

### Seksueel overdraagbare ziekten bij mannen

Landbouw

*Van de opbrengst van drie kleine akkers kocht iemand drie passieve stakkers Als hij nu op die stakkers zwoegt is 't net of hij nog zijn akkers ploegt.*

(*Martialis, Epigrammen XII, 16*)

Recent onderzoek heeft aannemelijk gemaakt dat door homoseksueel gedrag bij mannen meer seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) kunnen voorkomen dan tot voor kort werd aangenomen. Niet alleen dat homoseksuele mannen een groter risico lopen op de „klassieke” seksueel overdraagbare ziekten (zoals syfilis en gonorroe) dan heteroseksuele mannen en vrouwen, ook andere infectieziekten, zoals genitale en anorectale herpes simplex, hepatitis A, hepatitis B, amoebiasis, giardiasis, shigellosis, campylobacteriose, genitale en anorectale meningokokkeninfecties en cytomegalievirus-infecties blijken zich bij hen als geslachtsziekten („tweede generatie” SOA's) te kunnen gedragen.

Met nadruk moet worden vastgesteld, dat deze waarnemingen vooral zijn gedaan in speciale geslachtsziektenpoliklinieken en bij bezoekers van bijvoorbeeld sauna's, die voor anoniem homoseksueel contact bijeenkomen. Het is onbekend in hoeverre deze gegevens voor de mannelijke homoseksuele populatie als geheel gelden. De bevindingen voor hepatitis B bij homoseksuele mannen wijzen overigens – ook in Nederland – op een sterk verhoogde besmettingskans: tien à vijftien maal zo hoog als bij de heteroseksuele mannelijke bevolking. Bevindingen in de USA binnen deze bevolkingsgroep wijzen bovendien op een sterk verhoogde kans op onder meer shigellosis. De wijze waarop de homoseksuele activiteiten worden bedreven, verklaart het grote aantal infecties dat door direct of indirect feecaal-oraal contact kan worden overgebracht. Hoe deze ongewenste „epidemische”

situatie te beteugelen? Alleen voor hepatitis B daagt vaccinatie (met een geïnactiveerd vaccin) aan de horizon. Intensievere contactopsporing – in een milieu met sterk wisselende en vaak anonieme partners – zal weinig tot indaming bijdragen. Ook het routinematig screenen op syfilis, gonorroe en hepatitis B blijkt weinig uit te halen. Alleen het verschaffen van adequate medische onderzoeks- en behandelingsmethoden lijkt wat hoop te bieden.

Het werk op de geslachtsziektenpoliklinieken wordt er voor de behandelende artsen overigens niet gemakkelijker op, integendeel: niet alleen moeten zij de klassieke geslachtsziekten adequaat kunnen behandelen, maar ze dienen ook in staat te zijn (of te worden gesteld) te differentiëren tussen proctitis en enteritis door *N. gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, herpes simplex-virus, *Treponema pallidum*, *Shigella*, *Campylobacter*, *N. meningitidis*, rotavirus, *Entamoeba histolytica*, *Giardia lamblia* en de idiopatisch ontstoken darm. De problemen bij de heteroseksuele mannen en vrouwen nemen trouwens ook toe: er zijn meer gevallen van acute salpingitis en meer problemen met perinatale en neonatale infecties, kortom een situatie die een uitgebreide voorlichting aan artsen, hulpverleners én de betrokkenen vereist en bovendien een aanpassing van de mogelijkheden van de poliklinieken die geslachtsziekten behandelen.

