

G. M. DE JONG

Ijzerebreksanemie bij kinderen

De laatste jaren zijn er signalen, dat er nog steeds problemen met betrekking tot deficiënte voeding en zelfs ondervoeding bestaan. Met name zou ijzerdeficiëntie bij kinderen nogal eens een ijzerebreksanemie tot gevolg hebben. Via het huisartsregistratiesysteem werd nagegaan of een ijzerebreksanemie bij kinderen inderdaad frequent voorkomt.

Niet-Nederlandse kinderen

Bij de registratie werd bepaald dat er sprake was van een ijzerebreksanemie bij een Hb-gehalte $< 6,5$ mmol/l (10,5 procent) en een direct (bijvoorbeeld een verlaagd serum-ijzer) of indirect (door een Hb-stijging na ijzertherapie) aangetoond ijzerebrek.

In totaal werd 36 keer de diagnose ijzerebreksanemie gesteld. Dit komt neer op een incidentie van 67,5 per 10.000 per jaar. Geëxtrapoleerd naar heel Den Haag (onderzoekspopulatie is 12 procent van de Haagse populatie) betekent dit dat in 1986 bij rond de 295 kinderen deze diagnose is gesteld door de huisarts.

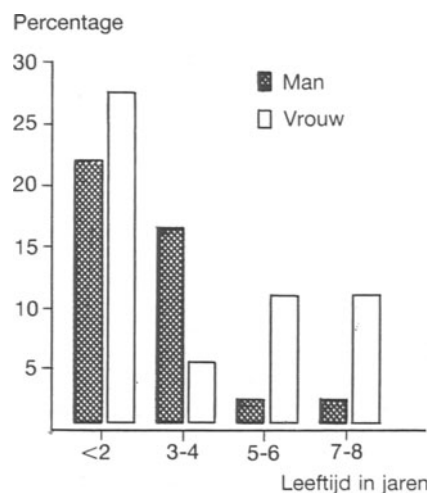
Meer dan de helft van de kinderen (56 procent) had een niet-Nederlandse etnisch-culturele achtergrond. Uitgaande van het feit dat rond 20 procent van de Haagse kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar van niet-Nederlandse afkomst is, betekent dit dat een ijzerebreksanemie bij deze niet-Nederlandse kinderen vijf maal zo vaak voorkomt als bij Nederlandse kinderen. Bij tien kinderen (dus ruim een kwart) ging het om een recidief.

Bij iets meer meisjes dan jongens (respectievelijk 20 en 16) werd een ijzerebreksanemie vastgesteld. Dit verschil komt vooral tot uiting in de leeftijdsgroep van 5-8-jarigen. De laagste Hb-waarden ($< 5,0$ mmol/l) komen vooral voor bij kinderen jonger dan 5 jaar, hetgeen waarschijnlijk samenhangt met het feit dat juist op die leeftijd

fysiologisch gezien het Hb-gehalte het laagst is. Dit zou ook de verklaring kunnen zijn dat de helft van de kinderen met een ijzerebreksanemie jonger is dan 2 jaar (figuur).

Niet-Nederlandse kinderen zijn gelijk verdeeld over de categorieën Hb-waarden. Het is dus niet zo, dat de ernstigste ijzerebreksanemieën vooral bij niet-Nederlandse kinderen voorkomen.

Figuur. Ijzerebreksanemie bij kinderen van 0-10 jaar, naar leeftijd (n=36).



Top ijsberg

In dit onderzoek wordt het vermoeden bevestigd dat met name onder de allochtone kinderen ijzerebreksanemie nog vaak voorkomt. Aangezien waarschijnlijk alleen die patiënten geregistreerd zijn die klachten of symptomen hadden of bij wie de ouders het initiatief namen om de huisarts te bezoeken, hebben we hier vrijwel zeker te maken met een 'topje van de ijsberg'. Immers ook een ernstige anemie geeft soms betrekkelijk weinig klachten.

De oorzaak van ijzerebreksanemie bij kinderen jonger dan twee jaar komt vrijwel altijd doordat naast de borst- of flesvoeding te laat wordt begonnen met

bijvoeding. Melk vermindert de resorptie van ijzer in de darm. Dit geldt eveneens voor voedingsmiddelen als eieren, kaas, graanproducten, witbrood en thee. Wanneer deze voedingsmiddelen een belangrijke plaats innemen in het dieet, kan daardoor alleen al een ijzerebreksanemie ontstaan.

