

Inleiding

Sinds 1979 functioneert ook in Amsterdam een peilstationproject, waarin wordt samengewerkt door de afdeling Volksgezondheid en het Bureau Wetenschappelijk Onderzoek van de GG en GD, het Bureau van Statistiek van de gemeente en dertig huisartsen. De huisartsen registreren gegevens over een aantal ziekten en aandoeningen en deze gegevens worden wekelijks bewerkt. De keuze van de deelnemers is gebaseerd op de omvang en de ligging van de verschillende praktijken: zij liggen als een netwerk over de stad verspreid. De dertig huisartsen bestrijken 11,4 procent van de Amsterdamse bevolking. Qua leeftijdsopbouw komt deze steekproef goed overeen met de totale Amsterdamse bevolking.

In 1979 werd informatie gevraagd over vijf ziekten: influenza(-achtig ziektebeeld), gonorrhoe, virale hepatitis, acute diarree en cerebrovasculair accident. Bij wijze van controle werd tevens gevraagd naar het aantal overleden patiënten; deze opgaven zijn immers gemakkelijk te vergelijken met de cijfers van het bevolkingsregister. Mede op grond hiervan moest in het jaarverslag over 1979 vastgesteld worden, dat niet zonder meer een positief oordeel mag worden uitgesproken over de representativiteit van het *Amsterdams Peilstation project*.

In 1980 werd gevraagd naar bof, cerebrovasculair accident, gonorrhoe, acute hyperventilatie, influenza(-achtig ziektebeeld), tentamen suïcidii en acute tonsillitis. Uit het jaarverslag nemen wij twee onderwerpen over.*

Acute hyperventilatie**

Hyperventilatie verheugt zich bij artsen en patiënten in een toenemende populariteit. De diagnose wordt vaker gesteld, waarbij niet duidelijk is, of er sprake is van een werkelijke toeneming of van een toegenomen herkenning van de aandoening. Het symptomencomplex kan zowel zuiver functioneel zijn, ten gevolge van acute angst of chronische stress, als ook veroorzaakt worden door orga-

nische stoornissen, die meestal van ernstige aard zijn.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen de acute hyperventilatieaanvallen en het chronische hyperventilatiesyndroom of het habituele hyperventileren. In het laatste geval staan de vage orgaanstoornissen op de voorgrond, waardoor een niet gering aantal patiënten op specialistische poliklinieken ontdekt wordt.

De acute aanvallen zijn het werkteerterrein van huisarts, eerste-hulp afdeling en coronary care unit. Hevige benauwdheid, hartkloppingen en angst leiden de aandacht van de patiënten van de verdiepte en versnelde ademhaling af en openen tot het inroepen van medische hulp. Er lijkt een voorkeur te bestaan voor het nachtelijk uur. De eigen huisarts is dan meestal onbereikbaar, zodat de patiënten door hen onbekende artsen gezien worden. Hierdoor krijgt de somatiek nogal eens de overhand in de benadering. Boven de veertig jaar is deze zeker geïndiceerd. Op jongere leeftijd is begrip voor de angst en exploreren van de omstandigheden vaak voldoende voor een eerste hulpverlening.

In de literatuur is inmiddels het klinisch beeld uitvoerig beschreven, al blijven de diagnostische criteria weinig scherp omschreven. Epidemiologische gegevens zijn schaars, met name uit de huisartspraktijk. In het kader van het peilstationproject met zijn wijkgebonden representatie van de Amsterdamse huisartspraktijk-populatie leek het zinrijk te onderzoeken hoe vaak de huisarts met het verschijnsel hyperventilatie geconfronteerd wordt. Gezien de vage diagnostische criteria van het habituele hyperventileren werd de vraagstelling beperkt tot de acute hyperventilatieaanvallen. Deze werden gedefinieerd als:

Het aanvalsgewijze optreden van klachten van benauwdheid, beklemming op de borst – al of niet met pijn – meestal gepaard gaande met duizeligheid, neiging tot flauwvallen en sterke subjectieve angstgevoelens. Bij navraag of onderzoek is een versnelde of verdiepte ademhaling in rust – bij afwezigheid van organische stoornissen – het vermoede somatische mechanisme voor het ontstaan van deze klachten.