#### Penicillinase producerende gonokokken (PPNG)

Het aantal patiënten met PPNG is vergeleken met het eerste kwartaal en het tweede kwartaal van 1981 belangrijk afgenomen (respectievelijk 361 en 264 patiënten). Opmerkelijk is toch wel dat 82 procent de besmetting in Nederland heeft opgelopen en 7 procent in het buitenland. Men kan hieruit afleiden dat de PPNG's een zekere vaste voet aan wal hebben gekregen. Opmerkelijk is ook dat van de patiënten die in Nederland werden besmet, 50 procent de infectie in Amsterdam heeft geacquireerd en 18, 5 en 5 procent in respectievelijk Rotterdam, Den Haag en Utrecht. Uit gegevens van de Amsterdamse poliklinieken blijkt dat prostituées bij de verspreiding van PPNG een belangrijke rol spelen. Via de conventionele opspo-

ring wordt slechts een klein deel van deze prostituées bereikt en behandeld. Voor deze groep zullen dan ook speciale mogelijkheden ter beschikking moeten komen (ook dat blijkt niet eenvoudig!). Tenslotte attenderen wij op het feit dat spectinomycine dé therapie van keuze bij infecties met PPNG's is, en dat inmiddels al weer (een beperkt) aantal spectinomycine-resistente PPNG's werd geïsoleerd (onder meer in Nederland).

#### Gonorroe\*\*

Er zijn sterke aanwijzingen dat het aantal patiënten met geslachtsziekten de afgelopen jaren is toegenomen, vooral in de grote steden. In 1976 werden in heel Nederland ruim 7.000 patiënten met gonorroe aangegeven, in 1980 was dat aantal gestegen tot ruim 12.000. Van het aantal opgegeven patiënten met gonorroe in 1980 werd 42 procent in Amsterdam geconstateerd. In 1980 werden in Amsterdam 5.200 patiënten met gonorroe aangegeven, een stijging ten opzichte van 1979 van 11,7 procent. Voor geheel Nederland bedroeg die stijging 11,0 procent.

Deze cijfers zijn afkomstig van de Geneeskundige Hoofdinspectie en hebben uitsluitend betrekking op de aangegeven patiënten. Veel patiënten met gonorroe worden behandeld door de huisarts en aangifte zal dan weleens vergeten worden. Dit was aanleiding tot het besluit gonorroe opnieuw op te nemen in het Amsterdamse peilstationonderzoek.

In totaal werden door de dertig peilstations 397 patiënten met gonorroe opgegeven. Op basis hiervan zou de incidentie 56 per 10.000 inwoners bedragen; dit is minder dan in 1979, toen de incidentie 65 per 10.000 inwoners bedroeg. Men bedenke hierbij dat het uitsluitend ging om patiënten met gonorroe die door de huisartsen zelf behandeld waren; verwezen patiënten werden niet geteld.

Evenals vorig jaar bleek het aantal opgegeven patiënten per peilstation sterk te verschillen. Eén peilstation nam 39 procent van alle gevallen voor zijn rekening. Wordt deze uitschieter uit de berekening weggelaten, dan komt men op een incidentie van 34 per 10.000 inwoners. Wanneer we uitgaan van een bevolking van 725.000 personen, betekent dit dat in Amsterdam in 1980 tussen de 2.500 en 4.000 patiënten met gonorroe werden behandeld door de huisartsen. In dat jaar werden door de huisartsen slechts 403 patiënten met gonorroe aangegeven.

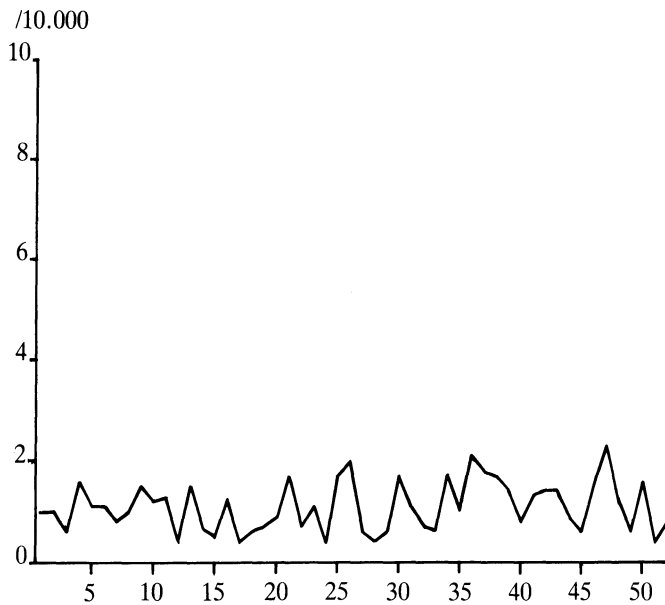
Bij deze cijfers moet men bedenken, dat

\* Voor zover niet anders vermeld, 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.

