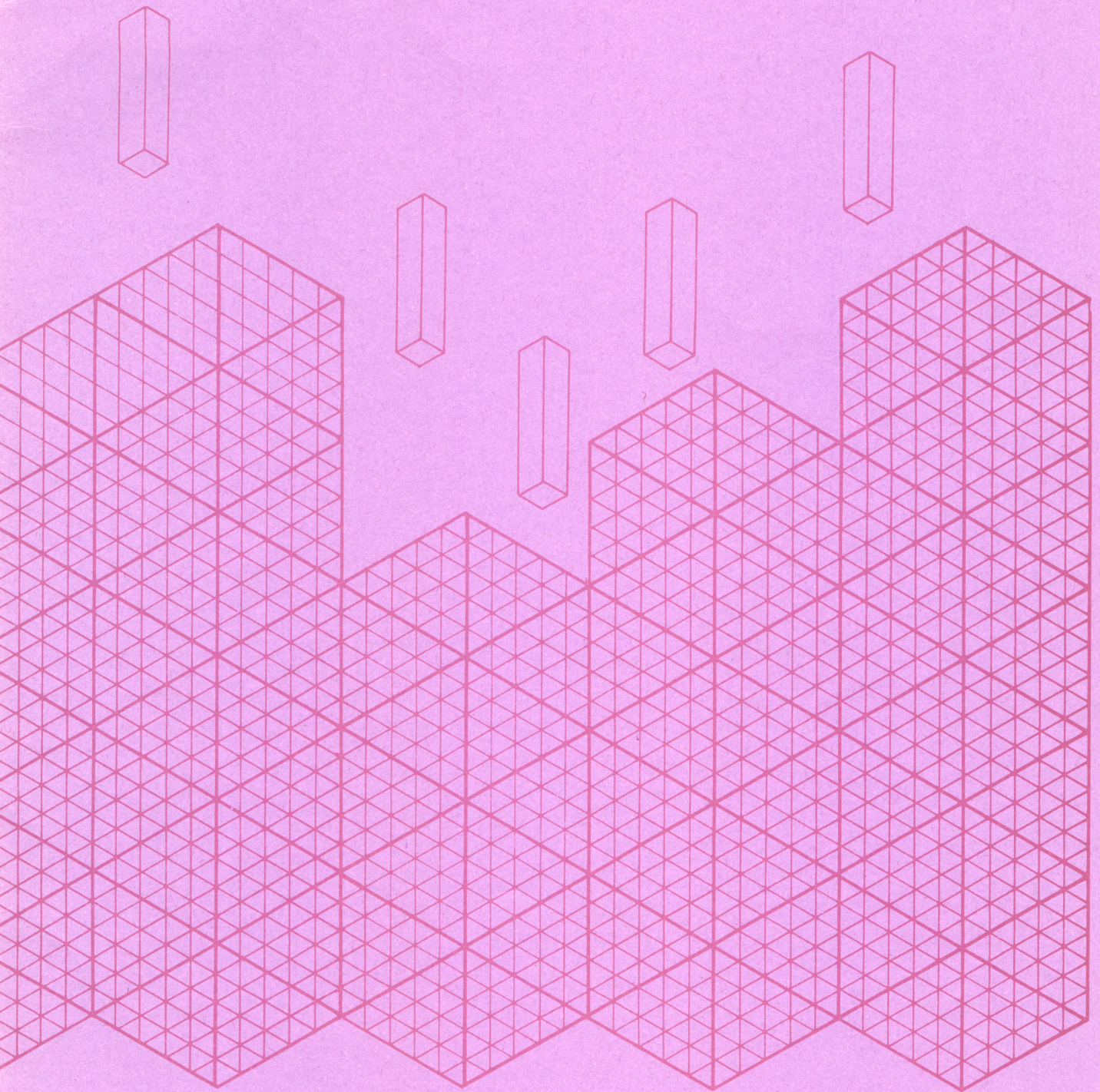


's-Gravenhage mei 1988

**EPIDEMIOLOGISCH  
BULLETIN**



Kwartaalschrift voor Basisgezondheidszorg en Onderzoek



# EPIDEMIOLOGISCH bulletin

## REDACTIE

H.G.J. Nijhuis, arts-  
epidemioloog (hoofd-  
redacteur);  
Dr. A.H. Bergink,  
jeugdarts (redactielid);  
Prof.dr. W.J. Schudel,  
psychiater (redactielid);  
I. Verkade-Burger (redac-  
tiemedewerkster)

## GRAFISCH ONTWERP

P.J.C. Martens

## DRUKWERK

Koninklijke drukkerij  
de Swart BV, Den Haag

## SECRETARIAAT

Stafbureau Epidemiologie  
GG en GD  
Postbus 65783  
2506 EB Den Haag  
Telefoon:  
070 - 61 45 21

Het bulletin verschijnt  
viermaal per jaar en  
wordt gestuurd aan  
huisartsen, specialisten  
en bestuurders in de  
gezondheidsregio Den Haag

De redactie is verantwoor-  
delijk voor de inhoud en  
de samenstelling van het  
bulletin

Mei 1988  
23ste Jaargang nr. 2

Uitgave van de  
GG en GD Den Haag

ISSN: 0921-6219

# EPIDEMIOLOGISCH

## Bulletin



# Inhoud

---

JAARVERSLAG VAN HET HUISARTSREGISTRATIESYSTEEM, DEN HAAG 1987	4
Cervix-uitstrijkje H.G.J. Nijhuis	6
Ulcus Cruris J. Relyveld	10
Sterfsituatie H.G.J. Nijhuis	14
Suïcidaal gedrag Prof.dr. W.J. Schudel	18
Wratten Dr. A.H. Bergink	20
Polsfractuur/distale onderarm I. Verkade-Burger	25
Ferriprive anemie bij kinderen (0-10 jaar) G.M. de Jong	29

---



# Jaarverslag van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag 1987

In het Huisartsregistratiesysteem Den Haag verzamelen huisartsen epidemiologische gegevens omtrent ziektebeelden en gebeurtenissen verkregen over een deel van de populatie van Den Haag. Onderstaande huisartsen maakten in 1987 deel uit van het huisartsregistratiesysteem:

J.J.M. Avezaat	M.G. van Gelderen
M.J.Th. Lutjenhuis	R. Kanters
F.A. Balder	H.H.M. Kranendonk
K.F. van der Bent	P. van Leeuwen
H.J. Lamers	M.A. Oorthuys
L. Beukman	Ph. Oosterhout
W.L.I. Bogaartz	W.J. Pameijer
P.C. van Braam van Vloten	W. Pameijer-Eggink
F.D. Brons	J.C.B.M. Rensing
F.R.M.D. Vrijaldenhoven	R. Schüchner
M.F. Cox	P.H. Snel
J. Marmelstein	P.R.H. Vermeulen
R. Hulsebosch	R. van Spronsen
R. Jamin	P.R.H. Vermeulen

Deze 28 huisartsen zijn werkzaam op 28 verschillende praktijkadressen verspreid over de stad (figuur 1). De gezamenlijke praktijkpopulatie bestrijkt ongeveer 13% van de Haagse bevolking en is zodanig samengesteld dat ze representatief mag worden genoemd voor de variabelen leeftijd, sociaal-economisch niveau en percentage migranten.

In 1987 registreerden de huisartsen de volgende ziektebeelden of gebeurtenissen:

- Wratten (verrucae, condylomata acuminata, mollusca contagiosa)
- Cervix-uitstrijkje
- Ulcus cruris
- Fractuur pols/distale onderarm
- Ferriprive anemie bij kinderen (0-10 jaar)
- Sterfsituatie
- Suïcidaal gedrag

Bovengenoemde items zijn volgens zorgvuldig opgestelde criteria en afspraken geregistreerd op weekstaten of aanvullende registratieformulieren (ulcus cruris). De aard van de gegevens die over de verschillende ziektebeelden/gebeurtenissen is verzameld was sterk afhankelijk van het onderwerp. Behalve naar leeftijd en geslacht gaat de aandacht uit naar onder andere risicofactoren, toedracht symptomen, wijze van diagnostiseren en interventie van de huisarts.

Het huisartsregistratiesysteem kent de volgende organisatiestructuur.

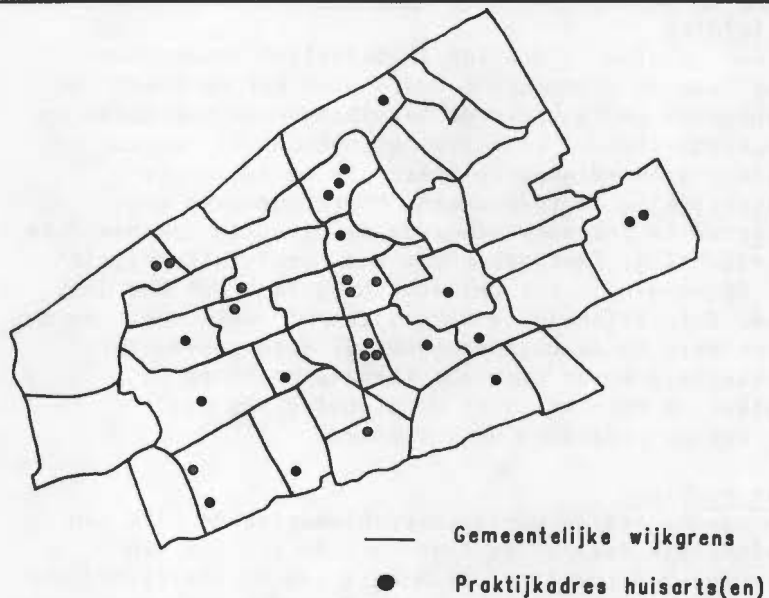
De dagelijkse leiding en uitvoering berust bij het Stafbureau Epidemiologie van de GG en GD Den Haag:  
H.G.J. Nijhuis - arts-epidemioloog (projectleider)

I. Verkade-Burger - onderzoekmedewerkster

De projectbegeleiding vindt plaats in een groep bestaande uit:

F.A. Balder - huisarts in Den Haag  
J.C.B.M. Rensing - huisarts in Den Haag

Figuur 1. Praktijklocaties van de deelnemende huisartsen aan het Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1986.



R. van Spronsen - huisarts in Den Haag  
 Dr. A.H. Bergink - jeugdarts, GG en GD Den Haag  
 H.G.J. Nijhuis - arts-epidemioloog  
 Ir. H.W.A. Struben - wetenschappelijk medewerker  
 Als adviseurs van het registratiesysteem treden op:  
 J.W.H. Garvelink - directeur GG en GD Den Haag  
 Dr. A.P. Oliemans - huisarts in Den Haag  
 Prof.dr.J.D.Mulder - hoogleraar Huisartsgeneeskunde  
 Rijksuniversiteit Leiden

De selectie van de te registreren items is voorbereid door de begeleidingsgroep. De uiteindelijke keuze van de ziektebeelden en gebeurtenissen vindt zoals ieder jaar plaats tijdens een gezamenlijke bijeenkomst van de deelnemende huisartsen. ■



# Cervix-uitstrijkje

## Inleiding

Reeds geruime tijd wordt in Nederland, waaronder Den Haag de discussie gevoerd over het opzetten van regionaal georganiseerde bevolkingsonderzoeken op cervixcarcinoom. Een uitgangspunt daarbij is dat de huisarts de eerst-aangewezen is om de cervix-uitstrijkjes te verrichten. Hoofdonderwerp van gesprek is intussen geworden de financiering van deze verrichting. 'Het maken van een cervix-uitstrijkje' is opgenomen in het peilstationsysteem met het doel meer duidelijkheid te verkrijgen bij welk deel van de populatie in de huisartspraktijk deze preventieve activiteit wordt verricht. Kennis hierover is alleszins relevant voor de planning van een screeningsprogramma op cervixca.

## Het probleem

De omvang van de cervixca-problematiek is voor een belangrijk deel af te lezen uit de sterfte ten gevolge van cervixca. De hoogte van de sterftcijfers en veranderingen daarin vertellen iets over het vóórkomen van cervixca (de incidentie) en de invloed van succesvolle geneeskunde en/of screening.