Vlees is de belangrijkste voedingsbron van ijzer. Dit is mogelijk de verklaring voor het feit dat de ijzerebreksanemie veel onder niet-Nederlandse kinderen wordt gevonden. Etnisch-culturele minderheden behoren over het algemeen tot de economisch zwakkeren van onze samenleving. Het kan zijn dat deze groepen juist het gebruik van een duur voedingsmiddel als vlees daarom zoveel mogelijk beperken. Bovendien behoort vlees bij een deel van deze groeperingen vanwege de cultuur (religie) niet tot het dagelijks voedingspatroon. Het is evenwel niet zo dat een dieet zonder vlees per se tot een ijzerebreksanemie leidt. Als het evenwichtig is samengesteld (bijvoorbeeld extra groente, bruinbrood, soja, fruit en eventueel extra vitamine C) kunnen kinderen er qua Hb-gehalte zeer wel bij varen.

Mononucleosis infectiosa

Op verzoek van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden (hoofd Prof. dr. J.D. Mulder Dzn) werd via het Huisartsregistratiesysteem Den Haag onderzocht op welk moment in het natuurlijk beloop van mononucleosis infectiosa de definitieve diagnose wordt gesteld.

De vraagstelling ontleent zijn relevantie aan de toepassingsmogelijkheden van in ontwikkeling zijnde anti-virale middelen, waaronder middelen tegen M. Pfeiffer. Een aantal van deze middelen

Tabel . Gemiddelde, standaarddeviatie (SD) en spreidingsbreedte voor een drietal intervallen in het verloop van M. Pfeiffer (uitgedrukt in dagen).

Interval	Gem.	SD	Spreiding
Uitslag - bloedafname	1,5	2,3	0-8
Uitslag - begin acute fase	4,9	5,6	0-21
Uitslag - begin prodromale fase	14,1	14,2	3-68

Bron: Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.

G.M. de Jong, kinderarts, Westeinde Ziekenhuis, Den Haag.

* Ontleend aan: Epidemiologisch Bulletin (Den Haag) 1987: 22(2).

grijpt in tijdens een vroeg stadium in het natuurlijk verloop van virale aandoeningen, in de virus-replicatiefase. Zo valt bij herpesinfecties deze fase in het prodromale en acute stadium van de ziekte. Van dergelijke geneesmiddelen kan derhalve slechts effect worden verwacht wanneer zij worden toegediend in een vroege fase van de ziekte; anders gezegd wanneer de arts de diagnose 'op tijd' stelt.

In het Huisartsregistratiesysteem zijn de gevallen van M. Pfeiffer geregistreerd waarbij sprake was van een positieve serologische test. Vastgelegd werden het moment van de testuitslag, van de bloedafname, van het begin van de acute fase en van het begin van de prodromale fase.

De diagnose M. Pfeiffer werd 39 maal gesteld, hetgeen neerkomt op een relatief voorkomen van 8,9 per 10.000 per jaar. Een huisarts diagnostiseert dus per jaar één tot twee gevallen van M. Pfeiffer. In het merendeel van de gevallen werd gebruik gemaakt van de Paul Bunel-test (61,5 procent). Ook van de Slide-test werd regelmatig gebruik gemaakt (31,0 procent).

De tabel laat zien welk interval verloopt tussen het ontvangen van de testuitslag en drie relevante tijdstippen in het verloop van de ziekte. De huisarts heeft gemiddeld anderhalve dag na het afnemen van het bloed de uitslag in huis. De niet onaanzienlijke spreiding (0-8 dagen) laat zien dat in uitzonderingsgevallen de tijdspanne tussen afname en uitslag danig uit de hand kan lopen. Tussen het begin van de acute fase en het moment van de uitslag lagen gemiddeld ongeveer vijf dagen. Ook hier valt een vrij grote spreiding op (0-21 dagen). Tussen de aanvang van de prodromale fase en de testuitslag lag gemiddeld 14 dagen, met een spreiding van 3-68 dagen.

Vanaf het moment van de testuitslag kan een anti-virale therapie worden ingezet. Van belang is dat op dit moment, dat wil zeggen veertien dagen in de prodromale fase en vijf dagen in de acute fase, de virus-replicatie nog dusdanig is dat de hierop gerichte therapie effectief kan zijn.

