

INGEZONDEN

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

Revalidatie na hartinfarct

Hoewel het hart-team van het Revalidatie Instituut Muiderpoort, dat zich sedert ongeveer twee jaar in nauwe samenwerking met de cardiologische kliniek van het W.G. bezighoudt met de revalidatie van patiënten na een hartinfarct, het voornemen had en nog heeft om pas medio 1974 te zamen met genoemde cardiologische afdeling in de publiciteit te treden (pas dan leek het tijdstip rijp om tot publicatie van een voorlopige evaluatie te komen), zijn wij thans door Prof. MEIJLERS artikel (1973) en meer in het bijzonder door de naschriften in Nr. 39 min of meer „uitgedaagd”, om op een wat eerder tijdstip voor het forum medicorum te treden.

Wij willen daarbij niet vooruitlopen op de in uitzicht gestelde publicatie, doch ons beperken tot een korte dialoog zoals gevraagd. Wij baseren ons daarbij op de situatie zoals die in Amsterdam is gegroeid en waarbij een universitaire cardiologische kliniek samenwerking zocht en vond bij een bestaand, goed geëquipeerd, poliklinisch werkend revalidatie-instituut, op luttele kilometers afstand gelegen. Het revalidatie-team dat aan de activiteiten zou gaan deelnemen, kreeg tevoren een cardiologische instructie-cursus, op later datum herhaald.

In de artikelen van Prof. MEIJLER vinden wij onze eigen ideeën voor een groot deel terug. Saillante punten uit zijn betoog lijken ons „optimale revalidatie na een hart-infarct kan dus in wezen alleen maar zinvol plaatsvinden na een volledig cardiologisch onderzoek, liefst met inbegrip van coronairangiografie en hartcatheterisatie” en „cardio-revalidatie behelst een volstrekt individuele benadering, die een grote mate van deskundigheid en vooral psycho-sociaal engagement vereist”.

Aan de door hem geciteerde: „historische ontwikkeling van de cardiologische visie op de cardio-revalidatie” tillen wij niet zo zwaar. We erkennen volledig, dat het initiatief tot cardio-revalidatie van cardiologen is uitgegaan; tevens, dat de cardioloog in het totaal een groot stuk verantwoordelijkheid dient te dragen inzake selectie van het patiëntenmateriaal, bepaling van globale belastbaarheid, optreden bij gesignaleerde somatische complicaties. Doch wanneer wij het erover eens zijn, dat de fysieke training in het kader van de cardio-revalidatie slechts een bescheiden en zelfs nog moeilijk af te grenzen plaats inneemt en dat veel belangrijker is het totale pakket aan maatregelen, dat wij onder revalidatie verstaan en dat kan leiden tot re-integratie van een patiënt in gezin en maatschappij, dan moeten we het tevens erover eens kunnen worden, dat hier in het bijzonder een belangrijke taak met een geheel eigen verantwoordelijkheid ligt voor een revalidatie-arts. Hij immers is meer dan welke orgaan-specialist getraind en ervaren in het „hakken met het multidisciplinaire bijltje”, het werken in team-verband, het coördineren van de ook in de cardio-revalidatie aan de orde komende activiteiten van fysiotherapeut, arbeidstherapeut, maatschappelijk werker, psycholoog, arbeidsbemiddelaar, inspanningsfysioloog, alsmede sociaal- en verzekeringsgeneeskundige instanties; en hij heeft doorgaans de beschikking over een goed ingespeeld team. Daarbij dient de revalidatie-arts zich te realiseren, dat de groep van infarct-patiënten niet zonder meer op één lijn is te stellen met iedere willekeurige andere groep. Al zijn er duidelijke parallellen, er bestaan meer „aardbevingen door de levensbasis”.

De verantwoordelijkheid van cardioloog en revalidatie-arts kunnen m.i. zeer wel naast elkaar bestaan en behoeven niet strijdig met elkaar te zijn, zoals overigens zo vaak in de geneeskunde gedeelde verantwoordelijkheid bestaat en blijkt te kunnen bestaan. Bezwaarlijk wordt het pas zodra prestige-overwegingen gaan meespelen; niet echter zolang wij medici bereid zijn te erkennen, dat een patiënt recht heeft op de optimale hulp, waarom hij vraagt. En waarbij het niet relevant is welk naambordje de hulpverlener draagt.

Met een door Prof. MEIJLER eventueel te formuleren suggestie, dat het door ons gepropageerde team in zijn samenwerking met de cardioloog dan ook direct „aan de wieg van het infarct” zou dienen te staan, zijn wij het à priori gaarne eens. In de praktijk van ons werk in Amsterdam zijn wij daar helaas nog niet volledig aan toe gekomen. Dat de mate van cardiologische scholing van een dergelijk team en vooral van de revalidatie-arts in kwestie een punt van discussie zou kunnen zijn, beamen wij. In Amsterdam wordt in dit opzicht met een compromis gewerkt.

Literatuur: MEIJLER. F. L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1234.

Hilversum, oktober 1973

C. HEYBOER, revalidatie-arts

Gaarne kom ik terug op het caput selectum van Prof. MEIJLER (1973) en de daarop gevolgde raecties van collega VAN SWOL en Prof. MEIJLER (1973).

