

The rectum as viewed by the venereologist^{1,2}

*There was a young woman of Chester,
Who said to the man who undressed her,
– I think you will find
That's better behind
The front is beginning to fester –.*

Uit: G. Legman. *The limerick* (1927).

Op grond van gegevens die Willcox ter beschikking stonden, kan men een schatting maken van het aantal personen dat in Nederland actief of passief anaal-rectaal geslachtsverkeer beoefent. Willcox ging uit van 4 à 5 procent homoseksuele mannen en 2 procent „rectum-users”. Zouden deze cijfers ook voor ons land gelden, dan zouden er in Nederland tussen de 500.000 en 600.000 reële en potentiële „gebruikers” voorkomen.

De geslachtsdaad wordt op soms complexe en uiterst gevarieerde wijze bedreven. Hierbij kunnen penis, vulva/vagina, hand, mond en anus/rectum in alle mogelijke combinaties worden benut. De attitude van de bevolking ten opzichte van bepaalde, van de klassieke norm afwijkende seksuele technieken is in de loop der tijden aan sterke wisselingen onderhevig geweest en dit geldt evenzeer voor de anaal bedreven geslachtsgemeenschap; zo wordt thans in de (nogal preute) Engelse gezondheidsstatistiek de gonorroëische proctitis als „genitale” infectie beschouwd.

Men dient bij de differentiële diagnostiek van bepaalde (infectie)ziekten aan de mogelijkheid van de anaal-rectale coïtus als ziekte-bevorderende c.q. -verspreidende factor te denken. Immers de anus en het rectum kunnen worden getroffen door een scala van seksueel overdraagbare aandoeningen (behalve trichomoniasis). Mannelijke homoseksuelen lopen daarbij een groter risico dan heteroseksuele vrouwen, waarschijnlijk doordat een belangrijke minderheid van de homoseksuele mannen

sterk promiscue is. Wat dit laatste betreft, berekende Gebhart in 1971 in *The VD-crisis*³, dat een gemiddelde actieve homoseksuele man in de USA omstreeks honderd verschillende partners per jaar heeft, vaak afkomstig uit verschillende landen. Uit een andere studie bleek 30 procent ook nog eens heteroseksuele contacten te hebben. Het is dan ook duidelijk dat de promiscue homoseksuele man een wezenlijke epidemiologische factor vormt bij de verspreiding van seksueel overdraagbare ziekten.

Rectale gonorroë bij vrouwen werd in de jaren dertig beschreven. De ziekte kwam in 30-45 procent van de gevallen voor bij vrouwen die tevens genitale gonorroë hadden. Het verloop was veelal asymptomatisch en chronisch. Algemeen nam men toen aan dat de rectale gonorroë secundair ontstond aan de genitale vorm (via gonokokken bevattende pus, afkomstig uit de geslachtsorganen). Alle mogelijke waarschijnlijke en minder waarschijnlijke besmettingsmogelijkheden werden aangenomen, maar de penaal-anaal besmettingsweg werd – en niet alleen in Engeland – als zeer onwaarschijnlijk beschouwd.

Voor homoseksuele mannen lag de zaak wat duidelijker: gonorroëische proctitis komt bij deze groep frequent voor. De tweede klassieke geslachtsziekten – syfilis – kan zich evenzeer rectaal of anaal manifesteren. Het is begrijpelijk dat de primaire laesie zich vaak niet waarneembaar voltrekt, zodat lues II dan de eerste manifestatie van de ziekte is. De toename van syfilis onder homoseksuele mannen is ook in Nederland groot geweest.

Hemolytische streptokokken kunnen de anus en de omringende huid zowel bij homoseksuelen als heteroseksuelen infecteren. Anaal-rectale infecties met *N. meningitidis* komen echter significant meer voor bij homoseksuele mannen, waarschijnlijk omdat oraal-anaal seksueel contact bij homoseksuele mannen frequent voorkomt.

Ook donovaniosis (granuloma inquinaale) wordt vrijwel steeds via anaal geslachtsverkeer overgebracht op de huid rondom de anus.

Shigellosis en zelfs typhoid worden gevonden bij personen die oraal-genitale of oraal-anaal sex bedrijven, speciaal homoseksuele mannen.