Zelfs met deze definitie is niet duidelijk of iedere waarnemer hetzelfde met acuut hyperventileren bedoelt. De be-

trouwbaarheids- en validiteitsproblemen laten zich zonder discriminerende tests of nauwgezette instructie niet oplossen. Het doel van deze studie is dan ook veel meer geweest om een grove indruk te krijgen van dat wat de huisarts acuut hyperventileren noemt en als zodanig registreert. Naast de prevalentie, spelen het gaan naar de huisarts en het als zodanig herkennen en als diagnose vermelden door de huisarts een rol bij het vastleggen van een frequentiecijfer. Teneinde dit cijfer per praktijk zo werkelijk mogelijk te laten zijn, werden ook de opgaven via waarnemer, eerste hulp of specialist vermeld.

Daar hyperventilatie meestal een reactie op een stress-verwekkende situatie is, ligt de hypothese voor de hand dat verschillende levensomstandigheden – bijvoorbeeld verschillende stadswijken – ook verschillen in frequentie van hyperventileren te zien geven. Vanwege de methodologische beperkingen die inherent zijn aan dit onderzoeksinstrument (dertig waarnemers in eigen praktijk), is besloten in eerste instantie slechts een beperkt aantal demografische en epidemiologische gegevens te verzamelen: per week het aantal patiënten naar leeftijd en geslacht en eenmaal per jaar zowel nieuwe als oude patiënten, mits in 1980 ter kennis gekomen. In dit onderzoek hebben we de hypothese niet kunnen testen, doordat we de verschillen tussen huisartsen niet kunnen scheiden van verschillen in frequentie per wijk.

• *Resultaten.* Gedurende het jaar werden 507 gevallen geregistreerd. Hiervan waren 308 vrouwen en 199 mannen (verhouding vrouw : man = 1,5 : 1). De leeftijd varieerde van 5 tot 70 jaar (*figuur 1*). De overall incidentie was 72 per 10.000 per jaar, hetgeen overeenkomt met 18 gevallen per jaar per praktijk van 2.500. De spreiding over de praktijken was aanzienlijk en de verdeling nogal scheef. De mediaan ligt bij 50, het gemiddelde bij 64.

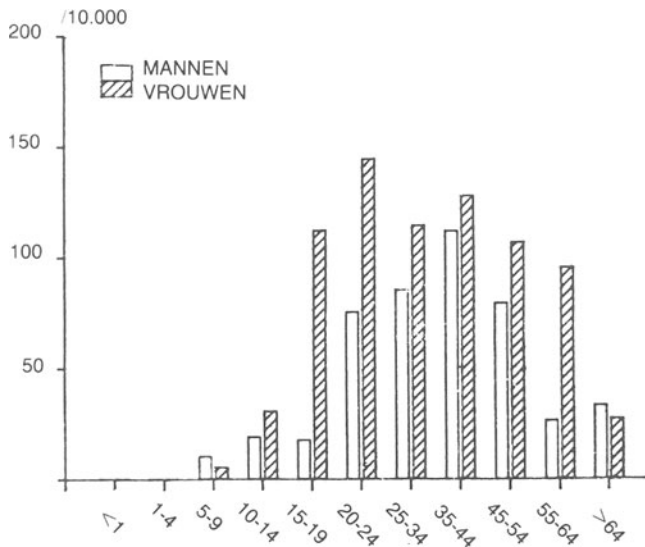
De seizoensinvloed is voor mannen en vrouwen tezamen niet merkbaar. Beschouwt men de gegevens voor de geslachten afzonderlijk, dan valt een verminderde incidentie in voorjaar en zomer op, die vooral uitgesproken is voor de vrouwen. (*figuur 2*).

• *Conclusies.* Ondanks de in de probleemstelling aangegeven methodologische problemen, die vooral op het gebied van de betrouwbaarheid en de validiteit van de onderzoeksresultaten liggen, laten de cijfers toch enige voorzichtige conclusies toe. Huisartsen worden

