

## MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

### ENQUÊTE LICHAMELIJK GEHANDICAPTEN

De onvoldoende kennis van het aantal lichamenlijk gehandicapten in ons land, de aard van de handicaps waaraan zij lijden en in verband daarmee de vraag in hoeverre reeds voorzieningen getroffen zijn en welke maatregelen nog bevorderd zouden dienen te worden, is voor de Raad voor de Revalidatie aanleiding geweest een grondig onderzoek, uit te voeren door het Centraal Bureau voor de Statistiek, voor te stellen.

Door een werkgroep van deze Raad werd een uitvoerig rapport samengesteld, waarin diepgaand ingegaan wordt op de verschillende vormen van handicap, op de criteria die gesteld moeten worden om tot een handicap te besluiten en omtrent de zorg, die voor deze categorie personen optimaal gewenst zou zijn.

Na bestudering van dit rapport werd door de Ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk aan het Centraal Bureau voor de Statistiek verzocht, een als boven bedoelde enquête in te stellen.

Het is de bedoeling dit naar zijn aard zeer omvangrijke onderzoek in 1971 tot uitvoering te brengen. Alvorens dit geschiedt, zal in 1970 een vóóronderzoek worden ingesteld, ten einde de vragen die bij het onderzoek in 1971 gesteld kunnen worden te verkennen en te toetsen.

Bij het onderzoek zal gedeeltelijk gebruik gemaakt worden van een schriftelijke enquête en voor een ander deel van interviews, te verrichten door enquêteurs(-trices).

Daar getracht zal worden ook een zo zuiver mogelijk inzicht te krijgen in de aard van de handicaps, zullen ook een aantal vragen die hierop betrekking hebben gesteld dienen te worden. Deze vragen zullen dus gedeeltelijk een medische inslag moeten hebben.

Teneinde de juistheid van de antwoorden te toetsen zal de medisch adviseur, die voor dit onderzoek aan het C.B.S. is verbonden, zich in veel gevallen tot de huisartsen moeten wenden om hun zienswijze over de aard van de handicap en de soort en omvang van eventuele hulpbehoeften te vernemen. Vooral ook door de medewerking van de artsen zal het mogelijk worden dat het resultaat van dit onderzoek aan de verwachtingen zal kunnen beantwoorden. Omdat het, teneinde betrouwbare conclusies te kunnen trekken, nodig is ook een aantal personen, die verklaren niet gehandicapt te zijn, aan de enquête te onderwerpen, zullen de huisartsen door genoemde medisch adviseur verzocht worden ook over deze personen inlichtingen te verschaffen.

Met nadruk wijs ik erop dat het hier een zuiver statistisch onderzoek betreft. De identiteit van de te enquêteren personen wordt vanzelfsprekend strikt geheim gehouden.

Het is duidelijk dat dit onderzoek slechts zal kunnen slagen indien de huisartsen van de geënquêteerde personen er hun volle medewerking aan geven. Het werk dat hieraan voor de artsen verbonden is zal tot een minimum beperkt blijven.

Ik zou alle artsen met aandrang willen verzoeken daaraan hun volledige medewerking te willen geven, waarvoor ik bij voorbaat gaarne mijn grote erkentelijkheid betuig.

R. DRION, arts,  
geneeskundig hoofdinspecteur  
van de volksgezondheid

## INGEZONDEN

(Buiten verantwoordelijkheid van de Redactie; deze behoudt zich het recht voor, de stukken te bekorten)

### STATUS EPILEPTICUS EN TUMOR CEREBRI

In hun artikelen en daarop volgende discussie halen zowel FREDERIKS (1969, 1970) als VERJAAL en GOOR (1969, 1970) — zonder eigen cijfermateriaal te presenteren — JANZ aan met betrekking tot het tijdstip van optreden, de frequentie en etiologie van status epilepticus bij hersenziekten. Het is hierbij relevant het door GOOR en VERJAAL genoemde onderscheid in het oog te houden, namelijk „hoe vaak een hersenziekte begint met een status epilepticus, of omgekeerd hoe vaak een status epilepticus het eerste verschijnsel is van een hersenziekte”. Het is ons mogelijk bij een omschreven groep, in dit geval tumor-cerebri-patiënten, aan te geven hoe vaak een status epilepticus optrad. Ter verduidelijking lijkt het noodzakelijk enige uitspraken van JANZ te citeren, hoe een status epilepticus als eerste uiting van een tumor cerebri kan optreden:

„Status epilepticus occurring out of the blue with no premonitory signs or symptoms and in a patient not known to be an epileptic should arouse suspicion of the presence of an unilateral frontal lobe tumour.”

