

Aids: lessen uit de Amerikaanse geschiedenis

Het aprilnummer van het *American Journal of Public Health* is geheel gewijd aan (beleids)vragen rond Aids. Het meest opmerkelijke artikel is dat van A.M. Brandt, 'Aids in historical perspective: four lessons from the history of sexually transmitted diseases'.

Les 1 luidt: 'Angst voor de ziekte zal de medische aanpak en het volksgezondheidsbeleid krachtig beïnvloeden.'

Men beseft niet meer welke reacties syfilis in het verleden heeft opgewekt. Aan het begin van deze eeuw, toen syfilis nog onbehandelbaar was, riepen de mogelijke gevolgen van deze ziekte (verlamming, dementie, onvruchtbaarheid, blindheid) grote angst op, evenals tegenwoordig Aids. Artsen dachten dat besmetting kon worden overgedragen via schrijfgerei, tandenborstels, handdoeken, beddegoed en medische handelingen. De US Navy verwijderde tijdens de eerste wereldoorlog de deurknoppen uit de schepen, in de veronderstelling dat deze een bron van besmetting vormden.

Het is moeilijk te verklaren hoe deze opvattingen konden ontstaan. Angst is blijkbaar een slechte raadgever. Morele oordelen en vooroordelen traden in de plaats van gezond verstand. Wie dit alles op de lachlust werkt, zou zich kunnen afvragen of het historische oordeel over onze eigen tijd straks anders zal uitpakken.

Les 2: 'Voorlichting en opvoeding zullen de Aids-epidemie niet beteugelen.'

In het begin van deze eeuw bestonden ook al 'actiegroepen'. Zij drongen aan op voorlichtingscampagnes, maar vonden vele jaren lang weinig of geen gehoor. Niettemin kwam seksuele voorlichting geleidelijk aan toch tot stand. De voorlichtingscampagnes speelden sterk in op de vrees voor besmetting. Zo kregen de Amerikaanse soldaten tijdens de eerste wereldoorlog voorgehouden: 'Een Duitse kogel is schoner dan een hoer'. Deze weinig kieskeurige aanpak vermocht het aantal besmettingen niet terug te dringen.

Deze tweede les is het minst overtuigend. Bepaalde vormen van voorlichting werken niet of onvoldoende, maar – zoals Brandt zelf ook toegeeft – het is niet juist te generaliseren.

Les 3: 'Dwangmaatregelen zullen de epidemie niet beteugelen.'

De in de VS gepraktiseerde dwangmaatregelen lopen uiteen van een verplichte syfilis-test voor het huwelijk tot afzondering in quarantaine. Artsen toonden zich echter hui-verig, ook al vanwege het niet volledig betrouwbare karakter van de test. Dat mocht niet baten. Het laboratorium werd van staatswege onfeilbaar verklaard, en tegen het eind van de tweede wereldoorlog hadden bijna alle staten de test tot wettelijke ver-

plichting verheven. De geschiedenis herhaalt zich: op het ogenblik buigen 35 staten zich over wetsontwerpen met betrekking tot het verplichten van de HIV-test aan kandidaat-bruidjes en -bruidegoms.

Helaas bleek de voorhuwelijks test op syfilis weinig geslaagd. Zo'n 25 procent van de personen bij wie de testuitslag wees op besmetting, waren in feite vrij van infectie. Niettemin werden zij vaak behandeld met giftige arsenicumachtige middelen en werden zij met de nek aangekeken. Ontduiking van de test was het logische gevolg. Hoe dan ook, de epidemie kwam allerminst tot stilstand. Brandt vermoedt zelfs dat een voorhuwelijks test behalve duur ook contraproductief is.

Les 4: 'De ontwikkeling van doeltreffende behandelingen en vaccins zal niet ogenblikkelijk of gemakkelijk tot het einde van de Aids-epidemie leiden.'

Syfilis leek verslagen toen na de tweede wereldoorlog penicilline ter beschikking kwam. Het effect was inderdaad opmerkelijk. In kortzichtigheid en euforie werd echter besloten om de overheidsdiensten op het gebied van de bestrijding van geslachtsziekten zo goed als op te heffen. In de zestiger jaren nam besmetting met syfilis weer toe. Ook nu nog, in het midden van de Aids-epidemie, blijkt syfilis terrein te winnen (echter niet in Nederland).