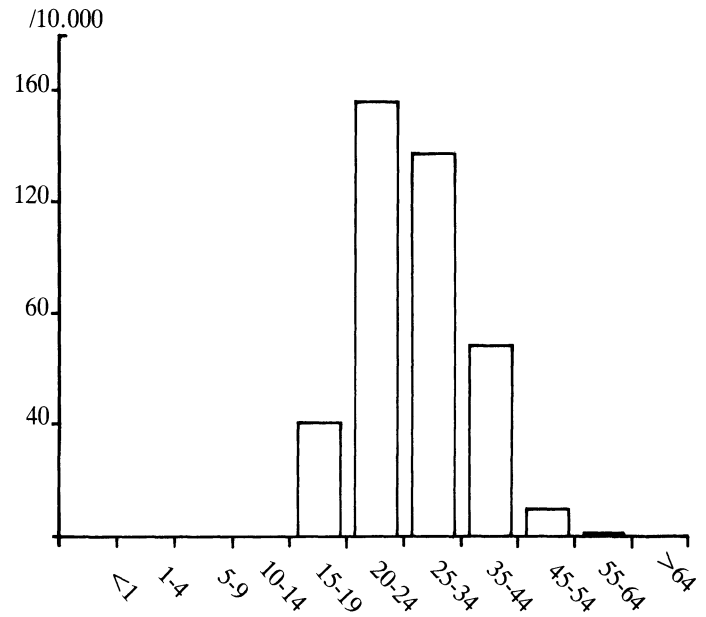
\*\* pox = great pox = syfilis.

\*\*\* Ontleend aan: Jaarverslag 1980 van het Amsterdams Peilstation Projekt. *Amsterdam*, 1981.

*Figuur 1. Gonorrhoe in het Amsterdams Peilstation Project in 1980. Incidenties per week.*



*Figuur 2. Gonorrhoe in het Amsterdams Peilstation Project in 1980. Incidenties naar leeftijdsklasse.*



de diagnose gonorrhoe op basis van alleen het microscopisch preparaat sterk afhankelijk is van de ervaring van de arts met dit onderzoek. Bij mannen zal de diagnose te vaak worden gesteld, bij vrouwen te weinig. Dit blijkt ook uit de geslachtsverdeling van de 397 patiënten die werden opgegeven: 362 mannen en 35 vrouwen (ratio 10,3). Bij de gemeentelijke poliklinieken is de ratio 2,1. Zonder een bacteriologische kweek is de diagnose gonorrhoe niet goed te stellen. Dit is het afgelopen jaar des te belangrijker geworden door de opkomst van de bèta-lactamase producerende gonokok, die niet gevoelig is voor penicilline. In *figuur 1* is de incidentie per week aangegeven. Grote verschillen naar seizoenen doen zich niet voor. *Figuur 2* geeft de incidentie per leeftijdsgroep. De hoogste incidentie komt voor in de leeftijdsgroepen 20-24 en 25-34 jaar, zoals dat bij alle seksueel overdraagbare aandoeningen het geval is.

### Rubella

*Het risico van vaccinatie tijdens de zwangerschap.* Terecht is men ervan uitgegaan dat vaccinatie tegen rubella niet tijdens de zwangerschap dient plaats te vinden. Bij onze vaccinatiecampagne – waarbij vrouwen in de geslachtsrijpe leeftijd voor vaccinatie tegen rubella bij de huisarts of de GG & GD worden uitgenodigd – is dan ook aan dit feit aandacht besteed: vaccinatie vindt uitsluitend plaats tijdens de menstruatie (hoewel dit niet een waterdicht criterium is!) en indien de vrouw verklaart een goede anticonceptie in acht te nemen.