Vermeldenswaard zijn eveneens de volgende specificaties over lokalisatie en aard van de tumor:

Wanneer een status „as an initial event” optreedt, heeft men in geval van frontale lokalisatie waarschijnlijk te maken met „an astrocytoma or some other benign tumour involving white matter” en „that all the other tumours not situated in the frontal lobe but which give rise to status were glioblastoma”.

Eenzijds om bovengenoemde uitspraken van JANZ na te gaan, anderzijds om aan de hand van cijfermateriaal een uitspraak te doen over de frequentie van status epilepticus, werden de ziektegeschiedenissen van de meerderjarige patiënten — uitgeboekt onder het hoofd „tumor cerebri” — over de jaren 1961 t.m. 1968 verzameld. Van de aldus verkregen gegevens over 731 patiënten hadden er 320 betrekking op patiënten bij wie de tumor zich tot één hemisfeer beperkte. Van deze tumoren waren er 33 extracerebraal gelegen, 30 tumoren waren secundair. Het onderzoek strekt

TABEL I. LOKALISATIE EN AARD VAN DE TUMOR BIJ PATIËNTEN MET EPILEPSIE

	Frontaal		Temporaal		Pariëtaal		Occipitaal	
	LH*	RH**	LH	RH	LH	RH	LH	RH
Glioblastoma multif.	7	4	3	5	3	5	1	—
Astrocytoma	5	6	8	2	2	2	—	—
Oligodendroglioma	2	2	6	—	1	1	—	—
Metastase	—	1	1	1	2	3	—	—
Meningeoma	1	3	1	2	7	4	—	—

\*LH= linker hemisfeer  
\*\*RH= rechter hemisfeer

zich uit — in verband met genoemde uitspraken — over patiënten met een unilateraal gelokaliseerde tumor. Epileptische manifestaties kwamen bij 91 patiënten voor. Tabel I geeft de lokalisatie en de aard van de tumor van deze 91 patiënten weer.

Van deze 91 patiënten hadden 7 (7,8%) een status epilepticus. (Zie tabel II.)

Uit tabel II blijkt dat:

- a. in drie gevallen de status — dus zonder voorafgaande klachten — de eerste uiting van een tumor cerebri was;  
 b. van deze drie gevallen de lokalisatie in redelijke overeenstemming met JANZ is, en wel in zoverre, dat in twee

TABEL II. LOKALISATIE EN AARD VAN DE TUMOR BIJ PATIËNTEN MET EEN STATUS EPILEPTICUS

	Frontaal	Temporaal	Pariëtaal	Occipitaal
Glioblastoma multif.	2*	1	1*	
Astrocytoma	1			
Oligodendroglioma	1			
Metastase				
Meningeoma			1	

\* = eerste uiting van tumor cerebri

gevallen de tumor unilateraal frontaal gelokaliseerd werd; het derde geval betrof een pariëtale lokalisatie;

c. bij al deze drie gevallen de tumor als glioblastoma multiforme werd geklassificeerd, hetgeen ten aanzien van de frontale lokalisatie in tegenspraak is met de bewering van JANZ.

Tenslotte menen wij te mogen concluderen, dat in deze duidelijk omschreven groep patiënten — namelijk met een tumor die zich tot één hemisfeer beperkt — de status als eerste uiting hiervan (1%) met recht zeldzaam genoemd mag worden.

*Literatuur:* FREDERIKS, J. A. M. (1969) Status epilepticus als eerste manifestatie van een hersenziekte. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 931; (1970) Status epilepticus. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 217. — GOOR, C. en A. VERJAAL (1970) Status epilepticus. *Ned. T. Geneesk.* **114**, 217. — JANZ, D. (1960) Status epilepticus und Stirnhirn. *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **180**, 562; (1961) Conditions and causes of status epilepticus. *Epilepsia (Amst.)*, **2**, 170; (1964) Status epilepticus and frontal lobe lesions. *J. neurol. Sci.* **1**, 446; (1969) *Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie.* Georg Thieme Verlag, Stuttgart. — VERJAAL, A. en C. GOOR (1969) Status epilepticus. *Ned. T. Geneesk.* **113**, 2289.

Rotterdam, 27 mei 1970

H. R. VAN DONGEN  
F. VAN HARSKAMP

#### STATUS EPILEPTICUS EN TUMOR CEREBRI

Met veel belangstelling hebben wij kennis genomen van de mededeling van VAN DONGEN en VAN HARSKAMP. Wij menen dat dit onderzoek een wezenlijke bijdrage is tot een beter inzicht in de frequentie waarmee een status epilepticus als eerste symptoom van een tumor cerebri voorkomt.