Brandt besluit dat (geslachts)ziekte meer is dan een biologisch verschijnsel, waartegen een biologisch wapen in stelling kan worden gebracht. De sociale en politieke aspecten verdienen evenzeer de aandacht. Effectieve bestrijding vraagt om een combinatie van maatregelen; het is niet verstandig de hoop te vestigen op één enkel wondermiddel.

Bron Graadmeter 1988; 4(5).

Enquête onder gebruikers consultatiebureaus

De Nationale Kruisvereniging heeft een telefonische enquête gehouden onder ouders van 0-4-jarigen. Er zijn 514 gesprekken gevoerd, 474 maal met de moeder en 40 maal met de vader.

Consultatiebureaus worden bezocht door 96 procent van de ondervraagde ouders. Inentingen, lichamelijk onderzoek en controle op de ontwikkeling van kinderen worden door ouders als belangrijke taken van het consultatiebureau gezien. Zij worden genoemd door respectievelijk 98, 95 en 89 procent van de ouders die een consultatiebureau bezoeken. Advisering ten aanzien van voeding en opvoeding worden duidelijk minder vaak belangrijk genoemd, namelijk door 68 en 40 procent. Het opleidingsniveau van de ouders hangt nauwelijks samen met de

houding ten aanzien van adviezen door consultatiebureaus. De kwaliteit van de zorg wordt door de meeste ouders goed gevonden. Toch heeft 15-20 procent enige kritiek.

Van de ouders heeft 63 procent bij consultatiebureaus te maken met een aparte CB-arts, in 26 procent van de gevallen met de eigen huisarts. Adviezen van de huisarts worden gemiddeld wat eerder opgevolgd dan adviezen van een andere arts: 52 tegen 42 procent. De algemene tevredenheid over het functioneren van consultatiebureaus is zeer groot. De belangrijkste redenen van ontevredenheid betreffen de lange wachttijden en het te weinig rekening houden met de individuele kenmerken van elk kind. Het 'Groeiboek' is bij ouders alom bekend. Bijna 45 procent van de ouders zegt het schema in het 'Groeiboek' altijd of vaak te gebruiken om de ontwikkeling van het kind bij te houden.

De invoering van een eigen bijdrage van f 30,- per consult zal volgens bijna 80 procent van de betreffende ouders leiden tot een verandering in hun bezoekgedrag. Bijna 23 procent zegt zelfs niet meer gebruik te maken van consultatiebureaus. Bij een eigen bijdrage van f 15,- zal ruim 60 procent het bezoekgedrag veranderen; 15 procent zal het consultatiebureau niet meer bezoeken.

Risico's van elektriciteit

Geen elektriciteit zonder hoogspanningsleidingen. Nederland heeft bijna 600 km hoogspanningsleiding en vlak onder die leidingen zijn de elektrische en magnetische velden veel sterker dan de velden die worden veroorzaakt door de aarde en de elektriciteit in de atmosfeer. Door sommigen worden hoogspanningsleidingen daarom niet alleen beschouwd als een vorm van 'horizonvervuiling', maar ook als een mogelijke bron van gezondheidsschade.

Elektrische velden laten mens of dier niet ongemoeid. Onder invloed van een elektrisch veld gaan er stromen in de huid en ook in het lichaam lopen. De velden onder hoogspanningsleidingen geven echter elektrische stromen die kleiner zijn dan de stromen die als gevolg van de biologische processen in het lichaam lopen. Daarom neemt men aan dat elektrische velden van die grootte geen directe schade aan de gezondheid kunnen aanbrengen.

Er zijn ook indirecte effecten van het elektrische veld mogelijk, zoals de 'schok' bij het aanraken van in het elektrische veld geplaatste, geïsoleerde voorwerpen. Normen voor de constructie van hoogspanningsleidingen zijn in belangrijke mate op dit soort effecten gebaseerd.