In een recente Amerikaanse publikatie van de Centers for Disease Control (CDC) wordt op het aspect van een eventuele teratogeniteit van het vaccivirus nader ingegaan. Men stelt hier in dat „all available data on previously and currently available rubellavaccins indicate that the risk – if any – is quite small”. Tot oktober 1980 heeft het CDC 101 sero-negatieve vrouwen die drie maanden vóór of tot en met drie maanden ná vaccinatie toch zwanger werden, vervolgd. Geen van de pasgeborenen – inclusief drie babies die subklinisch een door rubellavaccivirus veroorzaakte infectie doormaakten – had afwijkingen die bij congenitale rubella behoren. Men concludeert dan ook dat rubellavaccinatie tijdens zwangerschap over het algemeen geen reden is deze zwangerschap te onderbreken. Uiteraard berust de eindbeslissing steeds bij de gravida. Men constateert dat het risico van een teratogeen effect van de thans in gebruik zijnde rubellavaccins verwaarloosbaar is. Hoewel er uit algemene overwegingen naar moet worden gestreefd in de zwangerschap geen levende vaccins toe te dienen, behoeft geen paniek te ontstaan, indien onverhoopt toch een zwangerschap tot stand komt. Overigens heeft onze vaccinatiecampagne voor vaccinatie van geslachtsrijpe vrouwen een redelijk succes: omstreeks 20 procent van de opgeroepen laat zich, hetzij bij de huisarts, hetzij bij ons vaccineren.

*Geen rubella, toch een togavirusinfectie.* Op 17 juni 1981 vervoegde zich een 25-jarige gravida (8 weken) met een exanthem bij collega Petit, hoofd van de

Afdeling Infectieziekten van de Haagse GG & GD. Door de huisarts was de mogelijkheid van rode hond bij deze zwangere overwogen. De echtgenoot was ziek met dezelfde symptomen: koorts, exanthem, hevige retrobulbaire hoofdpijn en rugpijnen. Het echtpaar, waarvan de vrouw op Curaçao geboren was en de man in Nederland, kwam enkele dagen daarvoor uit Curaçao in Nederland aan. Collega Petit, met een ruime tropenervaring, vond hier rode hond minder waarschijnlijk en dacht aan dengue. Deze laatste ziekte wordt veroorzaakt door een virus dat, evenals het rubellavirus, behoort tot de togaviridae. Serologisch onderzoek verricht op het Virologisch Laboratorium GG & GD te Rotterdam, kon niet de diagnose rubella bevestigen, maar toonde aan dat bij patiënte de titer van de complementbindende antistoffen tegen denguevirus type 1, 2, 3 en 4 significant steeg. Van de man kon alleen een serummonster uit de reconvalescentie worden onderzocht; daarin werden alleen antistoffen tegen type 4, dat sinds kort naast het epidemische type 1 in het Caraïbische gebied is opgedoken, aangetoond. De brede serologische reactie bij de in de tropen geboren vrouw staat in tegenstelling tot de monospecifieke reactie van de uit Nederland afkomstige man. De verklaring is waarschijnlijk, dat de vrouw bij haar vroeger verblijf in de tropen, reeds een of meer dengueinfecties had doorgemaakt. Eenzelfde ervaring deden wij op met een echtpaar en hun driejarig kind, die tijdens een bezoek aan Suriname ziek werden met verschijnselen die aan dengue deden denken. Na terugkeer in Ne-

derland konden sera uit de reconvalescentie worden onderzocht. Man en kind, beiden geboren in Nederland, bezaten antistoffen tegen alleen denguevirus type 1, terwijl de vrouw antistoffen bezat tegen alle vier de typen.

Overigens zijn ons geen gegevens bekend waaruit kan blijken dat denguevirus bij het foetus een ziekte kan veroorzaken die te vergelijken is met de rubelopathie.

