

MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN

Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 4 juni 1973 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betreft bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulp personeel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstellingen en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Prof. Dr. A. SCHABERG, (*secretaris*):
Pathologisch Laboratorium
Wassenaarseweg 62, Leiden

Beurzen van de W.G.O. 1974

Evenals in voorgaande jaren stelt zowel de Wereldgezondheidsorganisatie als de Raad van Europa voor het jaar 1974 een aantal beurzen beschikbaar voor voortgezette studies van beperkte duur, te ondernemen in het buitenland op het terrein van de gezondheidsproblematiek en de milieuhygiëne.

Gegadigden die voor een dergelijke beurs in aanmerking wensen te komen, dienen zich schriftelijk te wenden tot het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne - Stafafdeling Internationale Zaken, Dr. Reijersstraat 12 te Leidschendam, onder bijvoeging van een kort curriculum vitae, een omschrijving van het onderwerp van de studie, onder vermelding van de namen van deskundigen en/of instituten waar de studie dient te worden ondernomen en referenties.

De datum van inzending van een dergelijk verzoek sluit op 15 mei 1973.

INGEZONDEN

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

Profylaxe van recidiverende vitale depressies

Het commentaar van Prof. VAN PRAAG (VAN PRAAG 1973) over profylaxe van depressies en manisch-depressieve schommelingen heb ik met instemming gelezen. Als sociaal-psychiater word ik vaak geconfronteerd met personen die met lithiumzouten worden behandeld of die ik daarmee zou willen laten behandelen. De noodzaak van een strakke controle van het serum-lithiumgehalte onderstreep ik, mede omdat in de praktijk de bloedspiegel nogal eens veel te laag blijkt te zijn.

Nu betalen de ziekenfondsen in het algemeen geen door de huisarts aangevraagde bepaling van de bloedspiegel van lithium. De patiënt moet daarvoor naar een zenuwarts worden verwezen die krachtens code VII - 473 van de Specialisten Tarieven Ziekenfondsen de bepaling in zijn ziekenhuislaboratorium kan laten verrichten. Er zijn echter nogal wat ziekenhuislaboratoria die de vlamfotometrische lithiumbepaling niet doen. In dat geval moet het serum naar het RIV worden opgezonden en moet de patiënt de bepaling betalen ($\pm f 15,-$). De specialist mag in dit geval niet voor ziekenfondsrekening een beroep doen op het huisartsenlaboratorium dat deze bepaling wel doet en dat daarvoor zo nodig bij de patiënt aan huis komt.

De door Prof. VAN PRAAG aanbevolen controlefrequentie ligt hoog: in het begin van de behandeling tweemaal per week, later één- à tweemaal per maand (*Geneesmiddelenbulletin* 1972). Van een poliklinisch werkende psychiater kan toch een dergelijke controlefrequentie niet worden verlangd.

Tot dusver lossen de psychiatrische centra dit probleem vaak op door de ontslagen patiënten poliklinisch te vervolgen, wat in mijn — nog niet erg „geregionaliseerde” — omgeving met reisafstanden tot 80 km. gepaard kan gaan. Het komt dan ook regelmatig voor dat de patiënt die lastige capsules (poeders) maar niet meer inneemt, met alle narigheid van dien.

Mijn voostel aan de ziekenfondsen is: geef ook de huisarts de mogelijkheid lithiumbloedspiegels te laten bepalen. Hij kan dan, in overleg met een zelfstandig werkende zenuwarts en/of sociaal psychiatrische dienst, zijn patiënt beter begeleiden.

Literatuur: Geneesmiddelenbulletin (1972), 6, nr. 4. — PRAAG, H. M. VAN (1973) Profylaxe van recidiverende vitale depressies en manisch depressieve schommelingen. Ned. T. Geneesk. 117, 492.

W. J. HARDEMAN

Het voorstel van Collega HARDEMAN lijkt mij alleszins redelijk. Twee dingen moeten mij verder nog van het hart.