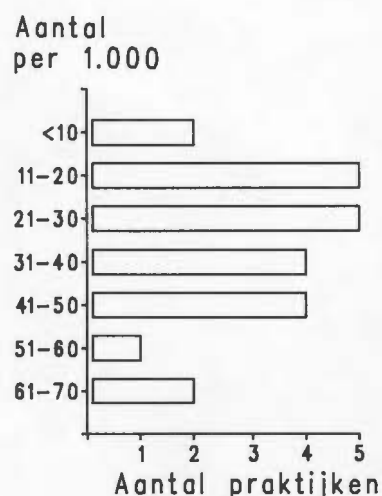
In tabel 1 staat de gemiddelde sterfte per jaar aan cervixca, over de periode 1979-1986 weergegeven in absolute aantallen en per 10.000 vrouwen in Nederland en Den Haag voor verschillende leeftijdsgroepen. We zien dat de sterfte aan cervixca het zwaarst toeslaat in de leeftijdscategorieën boven de 55 jaar.

Daarnaast is te zien dat de sterfte in Den Haag iets hoger uitvalt dan in de rest van Nederland, hetgeen gezien de 'grote stads'-cultuur van Den Haag (en daarmee samenhangende sexuele gedragingen) valt te verwachten.

Met name interesseren ons de absolute aantallen daar deze in absolute zin de omvang van de problematiek weergeven waarop we ons richten met onze screenings-inspanningen. De laatste jaren is in de stad Den Haag een absolute sterfte van rond de 18 gevallen geregistreerd; voor de regio 'Groot Den Haag' bedraagt de omvang gemiddeld 27 gevallen.

Evaluatiestudies van screeningsprogramma's elders maken gewag van het feit dat effecten op de sterfte van cervixca pas over langere termijn mogen worden verwacht. Gunstige effecten op het aantal ziekte-

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.



Figuur 1. Spreiding van het aantal verrichte preventieve cervix-uitstrijkjes (per 1.000 per jaar) in de huisartspraktijken. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Tabel 1. Gemiddelde absolute en relatieve sterfte (per 10.000 vrouwen per jaar) aan cervixca naar leeftijd. Den Haag en Nederland, 1979-1986.

Leeftijd	Den Haag		Nederland	
	Absoluut	Relatief	Absoluut	Relatief
20-34 jaar:	1	0,02	11	0,01
35-54 jaar:	4	0,1	74	0,05
55-64 jaar:	5	0,2	73	0,13
> 64 jaar :	8	0,2	162	0,2

Tabel 2. Aantal cervix-uitstrijkjes op medische en preventieve gronden verricht in het Huisartsregistratiesysteem en geëxtrapoleerd naar Den Haag voor 1987.

Reden	HRS	DHG
Medisch :	395	3.051
Preventief:	1.615	12.475
Totaal :	2.010	15.526

gevallen en op de stadia waarin de ziekte voor het eerst ontdekt wordt treden eerder op. Evenwel een cijfermatige aanduiding van het effect van screening op de volksgezondheid is vooralsnog niet te geven.

#### Het screenen in de huisartspraktijk

Wat gebeurt er op het ogenblik in de Haagse huisartspraktijk?

In tabel 2 staan weergegeven de absolute aantallen cervix-uitstrijkjes verricht in het peilstation-systeem en geëxtrapoleerd naar Den Haag.

Onderscheid is gemaakt tussen screening op 'medische indicatie' (bij klachten) en 'preventieve' screening (zonder klachten).

Naar schatting zijn door de huisartsen in Den Haag ruim 15.500 uitstrijkjes verricht in 1987. Hiervan zijn er ruim 3.000 op medische indicatie gemaakt en ongeveer 12.500 louter preventief.

In figuur 1 staat de spreiding van de aantallen preventieve uitstrijkjes (per 1.000) voor de huisartspraktijken weergegeven. Het is evident dat er een forse spreiding bestaat, hetgeen wil zeggen dat de opstelling van de huisarts zeer bepalend is voor het aantal preventieve uitstrijkjes dat in zijn praktijk plaatsvindt. De gevonden spreiding kan namelijk onmogelijk worden verklaard door verschillen in de doelbevolking per praktijk.

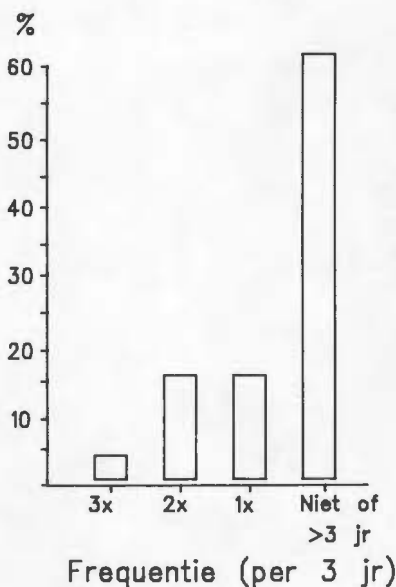
Gemiddeld verricht de Haagse huisarts 70 preventieve uitstrijkjes per jaar.

In figuur 2 staan enkele karakteristieken van het preventieve uitstrijken weergegeven. Voor de vrouwen wordt uitgebeeld met welk tijdsinterval een uitstrijkje is verricht (minder dan één jaar geleden; één tot twee jaar geleden; twee tot drie jaar geleden; voor het eerst of langer dan drie jaar geleden).

Het blijkt dat de meeste van de gescreende vrouwen voor het eerst of met een interval langer dan drie jaar komen (62%), 33% zit tussen de één en drie jaar en een klein deel (5%) kwam reeds binnen een jaar opnieuw voor screening.

Het is belangrijk na te gaan welk percentage in diverse leeftijdsgroepen van de doelbevolking wordt bereikt door de screening in de huisartspraktijk. We onderscheiden als leeftijdsgroepen 15-24, 25-34, 35-54 en 55 en ouder. Van deze groepen wordt de categorie vrouwen van 35-55 jaar als 'officiële' doelgroep voor het screenen op cervixca beschouwd. De sterftecijfers uit tabel 1 geven duidelijk aan hoe arbitrair deze 'officiële' keuze is. Niet alleen is er sterfte aan cervixca onder de 35 jaar, maar ook is deze sterfte op een leeftijd ouder dan 65 (10 jaar na de grensleeftijd 55) zeer hoog.

In tabel 3 staat weergegeven het gemeten aantal preventieve uitstrijken, de totale omvang van leeftijdsspecifieke doelgroepen en het bereikte



Figuur 2. Aantallen preventieve cervix-uitstrijkjes naar frequentie per drie jaar. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.



Tabel 3. Aantal preventieve cervix-uitstrijkjes, omvang doelgroep en bereikt percentage naar leeftijd. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Leeftijd	Aantal cervix-uitstrijkjes	Omvang doelgroep	Percentage bereikt
15-24 jaar :	124	4.379	3
25-34 jaar :	829	4.609	18
35-54 jaar :	881	6.395	14
Ouder dan 54 jaar:	158	10.543	1.5

percentage naast elkaar. Het 'gemeten' aantal heeft een statistische bewerking ondergaan zodanig dat vrouwen, die de afgelopen drie jaar meer dan één keer zijn gescreend slechts éénmaal worden geteld. De vrouwen die voor het eerst gescreend zijn, zijn verhoudingsgewijs meegenomen opdat een vrouw uiteraard de gelegenheid moet hebben eens vanwege haar leeftijd voor het eerst mee te draaien in het screeningsprogramma.

Onder 'gemeten' worden aldus de vrouwen gerekend die één of meerdere keren per drie jaar voor een uitstrijkje bij de huisarts komen. We zijn ons ervan bewust dat de percentages, op deze wijze berekend, een onderwaardering betekenen van screeningsbezoek in het algemeen. 'Bereikt' is derhalve te interpreteren als gebruikmakend van de screeningsmogelijkheid met het juiste interval.

We zien in tabel 3 dat over de hele linie de percentages 'bereikt' zeer laag uitvallen. In de 'officiële' doelgroep (35-54 jaar) is het bereik slechts 14%. In een vergelijkbaar onderzoek is in Amsterdam een percentage van 9,7% gevonden (1). Het bereikte percentage in de jongere groep (25-34 jaar), over welke groep momenteel veel discussie is, is 18%. In de andere twee leeftijdscategorieën is het percentage bereikt 3,0% en 1,5%.

Als conclusie willen we vaststellen dat in de bestaande situatie slechts een klein gedeelte van de doelgroep vrouwen op de juiste manier gebruik maakt van de screeningsmogelijkheid bij de huisarts. Enkele kanttekeningen zijn hier gepast. Een deel van de doelgroep vrouwen zal gebruik maken van de mogelijkheid van screening bij andere hulpverleners (bijvoorbeeld gynaecologen). Zoals ook uit dit onderzoek blijkt behoort een groot aantal vrouwen tot de categorie 'onregelmatigen' respectievelijk 'incidentelen' die gedeeltelijk buiten het percentage 'bereikt' vallen.

Wel is een belangwekkende constatering te doen aan de hand van figuur 1. Uit het getoonde spreidingsbeeld voor de 23 peilstationpraktijken blijkt dat sprake is van huisartsen met een zeer hoog 'bereik' en met een zeer laag 'bereik'. De opstelling van de huisarts blijkt met andere woorden zeer bepalend voor het resultaat.

In dat verband is nog een belangwekkende observatie

---

te doen in de peilstationregistratie. Uit veelvuldig onderzoek is bekend dat de utilisatie van screeningsfaciliteiten als hier besproken het laagst is bij lagere sociale klassen. In ons onderzoek was het mogelijk om via praktijkadres van de huisarts en woonadres van de vrouw een indicatie te hebben van het sociale niveau van de diverse praktijkbevolkingen (2). Uit de registratie nu blijkt dat in één praktijk met een uitgesproken sociaal zwakke praktijkbevolking een opmerkelijk hoog bereik is gemeten. Deze aanvulling illustreert nogmaals het belang van de opstelling van de huisarts bij de opkomst. Immers onder sociaal gezien 'ongunstige' omstandigheden is een hoog bereik kennelijk haalbaar.

Tot slot

De vrouwen in Den Haag maken slechts beperkt en onregelmatig gebruik van de mogelijkheid van screening bij de huisarts. Het blijkt dat de opstelling van de huisarts in belangrijke mate bepalend is voor het gebruik van deze geïntegreerde, eerstelijns- preventieve voorziening. Het uitgangspunt bij de planning inzake de screening op cervixca is zoals eerder gezegd dat het cervix-uitstrijkje wordt verricht in de huisartspraktijk. De gepresenteerde informatie vormt een sterk argument voor de stelling dat een goed georganiseerd oproepsysteem nodig is om het bereikte percentage op een acceptabel niveau te krijgen. Hiervoor is een screeningsprogramma onder een goede centrale coördinatie nodig. Daarnaast moet uiteraard een actieve opstelling van de huisarts, indien de verwachting bestaat dat daarmee de opkomst gebaat zou zijn, worden bewaarheid. Het is met andere woorden aan de huisarts om deze nieuwe ontwikkeling, ook voor de huisartsgeneeskunde tot een succes te maken. ■

1. Jaarverslag 1985 van het Amsterdams Peilstation Projekt. GG en GD, Sector Volksgezondheid en Milieu. Amsterdam 1986.
2. Nijhuis HGJ, Struben HWA, Verkade-Burger I. Den Haag in sociaal-demografisch perspectief: een maat voor volksgezondheid. GG en GD, Stafbureau Epidemiologie. Den Haag, mei 1986.



# Ulcus cruris

## Inleiding

Het ulcus cruris is een chronisch huiddefect aan het (onder)been. Het komt voornamelijk voor bij bejaarden, werkt sterk invaliderend en kent een vaak moeizaam genezingsproces. In verreweg de meeste gevallen (90%) berust het ulcus op chronisch veneuze insufficiëntie. Vijf procent komt voor rekening van arteriële stoornissen en het overige deel kent een pluriforme verzameling van oorzaken.

Gezien de medische en sociale implicaties enerzijds en de toenemende vergrijzing anderzijds is besloten om deze chronische aandoening in het huisartsregistratiesysteem op te nemen. Bij deze registratie gaat de belangstelling met name uit naar de omvang van de ulcusproblematiek in Den Haag, de gehanteerde therapieën en de wijze waarop de zorgverlening op dit moment plaatsvindt. Veel van deze informatie is verkregen door middel van aanvullend onderzoek.

## Epidemiologische kenmerken

In totaal zijn 84 patiënten met een ulcus cruris door de huisartsen geregistreerd in 1987. Dit levert een prevalentiecijfer op voor Den Haag van 1,7 per 1.000 inwoners. Omdat ulcus cruris nauwelijks gezien wordt beneden de 40 jaar is het beter dit cijfer te relateren aan de bevolking boven de 40 jaar.

