

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Nederlandse Werkgroep voor Trophoblastair Choriocarcinoom (Chorionepitheliom)

In 1970 is in E.O.R.T.C.-verband een nieuwe Europese werkgroep voor placentair choriocarcinoom tot stand gekomen onder voorzitterschap van Dr. K. D. BAGSHAWE (Londen); de E.O.R.T.C. (European Organization for Research on Treatment of Cancer) is de voortzetting van de G.E.C.A. (Groupe Européen de Chimiothérapie Anticancéreuse).

Onder de Nederlandse leden van de E.O.R.T.C.-werkgroep werd sterk de behoefte gevoeld, te komen tot een Nederlandse Werkgroep. Deze werkgroep heeft zich inmiddels gevormd, waarbij de volgende doelstellingen zijn geformuleerd:

1. Functioneren als een contactorgaan tussen Nederlandse gynaecologen en de E.O.R.T.C.-werkgroep.
2. Bestuderen van problemen betreffende pathogenese, diagnostiek en therapie.

3. Organiseren van werkbijeenkomsten, waar Nederlandse patiënten kunnen worden gepresenteerd en besproken.

4. Desgewenst adviseren over diagnostiek en behandeling.

5. Zo mogelijk registratie en follow-up van alle in Nederland voorkomende gevallen (10-15 per jaar).

6. Eventueel stimuleren van nader onderzoek, bv. naar weefselantigenen.

De „vaste kern” van deze werkgroep zal voorlopig gevormd worden door: Dr. F. B. LAMMES, gynaecoloog, coördinator, E. ENGELSMAN, internist, secretaris, E. J. AARTSEN, gynaecoloog, lid, Dr. C. B. F. DAAMEN, path.-anatom, lid.

Er zal elke 3 maanden een werkbijeenkomst worden gehouden op wisselende plaatsen in het land; de aankondigingen daarvoor zullen aan de leden van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie en de Nederlandse Patholoog-Anatomen Vereniging worden bekend gemaakt.

Het adres van het secretariaat is: Nederlandse Werkgroep voor Choriocarcinoom, Antoni van Leeuwenhoekhuis, Sarphatistraat 106, Amsterdam-C. Tel. 020-943434.

INGEZONDEN

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

Nieuwe ontwikkelingen op het terrein van de antidepressiva

Het artikel van Prof. VAN PRAAG en Dr. KORF (1971) geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

Nadat in punt I uiting is gegeven aan enkele veronderstellingen: „Aangenomen wordt . . .” „Men stelt zich voor . . .” „Dit kan in principe . . .” „ . . . geacht gelijk te zijn: . . .”, „ . . . ze zouden . . . activiteiten versterken”, wordt geconcludeerd: „De huidige antidepressiva hebben *du* (curs. van mij) op zijn minst twee kenmerken gemeen: een heilzaam effect bij depressies, in het bijzonder bij vitale depressies (wat zijn dat?), en het MA-potentiërend vermogen.”

Naar mijn mening is dit een aanvechtbare bewijsvoering, te meer omdat even tevoren getracht moet worden te bewijzen dat fysiologische activiteiten worden belemmerd: „Welnu, tricyclische antidepressiva belemmeren de passage van MA door de membraan van de zenuwcel en daarmee de (her)opname van MA in de intraneuronale depots.”

In het vervolg van het artikel worden bovendien slechts biochemische resultaten vermeld; de klinische worden beperkt tot: „ . . . in de loop van vier behandelingsweken ontstond een verbetering van alle beoordeelde gedragsvariabelen.” In punt V, slotsom, moet dan ook gesteld worden: „De monoaminenhypothese (curs. van mij) kunnen aan het onderzoek naar antidepressiva met krachtiger en selectiever werking dan de bestaande, richting geven, dat wil zeggen dit onderzoek uitlichten boven het niveau van de zuivere empirie. Daarom is de betekenis van deze hypothesen groot, ook al is waarschijnlijk dat ze een al te simplistische voorstelling geven van de gang van zaken.”

