

# AIDS EN HEPATITIS B EN DE GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID

## SAMENVATTING

Naar aanleiding van het derde advies van de Gezondheidsraad inzake AIDS wordt nader ingegaan op de AIDS-problematiek, toegespitst op de tandheelkundige praktijk. De adviezen van de Gezondheidsraad ter zake worden krachtig onderschreven. Een aantal voorbeelden van binnengekomen vragen bij de Geneeskunde Hoofdingspectie en de beantwoording daarvan worden gegeven.

HAGE MD, BIJKERK H. AIDS en hepatitis B en de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 210-3.

M. D. Hage, tandarts  
H. Bijkerk, arts

Uit de afdelingen Tandheelkunde en Infectieziekten van de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid te Leidschendam.

Trefwoorden: Geneeskunde – AIDS – Hepatitis B – Hygiëne

Datum acceptatie: 14 januari 1987.

Adres: M. D. Hage, Postbus 5406, 2280 HK Rijswijk.

## 1. INLEIDING

Algemeen is bekend, dat de hygiënische toestanden in een aantal tandartspraktijken te wensen overlaat. De meest eenvoudige hygiënische maatregelen worden vaak niet of nauwelijks toegepast. Dit probleem is actueler geworden nu het risico van besmetting met het Human Immunodeficiency Virus (HIV) dat AIDS veroorzaakt, tot de mogelijkheden gaat behoren. In deze bijdrage zal ook nog eens stil worden gestaan bij de risico's van besmetting met het hepatitis B-virus (HBV).

Dat ook de patiënt van heden zich ongerust maakt over de hygiëne in de tandartspraktijk en hierover gaat nadenken moge blijken uit de volgende, integraal weergegeven brief, die bij de Geneeskundige Hoofdingspectie onlangs werd ontvangen.

*'Geachte heer,*

*Hierbij richt ik mij tot u met het volgende probleem. Tot voor kort was ik particulier patiënt van tandarts B te A. Tijdens de behandeling kreeg ik de onplezierige indruk, dat er met de hygiëne nogal eens de hand werd gelicht, hetgeen mij, speciaal met het tegenwoordige gevaar van besmetting met AIDS, zeer verontrustte. Aangezien het niet meer was dan een indruk (het plastic mondstuk van de speekselafzuiger vond ik er niet zo schoon uitzien en gebruikte boortjes bleven in de boorkoppen zitten als ik de behandelkamer verliet, waarna onmiddellijk de zoemer voor de volgende behandeling ging) heb ik na de laatste behandeling langs mijn neus weg gevraagd: 'Neemt u tegenwoordig speciale maatregelen om besmetting met AIDS tegen te gaan?' Het antwoord hierop was: 'Welnee, als ik het krijg heb ik pech gehad; de kans is uitermate klein.' Ik vroeg hierop, of hij nog speciale maatregelen nam om besmetting van patiënten onderling te voorkomen, hetgeen werd ontkend.*

*Daarop vroeg ik hem op de man af, of hij bijvoorbeeld het plastic mondstuk van de speekselafzuiger iedere keer verwisselde en bij iedere patiënt andere boortjes gebruikte; ook dit werd*

*ontkend. Ik concludeerde, dat dus genoemd mondstuk de ene mond uitging en de andere mond in en dat zulks dus ook met de boortjes het geval was. Dit werd zonder blikken of blozen bevestigd onder de mededeling, dat de kans op besmetting toch zo klein was, dat het helemaal niet vaststond, dat AIDS via speeksel kon worden overgebracht.*

*Ik merkte op, dat bij vrijwel iedere behandeling ook wel bloedingen van tandvlees optraden. Het antwoord was, dat als ik zo bang was voor besmetting ik ook niet met mijn vrouw naar bed moest gaan, want dan liep ik ook risico. Toen ik zei, dat ik daar nogal vertrouwen in had, kreeg ik te horen, dat ik daar nooit zeker van kon zijn.*