Het eerste geldt zijn opmerking dat „nogal wat ziekenhuislaboratoria de vlamfotometrische lithiumbepalingen niet doen”. Deze situatie is mij bekend, maar zij lijkt mij niet te rechtvaardigen. Er zal in ons land nauwelijks nog een laboratorium zijn waar geen bloedmineralen worden bepaald en dat dus niet over een vlamfotometer beschikt. Dit apparaat is met weinig moeite geschikt te maken voor de bepaling van serumlithium. Ik zie geen redelijk argument, waarom dit dan niet geschiedt.

Het tweede punt is, dat ik mij afvraag of het geen aanbeveling verdient de controle van lithium patiënten plaatselijk zoveel mogelijk te concentreren. Ik heb in mijn Commentaar opgemerkt dat lithium in somatisch en toxicologisch opzicht een moeilijk medicament is. Ik kom daar in ander verband uitvoerig op terug (VAN PRAAG, 1973). Bovendien is het noodzakelijk de patiënt ook psychotherapeutisch en maatschappelijk te begeleiden. Het lijkt mij dan ook raadzaam de gecombineerde behandeling van de lithium-patiënt te laten plaatsvinden op een aparte polikliniek met een vaste staf (bv. 1 arts, 1 maatschappelijk werkster en 1 verpleeg-

kundige) die goed raakt ingespeeld op de somatische, psychische en sociale problemen van dit type patiënten.

Op een ander terrein van de psychiatrie zijn met een dergelijke opzet uitstekende resultaten bereikt. Ik doel hier op de zg. depot-poli's, die vooral in Engeland functioneren, en waarbij chronisch (recidiverende) psychotische patiënten regelmatig worden behandeld met langwerkende neuroleptica, maar (letterlijk en figuurlijk) voor hetzelfde geld psychotherapeutisch en maatschappelijk worden geholpen (VAN PRAAG, 1971). Met deze aanpak bleek de recidiefrequentie drastisch terug te lopen. Naar analogie hiervan zou ik de oprichting van gespecialiseerde lithium-poli's krachtig willen bepleiten. Er is alle kans op dat zij leed- én kostenbesparend zullen werken.

Literatuur: PRAAG, H. M. VAN (1971) Depot-neuroleptica. *Ned. T. Geneesk.* 115, 672. — PRAAG, H. M. VAN: Het gebruik van lithium-zouten in de psychiatrie. Indicaties en praktische richtlijnen. *Ned. T. Geneesk.* Ter perse.

Groningen, 17 april 1973

H. M. VAN PRAAG

De leeftijds grens voor preventieve antistollingsbehandeling na myocardinfarct

De brief van LOELIGER en ROOS (1973) betreffende de leeftijds grens voor preventieve antistollingsbehandeling na myocardinfarct noopt mij tot enkele opmerkingen. Ik meen dat dit vraagstuk wel wat erg summier wordt besproken. De schrijvers maken de indruk overtuigd te zijn van de mogelijkheid, door antistollingsbehandeling recidieven te voorkomen.

Thans is de situatie echter zo, dat Nederland bijna het enige land ter wereld is, waar deze behandeling op grote schaal wordt toegepast. In het buitenland is men niet van het nut van deze therapie overtuigd.

Op het onlangs gehouden symposium „Lipid metabolism and atherosclerosis”, georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie bleek dit nog eens in de discussie. Men kreeg de indruk dat de langdurige antistollings therapie als een Nederlandse eigenaardigheid werd beschouwd.

Naar ik meen, zijn LOELIGER en ROOS van oordeel dat men in het buitenland een onjuiste opvatting heeft, die is gegrond op ondeugdelijke „trials” waarbij onvoldoende krachtig werd ontsteld. De vraag dringt zich dan op, waarom men niet overtuigd is door de Nederlandse onderzoeken. Ik kan niet aannemen dat men in andere landen de patiënten een behandeling onthoudt, waarvan bewezen is, dat deze levensreddend is.

Tenslotte: wat is bedoeld met „de Nederlandse methode van controle en toediening van coumarine-derivaten”? De mate van antistolling wordt bij de Nederlandse trombose diensten op verschillende wijze bepaald en er worden verschillende coumarine-derivaten gebruikt.