Het valt echter te betwijfelen of het geconstateerde delay kan worden gereduceerd ten behoeve van de toepassingsmogelijkheden van in ontwikkeling zijnde geneesmiddelen.

Informed consent

In het artikel 'Interventie-onderzoek en informed consent: een dilemma voor huisarts en patiënt?' poneert Lamberts in zijn inleiding: 'Er was weloverwogen en terecht geen sprake van 'informed consent'...'¹

Mijns inziens behoort bij patiëntgebonden onderzoek altijd van de patiënt 'informed consent' te worden verkregen. Dat is echter mijn mening tegenover die van Lamberts. Beter is het om zulk soort vragen en problemen voor te leggen aan een breed samengesteld forum, zoals dat in academische en vele niet-academische ziekenhuizen en instellingen gebeurt. In deze medisch-ethische commissies hebben vertegenwoordigers van verschillende disciplines zitting, bijvoorbeeld een medicus, een verpleegkundige, een ethicus en een jurist.

Voor het wetenschappelijk onderzoek in de huisartspraktijk valt te denken aan aparte commissies of aan het onderbrengen bij de medisch-ethische commissies in de academische ziekenhuizen. Het lijkt me een taak voor het Nederlands Huisartsen Genootschap en het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde om samen deze medisch-ethische toetsing van patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk te bewerkstelligen.

H.L. van Amerongen

¹ Lamberts H. Interventie-onderzoek en informed consent: een dilemma voor huisarts en patiënt? Huisarts Wet 1987; 30; 183-7.

Naschrift 1

Categorische uitspraken zijn nooit volledig en onder alle omstandigheden waar (wat overigens ook een categorische uitspraak is). De uitspraak dat patiëntgebonden onderzoek altijd 'informed consent' behoeft, is bovendien zinloos. De paradox is dat hij zelfs prikkelt tot het formuleren van de omstandigheden waaronder mag worden afgezien van 'informed consent'.

Het gaat hier om een bijzonder onderdeel van patiëntgebonden onderzoek, de gerandomiseerde en gecontroleerde interventiestudie. In feite luidt de vraag dus, of men altijd moet afzien

van interventiestudies waarbij het verkrijgen van 'informed consent' onmogelijk is. Ik vind van niet, maar het ligt voor de hand om, wanneer er twijfel bestaat, een reeds functionerende of ad hoc in te stellen medisch-ethische commissie te raadplegen. Bij een categorische afwijzing heeft dat overigens op voorhand geen zin.

Het Interfacultaire Overleg Huisartsgeneeskunde is naar mijn mening een goed platform voor een medisch-ethische toetsing van interventiestudies in de huisartspraktijk, maar zou de deskundigheid daarvoor wel kunnen mobiliseren. Het Nederlands Huisartsen Genootschap zou dit platform wel kunnen zijn, doch daar zijn problemen met het verwerven van de deskundigheid te verwachten. Het is de vraag of in de groeiende samenwerking tussen IOH en NHG het onderwerp van de medisch-ethische beoordeling van interventiestudies in de huisartspraktijk een grote prioriteit heeft, te meer omdat mijn recente bijdrage in Huisarts en Wetenschap nu juist een uitgangspunt biedt voor interventiestudies met 'informed consent'.

Resteert op te merken dat het er na ruim tien jaar weinig toe doet of men vindt dat in het promotie-onderzoek van Van Weel wel of niet terecht is afgezien van het vragen van 'informed consent'. In een gezondheidscentrum zou deze ethische vraag tegenwoordig besproken kunnen worden met de bestuursleden van de rechtspersoon die het centrum exploiteert, en die nu juist voor het belang van de ingeschreven patiënten opkomen.

H. Lamberts

Naschrift 2

Van Amerongen reageert op het artikel van Lamberts naar aanleiding van de zin: 'Er was weloverwogen en terecht geen sprake van 'informed consent', omdat daarmee een belangrijk doel van de studie niet bereikt kon worden'. Deze zin slaat op het onderzoek van Van Weel naar het opsporen van hypertensie in de huisartspraktijk.

Volgens mijn interpretatie betekent het woordje 'terecht' in de desbetreffende zin niet zozeer dat het achterwege