*Nu schrijf ik dit alles niet om een klacht tegen deze tandarts in te dienen, ofschoon ik zijn opmerkingen hoogst ongepast vind. Waar het mij echter om gaat is, dat ik bang ben, dat hij niet de enige is, die er zo makkelijk over denkt. Als dat wel het geval zou zijn, nam ik eenvoudig een andere tandarts en kon ik me de moeite van de brief besparen. In het verleden heb ik echter meerdere tandartsen gehad en achteraf heb ik niet het idee, dat het daar veel anders toeging. Alleen vroeg je je die dingen toen niet af. Je vertrouwde toen, dat alles ging zoals bij een operatie. Waar het mij in deze om gaat, is dat in het algemeen de tandartsen ervan doordrongen moeten worden, dat alles moet worden gedaan om de kans op besmetting te voorkomen. En hierbij denk ik dan niet alleen aan AIDS, maar ook aan andere ziekten. Wellicht zullen er te dezen duidelijk voorschriften en controles op de naleving ervan moeten komen. Het is toch eigenlijk te gek dat er op allerlei gebied voorschriften en controles zijn (bijvoorbeeld bij slagers) en bij de tandartsen alles aan hun verantwoordelijkheid wordt overgelaten. Ik hoop, dat mijn brief er toe moge bijdragen dat in deze situatie verbetering komt. Hoogachtend, . . .'*

Het is niet te hopen, dat de in voorgaande brief geciteerde praktijken op grote schaal in ons land voorkomen. Niettemin is het noodzakelijk, dat in de tandheelkunde maatregelen worden getroffen om het risico van besmetting te beperken.

## 2. AIDS-PROBLEMATIEK

Het eerste geval van AIDS werd in Nederland gerapporteerd in 1982. Tot 1 januari 1987 zijn 218 patiënten geregistreerd (tabel I). Voor AIDS bestaat voorlopig geen geneesmiddel en in tegenstelling tot hepatitis B, kunnen geen beschermende maatregelen getroffen worden in de vorm van een vaccinatie. Ruim 80% van de AIDS-patiënten sterft binnen drie jaar. Men schat dat het aantal besmette personen tussen de 15.000-20.000 ligt. Nederland ligt ongeveer drie jaar achter op de Verenigde Staten in de ontwikkeling van de AIDS-epidemie. Op grond van de gegevens uit Amerika, waarbij er sprake is van een verdubbeling van het aantal AIDS-patiënten per zes maanden, kan met alle voorzichtigheid worden aangenomen, dat er tot en met 1990 ongeveer 4000 patiënten in ons land kunnen worden verwacht. Het aantal besmette personen zal in 1990 naar schatting 30-50 maal groter zijn dan het aantal AIDS-patiënten: 120.000-200.000 geïnfecteerden.

Dit gegeven in ogenschouw nemend moet men ervan uitgaan dat iedere tandarts in de komende jaren er rekening mee moet houden dat hij in zijn praktijk één of meer geïnfecteerden onder zijn patiënten kan rekenen. Wel zullen er onderling grote verschillen zijn, afhankelijk van de gemeente, waar de tandarts zijn praktijk uitoefent, alsmede van het patiëntenbestand. Het is bekend dat het virus zich vrijwel uitsluitend via sperma en bloed verspreidt en in dat verband moet de bestrijding vooral worden gericht op alle risicohandelingen, waarbij transmissie van HIV kan plaatsvinden. De kans op besmetting via tandheelkundige handelingen is niet zo groot, maar toch dient elke 'risicohandeling' te worden vermeden door het treffen van preventieve maatregelen om zodoende de kans op besmetting van patiënt naar tandarts, van tandarts naar patiënt en van patiënt naar patiënt (de zgn. kruisbesmet-

Tabel I. Aantal ziekte- en sterfgevallen naar ziektecategorie bij AIDS: Nederland, 1982-1986.

categorie	aantal gevallen	aantal (%) overledenen
opportunistische infecties (OI)	158	96 (61)
Kaposi-sarcoom (KS)	32	8 (25)
OI + KS	22	19 (86)
andere*)	6	3 (50)
<b>totaal</b>	<b>218</b>	<b>126 (58)</b>

\*) Vijf gevallen van B-cel-lymfoom en één geval van progressieve multifocale leucencefalopathie.

ting) belangrijk te reduceren.