Zonder langere observatie dan vier weken, zonder aanduiding of, en zo ja welk, effect geen gesprekstherapie heeft, maakt een dergelijk onderzoek — en behandeling — de indruk van een moderne vorm van alchemie, echter met het

grote verschil dat de oude alchemie een min of meer onschuldige hersenschim was doch dat therapie met psychopharmaca verre van ongevaarlijk is of kan zijn, getuige o.a. een artikel van TRIMBOS (1970).

Literatuur. PRAAG, H. M. VAN en J. KORF (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1963. — TRIMBOS, C. J. B. J. (1970) *Maandbl. geest. Volksgezondh.* 25, Nr. 6.

's-Gravenhage, december 1971

H. K. SCHEFFER

1. Het is soms mogelijk uit een reeks plausibele en samenhangende veronderstellingen een conclusie te trekken. Deze werkwijze is, meen ik, toelaatbaar mits de conclusie wordt opgevat, niet als vaststaand feit maar als werkhypothese. Deze weg werd in het onderhavige onderzoek gevolgd.

2. Bepaalde depressieve syndromen, in het bijzonder de vitaal depressieve (literatuur over dit begrip wordt op aanvraag gaarne verstrekt), komen voor behandeling met antidepressiva in aanmerking. Een eventueel therapeutisch effect treedt gewoonlijk op na 1-3 weken. Nadien neemt de kans op succes snel af. Om deze reden is een onderzoekstermijn van 4 weken bij het evalueren van antidepressiva gangbaar.

Met het „aanslaan” van een psychopharmacon is de kous in het algemeen niet af. Indien psychogene factoren het syndroom (mede) hebben uitgelokt, dienen deze zoveel als mogelijk te worden uitgeschakeld; anders is de kans op recidief groot. Psychotherapie is hiertoe onontbeerlijk.

3. Het toedienen van psychopharmaca is geen geïsoleerd gebeuren. Gedurende de onderzoeksperiode zijn ook andere, niet-farmacologische, factoren werkzaam. Dit is de reden dat de techniek van het gecontroleerde onderzoek werd ingevoerd. Kort gezegd: een groep patiënten wordt volgens het toeval in tweeën gedeeld. De ene groep krijgt placebo (of een pharmacon waarvan de werking bekend is), de andere

het te onderzoeken preparaat. Beide groepen worden voor het overige onder dezelfde omstandigheden behandeld. Het is dan aannemelijk dat niet-farmacologische factoren in beide groepen in gelijke mate werkzaam zullen zijn. Dit is bovendien aannemelijk te maken.

Is, na afloop van het experiment, de klinische toestand in de proefgroep beter dan die in de placebogroep, dan is het waarschijnlijk dat dit verschil op rekening komt van het onderzochte pharmacon.

Met gecontroleerd onderzoek tracht men zich een oordeel te vormen over de werking van het pharmacon *per se*. Het is een apert misverstand, in de toepassing van deze methode een diskwalificatie te zien van niet-farmacologische behandelingsvormen.

4. Het valt te betreuren dat na 20 jaar moderne psychofarmacologie het verschil tussen dit vakgebied en de alchemie niet aan een ieder duidelijk is. De psychiatrische (na)scholing vertoont blijkbaar leemten.

Groningen, december 1971

H. M. VAN PRAAG

Snurken

Met belangstelling heb ik de ingezonden stukken over snurken gelezen, evenals de antwoorden hierop, maar van het tweede stukje van collega NEEB (1971) ben ik toch wel wat geschrokken.

Hij stelt voor het achterste deel van het palatum molle operatief te verwijderen, waarbij dan niet zoveel moet worden weggenomen dat verslikken naar de neusholte optreedt.

Bij het congenitaal te korte verhemelte heeft insufficiëntie van het velofaryngeale afsluitingsmechanisme een open neusspraak ten gevolge. Slechts in zeer extreme gevallen van insufficiëntie treden ook slikmoeilijkheden in de vorm van terugkomst van voedsel of drank door de neus op. Collega NEEB lijkt geheel te zijn voorbijgegaan aan de functie van het verhemelte als spraakorgaan, want onaangetast zijn van het slikmechanisme is geenszins een garantie dat ook de spraak goed blijft. Men kan gerust aannemen dat inkorten van het verhemelte zoals voorgesteld de toeloop van patiënten met open neusspraak zou verveelvuldigen, patiënten die van de regen in de drup zouden zijn geraakt. De geruisen die ontstaan door lucht lekkage langs het verhemelte tijdens het uitspreken van niet-nasale klanken zijn namelijk bij auscultatie van een neusgat met een slangetje duidelijk hoorbaar. Wij plegen ze „snurkjes” te noemen.