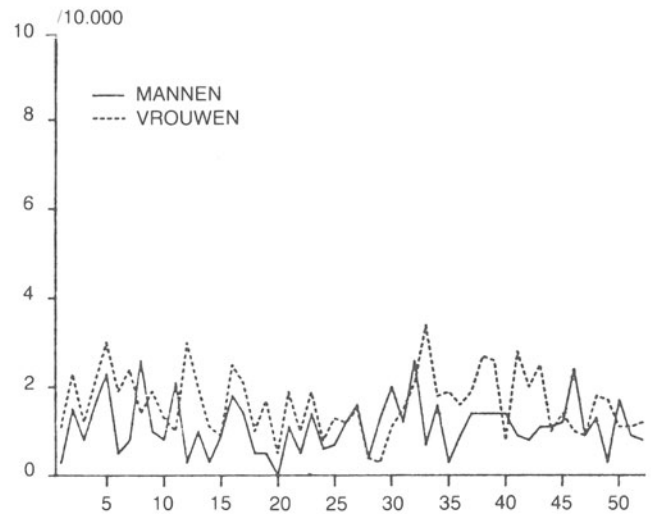
*Vraagstellingen voor het peilstation-onderzoek kunnen worden ingediend via de afdeling Volksgezondheid van de GG en GD, Nieuwe Achtergracht 100, Postbus 20244, 1000 HE Amsterdam.

**Rapporteur J. S. Meijer, huisarts.

Figuur 1. Acute hyperventilatie in het Amsterdams Peilstation project in 1980. Incidenties naar leeftijdsklasse en geslacht.



Figuur 2. Acute hyperventilatie in het Amsterdams Peilstation project in 1980. Incidenties naar week en geslacht.



frequent met het verschijnsel hyperventileren geconfronteerd. Zij zien het vaker bij vrouwen dan bij mannen, hetgeen overeenkomt met de gegevens uit de specialistische literatuur en ook gezien wordt bij andere functionele stoornissen. Het eveneens vaak vermelde verschil in leeftijd waarop de aandoening zich bij vrouwen en mannen manifesteert, wordt bij deze populatie niet aangetoond.

De derde, vierde en vijfde decade zijn de meest gevoelige perioden, al komt het verschijnsel op jonge en oude leeftijd ook voor. De seizoensverschuiving laat zich vooralsnog niet uit de cijfers verklaren. Het betreft hier de gestandaardiseerde incidentie, waardoor de vakantie van de huisarts geen rol speelt. Mogelijk is de vakantie van de populatie wel een factor van belang. Wellicht ook maken het voorjaar en de zomervakantie, met de vergrote mogelijkheid om buiten te zijn, de mensen minder benauwd.

Nader onderzoek naar de wijk- en artsensvariatie is nodig om de invloed van sociale leefomstandigheden op de frequentie te kunnen vaststellen.

Tentamen suïcidii*

Definitie: *Zodanige handeling, dat daaruit opgemaakt kan worden, dat betrokkene zich van het leven wil(de) beroven.*

De deelnemende huisartsen werd gevraagd melding te maken van elk geval van tentamen suïcidii dat zich voordeed

bij tot de praktijk behorende patiënten, dus ook wanneer de patiënt door een ander was opgevangen en begeleid. Dit betekent dat de resultaten van het onderzoek uitgelegd kunnen worden als een benadering van het aantal zelfmoordpogingen in Amsterdam, voor zover die ter kennis kwamen van de huisartsen.

Het gangbare begrip „tentamen suïcidii” – een als poging tot zelfmoord imponerende handeling zonder de opzet daaraan te sterven, doch met de intentie door deze handeling de aandacht voor een probleem te vragen (*cry for help*) – is in dit onderzoek niet gehanteerd; in de definitie van tentamen suïcidii is geen onderscheid gemaakt naar afloop of intentie en de uitkomsten van het onderzoek hebben dus betrekking op zowel tentamina suïcidii als suïcides en automutilatie. Wel is een specificatie gevraagd naar eerste tentamina suïcidii in 1980 en recidieven in 1980 (tabellen 1 en 2).

Op basis van deze cijfers kan men berekenen, dat bij een bevolking van 725.000 inwoners omstreeks 900 personen in 1980 voor het eerst een zelfmoordpoging deden. Een recidief-zelfmoordpoging werd gedaan door 225 personen. Nogmaals zij benadrukt, dat het hier gaat om gevallen die ter kennis kwamen van de huisartsen.

Hoewel het verband tussen suïcides en tentamina suïcidii nog niet geheel duidelijk is, wordt in de literatuur vaak een ratio tussen beide groepen genoemd. Zo geeft Speyer als richtlijn, dat tentamina suïcidii tien tot vijftien maal zo vaak voorkomen als suïcides. De inci-

Tabel 1. Tentamina suïcidii in het Amsterdams Peilstation project in 1980. Aantallen.