Chlamydia-infectie (*Chlamydia trach-*

omatis) van het rectum komt voor als niet-specifieke proctitis. De diagnose wordt veelal per exclusie gesteld wanneer wél ettercellen maar geen gonokokken in het rectum zijn te vinden. Ook deze infectie wordt frequent bij homoseksuele mannen gevonden.

Scabies kan uiteraard gemakkelijk zowel bij homo- als heteroseksueel contact worden verkregen en hetzelfde geldt voor pediculosis pubis, hoewel bij dit laatste meer kans op besmetting bestaat tijdens de heteroseksuele coïtus. Amoebiasis is herhaaldelijk bij homoseksuelen beschreven (peri-anaal en rectale ulcusvorming) en het is waarschijnlijk dat „autochtone” amoebiasis in niet-endemische gebieden via homoseksueel contact worden verkregen. Ook giardiasis kan op deze wijze worden overgebracht.

Van de virusziekten moeten in de eerste plaats de condylomata acuminata worden genoemd, die vrijwel steeds door anaal geslachtsverkeer worden overgedragen, een epidemiologische waarneming die reeds aan de oude Romeinen bekend was.

Herpes simplex-virus type I en II kan aanleiding geven tot peri-anaal blaasjes, maar het virus kan evenzeer het rectum aantasten. Dit veroorzaakt vaak heftige rectumpijn, kramp en diarree. Tenslotte moet hepatitis B worden genoemd: niet alleen is bij homoseksuele mannen het percentage dragers van het HB_sAg tienmaal zo hoog als bij heteroseksuele mannelijke bezoekers van geslachtsziekten-poliklinieken, ook de andere „markers” van voorafgaande infectie met HBV worden zeer frequent (60-70 procent) bij hen aangetroffen (anti-HB_s en anti-HB_e). Een Romeinse dichter gaf het hier gehouden betoog goed weer:

Force Majeur

*Lupus, allang verklaart Charisiamus,
die zijn makkers eerlijk toegedaan is,
dat hij niet geven kan wat ze verdienden.
„Waarom niet” informeren dan de vrienden.
„Nu ja” zegt hij, „ik geloof, het valt niet mee
jullie te fuiven op mijn diarree”.*

Marcus Valerius Martialis

Het gebruik van immunoglobuline voor en na vaccinatie¹

Het in Nederland gebruikte immunoglobuline (Ig), dat door het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst wordt afgeleverd, is vervaardigd uit gepoold plasma van Nederland-

¹ Ontleend aan (1982) *Epidemiologisch Bulletin* 17, nummer 1, samengesteld door Prof. Dr. J. Huisman, hoofd afdeling Infectieziekten en Tropische Hygiëne, GG en GD Rotterdam.

² Titel van een voordracht door de Britse venereoloog R. K. Willcox, 27 februari 1981.

³ Gebhard, P. H. The exposure factor; in: *The VD-crisis. Report of International Venereal Disease Symposium. St. Louis, 1971.*

se donors. Het antistofpatroon ervan weerspiegelt dat van de endemisch voorkomende infectieziekten van het vaccinatieprogramma. Het is duidelijk dat deze antistoffen kunnen interfereren met kort na of voor deze toediening gegeven vaccins.

Over het algemeen zal deze interferentie geen wezenlijke rol spelen bij geïnactiveerde c.q. gedode virus- of bacterievaccins (geïnactiveerd poliovaccin, kinkhoestvaccin of tyfusvaccin) of veranderde bacterieproducten (difterie- en tetanustoxoïde). Deze vaccins bevatten een grote massa antigeen en het immuniserend effect zal door toediening van Ig niet worden beïnvloed. Anders ligt dit met verzwakt levend vaccin (zoals dat tegen mazelen en rubella). Het is duidelijk dat in die gevallen voorafgaande Ig-toediening wel degelijk de totstandkoming van de immuniteit kan blokkeren. De ervaring met te vroeg toegediend mazelenvaccin bij zuigelingen (moederlijke immuniteit) is een sprekend voorbeeld van een dergelijke interferentie. Men kan als vuistregel aanhouden, dat na toediening van Ig ten minste drie maanden moet worden gewacht alvorens verzwakt levend vaccin wordt gegeven. Dit geldt niet voor de vaccinatie tegen gele koorts, omdat het gepoolde plasma van Nederlandse donors geen antistoffen tegen gele koorts bevat.