Ik meen dat gestreefd dient te worden naar beëindiging van de absurde situatie, dat Nederland, zoals één der deelnemers op genoemd symposium het uitdrukte, een eiland van antistollingstherapie vormt. Misschien zou de overlevingsduur van de in Nederland in de afgelopen jaren met anticoagulantia behandelde patiënten eens vergeleken kunnen worden met die van overeenkomstige buitenlandse patiënten die geen antistollingstherapie kregen. Als zou blijken dat de overlevingsduur hier langer is, bewijst dit nog niet met zekerheid de invloed van de anticoagulantia, maar het

zou wellicht een prikkel kunnen zijn voor de buitenlanders, zich weer eens in deze materie te verdiepen.

Literatuur: LOELIGER, E. A. en J. ROOS (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 391.

Zaandam, maart 1973

H. MUNTENDAM

De reactie van collega MUNTENDAM op onze Brief aan de Redactie is even begrijpelijk als aanvechtbaar. Zonder zich te verdiepen in de problematiek van de bloedstolling en van de pharmacodynamica van coumarines, zijn enkelen in ons land en velen in het buitenland geneigd te denken dat de langdurige toediening van indirecte anticoagulantia aan hen die eens een hartinfarct overleefden, het best omschreven kan worden als „a waste of time and a waste of money” (J. McMICHAEL). En natuurlijk weten ook wij dat anticoagulantia niet leiden tot volledige verdwijning van (recidieven van) coronaire ziekten. Dat geldt overigens ook voor de correctie van de bekende risicofactoren: obesitas, hypertensie, diabetes mellitus, roken en hyperlipoproteïnemieën. Een bestrijding op al deze fronten tegelijk zou wellicht wel kunnen leiden tot een meer dan marginale winst. Maar helaas bleek ook weer op het recente symposium „Lipid metabolism and atherosclerosis” dat de onderzoekers van het ene terrein niet of nauwelijks op de hoogte zijn van de vorderingen der onderzoekers op een ander terrein. De Federatie van Nederlandse Thrombosediensten heeft reeds een aanvang gemaakt in ons land een poging te wagen de verschillende groepen met elkaar in contact te brengen.

„Nederland, een eiland van antistollingstherapie” noemt collega MUNTENDAM een absurde situatie. Wanneer wij met het woordenboek van Koenen onder absurd „ongerijmd” verstaan, is deze benaming juist: in vergelijking tot zijn inwoneraantal levert Nederland een groot aantal bloedstollingsdeskundigen dat werk heeft geleverd en nog steeds levert van mondiale betekenis. Overigens is het onjuist te denken dat elders in de wereld niet eveneens klinici van naam een nuttig effect verwachten van langdurige toediening van anticoagulantia. Het was niet de bedoeling van onze „Brief aan de Redactie” van hen een opsomming te geven, maar wellicht mogen wij thans één van deze met name noemen: A. S. DOUGLAS (Aberdeen). In de laatste druk van *Human Blood Coagulation, Haemostasis and Thrombosis* (BLACKWELL 1972) somt hij op pagina 524 een aantal trials op. In tenminste vijf van deze trials was onvoldoende of niet te beoordelen antistollingsbehandeling toegepast. Deze vijf tonen dan ook te zamen 47 doden in de zogenaamde „low dosage or no anticoagulant”-groep en 43 in de „high dosage”-groep (geen verschil dus); de andere trials met wel vergelijkbare en deels uitstekende anticoagulatie tonen te zamen 289 doden versus 223 doden in de respectievelijke groepen. Dit verschil in mortaliteit doet DOUGLAS op pagina 536 concluderen:

„anticoagulants should be used on a long-term basis in patients after myocardial infarction. The evidence of value is best in men, but the question of benefit in woman has not been excluded”.

Maar Nederland heeft wel een ding voor op vele andere landen: het besef dat coumarines alleen van nut zijn wanneer zij een intensieve diepgaande anticoagulatie bereiken, leeft hier meer dan elders. En hier is dat ook alleen mogelijk dank zij de elders niet tot ontwikkeling gekomen trombosediensten die hun ontstaan in de jaren veertig danken aan de vérvooruitziende blik van F. L. J. JORDAN. Natuurlijk heeft