

Aangezien ook door ons een bloeddrukmeter gehanteerd wordt, hebben wij met aandacht en grotendeels met instemming de „nuttige notitie No. 31” (1963) gelezen. Zoals de schrijver zelf opmerkt, houdt een „cri de coeur” het gevaar in, dat men in zijn geladenheid te ver gaat. Wij menen dat dit hier inderdaad het geval is geweest.

De internist, wiens naam uit de voordrachten, die hij over het onderwerp „het niet behandelen van hypertensie” houdt, aan de meeste lezers wel bekend is, is een man van gezag. Het is daarom te betreuren, dat hij in zijn betoog het kind met het badwater dreigt weg te gooien.

Ieder, die regelmatig met hypertensie te maken heeft, zal de punten 1, 2 en 4 van de „nuttige notitie” onderschrijven. Het is juist, dat men bij iedere patiënt die een verhoogde bloeddruk heeft, zich eerst moet afvragen, of er inderdaad een hypertensie bestaat, of deze hypertensie ernstig is, welke de oorzaak is, en of een behandeling noodzakelijk is. Indien er bij herhaalde metingen geen of slechts een licht verhoogde diastolische bloeddruk gevonden wordt, dient geen behandeling te worden ingesteld. Op dit belangrijke punt zijn wij het met de schrijver volledig eens.

Ook kunnen wij ons verenigen met de uitspraak, dat een uitgebreid onderzoek dient plaats te vinden, indien de bloeddruk bij herhaling verhoogd blijkt te zijn. De opmerking, dat het missen van de diagnose feochromocytoom weinig praktische betekenis heeft, omdat deze aandoening zo zeldzaam is, klinkt niet overtuigend. Jammer is het, dat bij de vele oorzaken van hypertensie, die in het artikel worden genoemd, de stenose van de arteria renalis die in frequentie (5-10 pct) ongetwijfeld de belangrijkste is, ontbreekt. Juist bij het stellen van deze diagnose kan de huisarts met eenvoudige middelen een zeer belangrijk aandeel hebben.

Wat de behandeling betreft, verschillen wij van mening met de schrijver. Het artikel van TURNER, waarop het grootste deel van de „nuttige notitie” is gebaseerd, dateert uit 1959, en was als zodanig op dat tijdstip volkomen juist. In de afgelopen vier jaren is echter veel veranderd. Ofschoon de medicamenteuze behandeling van hypertensie nog zeker niet ideaal is en het directe bewijs van een goede invloed van deze therapie, behalve bij maligne hypertensie, nog niet is geleverd, mag men deze niet meer afdoen met een enkele denigrerende opmerking over het zoutloze dieet. Ofschoon uitsluitend toepassen van zoutloos dieet slechts in een minimaal aantal gevallen een duidelijke invloed op de hoogte van de bloeddruk en de complicaties heeft, vormt de combinatie van een iets minder stringente zoutbeperking van het dieet met een diureticum o.i. een enorme verbetering van onze therapeutische mogelijkheden, die bovendien de patiënt weinig overlast bezorgt. Wel dient men hierbij de nierfunctie geregeld te controleren. De snelle verbetering van de afwijkingen van oogfundus en electrocardiogram kunnen niet anders dan een gunstige invloed op het beloop van de hypertensie suggereren, zelfs al ontbreken nog uitgebreide statistieken. De combinatie van deze ontzoutingstherapie met andere moderne medicamenten, bv. met α -methyl dopa en guanethidine, kan de patiënt soms meer overlast bezorgen, doch is nog steeds een grote verbetering ten opzichte van de in het artikel van TURNER genoemde geneesmiddelen.

Wij willen dus stellen, dat de therapeutische mogelijkheden sedert 1959 dusdanig zijn toegenomen, dat men minder terughoudendheid bij het stellen van de indicatie tot behandeling van hypertensie behoeft te betrachten. Het is niet mogelijk, binnen dit bestek op deze indicaties verder

in te gaan, doch wij menen, dat opmerkingen zoals „in het algemeen pas een diastolische druk van meer dan 130 mm kwik schadelijke gevolgen heeft” en „geen behandeling zolang het organisme niet door de hypertensie is beschadigd” en „hypertensie bij vrouwen in de menopauze is bijna normaal” in een didactisch betoog uitermate gevaarlijk zijn, en tot een verkeerde instelling zullen leiden van de artsen, die patiënten met „hypertensie wel moeten behandelen”.

Punt 7 van de nuttige notitie zouden wij willen veranderen in „wij moeten gezamenlijk streven naar een goed geïndiceerde en kritisch toegepaste behandeling van hypertensie, waarbij wij niet moeten wachten totdat het proces te ver is gevorderd”.

Literatuur: Nuttige notitie No. 31 (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 817. — TURNER, R. W. P. (1959) Diagnosis and treatment of essential hypertension. *Lancet* I, 897.