*Een pasgeborene met subklinische rubella.* Een 32-jarige gravida kreeg 17 dagen voor de bevalling een exantheem van onbekende oorzaak. Zij werd in een Haags ziekenhuis opgenomen om te bevallen. Daar overwoog men de mogelijkheid dat zij rode hond had doorgemaakt. Ook zag men het risico onder ogen dat een kind geboren zou worden, dat door een intra-uteriene infectie besmettingsgevaar zou opleveren op de verloskundige afdeling. Besloten werd daarom de geboorte en verpleging van het kind in isolatie te doen plaatsvinden, in afwachting van de uitslag van het serologisch onderzoek van de moeder. Bij de moeder werd op de dag van de bevalling igM-antirubella aangetoond. Dit wees op een recente infectie met rubellavirus. In het navelstrengbloed waren geen antistoffen in de igM fractie tegen rubellavirus aanwezig, doch wel hemagglutinatie remmende (HAR) antistoffen met een titer van 1:64 (passief verworven). De HAR-titer bij de moeder was 1:256. Op de twintigste levensdag van het kind was igM tegen rubellavirus aantoonbaar en was de HAR-titer van 1:64 naar 1:256 gestegen. In deze periode had het kind geen zichtbare symptomen van rubella getoond. Deze pasgeborene was klaarblijkelijk in utero geïnfecteerd en in de incubatietijd ter wereld gebracht. Het subklinische beloop van de rode hond is zeer waarschijnlijk het gevolg van de gedeeltelijke bescherming door maternale, passief verworven antistoffen. De veronderstelling dat de pasgeborene op de verloskundige afdeling besmettingsgevaar zou kunnen opleveren, werd door het serologisch onderzoek bevestigd; terecht was dus tot isolatie besloten. Moge dit een wat uitzonderlijk geval zijn, de uitvoering van abortus wegens doorgemaakte rode hond in het begin van de zwangerschap is een veel vaker voorkomende bron van besmetting voor personeel en daardoor ook voor de patiënten op een verloskundige afdeling. Het is daarom van groot belang dat daarbij aanwezige personen onvatbaar zijn voor een infectie met rodehondvirus.

## Literatuurinformatie

Verwijzingen, ontleend aan Index Medicus

### HEALTH

Educational status and health. Franks P, et al. *J Fam Pract* 1980 Jun;10(6):1029-34

Functional disability of elderly family medicine patients in acute care hospital and nursing homes. Moore JT, et al. *J Fam Pract* 1980 Jan;10(1):105-11

A longitudinal study of the influence of the psychosocial environment on health status: a preliminary report. McFarlane AH, et al. *J Health Soc Behav* 1980 Jun;21(2):124-33

Life events, 17-OHCS measures, and psychological defensiveness in relation to aid-seeking. Bieliauskas LA. *J Human Stress* 1980 Mar;6(1):28-36

Methodological and practical issues related to shift-work research. Colligan MJ. *JOM* 1980 Mar;22(3):163-5

Food intake and resistance to disease. Mann GV. *Lancet* 1980 Jun 7;1(8180):1238-9

Persistence of health habits and their relationship to mortality. Breslow L, et al. *Prev Med* 1980 Jul;9(4):469-83

Life-style and future health: evidence from the Alameda County study. Wiley JA, et al. *Prev Med* 1980 Jan;9(1):1-21

Health and quality of life. Krupinski J. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]* 1980 May; 14A(3):203-11

Objective and self-assessed health in the old and very old. Linn BS, et al. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]* 1980 Jun;14(4):311-5

### HEALTH EDUCATION

Progress in reducing adolescent smoking [editorial] Fisher EB Jr. *Am J Public Health* 1980 Jul;70(7):678-9

Modifying smoking behavior of teenagers: a school-based intervention. Perry C, et al. *Am J Public Health* 1980 Jul;70(7):722-5

Management of minor illness. Morrell DC, et al. *Br Med J* 1980 Mar 15;280(6216):769-71

Health education and risk assessment: a new role for physicians in primary prevention. Morgan PP. *Can Med Assoc J* 1980 Mar 22;122(6):623-6