### 3. ADVIEZEN GEZONDHEIDSRaad INZAKE AIDS-PROBLEMATIEK IN NEDERLAND

Op 23 juni 1983 werd een Gezondheidsraadcommissie inzake de AIDS-problematiek in Nederland geïnstalleerd. Het eerste interimadvies, uitgebracht op 21 mei 1984, bevat richtlijnen met betrekking tot de voorzorgen en te nemen maatregelen in ziekenhuizen bij patiënten met of verdacht van AIDS.<sup>1</sup> In het tweede advies, uitgebracht op 5 maart 1985, zijn richtlijnen gegeven hoe de huisarts en de medische specialist zich kunnen opstellen, indien zij worden geconfronteerd met een patiënt, van wie vermoed wordt dat hij lijdt aan het AIDS-syndroom.<sup>2</sup>

In het derde advies, uitgebracht op 8 december 1986, worden richtlijnen gegeven voor groepsonderzoek en adviezen voor preventie.<sup>3</sup> In een apart hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de problemen van AIDS in relatie tot de tandheelkunde. Nader ingegaan wordt op de besmettingsmogelijkheden in de tandheelkundige praktijk, de besmettingswegen en het besmettingsrisico voor tandartsen, medewerkers en patiënt. Uitgebreid worden behandeld de maatregelen ter beperking van besmettingsrisico's.

Tot slot wordt besproken de behandeling van geïdentificeerde seropositieve patiënten. Onlangs heeft de Geneeskundige Hoofdinspecteur de samenvatting van aanbevelingen uit dit derde advies van de Gezondheidsraad alsmede het hoofdstuk 'AIDS en Tandheelkunde' aan alle tandartsen doen toekomen.

Reeds in een eerder stadium heeft een commissie van de Gezondheidsraad een advies uitgebracht over hepatitis B, waarin uitgebreid ingegaan is op het besmettingsrisico in de tandheelkunde.<sup>4</sup> Ook al wordt door vaccinatie tegen het hepatitis B-virus het risico op besmetting voor de tandarts en zijn medewerkers geëlimineerd, het risico van kruisbesmetting van patiënt op patiënt blijft onverminderd bestaan, evenals de kans op besmetting met andere pa-

thogene kiemen. Hoeveel tandartsen zich in Nederland hebben laten vaccineren is niet bekend. Een onderzoek, onlangs uitgevoerd in Engeland onder 357 algemeen-practici, wees uit dat van de 218 tandartsen, die reageerden op de enquête, slechts 32% zich had laten vaccineren en 8% handschoenen gebruikte.<sup>5</sup> De Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid heeft het voornemen binnen niet al te lange tijd een steekproef te houden onder de Nederlandse tandartsen met betrekking tot de hepatitis B-vaccinatie.

### 4. MAATREGELEN TER BEPERKING VAN BESMETTINGSRISICO'S

Er dient naar gestreefd te worden de hygiëne in de tandheelkundige praktijk op een zo hoog mogelijk niveau te handhaven. Bloed is het belangrijkste vehiculum voor het hepatitis B-virus en HIV. Daarom geldt voor de tandarts en ieder ander, die beroepshalve met bloed in aanraking komt: bloed is potentieel een besmettingsbron. De voorzorgsmaatregelen, die men in de praktijk routinematig dient te nemen, behoort iedere tandarts te kennen.