Bij het snurken meen ik twee soorten te kunnen onderscheiden: 1. het geluid ontstaat door fladderen van het verhemelte, en 2. het geluid ontstaat, door naar achteren zakken van de tongrug, tussen deze en de pharynxwand.

Het onder 1 genoemde snurken zou zijn te verhelpen met de door collega VAN DIJK (1971) beschreven vestibulumplaat. Deze plaat, die wij ook vaak bij de behandeling van

mondademen adviseren, maakt luchtpassage door de mond vrijwel onmogelijk.

Het onder 2 genoemde snurken zal hierop waarschijnlijk niet reageren, maar dat is niet zo erg omdat deze wijze van snurken veel minder luidruchtig is dan de onder 1 genoemde (probeert u maar eens luid te snurken met uw mond dicht).

Literatuur. DIJK, P. G. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2073. — NEEB, H. (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1618, 2075.

Utrecht, december 1971

M. W. CORNELISSEN

Het is verheugend nu eens iets te lezen van een ter zake meer bevoegde. Als internist zal ik zeker niet het oordeel van een K.N.O.-arts over dit onderwerp bestrijden. Wel weet ik van een geval, waarbij bedoelde „besnijdenis” het heftige snurken heeft doen verdwijnen zonder een neusspraak te hebben doen ontstaan. Het kan dus wel. Ter afsluiting van de mond is ook nog verkrijgbaar een eenvoudig, soepel plastic plaatje, dat men achter de lippen en voor de tanden schuift. Het is een Duits artikel (echter Made in Holland!).

Arnhem, december 1971
(Discussie gesloten.)

H. NEEB

Beloop en behandeling van chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA), gecombineerd met chronische respiratoire insufficiëntie

In het artikel van J. KREUKNIET, M. J. VAN DITMARS en L. WESTERHOF (1971) wordt bij de behandeling van patiënten, lijdende aan CARA gecombineerd met chronische respiratoire insufficiëntie, in het geheel niet gesproken over toediening van corticosteroiden. Het komt ons voor dat bij deze patiënten met ernstige diffuse luchtwegobstructie, in geval van een acute exacerbatie, ook corticosteroiden naast de genoemde therapeutische maatregelen in bepaalde gevallen geïndiceerd zijn. En wel vooral bij die patiënten bij wie bronchusverwijdende middelen onvoldoende effect sorteren (MACGREGOR e.a. 1971). Mede door toepassing van corticosteroiden zullen tracheotomie en artificiële respiratie bij deze patiënten steeds minder vaak noodzakelijk zijn.

Literatuur. KREUKNIET, J., M. J. VAN DITMARS en L. WESTERHOF (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 2055. — MACGREGOR, A. G., J. C. PETRI en R. A. WOOD (1971) *Brit. med. J.* I, 220.

Tilburg, december 1971

J. F. W. M. MOLKENBOER
P. DE PUTTER

BERICHTEN

Buitenland

GROOT-BRITTANNIË.

De werkdag van de jonge arts in ziekenhuizen. Zoals te verwachten was, zijn in het Parlement vragen gesteld aan de minister voor sociale diensten betreffende de lange werkdagen van jonge artsen in ziekenhuizen (zie het desbetreffende

Ned. T. Geneesk. 116, nr. 5, 1972

de bericht op bl. 4 van deze jaargang). Dr. SHIRLEY SUMMERSKILL vroeg, welke maatregelen de minister dacht te nemen. Zij zeide dat het tegenwoordige gemiddelde van 88 werkuren per week kan leiden tot verlaging van het moreel, tot ondoelmatigheid en zelfs tot gevaren voor de patiënten. De minister antwoordde dat de in de desbetreffende studie gevonden cijfers „not necessarily accurate” waren