Ook in Den Haag zijn alle patiënten ouder dan 40. De leeftijdspecifieke prevalentie voor personen ouder dan 40 is 3,2 per 1.000 inwoners. Deze cijfers komen redelijk overeen met een Engelse studie van Cornwall e.a. uit 1981-1982 die aantallen vermelden van respectievelijk 1,8 en 3,8 per 1.000 (1).

De leeftijd- en geslachtspecifieke prevalentiecijfers van 17 mannelijke en 67 vrouwelijke patiënten geven bij relatie aan de Haagse bevolkingsopbouw een verdeling te zien zoals vermeld staat in figuur 1. Opvallend is de duidelijke stijging, met name bij vrouwen, bij het vorderen van de leeftijd.

In figuur 2 worden de leeftijdspecifieke cijfers voor mannen en vrouwen samen vergeleken met de resultaten uit het onderzoek van Cornwall (1). Voor 40- tot 60-jarigen ligt de prevalentie in Den Haag wat hoger, bij de oudere groepen liggen deze cijfers lager dan in genoemde studie.

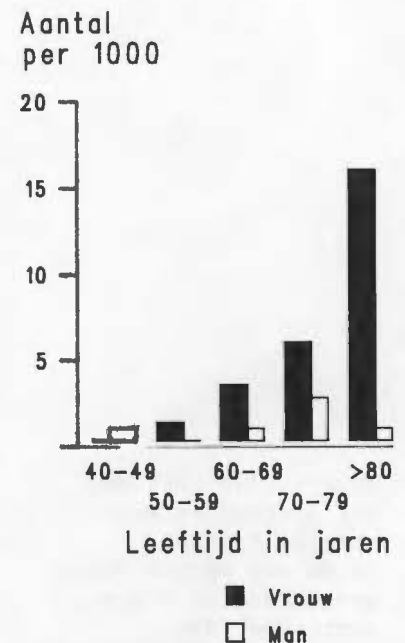
Aangezien Cornwall geen geslachtspecifieke prevalentiecijfers geeft zijn deze resultaten vergeleken met een andere Engelse studie van Callam e.a. (2).

Hieruit blijkt dat de prevalentie van ulcus cruris voor patiënten boven 40 jaar bij vrouwen ongeveer 2,5 maal hoger ligt dan bij mannen. In Den Haag is deze man-vrouw verhouding 1:3.

## Therapie

Het aantal verschillende therapie mogelijkheden is zeer groot, aangezien het ontbreken van gegevens uit klinisch onderzoek over de effectiviteit van therapieën een consensusbehandeling voor ulcus cruris in de weg staat. Essentieel bij de behandeling is het alert zijn op onderliggende oorzaken als diabetes,

*J. Relyveld, arts werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.*



*Figuur 1. Leeftijd- en geslachtspecifieke prevalentiecijfers van het ulcus cruris. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.*

Tabel 1. Overzicht van de medicamenteuze middelen toegepast bij de behandeling van het ulcus cruris verdeeld in enkel- en meervoudige therapievormen. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Medicatie	Mono-	Di-	Tri-	Totaal	Medicatie	Mono-	Di-	Tri-	Totaal
Duoderm :	7	6	6	19	'Droog' :	2	2	1	5
Elase :	3	6	5	14	Solcoseryl :	1	1	1	3
Fucidin :	5	5	3	13	Fysiologisch z.:	1	-	1	2
Sofratulle :	3	1	1	5	Tetracycline :	-	1	1	2
Antibiotica:	1	-	-	1	LWC+1% tetrac. :	-	1	1	2
ZOK-zalf :	6	8	6	20	Dermatolpoeder :	-	1	-	1
PVP-jodium :	7	7	9	23	Diprosalic :	-	-	1	1
Flammazine :	2	-	-	2	Nebacetine :	-	-	1	1
					Zwitsal :	-	-	1	1
					Levertraanzalf :	-	-	1	1
					H <sub>2</sub> O <sub>2</sub> :	-	-	1	1

ischaemie, hypertensie of decompensatio cordis (3).

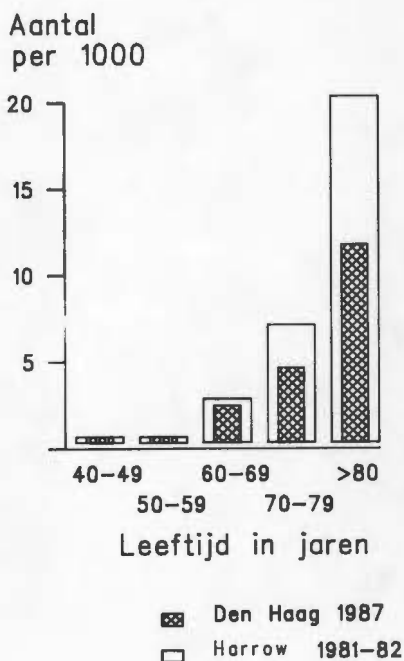
In de meeste gevallen ontstaat het ulcus cruris vanwege een veneuze insufficiëntie, en de behandeling moet dus in eerste instantie gericht zijn op een verbetering van de circulatie, hetzij door mobiliseren van de patiënt, hetzij door hoogleggen van het been (4).

Het effect hiervan kan nog versterkt worden door het aanbrengen van compressie in de vorm van zwachtels of steunkousen. Naast deze basisvoorwaarden voor wondgenezing bestaan er vele therapieën om de genezing te ondersteunen. Ook in het peilstation-systeem is het ulcus cruris op diverse wijzen behandeld. Voor de 84 geregistreerde patiënten zijn in totaal 24 verschillende therapie mogelijkheden gebruikt, al dan niet in combinatie (tabel 1).

Bij 38 patiënten is gekozen voor een enkelvoudige therapie. In de meeste gevallen schreven de huisartsen een 'wondreiner' voor ter vermindering van wond-debris of wond-exsudaat (Elase/Duoderm). Ook werd veel een lokaal-antibioticum of een lokaal-antisepticum gekozen. Zes patiënten kregen een iets indrogende indifferente zalf (ZOK-zalf) toegediend en vier zijn ondergebracht in een restcategorie met 'droog' verbinden, solcoseryl gelei of fysiologisch zout.

34 Patiënten zijn behandeld met een combinatie van therapieën, hetzij na elkaar, hetzij te zelfder tijd. 20 Maal zijn twee middelen gecombineerd en in 14 gevallen is een combinatie van drie of meer middelen toegepast. Regelmatig ging het om een van de volgende drie combinaties: ZOK-zalf met PVP-jodium (Betadine) (8x); Duoderm en Elase (5x); Elase en PVP-jodium (4x). De overige 17 patiënten kregen 16 verschillende combinaties.

Aangaande de gebruikte compressiemethoden kan gemeld worden dat het meest gebruik gemaakt is van een



Figuur 2. Leeftijd-specifieke prevalentie-cijfers van het ulcus cruris in Den Haag vergeleken met de Engelse studie van Cornwall.

elastische zwachtel (33%) of kous (19%). In 17% van de gevallen viel de keus op een bandage (tabel 2).

#### Ontstaan en verloop

In 1987 zijn 45 gevallen van ulcus cruris voor het eerst behandeld door de huisarts. Bijna de helft (22) zag de huisarts in de laatste vier maanden van het jaar voor het eerst.

De ziektegeschiedenissen van het ulcus geven een zeer pluriform beeld te zien. Van 60 patiënten zijn hierover gegevens verzameld (te weten 33 nieuwe en 27 bestaande gevallen). Wanneer we ons richten op de nieuwe ulcera dan valt een zeer wisselend verloop waar te nemen. De termijn waarbij volledige genezing bereikt wordt varieert van een week tot vele maanden. Bij 36% is aan het eind van het jaar nog geen genezing bereikt; doch in zes van deze gevallen openbaarde het ulcus zich pas in de laatste weken van het jaar. Onder de bestaande gevallen vinden we een flink aantal (37%) dat ofwel chronisch open blijft ofwel regelmatig recidiveert.

Bij vijf patiënten is een onderliggende aandoening genoemd, die ofwel het ulcus veroorzaakte ofwel de wondgenezing verhinderde. Deze waren: de combinatie adipositas met hypertensie, diabetes en oedeem op basis van decompensatio cordis.

De huisarts verwees in 1987 ongeveer een vijfde deel van de patiënten met ulcus cruris door naar de specialist voor verdere behandeling

#### Zorgverlening

Aangezien de wondverzorging minstens zo belangrijk is als de keuze van therapie, is nagegaan door wie de verzorging van het ulcus is uitgevoerd (tabel 3). Voor ruim de helft (52%) van de patiënten geldt dat zij zelf hun ulcus konden verzorgen; bijna een kwart (23%) heeft verpleegkundige hulp (veelal een wijkverpleegster of bejaardenverzorgster) bij de dagelijkse wondverzorging en één patiënt is aangewezen op de zogenaamde informele mantelzorg (familie, vrienden, burens). 13% Van de patiënten heeft een combinatie van deze verschillende wijzen van zorgverlening.

#### Tijdsinvestering

Het ulcus cruris is een chronische, vaak recidiverende aandoening waarvoor dikwijls de hulp van de huisarts wordt ingeroepen. Deze tijdsbelasting van de huisarts hebben we gekwantificeerd door het aantal en de gemiddelde duur van de ulcus cruris consulten te laten registreren.

Het blijkt dat een kleine groep patiënten (10%) ruim 30% van het totale aantal consulten voor ulcus cruris in 1987 voor zich opeist en evenzo meer dan 30% van de totale behandelingsduur. Deze groep kent een gemiddeld aantal consulten van 12 en een gemiddelde behandelingsduur van 126 minuten. Tegenover deze relatief kleine arbeidsintensieve groep staat een grote groep van 60%, die gemiddeld iets meer dan twee consulten nodig

Tabel 2. Compressiemiddelen toegepast bij de behandeling van het ulcus cruris. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Compressie	Aant.	%
Elast. zwachtel:	28	33
Kous :	16	19
Bandage :	14	17
Tricot zwachtel:	8	10
Tubigrip :	2	2
Overige :	2	2
Geen :	10	12
Onbekend :	9	11

Combinaties mogelijk (N=84)



Tabel 3. Gevallen van ulcus cruris naar soort zorg. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Soort zorg	Aant.	%
Zelfzorg	: 54	64
Mantelzorg	: 6	7
Paramed.zorg:	26	31
Onbekend	: 9	11

Combinaties mogelijk (N=84)

heeft en gemiddeld 18 minuten totale behandeltijd. De totale tijd die in 1987 aan de behandeling van het ulcus cruris is besteed voor alle patiënten bedraagt 55 uur, verdeelt over 352 consulten. Dit levert een gemiddelde op van bijna tien minuten per consult. Opvallend is dat de gemiddelde tijdsduur per consult voor de arbeidsintensieve groep ruim 30% hoger ligt (respectievelijk 7,8 en 10,5 minuten). De verdeling van de behandeltijd voor het ulcus cruris tussen huisarts en praktijkassistente toont dat de artsen 87% hiervan voor hun rekening nemen. Van de consulten vond 37% plaats bij de patiënt thuis.

#### Resumé

Het ulcus cruris komt ook in Den Haag voornamelijk voor bij hoogbejaarde vrouwen. Boven 40 jaar is er een prevalentie van 3,2 per 1.000 inwoners. Gezien het tijdsconsumerende aspect voor de huisarts van deze chronische aandoening valt te overwegen of een meer efficiënte aanpak van het ulcus bereikt zou kunnen worden door meer verpleegkundige hulp bij de verzorging van het ulcus in te schakelen. ■

1. Cornwall JV, Doré CJ, Lewis JD. Leg ulcers: epidemiology and aetiology. *Br J Surg* 1986; 73: 693-6.
2. Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J* 1985; 290: 1855-6.
3. Dressing for Leg Ulcers. *Drug Ther Bull* 1986; 24: 9-12.
4. Ryan TJ. Current Management of Leg Ulcers. *Drugs* 1985; 30: 461-8.