's-Gravenhage, 16 juni 1970

A. VERJAAL  
C. GOOR

#### ESTHETISCHE NEUSREDUCTIE

Het is vaak zo dat de afkeer voor de eigen neus toeneemt indien postoperatief door plastische cosmetische veranderingen ook niet de functie van de neus verbeterd is.

In het artikel van collega MOLENAAR (1970), zoals meestal in de Amerikaanse literatuur over dit onderwerp, wordt er over de neus als orgaan en deel van de luchtweg niet gesproken. De hoge smalle neus, het meest door de plastisch chirurg geopereerd, geeft de patiënt al gauw veel ongerief zoals hoofdpijn, anosmie en soms in het geheel geen mo-

gelijkheid tot neusademen en snuiten. Deze vooruitgestoken neus geeft soms bij de geboorte reeds, maar meer nog op latere leeftijd reden tot traumatisering. Het gevolg is een verkeerde uitgroei vanuit de groeikernen met daardoor vooral deviaties van vomer en lamina perpendicularis. Tevens hebben deze patiënten last van het „invallen” van de neusvleugels bij de inademing.

Voor de rinoloog is een abnormaal uiterlijk maar al te vaak een aanwijzing voor het bestaan van een abnormale neusademhaling. Tegenwoordig worden door rinomanometrisch onderzoek de mate van de doorgankelijkheid gemeten en door allergisch onderzoek de slijmvliesziekte bekeken. Uiteraard is hierbij rinoscopisch onderzoek noodzakelijk.

Wanneer besloten wordt tot operatie geeft juist de functie van de neus de doorslag. De esthetische neusreductie behoort o.i. dus een functionele neuscorrectie te zijn. De uiterlijke vorm wordt dan uiteraard ook verbeterd.

Een slechts op correctie van de uiterlijke vorm van de neus gerichte operatie, zonder dat daarbij met de functie rekening wordt gehouden, is toch eigenlijk niet meer up to date volgens Europese maatstaven.

*Literatuur:* MOLENAAR, A. en R. D. RHODES (1970) *Ned. T. Geneesk.* **114**, 804.

Amsterdam, mei 1970

E. A. VAN DISHOECK

Helaas heeft collega VAN DISHOECK de opzet van ons artikel niet begrepen. De functionele problematiek is een geheel andere en heeft met het soort patiënten waarover gesproken werd, niets te maken. Het is naïef te veronderstellen dat hier uit onbegrip aan zou zijn voorbijgegaan. Wanneer er functiestoornissen zijn, zal de patiënt zich wenden tot een specialist op dit gebied of door de plastisch chirurg verwezen worden. Dat verklaart tevens, waarom collega VAN DISHOECK meent te kunnen beweren dat een niet getraumatiseerde uitwendig „abnormale” neus meestal gepaard gaat met een inwendige neusafwijking en functionele klachten. Hij ziet een geheel ander soort patiënten dan de plastisch chirurg. De postoperatieve hoofdpijn, anosmie en obstructievervalschijnselen waarover gesproken wordt, zijn mij ten emale onbekend. Gaarne zou ik vernemen, waarop VAN DISHOECK dit baseert.

Tenslotte zou ik willen opmerken, dat de laatste alinea, althans het eerste gedeelte ervan, volkomen juist is. Het tegendeel is door ons echter nooit beweerd. Wat het laatste deel betreft over „Europese maatstaven” zou ik willen aanraden wat ruimer te denken en voortaan gewoon te spreken over medische maatstaven.

Rotterdam, 31 mei 1970

A. MOLENAAR

#### L-DOPA-BEHANDELING BIJ PARKINSON-PATIËNTEN

In het artikel van F. C. STAM en F. J. M. HESLINGA (1970) komen enkele gegevens voor, die m.i. een nadere correctie behoeven.

Op bl. 849, tweede kolom, wordt m.i. terecht gezegd, dat dopamine uit DOPA gevormd wordt door decarboxylase. Op bl. 850, eerste kolom, heet het echter, dat dopamine onder invloed van tyrosinase uit DOPA gevormd wordt, terwijl in de tweede kolom op dezelfde bladzijde gesteld wordt, dat niet DOPA, maar tyramine het substraat is, waaruit dopamine gevormd wordt.

Vooraf het feit, dat bij Parkinson-patiënten niet alleen tekorten worden waargenomen aan dopamine, maar ook