Magnetische velden oefenen krachten uit op bewegende elektrische ladingen. Nu hebben we de nodige van die bewegende ladingen in het lichaam. Bij magneetvelden groter dan 1000 microtesla treden effecten op het

zenuwstelsel op. Ook zien mensen in die velden lichtverschijnselen in het oog (magnetofosfenen). Bij lage waarden – dat wil zeggen bij de waarden die we onder hoogspanningsleidingen aantreffen – verwacht men geen schadelijke invloed op de gezondheid.

Wat de schade op lange termijn betreft, valt te denken aan leukemie. In de meeste epidemiologische onderzoeken kon geen verband worden aangetoond tussen het optreden van leukemie en de afstand waarop mensen van een hoogspanningsleiding woonden. In een aantal gevallen is echter wel een verband gevonden tussen het optreden van leukemie en de mate van blootstelling aan elektromagnetische velden. Dat is een gebruikelijke situatie: tegenstrijdige resultaten uit epidemiologisch onderzoek en het ontbreken van een bekend biologisch werkingsmechanisme waardoor elektromagnetische velden kanker kunnen veroorzaken. Mogelijk kunnen de velden wel het ontstaan van een gezwell uit een kankercel bevorderen (promotor-werking).

Bron Graadmeter 1988; 4(5).

CT-scan bij ischialgie

Computertomografie (CT) kan in veel gevallen een betrouwbare onderzoeksmethode zijn bij ischialgie. In bijna de helft van de gevallen kan met CT een betrouwbare röntgenafbeelding worden verkregen. In die gevallen is het niet meer nodig de patiënt aan ingrijpend onderzoek bloot te stellen. Dit concludeert J.T. Wilmink in zijn proefschrift 'Radiology of sciatica'.

Tot voor enkele tientallen jaren geleden dacht men dat de ischialgie altijd werd veroorzaakt doordat een zenuwwortel bekneld raakte door een gescheurde tussenwervelschijf. Dankzij röntgentechnieken als computertomografie heeft men kunnen vaststellen dat diverse vernauwingen van het wervelkanaal ook kunnen leiden tot beknelling van de zenuwwortel.

Meestal wordt bij patiënten met deze klacht een zogenaamd caudogram gemaakt. Een nadeel van deze methode is dat het contrastmiddel onaangename bijwerkingen kan veroorzaken. Computertomografie heeft dit nadeel niet. De techniek is zo gevoelig dat over het algemeen geen contrastmiddel nodig is om duidelijke afbeeldingen te krijgen. Het onderzoek, dat ongeveer een half uur duurt, kan poliklinisch worden gedaan; bij caudografie neemt men, vanwege de kans op bijwerkingen, de patiënt altijd een nacht op voor observatie. De CT-scan zou daardoor niet alleen minder onplezierig voor de patiënt zijn, maar ook goedkoper.

Tegenover de voordelen van computertomografie staat het nadeel dat CT niet altijd betrouwbare resultaten geeft. Dit geldt voor ongeveer de helft van de gevallen. Wilmink

pleit ervoor om mensen met ischialgie eerst met CT te onderzoeken. Als dat niet genoeg informatie over de oorzaak van de pijn oplevert, zou een caudogram gemaakt moeten worden. Op het ogenblik is het helaas niet mogelijk om CT-onderzoek standaard toe te passen bij mensen met ischialgie. Daarvoor is er in Nederland te weinig CT-apparatuur.

Stipendium Sportgeneeskunde

Het stipendium Sportgeneeskunde is met ingang van dit jaar verhoogd van 10.000 naar 25.000 gulden. Tot nog toe was het stipendium voornamelijk bestemd voor (wetenschappelijke) onderzoeken of projecten op het gebied van de sportgezondheidszorg. Daarnaast kon het worden aangewend voor de praktische en/of theoretische ontwikkeling van een student(e) in de sportgezondheidszorg. Nu zijn daar initiatieven om iets in de sportgezondheidszorg te entameren en specifiek op de sportgeneeskunde gerichte projecten aan toegevoegd.

Inzendingen dienen – in negenvoud – te worden gericht aan: Secretariaat stipendium Sportgeneeskunde, Postbus 141, 2060 AC Bloemendaal. De inschrijving sluit op 1 september 1988. Het stipendium zal in december 1988 worden uitgereikt.