	Eerste maal	Recidief	Totaal
Mannen	26	2	28
Vrouwen	62	20	82
Totaal	88	22	110

Tabel 2. Tentamina suïcidii in het Amsterdams Peilstation project in 1980. Incidenties.

	Eerste maal	Recidief	Totaal
Mannen	7,6	0,6	8,2
Vrouwen	17,2	5,5	22,7
Totaal	12,5	3,1	15,6

Tabel 3. Suïcides in Nederland en Amsterdam in 1980. Incidenties.

	Nederland	Amsterdam
Mannen	1,2	1,4
Vrouwen	0,8	1,1

dentie voor suïcides in Nederland en Amsterdam in 1980 is vermeld in tabel 3. Gebruiken we de richtlijn van Speyer, dan zouden in Amsterdam voor 1980 12 tot 18 tentamina per 10.000 inwoners verwacht mogen worden. Onze peiling levert het aantal van 16 per 10.000 inwoners op, waarin zijn opgenomen de suïcides en automutilaties. De conclusie kan dus zijn, dat het aantal tentamina in Amsterdam voor 1980 laag uitvalt, maar

*Rapporteur J. Verhoeff, psychiater GG en GD.

binnen de marges van Speyer blijft. Dat de incidentie voor Amsterdam hoger ligt dan die voor geheel Nederland, is in overeenstemming met het gegeven, dat in stedelijke gebieden meer tentamina voorkomen dan op het platteland.

De verhouding tussen mannen en vrouwen lijkt in overeenstemming met gegevens uit de literatuur; hetzelfde geldt voor de incidentie naar leeftijdscategorie (meestal voor vrouwen een categorie lager dan voor mannen).

Wet Bescherming Leerlingen tegen Besmettingsgevaar Ingetrokken*

Wij vragen niet graag uw aandacht voor wijzigingen in wettelijke voorschriften. De intrekking van de Wet Bescherming Leerlingen tegen Besmettingsgevaar (van 1953) „wettigt” echter wel enige aandacht, omdat dit belangrijke praktische consequenties heeft voor het onderwijzend personeel (en andere daarmee gelijk te stellen personen die in scholen aanwezig kunnen zijn) en voor de werkbelasting van de consultatiebureaus voor tuberculosebestrijding. Door intrekking van de wet zijn alle maatregelen ten opzichte van onderwijzend personeel met betrekking tot tuberculose geheel vervallen (jaarlijks röntgencontrole van de thorax, Mantoux-onderzoek): een bewijs te meer dat tuberculose thans tot de normale infectieziekten kan worden gerekend, en dat de kans op besmetting in de school bijzonder klein is geworden.

Voor de medicus practicus blijft het toch zaak alert te blijven op het mogelijk voorkomen van tuberculose bij ouderen: bij een hoest die langer dan drie weken duurt of bij een wijziging in het karakter van een bestaand (chronisch) hoestpatroon is röntgencontrole van de thorax aangewezen. Het CB voor tuberculosebestrijding verricht dit onderzoek gaarne voor U!

In dit verband citeren wij de Rotterdamse geneesheer Soer** met instemming:

De huisarts is degene die tuberculose incipiens behoort te ontdekken.

De arts die bij bejaarde hoesters sputum-onderzoek doet, beleeft verrassingen.

Het kind is voor tuberculose zoo gevoelig als een cavia.

* Ontleend aan (1981) *Epidemiologisch Bulletin* 16, nr. 5, samengesteld door Prof. Dr. J. Huisman, hoofd afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de Rotterdamse GG en GD.

** A. F. Soer. *Moderne aphorismen*. Drie delen. *Brusse, Rotterdam*, 1922-1916.

Referaten

verzorgd door de studiegroep artikelendocumentatie

Prenatal detection of neural tube defects. Experience with 20.000 pregnancies. A. Milunsky, (1980) *J. Amer. med. Ass.* 244, 2731-2735.

