardigen van deze cursus op het gebied van de communicatie tussen arts en patiënt. Deze zogenaamde P.A.C.-cursus is in zoverre nieuw, dat doel, methode en gebruik van de audiovisuele leermiddelen sterk zijn gestructureerd. In een aaneengesloten cursus van twee dagen, gevolgd door een vervolgdag zes maanden later, wordt getracht „een afgeronde training te geven in de observatie en exploratie van het patiënt-arts-contact”. De zelfwerkzaamheid van de cursisten speelt bij de opzet een belangrijke rol. Theoretische uiteenzettingen door de cursusleiders worden hierbij tot een minimum beperkt. Met behulp van videobanden worden spreekuur-contacten bestudeerd en geanalyseerd, waarbij ieders observaties en benaderingswijze ter discussie kunnen komen. Teneinde het beoogde doel binnen de vastgestelde tijd te kunnen bereiken wordt een sterk gestructureerd programma gevolgd. Het voordeel hiervan is dat de duur en de hoeveelheid te behandelen stof aansluit bij de gebruikelijke nascholing. Een nadeel is de daardoor onvermijdelijke druk om het programma inderdaad geheel af te werken. De cursus vergt, ondanks de zorgvuldig gekozen pauzes, de nodige inspanning als men de beoogde winst aan vaardigheid wil binnenhalen.

P.A.C.-cursus Nijmegen

De eerste P.A.C.-cursussen vonden plaats in januari en februari 1978, onder andere in Nijmegen. Aan de cursus te Nijmegen heb ik

* (1978) huisarts en wetenschap 27, 35