# Sterfsituatie

'Je sterft niet omdat je geboren bent noch omdat je hebt geleefd, noch van ouderdom. Je sterft aan iets. Alle mensen zijn sterfelijk, maar voor iedereen is zijn dood een ongeluk en zelfs, als hij die kent en er zich aan overgeeft, een ongewenste, opgedrongen gewelddaad' (1)

H.G.J. Nijhuis, arts-epidemioloog, hoofd Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

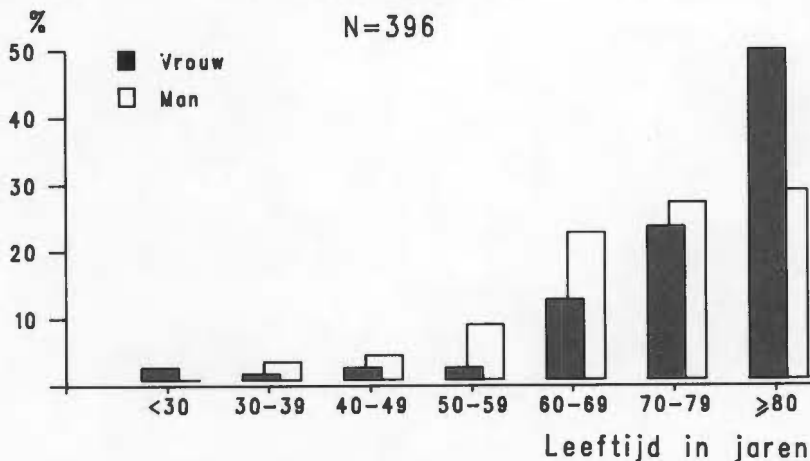
We hebben ons afgevraagd in welke omgeving mensen in Den Haag sterven en of deze omgeving door hen en door hun naasten als gewenst wordt ervaren. De peilstationartsen is daarom verzocht alle sterfgevallen, die zij begeleiden in hun praktijk of waarvan zij achteraf in kennis zijn gesteld, te registreren en te beoordelen op een aantal karakteristieken. De belangrijkste is of naar het oordeel van de huisarts de situatie waarin mensen dood gingen door henzelf en hun naaste omgeving als gewenst werd ervaren. De waarneming en de interpretatie van de huisarts vormen het fundament van dit onderzoek.

## Enkele sterftcijfers

Om na te gaan of de peilstationregistratie enigszins volledig en betrouwbaar is geweest vergelijken we de gegevens van dit systeem met de officiële sterftcijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Totaal zijn 396 sterfgevallen door de huisartsen geregistreerd. Het bruto-sterftcijfer op basis van dit getal wordt 8,2 per 1.000. Het CBS-cijfer is 12,3 per 1.000 voor Den Haag in 1986. We hebben dus te maken met een onderrapportage.

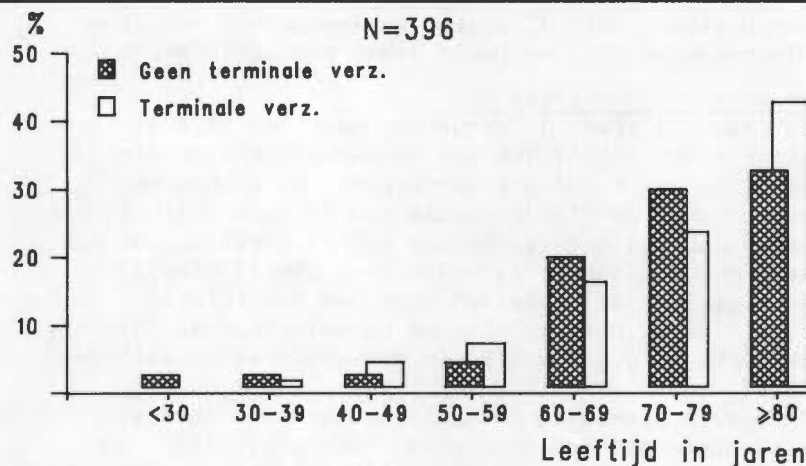
Vergelijken we de naar oorzaak gespecificeerde sterftcijfers van het registratiesysteem met die van het CBS dan vinden we in de peilstationregistratie relatief minder oorzaken zoals nieuwvormingen die gepaard gaan met een langdurig ziekteproces. Hiertoe kan hebben bijgedragen dat de peilstationartsen niet volledig hebben kunnen registreren voor (oud)patiënten die (langdurig) in een verpleeghuis opgenomen zijn.

Het blijkt derhalve dat sterfte-analyses op basis van de peilstationregistratie geen 100% valide beeld



Figuur 1. Sterfgevallen naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Figuur 2. Sterfgevallen naar leeftijd afzonderlijk voor personen voor wie wel en geen terminale verzorging noodzakelijk was. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.



geven van de daadwerkelijke mortaliteit.

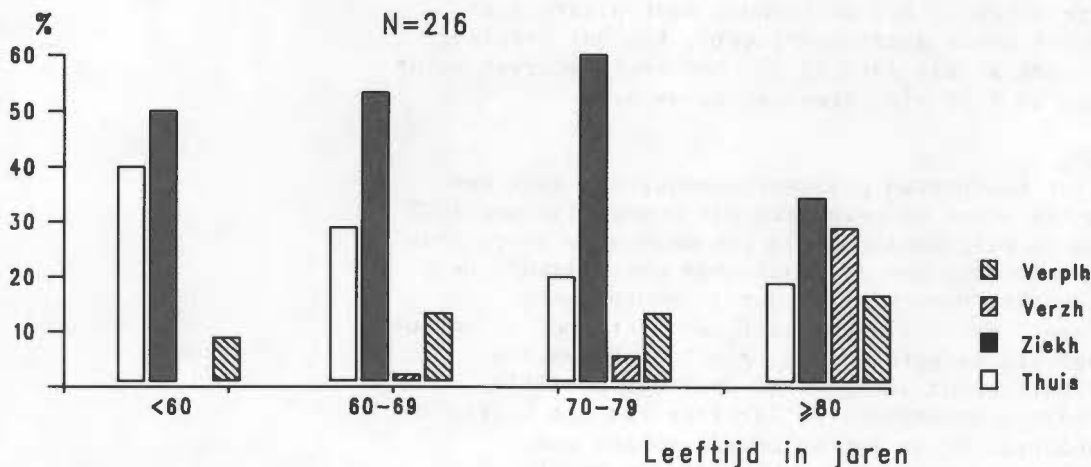
Desalnietemin wordt de registratie voor een explorerend onderzoek naar de gewenstheid van de sterfsituatie adequaat geacht.

In figuur 1 staat verder nog de 'peilstationsterfte' naar leeftijd en geslacht. We zien dat de sterfte onder mannen een sprong maakt bij 60-69 jaar en dan geleidelijk verder oploopt. Bij vrouwen wordt de sterfte weliswaar op dezelfde leeftijd discontinu hoger, maar sprake van een sprong is er op die leeftijd niet. De grote sterfte onder vrouwen slaat pas op de leeftijden boven de 80 jaar toe.

#### Terminale verzorging

In figuur 2 staat weergegeven hoe de leeftijdsverdeling van mensen is die sterven na een periode van intensieve verzorging in vergelijking tot gevallen waar dit niet het geval is.

Zoals te verwachten is blijken zeer oude mensen eerder terecht te komen in een laatste levensfase waar terminale verzorging moet worden geboden. Minder oude bejaarden gaan vaker dood zonder terminale



Figuur 3. Sterfgevallen met terminale verzorging naar leeftijd en plaats van overlijden. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.



zorgperiode, dat wil zeggen na een acuter verlopend ziekteproces (bijvoorbeeld acute myocardinfarcten).

#### De plaats van overlijden

In figuur 3 staat de verdeling naar leeftijd en locatie van overlijden van de geregistreerde sterfgevallen met terminale verzorging. We achten het niet zinvol om bij de studie van de wenselijkheid van de plaats van het overlijden ook de gevallen met een meer acuut karakter te betrekken. Immers hierbij is de plaats hetzij opgelegd door het lot (plots overlijden), hetzij dwingend bepaald door de vereiste medische zorg (bijvoorbeeld myocardinfarct: ziekenhuis).

De meeste terminale zorggevallen sterven in het ziekenhuis gevolgd door thuis, verzorgingshuis en verpleeghuis. Men realiseert zich dat deze cijfers niet de kans om op een bepaalde plaats te sterven uitdrukken, maar in absolute zin een verdeling laten zien van een groep sterfgevallen.

De sterfgevallen 'thuis' zijn relatief jong. De gevallen in verzorgings- en verpleeghuis zijn relatief oud. Ten opzichte van de laatste twee lokaties zijn ook de sterfgevallen in ziekenhuizen relatief jong te noemen.

Het uiteindelijke doel van deze studie is om meer inzicht te verschaffen in de wenselijkheid van de plaats van overlijden. Tabel 1 en figuur 4 geven hierover de belangrijkste informatie. Ook nu weer zijn om dezelfde redenen als hierboven genoemd slechts de gevallen met terminale verzorging weergegeven.

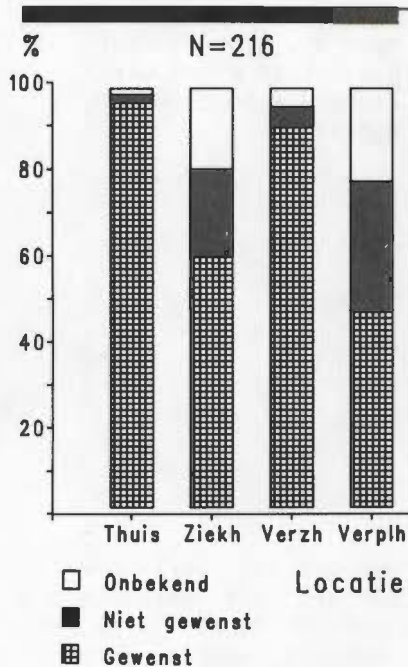
Bij 30 van de 216 sterfgevallen (13,9%) is de plaats van overlijden als ongewenst beoordeeld. Verreweg het grootste gedeelte van de ongewenste situaties betreft het sterven in het ziekenhuis (63,3%), gevolgd door het verpleeghuis (30,0%). Sterven thuis en in het verzorgingshuis wordt het minst als ongewenst ervaren. Bekijken we figuur 4 dan blijkt dat bij 18,8% van de sterfgevallen in het ziekenhuis deze plaats als ongewenst wordt gekarakteriseerd. Bij het verpleeghuis bedraagt dit deel 29,0%. Het thuis sterven wordt slechts in 1,9% als ongewenst ervaren.

#### Epiloog

Het hier beschreven peilstationonderzoek kent een dusdanige opzet en werkwijze dat onmogelijk een 100% valide en betrouwbaar beeld kan worden geleverd over 'de gewenstheid van de plaats van overlijden'. De belangrijkste beperking is dat de voornaamste informant, de overledene zelf, er niet meer is om een oordeel uit te spreken. Een groot probleem van validiteit wordt ook gevormd door het moeilijk ontleedbare samengestelde karakter van het begrip gewenstheid. Er is immers steeds sprake van medisch-technische gewenstheid (bijvoorbeeld technische voorzieningen, haalbaarheid intensieve verzorging) en een 'sociale' gewenstheid

Tabel 1. Plaats van overlijden van personen voorwie terminale verzorging noodzakelijk was en waarbij deze locatie als ongewenst ervaren werd. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Plaats	Aantal	%
Ziekenhuis:	19	63.3
Verpl.huis:	9	30.0
Verz.huis :	1	3.3
Thuis :	1	3.3
Totaal :	30	100.0



Figuur 4. Sterfgevallen met terminale verzorging naar plaats van overlijden en de gewenstheid van deze locatie. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

(bijvoorbeeld vertrouwde omgeving, dichtbij je naasten).

Toch achten we deze oriëntatie op basis van het oordeel van de huisarts, die in een positie verkeert om zich een redelijk integraal beeld te vormen, alleszins relevant. De hier neergelegde informatie vormt een belangrijk signaal. Er zijn te veel mensen die de laatste fase van hun leven doorbrengen op een plaats, in een omgeving die zij niet verkiezen.

Uit onze informatie is niet op te maken of het gesignaleerde probleem groeiend, stationair of afnemend is. Ook zou meer gedetailleerde informatie nodig zijn om een beter gefundeerd oordeel uit te spreken. We zijn evenwel van mening dat het vastgestelde signaal een uitnodiging is voor nadere bezinning zowel binnen als buiten de professionele gezondheidszorg.

'.....voor iedereen is zijn dood een ongeluk en zelfs, als hij die kent en er zich aan overgeeft, een ongepaste, opgedrongen gewelddaad'(1)  
 .....  
 'die ook nog dikwijls onder ongewenste omstandigheden moet worden ondergaan'.