Leiden, 8 mei 1963

J. DE GRAEFF
A. STRUYVENBERG

De „internist I” die in de „nuttige notitie No. 31” aan het woord is geweest, deed ons de volgende reactie op het ingezonden stuk van de collegae DE GRAEFF en STRUYVENBERG toekomen:

De „nuttige notitie No. 31” werd geschreven om te trachten reacties uit te lokken, waardoor de indicaties tot behandelen van hypertensie nog eens kritisch beschouwd zouden worden. Ik ben de collegae DE GRAEFF en STRUYVENBERG dan ook dankbaar voor hun ingezonden stuk.

Allereerst de aangeduide schoonheidsfouten. Ik ben wel van mening dat in een algemene praktijk per arts een feochromocytoom een zeldzaamheid is. De balans tussen goed en kwaad, veroorzaakt door ons geneeskundig handelen, in het oog houdend, meen ik, dat het ten opzichte van het therapeutisch nut voor zijn gehele groep van patiënten minder gewicht in de schaal legt, wanneer de algemene arts gedurende zijn praktijkleven deze diagnose wellicht een keer mist, dan dat hij vele anderen onnodig en belastend behandelt. Waarbij deze „misser” dan wel te betreuren blijft. Niet bedoeld is, dat in absolute zin de afwijking zo zeldzaam is.

De stenose van de arteria renalis was in de oorspronkelijke opzet van het artikel wel opgenomen, maar is later weer geschrapt, omdat dit opkomend ziektebeeld nog te weinig algemene bekendheid geniet dan dat zonder meer daaraan gerefereerd kan worden. De huisarts zal dan eerst nog meer moeten worden voorgelicht hoe hij juist met de hem ten dienste staande middelen, de mogelijkheid van deze afwijking kan vermoeden en de patiënt voor verder onderzoek kan inzenden.

Bij het meer principiële gedeelte — het al of niet behandelen — moet eerst getracht worden elk misverstand te voorkomen. Met „het niet-behandelen van hypertensie” wordt allermindst bedoeld, dat hypertensie nimmer een indicatie vormt tot behandeling. Bedoeld is, dat het niet nodig is, zoals nog maar al te veel wordt gedaan, elke hypertensie te behandelen. Gesteld werd, dat er vele hypertensielijders zijn, die behandeling behoeven, maar nog veel meer mensen met hypertensie, bij wie het „niet-behandelen” een te verdedigen gedragslijn is.

Over het zoutloze dieet op zichzelf is door mij niet denigrerend gesproken, alleen heb ik er nog eens op gewezen, dat zelfs een werkelijk zoutloos dieet maar in een betrekkelijk gering aantal gevallen effectief is, hetgeen de collegae DE GRAEFF en STRUYVENBERG onderschrijven. Schamperheid komt pas in mijn betoog wanneer ik de wijze beschouw waarop het voorschrift van een „zoutloos” dieet in het da-

gelijks leven in het algemeen wordt uitgevoerd. Bezwaar maak ik er tegen, dat een *zoutloos* dieet zo veelvuldig voorgeschreven wordt, terwijl men weet dat dit in de praktijk nauwelijks doorvoerbaar is. Van aanbevelingen hoe er dan wél behandeld moet worden, heb ik mij te enen male onthouden.

De snelle verbeteringen van oogfundus en electrocardiogram die men bij toepassing van de huidige middelen waarneemt, vindt men bij die categorie van mensen, voor wie behandeling van hun hypertensie, ook volgens de door mij vermelde criteria, wél noodzakelijk is. Inderdaad suggereert dit dat het natuurlijke beloop van een tot dergelijke afwijkingen leidende hypertensie in gunstige zin beïnvloed kan worden, maar hoe onderkennen wij deze?

Dat de behandelingsmogelijkheden ten opzichte van vier jaar geleden zijn vooruitgegaan, stemt tot vreugde voor hen die deze behandeling nodig hebben. Zouden de door collegae DE GRAEFF en STRUYVENBERG genoemde geneesmiddelen ook in de toekomst wel blijven voldoen, dan bestaat er inderdaad de mogelijkheid, dat de indicatie tot behandeling wat ruimer gesteld zou kunnen worden. Maar dan blijft toch de principiële vraag, of alle mensen met hypertensie zullen mogen en moeten worden behandeld. Dit laatste zou toch alleen gerechtvaardigd zijn, wanneer blijkt dat behandeling van een hypertensiebezitter voorkomt dat daaruit een hypertensielijder ontstaat.

De in de laatste alinea gewraakte aanhalingen lijken mij in de huidige tijd van overbehandeling als compenserende waarschuwing nog wel van betekenis.