Mocht toediening van Ig na een vaccinatie met een verzwakt levend vaccin noodzakelijk zijn (bijvoorbeeld in geval van expositie van een gravida aan rubella of expositie aan hepatitis A of B), dan kan eveneens interferentie optreden. Over het algemeen zal na toediening van verzwakt levend vaccivirus replicatie en immuunstimulatie binnen zeven tot tien dagen plaatsvinden. Met andere woorden, vindt de Ig-toediening plaats binnen veertien dagen na vaccinatie, dan dient deze vaccinatie na drie maanden te worden herhaald; is het interval langer dan veertien dagen, dan behoeft de enting niet te worden herhaald.

Pediculosis pubis en trichomoniasis^{4,5}

De laatste jaren is het aantal patiënten met een seksueel overdraagbare aandoening toegenomen. Dit geldt voor heel Nederland, doch vooral voor Amsterdam. Om die reden werd in 1979 en 1980 aan de Amsterdamse peilstations

⁴) Ontleend aan: Jaarverslag 1981 Amsterdams Peilstation Projekt. *Amsterdam*, 1982; zie ook (1981) *Huisarts en Wetenschap* 24, 487.

⁵) Rapporteur: R. A. Coutinho, GG en GD.

gevraagd op te geven hoeveel patiënten zij met gonorrhoe op hun spreekuur zagen en behandelden. In 1981 werd gevraagd twee andere seksueel overdraagbare aandoeningen te registreren, namelijk pediculosis pubis en trichomoniasis. Beide aandoeningen zijn niet aangifteplichtig; epidemiologische gegevens over het voorkomen in Nederland zijn derhalve schaars.

• *Pediculosis pubis*. Pediculosis pubis wordt veroorzaakt door de schaamluis (Phthirus pubis). De overdracht geschiedt meestal door seksueel verkeer. Ook transmissie via kleren, beddegoed en handdoeken kan voorkomen. De luizen bevinden zich in het haar van de pubisstreek, liezen en perineum. Een enkele keer ziet men verspreiding naar borst- en okselhaar of naar wenkbrauwen. Op het hoofd vindt men de schaamluis nooit.

Het belangrijkste symptoom van pediculosis pubis is jeuk. Neten zetten zich vast aan de basis van de haren en schuiven door de haargroei geleidelijk naar de periferie op. De diagnose is eenvoudig te stellen. Veel patiënten komen er zelf mee. Niet alle patiënten met pediculosis pubis zullen zich tot een arts wenden. Malathion, een van de middelen ter behandeling, kan ook zonder recept gekocht worden. De volgende cijfers kunnen dan ook slechts een indruk geven over het voorkomen van de aandoening.

Door de peilstations werden in totaal 168 patiënten met pediculosis pubis opgegeven. Het betrof 116 mannen en 52 vrouwen (ratio 2,2). De incidentie bedroeg voor de mannen 31 en voor de vrouwen 13 per 10.000 inwoners.

Op grond van deze cijfers kan men schatten dat voor alle Amsterdamse huisartsen tezamen in 1981 tussen de 1500 en 1600 patiënten met pediculosis pubis werden gezien en behandeld. In hetzelfde jaar werden op de Amsterdamse drempelvrije geslachtsziektenpoliklinieken 356 patiënten met schaamluis behandeld, 263 mannen en 93 vrouwen (ratio 2,8). Niet bekend is hoeveel patiënten gezien werden door particuliere dermatologen en dermatologische poliklinieken, doch gegeven de geringe ernst van de aandoening, zullen dat er niet zeer veel zijn geweest. Daarbij komen dan nog wel de patiënten die zichzelf hebben behandeld.

De incidentie naar leeftijdsgroep en geslacht is weergegeven in *figuur 1*. De hoogste incidentie voor zowel mannen als vrouwen werd gevonden in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Dit is ook te ver-

wachten voor een seksueel overdraagbare aandoening. Er werden acht gevallen opgegeven bij kinderen onder de 10 jaar. Bij deze kinderen zal het doorgaans zijn gegaan om transmissie via beddegoed of handdoeken. Grote seizoenverschillen deden zich niet voor.

