

gevraagd worden. Daarom is het des te opvallender dat de Quality Standards Subcommittee van de American Academy of Neurology op onafhankelijke wijze tot dezelfde richtlijnen kwam ten aanzien van het verrichten/nalaten van aanvullend onderzoek.⁸

Wij hopen de mogelijke misverstanden verduidelijkt te hebben.

Literatuur

- 1 Commissie Kwaliteitsbewaking van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN). Richtlijnen diagnostiek en behandeling chronisch recidiverende hoofdpijn zonder neurologische afwijkingen. Utrecht: NVN; 1997.
- 2 Spierings ELH. Migraine: behandeling en preventie. Geneesmiddelenbulletin 1997;31:13-20.
- 3 Bartelink MEL, Duijn NP van, Knuistingh Neven A, Ongering JEP, Oosterhuis WW, Post D. NHG-standaard Migraine. Huisarts Wet 1991;34:504-8.
- 4 Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. Cephalalgia 1988;8(Suppl 7):1-96.
- 5 Merikangas KR, Dartigues JF, Whitaker A, Angst J. Diagnostic criteria for migraine. A validity study. Neurology 1994;44(Suppl 4):S11-6.
- 6 Olesen J, Lipton RB. Migraine classification and diagnosis. International Headache Society criteria. Neurology 1994;44(Suppl 4):S6-10.
- 7 Tfelt-Hansen P. Efficacy and adverse events of subcutaneous, oral, and intranasal sumatriptan used for migraine treatment: a systematic review based on number needed to treat. Cephalalgia 1998;18:532-8.
- 8 Practice parameter: the utility of neuroimaging in the evaluation of headache in patients with normal neurologic examinations (summary statement). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 1994;44:1353-4.

p.j.koehler
m.d.ferrari

Heerlen/Leiden, maart 1999

Optimaliseren van het antibioticabeleid in Nederland. IV. SWAB-richtlijnen voor antimicrobiële therapie in het ziekenhuis bij volwassenen met sepsis

Het artikel van Van Kasteren et al. is een uitstekend initiatief om in Nederland het antibioticabeleid bij patiënten met sepsis te optimaliseren (1999:611-7). De referentie die voor de definitie van sepsis wordt aangehaald, is echter niet geheel juist weergegeven; de juiste versie volgt hierna.¹ De consensus voor de definitie van 'sepsis' geeft een temperatuurcriterium aan van $> 38^{\circ}\text{C}$ of 36°C . Verder wordt behalve leukocytose ook leukopenie ($< 4 \times 10^9$) als criterium gehanteerd. Tot slot wordt sepsis die in verband staat met orgaanfunctie (lactatacidose, oligurie, verminderd bewustzijn) ernstige ('severe') sepsis genoemd. 'Sepsissyndroom' is een verouderde term die niet meer gehanteerd wordt. Multiorgaanfalen wordt, gezien de reversibiliteit van het ziektebeeld, tegenwoordig multiorgaanfunctiesyndroom (MODS) genoemd. Ofschoon criteria voor sepsis en het systemisch inflammatoir responsyndroom (SIRS) in de literatuur uitgebreid bekritiseerd zijn,² lijkt het verstandig de consensuscriteria te hanteren tot een eventuele nieuwe consensus bereikt is.

Literatuur

- 1 Bone RC, Balk RA, Cerra FB, Dellinger RP, Fein AM, Knaus WA, et al. Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. Chest 1992;101:1644-55.

² Vincent JL. Dear SIRS, I'm sorry to say that I don't like you. . . . Crit Care Med 1997;25:372-4.

h.j.van Leeuwen

Utrecht, april 1999

Wij danken collega Van Leeuwen voor zijn waardevolle aanvullingen betreffende de definities voor sepsis, ernstige sepsis en MODS. De door hem weergegeven termen komen inderdaad overeen met die uit de meest recente consensus en deze kunnen dan ook het beste gehanteerd worden. Tevens is het zo dat in deze consensus als één van de criteria voor sepsis wordt aangehouden een ondertemperatuur van $< 36^{\circ}\text{C}$ in plaats van $35,6^{\circ}\text{C}$, en dat naast leukocytose ook een leukopenie van minder dan 4×10^9 als criterium voor sepsis wordt gehanteerd.

m.e.e.van kasteren
j.w.m.van der meer

Nijmegen, april 1999

Screening op infectie door *Chlamydia trachomatis*: welke doelgroep en tegen welke prijs?

Wij menen dat het commentaar van Van Vloten (1999:652-3) op onze artikelen over screening op genitale infecties met *Chlamydia trachomatis* (CT) (1999:668-72 en 677-81) niet geheel recht doet aan ons onderzoek.

Bij de vergelijking van de opportunistische methode (1999:668-72) en de systematische methode (toegepast door Van Valkengoed et al., 1999:672-6) voor CT-screening stelt Van Vloten dat de laatste methode een beter beeld zou geven van de prevalentie in Amsterdam vanwege de selectiebias van het huisartsbezoek bij de opportunistische methode. (De prevalenties van asymptomatische CT-infectie in beide onderzoeken zijn: 5% volgens de opportunistische en 2,5% volgens de systematische methode.) Selectiebias zal echter bij beide onderzoeken een rol spelen. Zoals Van Valkengoed et al. zelf aangeven, is er bij de systematische methode mogelijkwijs een ondervertegenwoordiging van personen met een hoger risico op CT-infectie. Overigens kan men zich afvragen wat belangrijker is bij een screeningsprogramma, de schatting van de werkelijke prevalentie of het bereiken van die groepen waar de prevalentie het hoogst is. Wij menen dat het tweede aspect het meest relevant is en vergelijking van de resultaten suggereert dat de opportunistische methode groepen met een relatief hoge prevalentie bereikt.

Ten aanzien van de kosteneffectiviteit stelt Van Vloten dat bij screening van de doelgroep van vrouwen tot 30 jaar de baten de kosten overtreffen. Dit is onjuist. Zoals tabel 2 (1999:680) toont, zijn er besparingen voor de programma's gericht op vrouwen tot 20 jaar en vrouwen tot 25 jaar. Voor het programma gericht op vrouwen beneden de 30 jaar moet echter netto circa f 100,- per genezen vrouw en f 300,- per vermeden complicatie betaald worden.

Verderop stelt Van Vloten dat door ons aangenomen is dat de doelgroep tenminste 1 maal per jaar bij de huisarts komt. Ook dit is onjuist. Wij hebben aangegeven dat leeftijdsgroep-specifieke fracties van vrouwen met minstens 1 huisartscontact per jaar ontleend zijn aan de 'Gezondheidsenquête' van het Centraal Bureau voor de Statistiek (1999:679).

Terecht merkt Van Vloten op dat herinfectie en screeningsintervallen belangrijke aspecten zijn bij een preventieprogramma voor CT-infectie, zoals wij ook zelf aangeven in de sectie 'Beschouwing en conclusies' (1999:680). De huidige internationale standaard voor modellering van de kosteneffectiviteit van CT-screening bevat echter geen module voor herinfectie en gaat uit van eenmalige screening. Het is in die zin een statisch