De voorgestelde gewijzigde versie van punt 7 is voor het eerste deel slechts een verschil van formulering en niet van betekenis. Ik moge aan de alinea van de nuttige notitie herinneren „Er zijn heel wat mensen, bij wie de hypertensie een ziekte is, die — na een adequaat onderzoek — behandeld moeten worden. Dankbaar kunnen wij zijn, dat wij daartoe over de therapeutische middelen beschikken. Daarnaast zijn er te veel mensen, bij wie deze zelfde behandeling op weinig kritische gronden wordt toegepast. Hieraan moet een eind komen"! Gebeurt dit, dan blijven automatisch de goed geïndiceerde gevallen over.

Moeilijker is het tot eenstemmigheid te komen over het tweede deel van de zin, luidende „waarbij wij niet moeten wachten totdat het proces te ver is gevorderd". Tenzij kan worden aangetoond dat preventieve behandeling van alle mensen met hypertensie zinvol is of methoden worden gevonden om de kandidaat-hypertensielijders te selecteren, zal omschreven moeten worden hoe ver het proces gevorderd mag zijn, alvorens tot behandeling moet worden overgegaan, en zullen de parameters moeten worden aangegeven, waarmee nagegaan kan worden dat het proces vordert. Persoonlijke ervaring terzijde latend, kan ik immers toch altijd nog wijzen op de zeer grote door TURNER beschreven groep, die zonder medicamenteuze behandeling in goede conditie bleef.

Wanneer de collegae DE GRAEFF en STRUYVENBERG door de „choc des opinions" en verder meedelen van ervaringen bijdragen tot nauwkeurige indicatiestelling van wanneer er wel en wanneer niet behandeld dient te worden, zal dit de medici tot leidraad en de mensen met hypertensie tot voordeel zijn.

Amsterdam, 22 mei 1963

REDACTIE

PRIMAIRE ATYPISCHE PNEUMONIE

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega DIJKMAN (1963) wilde ik het volgende opmerken: De tot heden gebruikelijke naam „primaire atypische pneumonie" is zeker niet meer geschikt om een luchtweg-infectie, veroorzaakt door „Eaton-agent" of wel *Mycoplasma pneumoniae* aan te duiden. De diagnose kan met zekerheid worden bevestigd met de immuno-fluorescentiemethode, en het is bekend dat de ziekte zich ook kan voordoen in de vorm van een lichte bronchitis of als een subklinisch verloopende infectie.

De benaming „luchtweg infectie door mycoplasma pneumoniae" is daarom het minst verwarrend.

Literatuur: DIJKMAN, J. H. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 976.

Son, 19 mei 1963

L. E. M. PIJNENBURG

De door collega DIJKMAN opgeworpen bezwaren tegen de term „primaire atypische pneumonie" kunnen wij geheel onderschrijven. In Noord-Amerika zelf zijn ook vroeger reeds bezwaren geuit tegen deze naam. Nu de etiologie bekend is, lijkt het ons ook het beste, de ziekte aan te duiden met de naam van het verwekkende agens.

Leiden, 21 mei 1963

J. F. PH. HERS
J. MULDER

ERYTREMIE BIJ EEN ZUIGELING

Mej. J. G. KOPPE (1963) noemt in haar artikel het in 1933 door HALBERTSMA beschreven jongetje met polycythaemia vera, en neemt van HALBERTSMA over, dat dit patiëntje geen hartafwijking had.

In 1940 beschreven DIJKSTRA en HALBERTSMA dit zelfde kind. Bij de sectie was gebleken, dat er wél een hartafwijking bestond. Zij nemen aan, dat het afwijkende rode bloedbeeld niet in verband stond met de hartafwijking. Een duidelijk bewijs daarvoor ontbreekt echter.

Collega KOPPE sluit het bestaan van hypoxie uit, door het beoordelen van de thoraxfoto: „De röntgenfoto van de thorax toonde geen afwijkingen aan hart of longen; erytremie ten gevolge van hypoxie was dus uitgesloten". Het lijkt mij de vraag of iedere mate en iedere vorm van hypoxie op deze wijze kan worden uitgesloten.

Bij het patiëntje door collega KOPPE beschreven, werd geen abnormale hemoglobine gevonden. Zij vermeldt niet of de percentages voor Hb.F en Hb.A₂ (op zichzelf geen abnormale hemoglobines) abnormaal hoog waren. Indien dat het geval zou zijn, zou men zich kunnen afvragen of er via de Indonesische vader toch misschien een hemoglobine-afwijking bestaat.

Literatuur: DIJKSTRA, O. H. en T. HALBERTSMA (1940) *Amer. J. Dis. Child.* 60, 907. — KOPPE, J. G. (1963) *Ned. T. Geneesk.* 107, 442.

Groningen, 23 mei 1963

F. J. VAN ROOTSELAAR