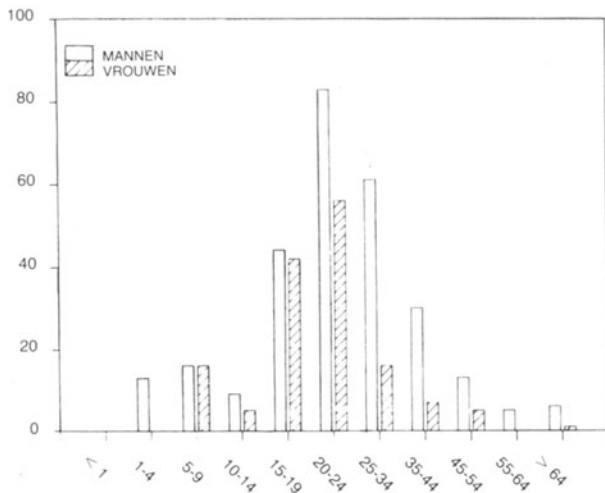
• *Trichomoniasis*. Trichomoniasis wordt veroorzaakt door de trichomonas vaginalis, een parasiet. De overdracht van de parasiet is in verreweg de meeste gevallen via seksueel contact. Bij vrouwen zijn de klachten: fluor vaginalis, jeuk, pijn en soms cystitis-klachten. Vrouwen kunnen trichomonas vaginalis bij zich dragen zonder daarvan enig symptoom te hebben. Mannen hebben doorgaans geen klachten, zij zijn vaak tijdelijk drager van de parasiet. Soms hebben mannen een pijnlijk gevoel bij plassen en ecoulement.

De diagnose trichomonas kan gesteld worden door middel van direct microscopisch onderzoek. Indien dit op de juiste wijze geschiedt, kan een hoge score worden bereikt. De parasiet is goed te herkennen aan vorm en beweeglijkheid. Trichomonas vaginalis kan ook gekweekt worden.

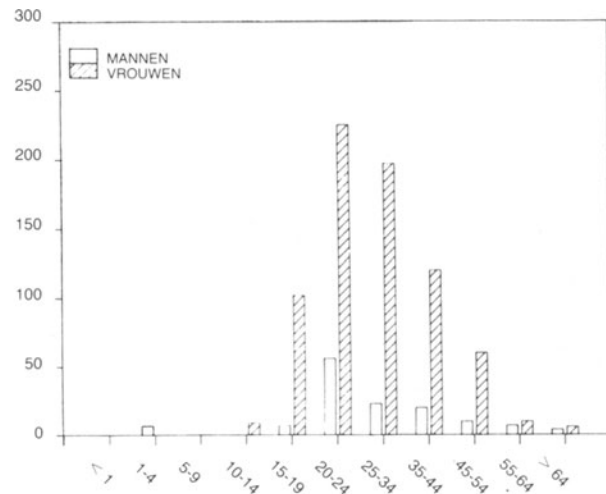
De peilstationsartsen gaven in totaal 391 patiënten met trichomoniasis op, 334 vrouwen en 57 mannen (ratio 5,9). Bij de vrouwen bedroeg de incidentie 81 en bij de mannen 16 per 10.000 inwoners. De veel hogere incidentie bij vrouwen is ook uit de literatuur bekend, en zal waarschijnlijk samenhangen met het feit dat vrouwen vaker symptomen hebben door trichomonas dan mannen. Deze incidenties betekenen dat per jaar door alle Amsterdamse huisartsen tezamen 3000 vrouwen en 500 mannen behandeld werden voor trichomoniasis, in totaal 3500 patiënten. Op de Amsterdamse GG & GD-poliklinieken werden in hetzelfde jaar 979 gevallen van trichomoniasis gediagnostiseerd. Het ging daarbij om 953 vrouwen en 26 mannen (ratio 36,7). Op de poliklinieken van de GG & GD worden mannelijke partners blind meebehandeld; zij zijn echter niet bij de telling opgenomen. Mogelijk zijn de meebehandelde mannen bij de huisartsentelling wel geregistreerd, hetgeen het grote verschil in ratio kan verklaren. Niet bekend is hoeveel patiënten gezien werden door gynaecologen en dermatovenerologen.

De incidentie naar leeftijdsgroep en geslacht is weergegeven in *figuur 2*. Net als bij pediculosis pubis wordt voor beide geslachten de hoogste incidentie gezien in de leeftijdsgroep 20-24 jaar. Er werd eenmaal melding gemaakt van een jon-

Figuur 1. Pediculosis in Amsterdam in 1981: incidentie per 10.000, naar leeftijdsgroep en geslacht.