Gedurende zeven jaar is bij 20.000 zwangeren vruchtwater onderzocht op de aanwezigheid van alfa-foeto-proteïne (AFP). Middels amnionpunctie werd vanaf de veertiende zwangerschapsweek vruchtwater verkregen, dat op alfa-foeto-proteïne werd nagezien, volgens de „rocket electroimmunodiffusie”-techniek. Daar het van belang is, na te gaan of er mogelijk ook foetaal bloed in het vruchtwater zit, werd tevens volgens de counter-immunoelectrophorese-proef met konijn-anti-humaan foetaal hemoglobine, de eventuele aanwezigheid van bloed vastgesteld. Voorwaarde voor deze laatste proef is, dat het vruchtwater niet gecentrifugeerd wordt. Monsters uit vrijwel alle staten van de VS werden opgestuurd (per post) naar Massachusetts, hetgeen goed kan, daar de proeven bij kamertemperatuur tot minstens twee weken na de afname verricht kunnen worden. Het bleek dat bij 334 zwangeren een verhoogde AFP-spiegel werd gevonden. Bij 136 kinderen werd een open-neuraalbusdefect vastgesteld. Achteraf bleek dat alle open-neuraalbusdefecten uit de 20.000 zwangeren tot deze 136 behoorden. Dat wil zeggen dat er wat dit betreft geen fout-positieve uitslagen waren. Er werden zeven gesloten neuraalbusdefecten gevonden. Bij geen van deze was het AFP-gehalte verhoogd. Van de 334 vruchtwatermonsters met verhoogd AFP bleken er 90 andere anomalieën te hebben, zoals het syndroom van Meckel (14), Turner-syndroom (3), omfalocèle (5), duodenum-atresie (1) en congenitale nephrose (2). Bij 108 monsters met verhoogd AFP bleek tevens foetaal bloed aantoonbaar. De proef is dus niet specifiek voor alleen open-neuraalbusdefecten. Bovendien kan hij onbetrouwbaar zijn door bijmenging van foetaal bloed, hetgeen een herhaling van de vruchtwaterpunctie gewenst maakt.

Wie komen er nu in aanmerking voor dit onderzoek? Om te beginnen moeders die al een kind hebben of hadden met een neuraalbusdefect. De kans op een

tweede kind met deze afwijking is 1,5 tot 2 procent. Zijn er twee dergelijke kinderen, dan is de kans 5,7 procent. Verder is het raadzaam monsters te verkrijgen van alle zwangerschappen waarbij middels echografie-onderzoek, een groeiachterstand of een anomalie in de vorm van de vrucht is aangetoond. Het verdient voorkeur dit in de vijftiende of zestiende week te doen. Verder is statistisch bekend, dat de kans op abnormale vruchten stijgt, naarmate de zwangere ouder is, zodat vanaf bijvoorbeeld het veertigste jaar iedere zwangere voor dit onderzoek in aanmerking zou moeten komen.

M. Reyerse

Cystic fibrosis and pregnancy. L. F. Cohen and P. A. Sant'Agnesa. (1980) *Lancet* II, 842-844.

Nu veel meer meisjes lijdende aan cystic fibrosis de vruchtbare leeftijd bereiken, zal het risico dat een zwangerschap voor hen meebrengt, onder ogen gezien moeten worden. Bij een nationaal onderzoek in de VS en Canada konden 129 ziektegeschiedenissen van 100 vrouwen opgespoord worden. Bij 90 patiënten was de gemiddelde leeftijd ten tijde van de graviditeit 20,7 jaar. Bij deze vrouwen, kennelijk de iets lichtere gevallen, was de diagnose omstreeks het elfde levensjaar gesteld, tegen gemiddeld op 3,7-jarige leeftijd voor alle vrouwen lijdende aan cystic fibrosis.

Van de 129 graviditeiten eindigden er 31 in een abortus (6 spontaan, 25 op medische indicatie). Na de bevalling overleed 12 procent van de patiënten binnen een half jaar en 18 procent binnen twee jaar. Ten tijde van het onderzoek was de gemiddelde sterftkans in de VS na één jaar voor alle 20-jarige vrouwelijke CF-patiënten 10-11 procent. Het bleek dus dat de mortaliteit van de zwangeren niet hoger lag dan bij de vergelijkbare groep niet-zwangeren. De 15 patiënten die binnen een half jaar na de partus overleden, hadden voor de graviditeit al matige tot ernstige longproblemen gehad. Tijdens de graviditeit tobden ze met exacerbaties. De veel voorkomende complicaties waren decompensatio