Algemeen heerst de gedachte, dat een groot deel van de tandheelkundige professie thans bereid is om een aantal preventieve maatregelen te accepteren. Toentertijd met het advies van de Gezondheidsraad over hepatitis B lag dit duidelijk anders. Waarschijnlijk komt dit omdat de ziekte AIDS als veel bedreigender wordt ervaren. Helaas zullen er ook tandartsen zijn (zie de geciteerde brief) die zich er niets van aantrekken en ervan uitgaan, dat de kans op besmetting uitermate klein is. Ook hier overweegt de Geneeskundige Hoofdinspectie om te zijner tijd via een steekproef onder de tandartsen en de medewerkers na te gaan in hoeverre de aanbevelingen van de Gezondheidsraad gerealiseerd zijn.

### 5. FINANCIËLE CONSEQUENTIES MET BETREKKING TOT DE TE NEMEN MAATREGELEN

De toepassing van beschermingsmaatregelen

heeft nogal wat consequenties voor de algemeen-practicus, omdat dit leidt tot een grote omwenteling in de uitoefening van het beroep. Gewezen behoort alleen maar te worden op de aanbeveling betreffende het dragen van handschoenen bij tandheelkundige ingrepen waar bloedcontact onvermijdelijk is en de natte hitte-sterilisatie van het tandheelkundig instrumentarium na iedere behandeling, hetgeen zonder meer financiële consequenties inhoudt. De Geneeskundige Inspectie adviseert toch dringend de aangegeven maatregelen in het advies van de Gezondheidsraad ter beperking van besmettingsrisico's in de tandheelkundige praktijk in te voeren. Het is in het belang van de eigen gezondheid en die van de patiënten.

### 6. VRAGEN VAN TANDARTSEN EN PATIËNTEN

Regelmatig wordt de Geneeskundige Hoofdinspectie, of schriftelijk of telefonisch, benaderd door tandartsen en patiënten met vragen over de AIDS-problematiek en hepatitis B. Een kort overzicht van de belangrijkste vragen en de beantwoording hiervan door de Geneeskundige Hoofdinspectie kan wellicht bijdragen aan meer informatie en inzicht over bepaalde beleidsstandpunten van overheid en gegevens over het HIV en hepatitis B-virus.

Vraag 1: Kan vaccinatie tegen hepatitis B verplicht gesteld worden?

Antwoord: Wanneer men een dienstverband aangaat, kan dit contractueel worden vastgelegd. In alle andere gevallen kan vaccinatie niet verplicht gesteld worden. Hoogstens kan men adviseren zich te laten vaccineren. Algemeen wordt aanbevolen slechts te vaccineren na onderzoek op anti-HBs. Postief bevonden personen behoeven niet gevaccineerd te worden.

Vraag 2: Hoe is de incidentie van hepatitis B bij kinderen?

Antwoord: De HBsAG-prevalentie onder de gehele bevolking is kleiner dan 0,5%. Bij kinderen zal dit percentage lager zijn.

Vraag 3: Is het mogelijk een tandarts, die besmet is (dragers van HIV of hepatitis B-virus) het praktiseren te verbieden?

Antwoord: Over het algemeen zijn er onvoldende argumenten om een tandarts, die drager is en die de noodzakelijke voorzorgen getroffen heeft in zijn praktijk, het praktiseren te verbieden. Wanneer er duidelijk epidemiologische aanwijzingen zijn, dat ondanks alles, een tandarts aanleiding kan geven tot verspreiding van hepatitis B kunnen op grond van de Wet Bestrijding Infectieziekten maatregelen getroffen worden. Ten aanzien van AIDS kan niet op deze wet worden teruggevallen.

Vraag 4: Mag een patiënt, die besmet is met het AIDS-virus, geweigerd worden door een tandarts?

Antwoord: Bij inachtneming van een aantal voorzorgsmaatregelen zoals vermeld in het advies van de Gezondheidsraad, loopt de tandarts en zijn medewerkers een verwaarloosbaar risico, terwijl er toch ongemerkt een aantal niet-geïdentificeerde patiënten behandeld zullen worden. Er is geen reden de geïdentificeerde seropositive patiënten behandeling te weigeren of extra voorzorgen boven de eerder genoemde te treffen, die niet worden toegepast bij de andere patiënten, onder wie zich onbekende seropositieven kunnen bevinden. Aparte maatregelen bij geïdentificeerde patiënten geeft slechts schijnzekerheid.