Figuur 2. Trichomoniasis in Amsterdam in 1981: incidentie per 10.000, naar leeftijdsgroep en geslacht.



getje in de leeftijdsgroep 1-4 jaar. Een foutieve melding is hiervoor de meest waarschijnlijke verklaring. Grote seizoenverschillen zijn er niet.

Alcoholmisbruik^{4,6}

Definitie. Voor de patiënt gelden een of meer van de volgende symptomen: preoccupatie met drankgebruik (drinkstrategieën, mislukte zelfopgelegde abstinentieperiodes, verheimelijking); meermalen amnesie tijdens roestoesstand; drankgebruik om het effect; verlies van de controle over het drinken, nadat een beetje alcohol gebruikt is. Problemen met omgeving (thuis, school, werk) over drankgebruik; insufficiëntie-gevoelens met betrekking tot drankgebruik. Drinkt vrijwel dagelijks 80 gram pure alcohol (6-8 glazen) of meer; tolerantietoename (bij ernstige alcoholisten echter afname); onthoudingsverschijnselen (ochtendtremoren, slaapproblemen, gevoel van inwendig trillen, sterk zweeten, vasovegetatieve stoornissen) die reageren op gebruik van alcohol; leverproblemen ten gevolge van alcohol.

Alcoholmisbruik werd vooral opgeno-

men om een indruk te krijgen van de spreiding van alcoholproblemen in Amsterdam. Deze gegevens zijn onder andere van belang voor beleidsvoorbereiding en preventie activiteiten van de gespecialiseerde instellingen.

De definitie is toegespitst op de huisartspraktijk; gebruik van laboratoriumbepalingen is buiten beschouwing gelaten. We zijn vooral geïnteresseerd in een schatting van het totaal aantal personen met alcoholproblemen, de verdeling van deze personen naar leeftijdsgroep en geslacht, en het aantal patiënten dat onder behandeling c.q. niet onder behandeling is.

In totaal werden in 1981 448 nieuwe gevallen van alcoholproblemen opgegeven: 324 mannen en 124 vrouwen (ratio 3:1). De incidentie per 10.000 inwoners is 58. Voor heel Amsterdam krijgen we dan een schatting van 4200.

Van de 448 patiënten met alcoholproblemen waren er 161 onder behandeling. De jongste leeftijdsgroep waarin alcoholproblemen voorkwamen, was die van 20-24 jaar. De grootste categorie lag tussen de 35 en 44 jaar. De categorie ≥ 65 jaar is iets kleiner dan de groep 20-24 jaar (figuur 7). Een verder opvallend gegeven is het feit dat het aantal meldingen tussen de peilstations sterk varieert (range 1-54 bij rapportage van respectievelijk 45-52 weken).

De weinig objectieve criteria ten aanzien van alcoholmisbruik leiden tot validiteits- en betrouwbaarheidsproblemen. Het herkennen van alcoholmisbruik heeft te maken met de kennis en houding van de hulpverlener tegenover dit probleem. Een en ander betekent dat de onderzoeksresultaten met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd dienen te worden.

De schatting van 4200 is waarschijnlijk te laag, maar de geslachtverdeling komt wel overeen met andere schattingen. Duidelijk is dat er een toename van alcoholproblemen onder vrouwen is. Twintig jaar geleden was de verhouding nog 5:1, thans bedraagt die voor de leeftijdsklasse 24-34 jaar nog slechts 2:1.

De incidenties in de jongere en oudere leeftijdsklassen vallen hoger uit dan was verwacht. Opvallend is voorts het grote aantal patiënten dat niet onder behandeling is van een gespecialiseerde instelling en wel ter kennis komt van de huisarts. Dit is een indicatie voor de belangrijke positie van de huisarts bij het herkennen en behandelen van alcoholproblematiek. Het feit dat het aantal meldingen per peilstation sterk varieert, duidt erop dat alcoholproblemen niet altijd even goed herkend worden. Kennelijk is ondersteuning van de huisartsen door de gespecialiseerde instellingen gewenst.

⁶⁾ Verslag H. Drijver en R. P. Kerssemakers, Jellinekcentrum, Voorlichting en Preventie, Amsterdam.