Echografie bij appendicitis

Appendicitis is de meest voorkomende buik-aandoening die acuut chirurgisch ingrijpen vereist. Per jaar worden in Nederland meer dan 20.000 appendices verwijderd. De diagnose appendicitis is soms eenvoudig, soms zeer moeilijk: zij wordt vaak ten onrechte gesteld en even vaak aanvankelijk miskend.

De Haagse röntgenoloog J.B.C.M. Puylaert ontwikkelde een techniek om de ontstoken appendix echografisch af te beelden. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een echotransducer met een hoge beeldkwaliteit. Het hiermee samenhangende geringe dieptebereik maakt het noodzakelijk de kop (transducer) van het apparaat door middel van compressie van de buik tot vlakbij de ontstoken appendix te manoeuvreren. Deze compressie, die voorzichtig duwend moet worden toegepast om pijn te voorkomen, maakt het ook mogelijk om vet en darmen te verplaatsen of plat te drukken, waardoor de storende invloed van darminhoud vermeden kan worden. Omdat de normale appendix zelden of nooit kan worden afgebeeld, is het echografisch aantonen van de appendix een direct bewijs voor het bestaan van appendicitis.

Ook allerlei aandoeningen die de symptomen van appendicitis bedrieglijk nabootsen, kunnen echografisch worden aangetoond. Het vinden van een van deze aandoeningen sluit appendicitis vrijwel zeker uit. Indien echografisch in het geheel geen afwijkingen

in de buik worden gevonden, is appendicitis weliswaar onwaarschijnlijk, maar nog niet helemaal uitgesloten. In dat geval blijft het klinisch onderzoek de hoeksteen van de therapeutische besluitvorming.

De resultaten van een prospectief onderzoek dat Puylaert uitvoerde naar het klinisch nut van deze nieuwe echografische methode werd gepubliceerd in: *N Engl J Med* 1987; 317: 666-9). Puylaert concludeert dat echografie een zodanig waardevolle aanvulling geeft op het klinisch onderzoek, dat zij bij iedere patiënt met verschijnselen van appendicitis dient te worden toegepast. Voorwaarde is wel de aanwezigheid van goede echo-apparatuur en ervaring van de röntgenoloog met deze nieuwe techniek.

SIMG-Janssen Prijs

De SIMG-Janssen Prijs wordt jaarlijks uitgelooft aan een huisarts voor een onderzoekproject op het gebied van de eerste lijn. De prijs bedraagt BFr 50.000, waarvan een deel wordt uitbetaald bij de toekenning van de prijs en de rest bij het beëindigen van het onderzoek. Het onderzoek moet binnen twee jaar voltooid zijn en de winnaar moet hiervan verslag uitbrengen op een SIMG-congres. Een internationale jury van huisartsen zal de inzendingen beoordelen, onder meer op basis van de relevantie van het onderwerp voor de huisartspraktijk, de uitvoerbaarheid en de mogelijkheid om het onderzoek op internationale schaal te herhalen.

Geïnteresseerden kunnen tot 31 oktober 1988 een onderzoeksprotocol – met daarin de verantwoording, het doel en de methode van het geplande onderzoek – inzenden naar: Prof. dr. R. De Smet, Secretaris Jury, U.Z. – Blok A, De Pintelaan, 185, B – 9000 Gent. Het protocol mag in het Duits, Engels of Frans worden gesteld, en mag ten hoogste 1.000 woorden omvatten. Naam en adres van de kandidaat moeten separaat worden vermeld.

Adreslijsten patiëntenorganisaties

Werkgroep 2000 geeft twee adreslijsten uit van patiëntenorganisaties in Nederland:

- een lijst van categorale patiënten- en handicaptorganisaties en patiëntenplatforms;
- een lijst van plaatselijke algemene patiëntenorganisaties en -platforms.

Beide lijsten worden tweemaal per jaar herzien. De kosten bedragen respectievelijk f 25,- en f 15,- per jaar. Inlichtingen bij: Werkgroep 2000, telefoon 030 - 341 963.