Vraag 5: Zit het HIV bij besmette personen altijd in het speeksel?

Antwoord: HIV is, zij het in lage concentratie, aangetoond in speeksel. De rol van het speeksel bij de transmissie van HIV is echter verwaarloosbaar klein.

Vraag 6: Hebben alle mensen, die antistoffen hebben, ook het HIV?

Antwoord: Voorshands wordt verondersteld, dat alle mensen, die anti-stoffen hebben, ook het HIV hebben. Iemand met

antistoffen moet derhalve worden beschouwd als drager en dus als potentieel besmettelijk.

Vraag 7: Is het belangrijk het beroep van de AIDS-patiënt te weten?

Antwoord: Neen. Het beroep is niet essentieel, wel het gedrag van de mens.

Vraag 8: Dient de aangifte van AIDS-patiënten niet verplicht gesteld te worden?

Antwoord: Door de GHI is een vrijwillige anonieme aangifte geïntroduceerd met het oog op de gevoeligheid van de materie. Alle gemelde gevallen worden periodiek gerubriceerd en bovendien gemeld aan het WHO-centrum voor AIDS te Parijs. De indruk bestaat, dat deze vrijwillige aangifte-procedure (met het invullen van een korte standaardvragenlijst door de aangevende arts: zie tabel II) hoog scoort en niet zal worden verbeterd door het invoeren van een verplichte melding. Ook de commissie van de Gezondheidsraad handhaaft in het derde advies haar standpunt, dat er geen noodzaak bestaat het systeem van vrijwillige anonieme aangifte van AIDS-patiënten te wijzigen.

Vraag 9: Moeten de voorzorgsmaatregelen om besmetting te voorkomen bij alle groepen patiënten dezelfde zijn? Kunnen de

maatregelen bij kinderen niet wat afgezwakt worden, bijvoorbeeld geen mond-lap, in verband met communicatie met het kind?

Antwoord: In principe dient er geen onderscheid te worden gemaakt. Hoeveel kinderen met HIV besmet zijn is niet bekend. Bovendien kan het kind besmet worden via de voorganger in de praktijk.

Vraag 10: Dient de tandarts geïnformeerd te worden – hetzij door de patiënt zelf, hetzij door de behandelend geneesheer – dat hij te maken heeft met een geïdentificeerde seropositive patiënt?

Antwoord: Over het algemeen blijkt, dat de meeste geïdentificeerde positieve patiënten hun tandarts informeren, hetgeen ook door de behandelende artsen geadviseerd wordt. Helaas heeft dit in een aantal gevallen geleid tot weigering van behandeling. In de praktijk blijkt namelijk dat veel tandartsen een grote angst vertonen voor de behandeling van AIDS-patiënten. Bij inachtneming van de maatregelen ter beperking van besmettingsrisico's, zoals beschreven in het derde advies van de Gezondheidsraad, lopen de tandarts en zijn medewerkers voorzover thans kan worden overzien, een verwaarloosbaar risico. Er is dan ook geen reden een geïdentificeerde seropositive patiënt behandeling te wei-

GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID ----- AFDELING INFECTIEZIEKTEN -----	
REGISTRATIEKAART AIDS	
01 DIENSTCODE : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] JAARNUMMER : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 02 VOLGNUMMER : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] GEMELD DOOR : _____ WERKADRES : _____ TELEFOONNUMMER : _____ INITIALEN PATIENT : _____ 03 GESLACHT : MAN: 1 <input type="radio"/> ; VROUW: 2 <input type="radio"/> 04 GEBORTEDATUM : DAG: [ ] [ ] MAAND: [ ] [ ] JAAR: [ ] [ ] [ ] [ ] 05 WOONPLAATS : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 06 LAATSTE 5 JAAR GEWOOND IN : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 07 LAND VAN HERKOMST (NATIONALITEIT) : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 08 ETNISCHE GROEP : BLANK: 1 <input type="radio"/> ; ZWART: 2 <input type="radio"/> ; ANDERE: 3 <input type="radio"/> 09 A A N D O E N I N G : _____ DATUM DIAGNOSE : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	10 ANTI-HIV TEST : POSITIEF *): 1 <input type="radio"/> ; NEGATIEF: 2 <input type="radio"/> , ONBEKEND: 3 <input type="radio"/> *) Aankruisen indien ook de bevestigingsreactie positief is 11 INTRAVENEUS DRUGSGEBRUIK : JA: 1 <input type="radio"/> ; NEEN: 2 <input type="radio"/> ; ONBEKEND: 3 <input type="radio"/> 12 SEXUELE GERICHTHEID : HETEROSEXUEEL: 1 <input type="radio"/> ; HOMOSEXUEEL: 2 <input type="radio"/> BISEXUEEL : 3 <input type="radio"/> ; ONBEKEND : 4 <input type="radio"/> 13 BLOED OF BLOEDPRODUCTEN ONTVANGEN : JA: 1 <input type="radio"/> ; NEEN: 2 <input type="radio"/> ; ONBEKEND: 3 <input type="radio"/> ZO JA, WELKE EN WANNEER: _____ 14 BLOED AFGESTAAN : JA: 1 <input type="radio"/> ; NEEN: 2 <input type="radio"/> ; ONBEKEND: 3 <input type="radio"/> ZO JA, WAAR EN WANNEER : _____ 15 DATUM DIAGNOSE : _____ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 16 DATUM OVERLIJDEN : _____ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 17 PATIENTENSGROEP : _____ [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] ZIEKTEBELOOP EN ANDERE GEGEVENS: _____ _____ _____ _____ _____ _____

NIET INVULLEN       AANKRUISEN HETGEEN VAN TOEPASSING IS

Afb. 1. Registratiekaart AIDS.

geren of extra voorzorgen te treffen, die niet worden toegepast bij andere patiënten, onder wie zich onbekende seroposities kunnen bevinden. Op grond hiervan kan worden geconcludeerd, dat het voor de tandarts niet noodzakelijk is te weten of hij al dan niet met een seropositive patiënt te maken heeft.

Wanneer de tandarts geconfronteerd wordt met een seropositive patiënt kan hij eventueel overwegen de behandeling uit te voeren aan het einde van de praktijkdag, om de voorzorgsmaatregelen zo adequaat mogelijk te kunnen uitvoeren.

Vraag 11: Wat dient de tandarts te doen bij een prikaccident?

Antwoord: Bij prik- en andere accidenten waarbij bloed of andere lichaamsvloeistoffen een rol spelen moet – wanneer geen informatie over de antistofstatus van de bron van het bloed of andere lichaamsvloeistoffen voorhanden is – over het algemeen terughoudendheid in acht worden genomen met het onderzoek daarnaar, omdat in tegenstelling tot bij hepatitis B geen beschermende maatregelen kunnen worden getroffen en bovendien de seroprevalentie van anti-HIV in de bevolking buiten-

gewoon laag is. Mocht de antistofstatus van de bron wel bekend zijn en positief, of indien de bron tot een van de risicogroepen behoort, dan wordt serologisch vervolgon-

derzoek van de betrokkene noodzakelijk geacht. Tenzij deze om hem/haar moverende redenen van dit onderzoek wenst af te zien.

## SUMMARY

### AIDS AND HEPATITIS B – PREVENTIVE MEASURES IN DENTAL PRACTICE

Keywords: General medicine – AIDS – Hepatitis B – Hygiene

The Dutch Government has recently issued guidelines for dental treatment of HIV-infected and AIDS patients.