1. Beauvoir S de. Een zachte dood. Hilversum: De Boer, 1965.

# Suïcidaal gedrag

De registratie van suïcides en parasuïcides is voor het vierde achtereenvolgende jaar opgenomen in het Huisartsregistratiesysteem Den Haag. Naast het streven de ware incidentie van suïcidaal gedrag zo dicht mogelijk te benaderen, wordt tevens getracht trendmatige veranderingen te ontdekken. Dit laatste geldt vooral de niet-lethale gedragingen, waarop in veel grotere mate demografische en socio-culturele variabelen van invloed lijken te zijn. Bovendien is van oudsher de registratie van suïcides in Den Haag door de samenwerking met onder andere de politie en de GG en GD zeer nauwkeurig geweest.

Het item is geregistreerd aan de hand van de volgende definitie:

Suïcidaal gedrag is een vrijwillige handeling waaruit kan worden opgemaakt dat de betreffende persoon

- duidelijk de intentie had zichzelf te willen doden of ernstig lichamelijke schade toe te brengen,
- een dergelijk 'suïcidaal' gedrag vertoonde met andere intentie dan zichzelf te willen doden of ernstige lichamelijke schade toe te brengen.

In 1987 zijn 53 gevallen van parasuicide en 11 suïcides opgegeven door de 28 in het systeem deelnemende huisartsen. Tabel 1 laat zien dat jaarlijks ruim één op de duizend Hagenaars suïcidaal gedrag vertoont waarvan de huisarts in kennis wordt gesteld. Een Haagse huisarts wordt gemiddeld tweemaal per jaar met suïcidaal gedrag in zijn praktijk geconfronteerd, waarvan eens in de twee à drie jaar met dodelijk afloop.

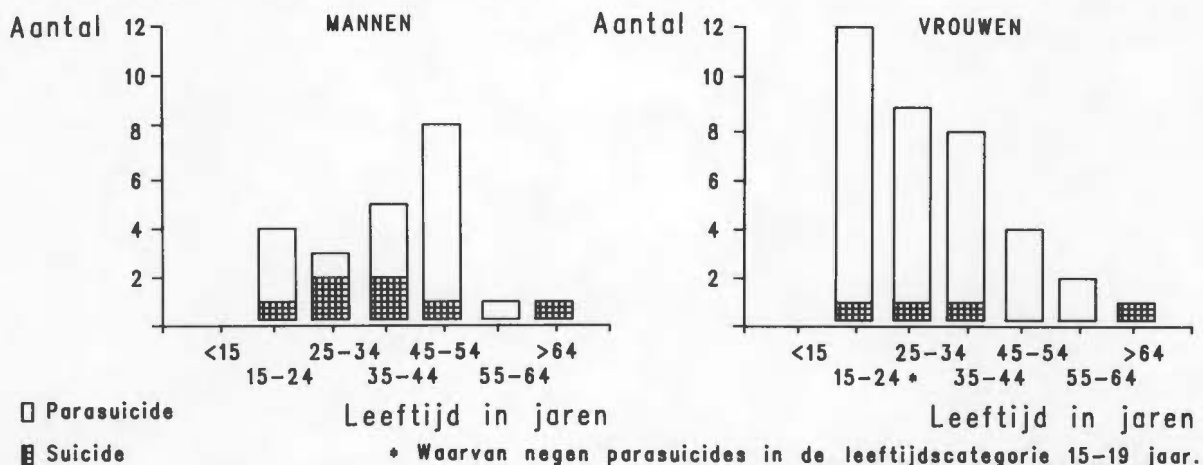
In figuur 1 is de verdeling naar leeftijd en geslacht weergegeven. Bij de parasuïcides komt het gebruikelijke beeld naar voren: een sterke oververtegenwoordiging van vrouwelijke patiënten vooral in de jongvolwassen leeftijdscategorieën. De parasuicide/suicide-ratio is bij de vrouwen veel groter dan bij de mannen, maar ook dat is een 'normaal' verschijnsel in de (para-)suicide-statistiek.

Opnieuw blijkt suicide onder jongeren in Den Haag

Prof.dr. W.J. Schudel,  
hoogleraar psychiatrie,  
Erasmus Universiteit  
Rotterdam.

Tabel 1. Het verloop van het relatief vóórkomen (per 10.000 per jaar) van suïcidaal gedrag. Huisartsregistratiesysteem Den Haag.

Periode	1986	1987
1e kwartaal:	13.8	9.0
2e kwartaal:	12.5	11.7
3e kwartaal:	7.4	7.5
4e kwartaal:	9.9	23.8
Hele jaar :	10.9	13.2



Figuur 1. Suïcidaal gedrag naar leeftijd en geslacht, verdeeld naar para- en suïcides. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.



Tabel 2. Parasuicide naar wijze van uitvoering (N=53, combinaties mogelijk). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Wijze	Aantal
Medicijnen	43
Snijwonden	5
Springen van hoogte, of voor trein/bus	2
Verdrinking	2
Vergif	1
Verstikking	1
Alcohol	5*

\* Steeds in combinatie

Tabel 3. Suïcidaal gedrag. Relatief vóórkomen (per 100.000 per jaar). Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

	1984	1985	1986	1987
Parasuicide	90	119	89	110
Suicide	7	7	20	23
Suïcidaal gedrag	97	126	109	132

uiterst zeldzaam voor te komen; de jongste overledene was een jongeman van 18 jaar (1). Overigens is het aantal suicide-gevallen in absolute zin te klein voor generalisering. De parasuicides lenen zich daarentegen wel voor een nadere analyse. Tabel 2 laat zien dat (evenals in 1985 en 1986) in ruim 80% van de parasuicides medicijnen zijn gebruikt, een aantal malen in combinatie met alcohol. Bij de gebruikte medicijnen bestond de gebruikelijke sterke voorkeur voor benzodiazepinen, gevolgd door analgetica. In 19 gevallen (36%) maakte de betrokkene gebruik van door de huisarts aan hem- of haarzelf voorgeschreven medicijnen. In de overige gevallen betrof het aan huisgenoten voorgeschreven medicatie of patent-geneesmiddelen. Bijna 40% van de betrokkenen had gedurende de laatste twee weken voor de (para)suicide contact met de huisarts; bij een kwart van hen vond dit contact plaats wegens depressiviteit en/of suicidaliteit. Bijna de helft (47%) van alle betrokkenen stond ten tijde van de para(suicide) onder psychosociale begeleiding. Tot slot een vergelijking met de gegevens van 1984, 1985 en 1986 (tabel 3). In totaal lijkt er een toename van suïcidaal gedrag te constateren, al ligt een vertekening door de relatief hoge cijfers van het laatste kwartaal van 1987 (zie tabel 1) voor de hand. Het accres van het relatief aantal geregistreerde suicides dient mede in verband te worden gebracht met de sinds 1985 geldende gedragslijn dat de huisarts altijd in kennis wordt gesteld bij een onnatuurlijke dood bij één van zijn patiënten. Het suïcideregister van de GG en GD, waarin alle suicides van Hagenaars worden bijgehouden, laat over 1987 geen duidelijke toename zien, te weten 69 suicides ten opzichte van 60 suicides in 1986, 62 suicides in 1985 en 77 suicides in 1984. Samenvattend kan worden gesteld dat de gegevens van het Huisartsregistratiesysteem Den Haag wijzen op een zekere stabilisering van de omvang van suïcidaal gedrag in Den Haag. Met name zijn er geen aanwijzingen dat het aantal parasuicides blijft toenemen, zoals dat in de jaren zeventig wel het geval was. Ook in het buitenland (met name in het Verenigd Koninkrijk) lijkt de parasuïcidale 'hausse' achter de rug te zijn. Voor Nederland meldde het CBS recent een afname van het geregistreerde aantal suicides; daarvan lijkt in Den Haag vooralsnog geen sprake te zijn.

1. Schudel WJ. Vijf jaar suicide onder adolescenten in Den Haag (1980-84). *Epidemiol Bul Grav* 1986; 21 nr 1: 20-2.

# Wratten

Onder bovenstaand opschrift zijn in 1987 de meest bekende door epidermotrope DNA-virussen veroorzaakte kleine huidtumoren geregistreerd, de verschillende typen verrucae en de mollusca contagiosa, alsmede de condylomata acuminata, slijmvliesvegetaties, door dezelfde virussen verwekt.

## Verrucae

De registratie is verricht op grond van het klinische beeld: verrucae vulgares, verrucae planae, verrucae filiformes en verrucae plantares. Omtrent type, grootte en aantal zijn op het registratieformulier geen gegevens gevraagd, wel omtrent de localisatie. Het totaal aantal opgaven bedraagt 971. Dit houdt in dat de Haagse huisartsen jaarlijks per 10.000 cliënten ongeveer 200 gevallen van verrucae in behandeling nemen.

Uit figuur 1 blijkt dat bijna evenveel jongens en mannen als meisjes en vrouwen zijn geregistreerd. Voorts laat deze figuur zien dat de meeste wratten vóórkomen bij kinderen in de leeftijdsgroepen van 5-14 jaar. Ruim 47% van alle patiënten met wratten is jonger dan 15 jaar. Boven de 44 is er een duidelijke afname van de hulpvraag om wratten te laten wegnemen, al blijven tot op hoge leeftijd mensen voor deze aandoening hun huisarts consulteren.

Een overzicht van de huidlocalisaties is gepresenteerd in figuur 2. Het aantal localisatieplaatsen is groter dan het aantal patiënten. Bij 65 personen namelijk zijn de wratten op meerdere plaatsen aanwezig. Verrucae blijken over het gehele lichaam voor te komen. Er zijn twee duidelijke voorkeursplaatsen: de handen en de voeten. In meer dan 80% van de gevallen zitten de wratten aan de handen, inclusief de vingers en aan de voeten, inclusief de hiel en de tenen.

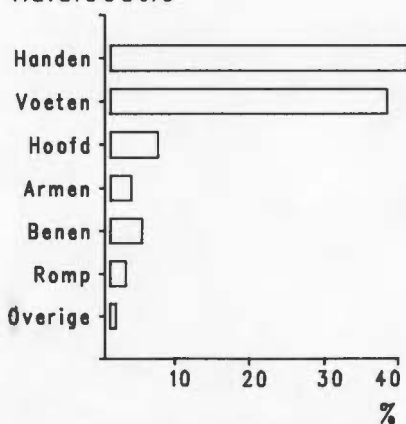
Wratten vallen onder de rubriek 'kleine kwalen in de huisartsgeneeskunde'. De kwaal moge klein zijn, de omvang van de geboden hulp ligt er niet om. Op basis van 200 gevallen per 10.000 kan berekend worden dat de gezamenlijke Haagse huisartsen jaarlijks een kleine 9.000 patiënten ontvangen waarbij het hinder hebben van wratten de reden van de consultatie is. Dit betekent dat in Den Haag dagelijks gemiddeld 35 patiënten naar hun huisarts gaan om van de wratten af te komen. Daarmee behoort deze aandoening naar alle waarschijnlijkheid tot 'de top tien' in de huisartsgeneeskunde.

## Condylomata acuminata

Condylomata acuminata of genitale wratten worden tot de seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) gerekend. De algemene indruk is dat de incidentie in Nederland, evenals in vele andere westerse landen, stijgt. Daarom leek het bijzonder zinvol tegelijk met wratten eveneens de door gelijksoortige epidermotrope DNA-virussen veroorzaakte pijnloze vegetaties aan en rond de geslachtsorganen, waarvan de patiënten voornamelijk cosmetische bezwaren ondervinden, te

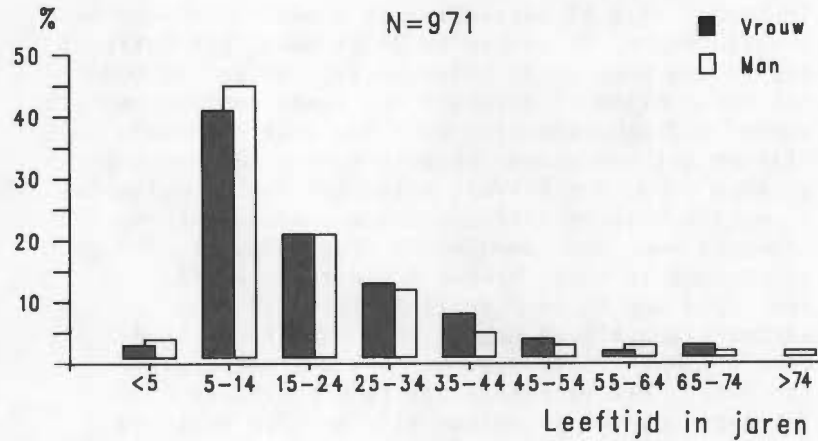
A.H. Bergink, jeugdarts,  
werkzaam op de afdeling  
Jeugdgezondheidszorg,  
GG en GD Den Haag.