Consensus development summaries. Improving clinical and consumer use of blood pressure measuring devices. Organized by the National Heart, Lung and Blood Institute, assisted by the Office for Medical Applications of Research, NIH. *Conn Med* 1980 May;44(5):291-3

Health for all by the year 2000: the role of health education. Gunaratne VT. *Int J Health Educ* 1980 Jan-Mar;23(1 Suppl):1-11

Health for all by the year 2000: the role of health education. Kaprio L. *Int J Health Educ* 1979;22(3):136-7

The importance of personal initiative [editorial] Kekkonen U. *Int J Health Educ* 1979;22(4):194-5

Alcohol damage [letter] Glatt MM. *Lancet* 1980 May 3;1(8175):982

Targeting symptoms for self-care health education: a multivariate analysis of physician contacts. Berg AO. *Med Care* 1980 May;18(5):551-5

Risk of malaria among travelers [letter] Reilly PC Jr. *N Engl J Med* 1980 Nov 4;303(10):587-8

What encourages and discourages children to smoke? Knowledge about health hazards and recommendations for health education. Nye PA, et al. *NZ Med J* 1980 Jun 11;91(661):432-5

Smoking and the workplace: a national survey. *Occup Health Saf* 1980 May;49(5):31-2

Health education for adults. James WG. *Prev Med* 1980 Mar;9(2):281-6

A health education program for weight reduction in a hypertension clinic. Hill DH, et al. *Public Health Rep* 1980 May-Jun;95(3):271-5

The role of lay workers in community health education: experiences of the North Karelia project. Neittaanmäki L, et al. *Scand J Soc Med* 1980;8(1):1-7

[Epidemiological methods in health education (author's transl)] Sassen G. *Oeff Gesundheitswes* 1980 Mar;42(3):130-5

### HEALTH SURVEYS

Use of a monthly health review to ascertain illness and injuries. Jenkins CD, et al. *Am J Public Health* 1980 Jan;70(1):82-4

Reliability of the health hazard appraisal. Sacks JJ, et al. *Am J Public Health* 1980 Jul;70(7):730-2

The Canada Health Survey--can we get along without it? [editorial] Morgan PP. *Can Med Assoc J* 1979 Jul 21;121(2):148-50

Health status indicators: their utility in chronic-disease evaluation research. Jette AM. *J Chronic Dis* 1980;33(9):567-79

Results of a needs assessment strategy in developing a family practice program in an inner-city community. Satcher D, et al. *J Fam Pract* 1980 May;10(5):871-9

Ecological considerations in the creation and the use of child growth standards. Goldstein H, et al. *Lancet* 1980 Mar 15;1(8168 Pt 1):582-5

Children's health outcomes in six different ambulatory care delivery systems. Dutton DB, et al. *Med Care* 1980 Jul;18(7):693-714

Monitoring health status, access to health care, and compliance behavior in a large urban community: a report from the Los Angeles health survey. Marcus AC, et al. *Med Care* 1980 Mar;18(3):253-65

Household health interviews and minority health: the NCHS perspective. Rice DP, et al. *Med Care* 1980 Mar;18(3):327-35

The health interview survey and minority health. Salber EJ, et al. *Med Care* 1980 Mar;18(3):319-26

Perceived status of health of diabetics in a Swedish nation-wide health survey. Rosenqvist U, et al. *Soc Sci Med [Med Psychol Med Sociol]* 1979 Nov;13A(6):785-8

[Indicator of the health status linked to causes of death (news)] Damiani P, et al. *Nouv Presse Med* 1979 Apr 28;8(19):1615-6

[Health indexes and 'sanimetry': conceptual aspects of recent research on the measurement of a population's state of health (author's transl)] Goldberg M, et al. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1979 Jul 19;27(1):51-68

### MASS SCREENING

Can screening for endometrial cancer be justified? [editorial] Reagan JW. *Acta Cytol (Baltimore)* 1980 Mar-Apr;24(2):87-9