Because of the possibility of so-called unidentified seropositive patients the strong recommendation has been made to take the appropriate hygienic measures for every patient in the dental office.

## LITERATUUR

- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID. De kliniek en de epidemiologie van het verworven immunodeficiëntiesyndroom (AIDS). Bulletin Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Rijswijk: Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, september 1984.
- GEZONDHEIDSRAAD. AIDS problematiek in Nederland. Klinische, psychosociale en ethische aspecten. Den Haag: Gezondheidsraad, maart 1985.
- GEZONDHEIDSRAAD. AIDS problematiek in Nederland. Richtlijnen voor groepsonderzoek en adviezen voor preventie. Den Haag: Gezondheidsraad, december 1986.
- GEZONDHEIDSRAAD. Advies inzake hepatitis B. Den Haag: Gezondheidsraad, december 1983.
- SCULLY C, CAWSON RA, PORTER SR. Acquired immune deficiency syndrome: review. Br Dent J 1986; 161: 53-60.

## MEDISCHE DILEMMA'S BIJ AIDS

Met toestemming overgenomen uit Ethiek, Recht & Zorg (Ontwikkelingen in de gezondheidszorg; dl. 4), een uitgave van de Stichting Sympoz (Platvorm voor Ontwikkelingen in de Gezondheidszorg door middel van Symposia en Publicaties), Plantsoen Laanhorn 17, 1181 BE Amstelveen.

DANNER SA. Medische dilemma's bij AIDS. Ned Tijdschr Tandheelkd 1987; 94: 213-5.

S. A. Danner, internist

Uit de vakgroep Inwendige Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam.

Trefwoorden: Geneeskunde - AIDS

Datum van acceptatie: 23 december 1986.

Adres: Dr. S. A. Danner, Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam.

### 1. INLEIDING

Niet alleen in klinisch en wetenschappelijk opzicht vormt AIDS een uitzonderlijke ziekte, ook de psychologische en sociale gevolgen reiken ver. Dit heeft verscheidene oorzaken: het gaat om een besmettelijke ziekte die dodelijk is, vooralsnog specifieke groepen in onze samenleving treft, nog niet te genezen is en een grote belangstelling geniet onder medici en breed publiek. Hieraan kan nog een bijzonderheid worden toegevoegd: therapeutisch valt nog weinig te beginnen, maar de diagnostiek heeft snelle vorderingen gemaakt. Het is mogelijk bij velen in een vroeg stadium vast te stellen of er een kans is de ziekte binnen een zekere tijd te zullen krijgen.

Deze diagnostiek wordt inmiddels op grote schaal toegepast.

De medische dilemma's bij AIDS zijn vele in getal. Voor een deel zijn zij geen andere dan die bij andere ongeneeslijke ziekten. Voor een ander deel echter zijn zij uniek in die zin dat het belang van de patiënt en dat van zijn omgeving – potentiële patiënten vaak – haaks op elkaar komen te staan.

### 2. DILEMMA'S BETREFFENDE DE PATIËNT ZELF

Tot de medische dilemma's wordt bijgedragen doordat de ziekte nog zo kort bestaat en van een aantal complicaties het natuurlijke verloop slecht bekend is, ter-

wijl de behandeling ingrijpend is. De kosten/batenvergelijking kan nog niet gemaakt worden. Een voorbeeld daarvan vormt de behandeling van Kaposi-sarcoom. Dit is een tumor die vooral in de huid gelokaliseerd is, meestal op vele plekken tegelijk. De tumoren zien er uit als paarsblauwe plekken of bobbel, wisselend in grootte. Hoewel deze tumor ook vaak uitgezaaid is naar de inwendige organen, overlijden patiënten vrijwel nooit aan het falen van organen waarin de tumoren gelokaliseerd zijn. De doodsoorzaak ligt in de opportunistische infecties die, als gevolg van de verminderde weerstand, vroeger of later optreden. De tumoren kunnen worden behandeld met bestraling of chemotherapie, vooral in een vroeg stadium.