Huidlocatie

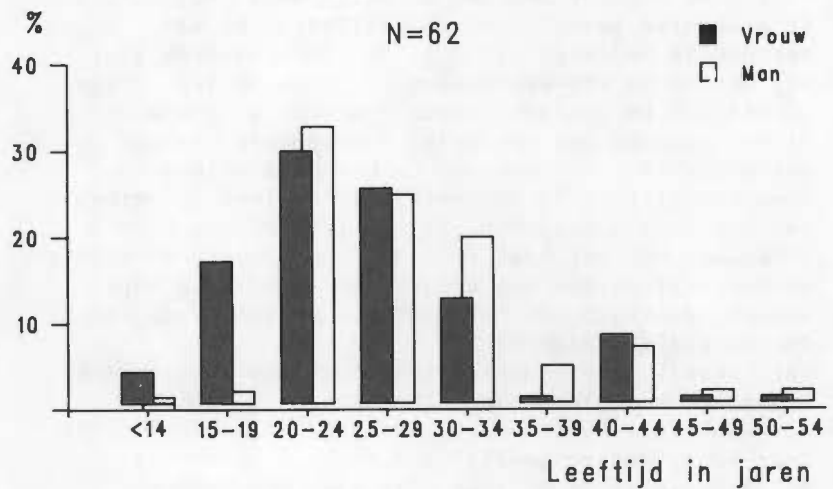


Figuur 2. Huidlocalisaties van verrucae (N=971, combinaties mogelijk) Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

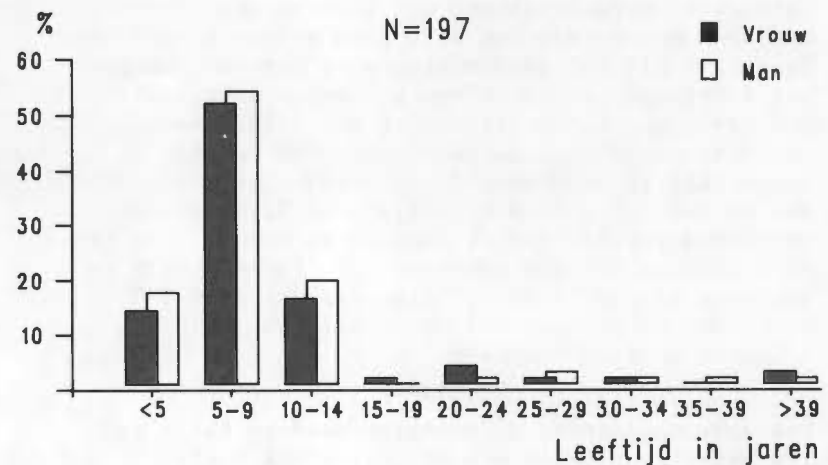
Figuur 1. Gevallen van verrucae naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.



Figuur 3. Gevallen van condylomata acuminata naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.



Figuur 4. Gevallen van mollusca contagiosa naar leeftijd en geslacht. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.





registreren. De diagnose is gesteld op het klinische beeld: dicht opeengedrongen roze/rode papels met een spits papillomateus oppervlak.

In totaal zijn 62 patiënten met condylomata acuminata geregistreerd, 39 mannen en 23 vrouwen. Dit betekent dat in Den Haag in de huisartspraktijk per 10.000 patiënten bijna 13 gevallen van condylomata acuminata worden gediagnostiseerd. Hier mag niet onvermeld blijven dat een aantal opgaven buiten beschouwing gelaten zijn. Het betreft meldingen van condylomata acuminata bijvoorbeeld aan handen, armen en romp plaatsen waar deze aandoening niet voorkomt. Uit de literatuur is reeds bekend dat deze vegetaties behoudens aan en rond de genitaliën bij hoge uitzondering alleen nog in de mondholte en in de oksels kunnen voorkomen, bij sterk transpirerende patiënten. Het valt moeilijk te achterhalen of de foutieve opgaven te wijten zijn aan het verkeerd invullen van de registratieformulieren, dan wel aan het stellen van een onjuiste diagnose.

In figuur 3 vindt men een gedetailleerd overzicht van de aantallen geregistreerde patiënten. De man : vrouw verhouding bedraagt 1,7 : 1. De leeftijdspek ligt bij mannen en vrouwen tussen de 20 en 30 jaar. Deze leeftijds- en geslachtsverdeling komt in grote lijnen overeen met die welke voor andere sexueel overdraagbare aandoeningen in Den Haag worden gevonden (1). Er is één meisje in de leeftijdsgroep van 1-4 jaar aangegeven. Bij jonge kinderen worden inderdaad zij het heel zeldzaam condylomata acuminata gezien. Zij vormen dan een sterke aanwijzing voor sexueel misbruik. Of het hier ook om een geval van incest gaat is niet bekend.

Wat betreft de frequentie van voorkomen in Den Haag lijken de condylomata acuminata onder de SOA een tussenpositie in te nemen. Gonorrhoe komt aanzienlijk meer voor, herpes genitalis duidelijk minder (1). De gepresenteerde cijfers zijn geen bevolkingsincidenties, omdat niet bekend is hoeveel patiënten buiten de huisarts om door specialisten worden behandeld. Vergelijkingen met andere incidentiemetingen kunnen dan ook niet goed worden uitgevoerd. Daar komt bij dat epidemiologische gegevens omtrent het voorkomen van condylomata acuminata bijzonder schaars zijn. In de literatuur kon alleen een summere mededeling worden opgespoord omtrent de incidentie in Engeland. In 1978 zijn daar per 100.000 van de bevolking 66,9 mannelijke en 34,6 vrouwelijke patiënten geteld, dat wil zeggen in totaal ruim 100 gevallen per 100.000 inwoners (2). In 1987 zijn in Den Haag alleen al in de huisartspraktijken 130 gevallen van condylomata acuminata per 100.000 inwoners gediagnostiseerd.

#### Mollusca contagiosa

Ook deze aandoening is geregistreerd op basis van registratie op basis van het klinische beeld: solitaire of regionair gegroepeerde, glanzende, parelmoerachtige, rond-ovale papels met een centrale

inzinking. Tevens is ook hier de localisatie geregistreerd, de grootte van de papels en hun aantal niet.

In totaal zijn in 1987 door de aan het huisartsregistratiesysteem deelnemende huisartsen 197 gevallen van mollusca contagiosa in behandeling genomen. Het relatieve vóórkomen hiervan bedraagt 41 gevallen per 10.000 Hagenaars per jaar.

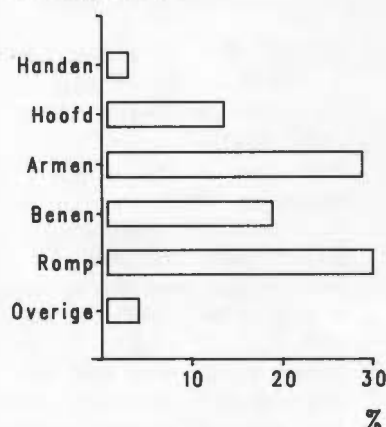
Figuur 4 verschaft een overzicht van deze gevallen, uitgesplitst naar geslacht en leeftijd. Geconcludeerd kan worden dat er met betrekking tot dit item geen duidelijke geslachtsverschillen bestaan. Voorts blijkt dat het hier om een aandoening gaat die voornamelijk op de kinderleeftijd vóórkomt. In 90% van de gevallen betreft het kinderen van 0 tot 14 jaar. De piekleeftijd ligt bij de 5-9 jarigen. Uitgaande van bovengenoemde relatieve vóórkomen behandelen de Haagse huisartsen jaarlijks rond 1400 kinderen (van 0-14 jaar) met mollusca contagiosa. Dit komt er op neer dat in deze leeftijdsfase van 0-14 jaar rond één op de drie kinderen met deze aandoening bij de huisarts komt.

Een overzicht van de localisatieplaatsen van de papels vindt men in figuur 5. Bij 29 patiënten waren mollusca op twee verschillende plaatsen aanwezig en bij één op drie. Mollusca contagiosa blijken over vrijwel het gehele lichaam te kunnen vóórkomen. Zij zijn het meest waargenomen aan de armen, inclusief pols, oksel en schouder, aan de romp en aan de benen inclusief enkel en lies. De voorkeurslocalisaties blijken duidelijk anders te zijn dan die voor verrucae. Aan handen en voeten de voorkeursplaatsen bij uitstek voor verrucae, zijn weinig of geen mollusca waargenomen.

Dit registratieonderzoek wijst uit dat mollusca contagiosa, die over de hele wereld bij alle rassen veelvuldig vóórkomen, ook onder de Haagse bevolking, onder de jongeren in het bijzonder, wijd verbreid zijn. In grote lijnen zijn de resultaten van dit onderzoek in overeenstemming met de literatuurgegevens. Bij recente onderzoeken onder Nederlandse kinderen zijn voor mollusca contagiosa prevalentiecijfers gevonden die varieerden van 2,1% tot 3,5% (3)(4)(5). Bij verschillende van die onderzoeken is de aandoening wat vaker bij jongens aangetroffen dan bij meisjes. Neemt men aan zoals uit de literatuur blijkt, dat de aandoening binnen zes tot negen maanden geneest, dan moeten minstens de helft van alle kinderen in Nederland mollusca contagiosa krijgen. De conclusie dat rond één op de drie Haagse kinderen met mollusca contagiosa bij de huisarts komt is hiermee niet in tegenspraak.

Wat betreft de piekleeftijden en de leeftijdsverdeling lopen de literatuurgegevens uiteen. In verschillende landen ligt de leeftijdpiek betreffende mollusca contagiosa bij de 1- tot 4-jarigen. Bij prevalentie-onderzoeken bij kinderen in Nederland zijn hogere leeftijdstoppen gevonden. Zo ook in Den Haag. Bij een recent onderzoek, waarbij 2768

Huidlocalisatie



Figuur 5. Huidlocalisaties van mollusca contagiosa (N=197, combinaties mogelijk) Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

kinderen waren betrokken, in de leeftijd van 4 tot 19 jaar zien we de meeste mollusca bij de 9-jarigen, een uitkomst die strookt met die van het onderhavige onderzoek.

De voorkeursplaatsen die bij dit onderzoek zijn gevonden zijn vrijwel identiek met die welke de jeugdartsen vonden bij hun prevalentiemetingen in Nederland. Tenslotte is uit de literatuur bekend dat mollusca op de voetzolen en handpalmen uiterst zeldzaam zijn.

#### Slotopmerkingen

Uit dit registratieonderzoek kan de conclusie worden getrokken dat de Haagse bevolking op grote schaal hulp vraagt aan de huisarts voor wratten en aanverwante aandoeningen welke het gevolg zijn van infecties met epidermotrope DNA-virussen, de zogenaamde humane papilloma virussen (HPV). Voor deze aandoeningen gezamenlijk geldt dat de Haagse huisartsen jaarlijks per 10.000 cliënten 255 patiënten op hun spreekuur krijgen. Dit houdt in dat elke huisarts ieder jaar tientallen patiënten ofwel zelf behandelt of naar een dermatoloog verwijst. Noch voor verrucae en mollusca contagiosa, noch voor condylomata acuminata kunnen aan de hand van dit registratieonderzoek seizoenschommelingen worden aangetoond. Ter afsluiting is het vermeldenswaard dat de door humane papilloma virussen veroorzaakte kleine huidtumoren en slijmvliesvegetaties de laatste jaren volop in de medische belangstelling staan vooral vanwege de mogelijke relaties tussen HPV-infecties en het ontstaan van verschillende soorten maligniteiten, waaronder cervixcarcinoom (6). In dit verband vragen de condylomata acuminata speciaal de aandacht. Met name zouden recidiverende peri-anale condylomata een predisponerende factor vormen voor het ontstaan van anuscarcinomen (7)(8).

1. Nijhuis HGJ. Gonorrhoe en herpes genitalis. *Epidemiol Bul Grav* 1985; 20 nr 2: 21-4.
2. Wit FS de, Everdingen JJE van. Condylomata acuminata. *SOA-bulletin* 1986; 7 nr 3: 6-8.
3. Soors MJP. Huidafwijkingen bij schoolgaande kinderen van 4 tot 16 jaar. *Skriptie vervolgopleiding jeugdgezondheidszorg. Leiden NIPG/TNO, november 1984.*
4. Braakhekke-Spauwen MHA, Arts J, Kroes S de, Wedman-Mulder NS. Mollusca contagiosa bij kleuters. Een onderzoek naar het natuurlijk verloop. *Tijdschr Soc Gezondheidsz.* 1986; 64: 830-2.
5. Teng BA. Molluscum Contagiosum. *Skriptie geïntegreerde opleiding jeugdgezondheidszorg. Leiden NIPG/TNO, mei 1987.*
6. Bunney MH. Viral warts: a new look at an old problem. *Br Med J* 1986; 293: 1045-7.
7. Ferenczy A, Mitao M, Nagai N, Silverstein SJ, Crum CP. Latent papillomavirus and recurring genital warts. *N Eng J Med* 1985; 313: 784.
8. Cohen E, Linden MMD van der, Everdingen JJE van. Het verband tussen anuscarcinoom en infecties met HPV en HIV bij homoseksuele mannen. *SOA-bulletin* 1987; 8 nr 3: 7-8.



# Polsfractuur/distale onderarm

I. Verkade-Burger, onderzoekmedewerkster, werkzaam op het Stafbureau Epidemiologie, GG en GD Den Haag.

## Inleiding

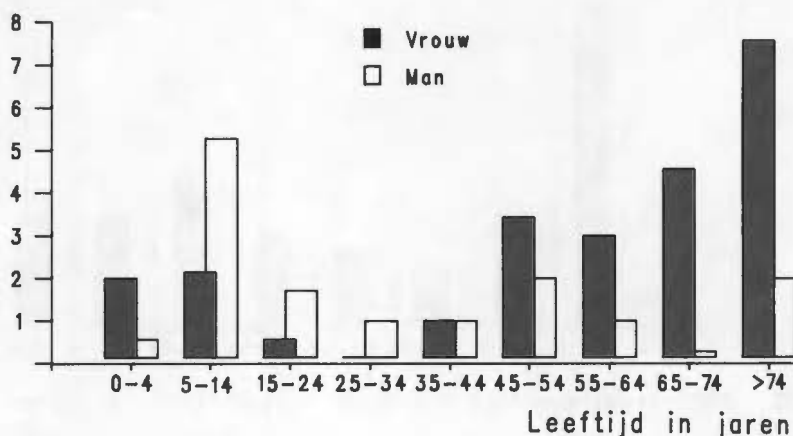
In 1987 is de peilstationartsen gevraagd alle polsfracturen en fracturen van de distale onderarm op te geven. Deze fracturen aan de bovenste extremiteiten zijn letsels die relatief makkelijk optreden bij een plotselinge (ongewilde) val. Behalve dat het belangrijk is kennis te hebben over de omvang van het vóórkomen van deze fracturen is het voor de preventie belangrijk de determinanten te kennen. Een ongeval kan iedereen overkomen. Maar veel ongevallen hebben te maken met risicodragend gedrag van het slachtoffer en/of van medebetrokkene(n).

Daarom is de huisarts gevraagd zowel persoonskenmerken (leeftijd, geslacht) van de patiënt op te geven als - voorzover hem dat bekend is - de ongevalstoedracht te beschrijven. Op deze wijze kan meer inzicht verworven worden in de preventieve mogelijkheden.

## Omvang en persoonskenmerken

Alle gevallen van fracturen aan de pols of distale onderarm, die zich hebben voorgedaan onder de praktijkpopulatie van de peilstationartsen en waarvan de huisarts in kennis is gesteld moesten worden opgegeven. Dit betekent dat de huisarts niet betrokken behoeft te zijn geweest bij het diagnosticeren van de fractuur. De registratie vond ook plaats uitsluitend op basis van röntgenuitslagen van poliklinieken of EHBO-afdelingen van ziekenhuizen. In totaal zijn door de deelnemende huisartsen in 1987 onder deze instructie 127 gevallen van fracturen opgegeven. Het blijkt 46 keer een man en 81 keer een vrouw overkomen te zijn. Het relatieve vóórkomen van deze gebeurtenis is 2.6 per 1.000 patiënten. Relevanter is het dit cijfer te berekenen voor afzonderlijke leeftijdsgroepen naar geslacht. Deze waarden zijn weergegeven in figuur 1. Duidelijk is in deze figuur te zien dat jongens in de schoolgaande leeftijd en vrouwen boven de 65 jaar relatief het

Aantal  
per 1.000



Figuur 1. Relatief vóórkomen (per 1.000 per jaar) van polsfracturen. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

grootste risico lopen hun pols of distale onderarm te breken. Het relatieve vóórkomen voor jongens in de leeftijdscategorie 5-14 jaar is 5.3 per 1.000. Met het vorderen van de leeftijd neemt het relatieve vóórkomen onder vrouwen ouder dan 65 jaar toe van 4.7 per 1.000 vrouwen van 65-74 jaar tot 7.6 per 1.000 vrouwen ouder dan 75 jaar. Dit houdt in dat per jaar in Den Haag ongeveer 330 vrouwen van boven de 65 jaar te maken krijgen met een fractuur van de pols of de distale onderarm. Oudere mannen blijken in verhouding veel minder vaak een dergelijke fractuur op te lopen. Hier mag niet onopgemerkt blijven dat aan vele breuken onder ouderen een osteoporose ten grondslag zal liggen.

#### Ongevalstoedracht

Zoals gezegd is de huisarts gevraagd een korte beschrijving te geven van de locatie en toedracht van het ongeval. Zo nodig is enige navraag door de huisarts gedaan. In tabel 1 is een lijst van toedrachtscategorieën weergegeven gebaseerd op de voor dit onderzoek meest relevante mededeling omtrent de toedracht. Een dergelijke rubricering achteraf houdt in dat een geval opgenomen in de ene categorie geen uitsluiting van de andere categorie behoeft te betekenen.

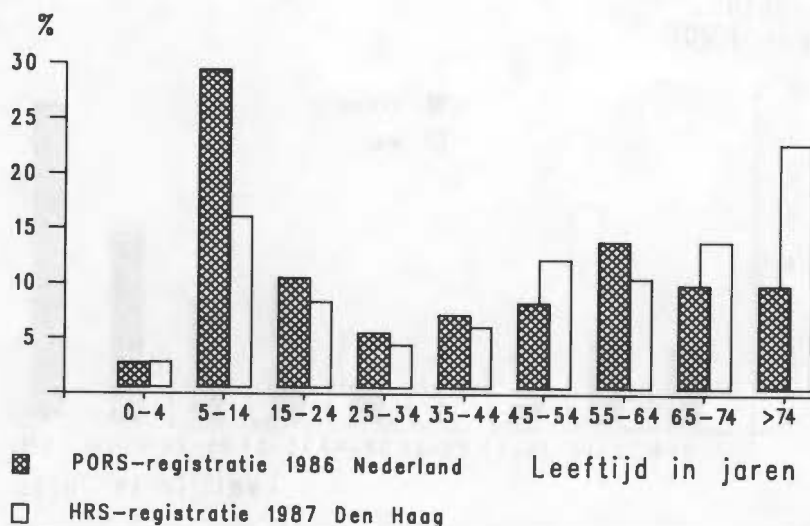
In 21 gevallen (16,5%) kon de huisarts in het geheel geen opgave doen over de wijze waarop de fractuur tot stand is gekomen. Deze gevallen zijn verder niet verwerkt.

Uit tabel 1 blijkt dat een fractuur in tenminste 28% van de gevallen binnen plaatsvindt na een val. Het vallen van een trap of het uitglijden over natte oppervlakten (bad- doucheruimte) is hierbij meerdere malen genoemd. Ook onder de valpartijen buiten speelden gladde loopvlakken een voorname rol. Het lopen op sneeuw, ijs of op het dek van een boot veroorzaakte nogal wat slachtoffers. Vooral in de eerste maanden van het jaar zagen we veel pols-

Tabel 1. Ongevalstoedracht -locatie bij een fractuur van de pols of distale onderarm. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

Toedracht	%
Val, binnen :	28
Val, buiten :	21
IJs, sneeuw :	10
Alleen 'val':	17
Sport :	12
Lichamelijke conditie :	5
Ongeval :	5
Overige :	2
Totaal :	100*

\* Zonder onbekenden  
(N=106)



Figuur 2. Polsfracturen naar leeftijd in Nederland en Den Haag.

Tabel 2. Lijst van ongevalstoedrachten bij een fractuur van de pols of distale onderarm onder vrouwen ouder dan 74 jaar naar leeftijd. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

- 75 jr, oorzaak onbekend
- 75 jr, gevallen in huis
- 75 jr, oorzaak onbekend
- 76 jr, thuis gestruikeld
- 76 jr, op straat van fiets gevallen (jas tussen spaken)
- 76 jr, oorzaak onbekend
- 78 jr, gevallen
- 78 jr, oorzaak onbekend
- 79 jr, thuis van trap gevallen
- 80 jr, gevallen in huis
- 80 jr, thuis gevallen vanwege duizeligheid
- 80 jr, oorzaak onbekend
- 80 jr, op straat gevallen
- 81 jr, van trap gevallen
- 81 jr, gevallen
- 82 jr, gevallen, op straat over karretje
- 82 jr, duizelig gevallen
- 83 jr, thuis slecht ter been
- 84 jr, kwam tussen automatische schuifdeuren
- 87 jr, gevallen op pols
- 87 jr, op straat gevallen
- 87 jr, thuis gevallen
- 88 jr, gevallen in huis
- 93 jr, van trap gevallen thuis
- 97 jr, oorzaak onbekend

fracturen veroorzaakt door winterse omstandigheden. 'Slechts' in 12% van de gevallen wordt het beoefenen van sport of spel de oorzaak van de breuk genoemd. In zeker 5% van de gevallen is de oorzaak van de ongevalstoedracht gelegen in de lichamelijke gesteldheid van de patiënt (duizeligheid, hemiparese, epilepsie of slecht ter been). Zoals mag worden verwacht ontstaat de fractuur veelal na een val over of van iets. Toch zijn er ook enkele andere gevallen waarbij op andere wijze een dusdanige kracht op de pols wordt uitgeoefend dat deze breekt. We kwamen onder andere als oorzaken tegen auto-ongeval, boksen, met de hand tussen een schuifdeur of 'in een centrifuge'. Ter illustratie wordt in tabel 2 een opsomming gegeven van de beschrijving van de ongevalstoedracht voor de groep waarin relatief de fractuur het meest wordt opgelopen te weten bij vrouwen boven de 74 jaar.

#### Vergelijking landelijke cijfers

In Nederland kennen we een landelijke registratie van privé-ongevallen: het Privé Ongevallen Registratiesysteem (PORS) van de Stichting Consument en Veiligheid. Het systeem verzamelt bijzonderheden van ongevallen die gemeld zijn op EHBO-afdelingen van veertien geselecteerde ziekenhuizen in Nederland. Deze ongevallen vormen een steekproef van ongeveer 10% van alle privé-ongevallen die in Nederland poliklinisch of klinisch behandeld worden. Uitsluitend aan de huisarts gemelde gevallen bevat het systeem dus niet. Vanwege de bereidwillige medewerking van de Stichting Consument en Veiligheid is het mogelijk de gegevens uit het Haagse peilstationsysteem van 1987 naast de resultaten te leggen van de PORS-registratie over 1986. In figuur 2 zijn de fracturen uit beide systemen naar leeftijd weergegeven. Ook in deze vergelijking valt het hoge percentage personen boven de 74 jaar in Den Haag op met een fractuur van de pols of de distale onderarm. Dit nivelleert het aandeel 5-14 jarigen. De polsfracturen in de PORS-registratie zijn veruit het meest waargenomen in de leeftijdscategorie 5-14 jaar. Dit zou mede beïnvloed kunnen zijn doordat in 1986 veel op natuurijs geschaatst is en ruim 10% van de polsfracturen plaats heeft gevonden tijdens schaatsen. Het schaatsen op natuurijs buiten beschouwing gelaten wordt 12,7% van de polsfracturen in het landelijk systeem op sportlocaties veroorzaakt, een overeenkomstig cijfer als in Den Haag.

#### Beschouwing

Bij een fractuur van de pols of van de distale onderarm is in feite sprake van vermijdbare morbiditeit. Het voorkomen van deze vorm van een matig ernstig ongeval vormt een aanzienlijk probleem van volksgezondheid. Allereerst is er het lijden en ongemak van deze 'onhandige' fractuur voor de betrokkene zelf. Daarnaast zijn er economische lasten van de medische verzorging. Verder kunnen de



---

mindervaliditeit van betrokkene gedeeltelijk of volledig arbeidsverzuim noodzakelijk maken. Denk eens aan het ongemak van een dergelijk letsel bij gewone dagelijkse werkzaamheden vooral voor oudere mensen. In Den Haag valt met name het hoge percentage breuken op onder hoog bejaarde vrouwen. Preventieve mogelijkheden zijn vooral gelegen in attitude en gedragsveranderingen van de oudere en hun omgeving ten aanzien van risicovolle activiteiten en situaties. We noemen: mijden van losse kleedjes in huis, vrije loopruimte creëren, antislipmatten in badruimten, stoep vegen bij sneeuwval, de helpende hand reiken bij klusjes in huis ect. Dergelijke handelingen zijn betrekkelijk eenvoudig uit te voeren en kunnen een hoop leed besparen. Ook de hulpverlener die de bejaarde thuis bezoekt kan hier alert op zijn. ■

# Ferriprive anemie bij kinderen (0-10 jaar)

G.M. de Jong, kinderarts,  
werkzaam in het Westeinde  
ziekenhuis, Den Haag.

In 1986 werd via het huisartsregistratiesysteem het vermoeden bevestigd, dat een ferriprive anemie bij kinderen nog vaak voorkomt. In totaal werd in dat jaar 36 keer deze diagnose gesteld, hetgeen neerkomt op een incidentie van 67,5 per 10.000 kinderen per jaar. Opvallend was, dat de incidentie bij niet-Nederlandse kinderen vijf maal groter was dan bij Nederlandse kinderen. Verder zagen we, dat de diagnose vooral gesteld werd bij kinderen jonger dan twee jaar. Ook in 1987 is het item ferriprive anemie bij kinderen opgenomen in het huisartsregistratiesysteem.

Tabel 1 laat zien, dat in 1987 in totaal 14 keer de diagnose ferriprive anemie is gesteld. Vergeleken met de 36 geregistreerde gevallen in 1986 is dit dus beduidend minder en opvallend hierbij is, dat in het eerste halfjaar van 1987 12 kinderen en in het tweede halfjaar slechts 2 kinderen zijn geregistreerd. Een verklaring hiervoor is misschien, dat in de loop van 1987 vanuit de GG en GD een brief is uitgegaan naar de deelnemende huisartsen met de mededeling, dat het oorspronkelijk afgesproken aanvullend voedingsonderzoek bij kinderen met een ferriprive anemie niet plaats kon vinden. Uit dit bericht is waarschijnlijk ten onrechte begrepen, dat de kinderen met een ferriprive anemie dan ook niet meer opgegeven hoefden te worden. Mogelijk heeft dit ertoe geleid, dat de registratie in het tweede halfjaar van 1987 (en misschien ook al in het eerste halfjaar) onvolledig is geweest.

Gaan we ervan uit, dat in het eerste halfjaar van 1987 de registratie toch volledig is geweest, dan zou dit betekenen dat in 1987 in totaal 24 keer de diagnose ferriprive anemie is gesteld door de huisartsen van het registratieteam. Hoewel het aantal geregistreerde gevallen lager is dan in 1986, blijkt ferriprive anemie bij kinderen nog steeds voor te komen.

Bij de registratie is er evenals in 1986 van uitgegaan dat er sprake is van een ferriprive anemie, wanneer het Hb-gehalte lager was dan 6,5 mmol/l (10,5 g%) en waarbij het ijzertekort ofwel direct

Tabel 1. Ferriprive anemie bij kinderen (0-10 jr.) naar leeftijd en HB-waarde. Huisartsregistratiesysteem Den Haag, 1987.

HB-waarde mmol/l	Leeftijd in jaren			
	≤ 2	3-4	5-6	Totaal
< 4.0 :	-	1	-	1
5.1-5.5:	2	-	1	3
5.6-6.0:	5	2	-	7
6.1-6.5:	2	-	1	3
Totaal :	9	3	2	14

Tabel 2. Beoordelingsstaat (normaal)-Hemoglobinewaarden (mmol/l) naar leeftijd.

Leeftijd	Normaal	Ondergrens
Geboorte	: 10,5	8,6
3 maanden	: 7,5	6,5
½ - 6 jaar	: 7,8	6,9
7 - 12 jaar	: 8,3	7,5
> 12 jaar, vrouw:	8,8	7,5
" , man :	10,0	8,8

wordt aangetoond (bijvoorbeeld door een verlaagd serumijzer of ferritine) ofwel indirect door een Hb-stijging van minimaal 1 mmol/l na ijzertherapie. Tabel 2 laat zien, dat de normaalwaarden en de ondergrens van het Hb-gehalte bij kinderen afhankelijk zijn van de leeftijd. Uit deze tabel blijkt, dat de bij de registratie gehanteerde grens van 6,5 mmol/l met name voor kinderen ouder dan zes maanden erg laag is, zodat in deze leeftijdsgroep de wat mildere anemieën niet meegenomen zijn in de registratie. Aangezien juist deze mildere anemieën ook op andere wijze niet duidelijk herkenbaar zijn en zelfs een ernstige anemie soms maar betrekkelijk weinig klachten geeft, mogen we aannemen, dat de groep kinderen met een ferriprive anemie veel groter is dan het aantal kinderen bij wie in 1987 deze diagnose door de huisarts is gesteld.

De vraag rijst dan direct of het nodig is deze groep kinderen met een lichte vorm van anemie op het spoor te komen en of het nodig is eventueel profylactische maatregelen te nemen. Deze vragen moeten zonder meer bevestigend worden beantwoord. En wel om de volgende redenen. Ferriprive anemie is één van de verschijnselen van ijzergebrek, en het treedt pas laat op. Andere meer a-specifieke verschijnselen (tabel 3), die worden veroorzaakt door ijzergebrek zijn een afname van het fysieke prestatievermogen, gedragsveranderingen (zoals overprikelbaarheid en rusteloosheid), verminderd concentratievermogen, stoornissen van het immuunapparaat, anorexie, malabsorptie en een slechte gewichtstoename. Verder blijken kinderen met een ijzergebrek lager te scoren bij intelligentie- en ontwikkelingstesten. Deze lagere testcores kunnen vaak al na een week ijzertherapie verbeteren wanneer het ijzertekort gering is. Doch bij kinderen met een ernstig ijzergebrek duurt het soms meer dan drie maanden, voordat een normalisatie van de score is opgetreden. Al deze a-specifieke verschijnselen, die voor een deel worden toegeschreven aan een tekort aan ijzerhoudende enzymen, treden vaak op vóór een ferriprive anemie is ontstaan. Het lijkt dan ook gerechtvaardigd te veronderstellen, dat het aantal kinderen met een ijzergebrek veel groter is dan het aantal kinderen met een ferriprive anemie en nog vele malen groter dan het aantal kinderen bij wie door de huisarts de diagnose ferriprive anemie is gesteld. Deze zogenaamde symptomatische kinderen vormen slechts het 'topje van de ijsberg' van kinderen met een ijzergebrek (figuur 1).

Zoals ook uit de registratie is gebleken (tabel 1), komt een ferriprive anemie en dus ook een ijzergebrek vooral voor bij kinderen jonger dan twee jaar. Dit komt, omdat door de relatief snelle groei van de zuigeling de behoefte aan ijzer in het eerste levensjaar erg groot is. Met de bij de geboorte meegekregen ijzervoorraad en met borstvoeding of een

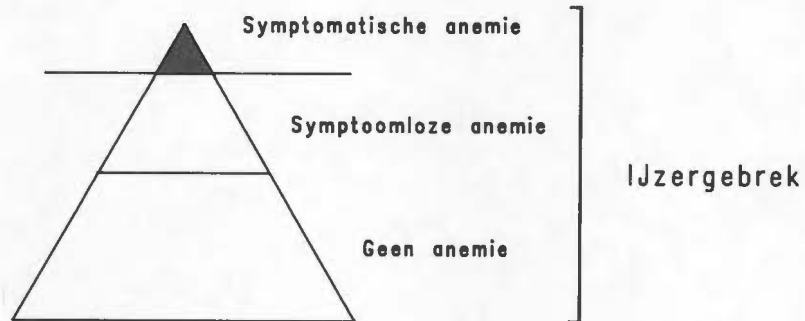
Tabel 3. Gevolgen van IJzergebrek.

- Fysiek prestatievermogen neemt af
- Gedragsveranderingen
- Verminderd concentratievermogen
- Lagere score bij I.Q. testen
- Anorexie
- Malabsorptie en slechte gewichtstoename
- Stoornissen van het immuunapparaat
- Anemie



Figuur 1. Verschillende vormen van ijzergebreks-anemie.

'Topje van een ijsberg'



Geraadpleegde literatuur:

- Reeves JD et al. *Iron Deficiency in Health and Disease. Ad Pediatrics* 1983; 30: 281-320.
- Oski FA, Stockman JA. *Iron Deficiency Anemia and Poor Iron Utilization. Pediatr Clin North Am* 1980; 27 nr 2: 237-53.
- Behrman RE, Vaughan VC, Nelson WE. *Textbook of Pediatrics*, 13th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1987: 1042-4.
- Lozoff B et al. *Iron Deficiency Anemia and Iron Therapy Effects on Infant Developmental Test Performance. Pediatrics* 1987; 79: 981-95.
- Uitentuis J. *IJzer en Zuigelingenvoeding. Ned Tijdschr Kindergeneesk* 1985; 53 suppl: 25-7.
- Jong GM de. *Ferriprive anaemie bij kinderen (0-10 jr). Epidemiol Bul Grav* 1987; 22 nr 2: 10-3.
- Jong GM de, Nijhuis HGJ. *Ferriprive Anemie bij Haagse kinderen (0-10 jr) in 1986. Negende Congres Kindergeneesk Veldhoven* 1987:215-7.

moedermelkimitatie kan gedurende de eerste zes maanden aan de ijzerbehoefte worden voldaan. Daarna, of eigenlijk al eerder, moet worden begonnen met ijzerrijke bijvoeding, zoals groenten, vlees en vis. Verder moet op die leeftijd ook worden begonnen met vitamine C-rijke bijvoeding, omdat vitamine C de resorptie van ijzer in de darm bevordert. Desalniettemin blijft de ijzervoorziening vanuit de darm gedurende het eerste levensjaar marginaal en de kans op een ijzergebrek in de eerste twee jaren is dan ook groot.

Er zijn om deze reden met name in Amerika autoriteiten op het gebied van de voeding, die aanbevelen om al in het eerste levenshalfjaar, maar in ieder geval in het tweede, extra ijzer toe te dienen, bijvoorbeeld in de vorm van met ijzer verrijkte graanproducten of melk. Sommigen adviseren zelfs om aan ieder kind vanaf de leeftijd van vier maanden ijzerdruppels te geven in een dosering van 1 mgr/kg per dag. Bij deze dosering treden vrijwel geen bijwerkingen op. Bovendien wegen de bijwerkingen niet op tegen de ernst van de verschijnselen, die het gevolg zijn van ijzergebrek. Met name sinds de introductie van ijzerrijke 'cereals' is in Amerika het aantal kinderen met een ijzergebrek enorm afgenomen.

Conclusie

Via het huisartsregistratiesysteem is gebleken, dat een ferriprive anemie bij kinderen nog vóórkomt. IJzergebrek, ook al is er nog geen sprake van anemie, geeft allerlei a-specifieke verschijnselen en komt waarschijnlijk nog veel frequenter voor, dan anemieën. Het vóórkomen van ijzergebrek is daarmee een onderwerp van volksgezondheid dat uitgebreid de aandacht vraagt. Allereerst dient verder onderbouwd te worden dat sprake is van een aanzienlijk probleem van volksgezondheid. Vervolgens zou moeten worden nagegaan of er voldoende aanleiding bestaat om over te gaan tot ijzerverrijking van bepaalde voedingsmiddelen (graanproducten, melk) dan wel suppletie. ■



The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.

The diagram shows a vertical line on the left and a triangle on the right. The vertical line is labeled 'Vertical Line' and the triangle is labeled 'Triangle'. The diagram is part of a larger set of instructions or a diagram.