De hoogleeraar vraagt zich af, of en zo ja hoe, een revalidatie-arts kan bijdragen tot de revalidatie van hartinfarct-patiënten. De reden waarom ik meen te mogen reageren op deze vraag is, dat ik van 1 januari 1970 af deel uitmaak van het revalidatieteam voor hartinfarctpatiënten van het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht. Mijn daarin toch wel „langs natuurlijke weg tot stand gekomen” taak omvat de werkherovating, c.q. beroepsverandering van deze (ex)-patiënten met alle maatschappelijke procedures die daarbij in het spel zijn. Ik acht de revalidatie-arts daarvoor de aangewezen figuur omdat hij bij uitstek tot taak heeft de mens met een orgaanspecialistisch behandelde functiestoornis maatschappelijk (weer) zo goed mogelijk te laten functioneren. De revalidatie-arts kent het best de consequenties van de sociale-verzekeringswetgeving en de invloeden daarvan op de patiënt en zijn omgeving, en de arbeidsmarkt; de patiënt stelt daarop zijn vertrouwen in die revalidatie-arts, zoals hij gedifferentieerd vertrouwen heeft in bv. de psycholoog, de fysiotherapeut en de maatschappelijk werk(st)er van het team.

Hierop sluit aan de opvatting van ons team (waarin uiteraard een cardioloog zitting heeft) dat de verantwoordelijkheid voor de benadering van de arbeidsproblematiek van de hartinfarctpatiënt/cliënt uiteindelijk berust bij de revalidatie-arts, en niet bij de eerst behandelende cardioloog. Verantwoordelijkheid kan en moet wel degelijk gedeeld zijn, maar de revalidatie-arts wordt geacht deze op geleide van alle teamgegevens — zo men wil gedelegeerd — te dragen. Het oordeel van de orgaanspecialist-cardioloog bestrijkt een geheel ander terrein dan dat van de revalidatie-arts.

Tenslotte dit: uit het caput selectum krijg ik de indruk, dat de schrijver de revalidatie ziet als een onderdeel van de geneeskunde. Als men echter de patiënt met zijn orga-

nische afwijking — met de schrijver — wil zien als een psychosocio-somatische eenheid, die somatisch gelaedeerd is voor zover het de cardioloog regardeert, is geneeskunde een onderdeel van de revalidatie. De laatste opvatting is reeds lang gemeengoed in revalidatiekringen.

Wie dit ziet als een overwaardige idee van sommige revalidatie-artsen, bedenke dat juist deze opvatting de revalidatie-arts doet werken in teamverband met gedeelde, doch eigen verantwoordelijkheid.

Literatuur: MEIJLER, F. L. (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1234, 1480. — SWOL, A. C. VAN (1973) *Ned. T. Geneesk.* 117, 1480.

Utrecht, oktober 1973

W. J. VERKADE

Hebben coumarinen een schadelijk effect in de graviditeit?

Het artikel van C. A. VAN DIJK-WIERDA en J. ROOS (1973) laat een zekere verwarring bij de lezer achter. Wij menen het volgende te mogen constateren:

1. De casuïstiek is zeer summier beschreven.
2. Door het slechts aangeven van de gemiddelde Thrombotest in seconden is het niet mogelijk een indruk te krijgen over de effectiviteit van de antistolling tijdens de individuele zwangerschap. Uit de opmerking bij de figuur: „Van alle bepalingen lag 25% tussen 110 en 150 sec. TT” kan de conclusie worden getrokken dat de be-oogde graad van antistolling bij 75% afwezig was.
3. In de Thrombotest volgens Owren kunnen 110 sec. en 150 sec. worden gelijkgesteld met 10% respectievelijk 5%. Bij de patiënten C (gemiddeld TT 175 sec.) en F (gemiddeld TT 164 sec.) lijkt er sprake te zijn van een gevaarlijk niveau van antistolling.
4. De schrijvers leggen op pagina 1364 terecht de nadruk op de gevaren verbonden aan het voorschrijven van coumarinen tijdens de zwangerschap.

Onzes inziens zou de conclusie van de schrijvers moeten luiden:

1. Een effectieve antistolling (c.q. goede controle) met coumarinen werd in het bestudeerde materiaal niet bereikt.
2. Een uitspraak over de foetale effecten is, gezien het kleine aantal, niet mogelijk.

In de discussie zou behalve het bezwaar van coumarinepreparaten in de zin van teratogene werking en intra-uteriene bloedingen — waarop één van de auteurs (Roos 1970) reeds eerder duidelijk wees, ook nog het gevaar van de coumarine-necrose kunnen worden genoemd. In de oudere literatuur (VAN SYDOW 1947; RIBIÈRE en LABRUNE 1968) zijn herhaaldelijk ernstige bloeding complicaties bij de foetus en de pasgeborene vermeld en het is zeker niet verantwoord op grond van enkele casuïstische ervaringen dit risico thans te bagatelliseren (Any questions 1965).

De toepassing van heparine als intraveneuze pompfusie is de laatste tijd zo geperfectioneerd dat alleen nog het bezwaar van hospitalisatie bestaat. Na een initiële intraveneuze injectie van 100 mg heparine kan uit het verloop van de bloedconcentratie en/of stollingstijd de effectieve continue dosis heparine, welke per pomp moet worden toegediend, worden berekend. Een lange catheterverbinding of een door een batterij gevoede pomp maakt mobilisatie mogelijk.

Zes vrouwen met trombose in het laatste trimester van de zwangerschap konden wij aldus behandelen met een goed

klinisch en biochemisch-hematologisch resultaat. Het was boeiend te ervaren hoe géén van deze zwangeren zelf bereid was de risico's van coumarinen te aanvaarden. Soms zal bij indicatie tot langdurige antistolling (bv. hartkleprothesen en zwangerschap) een compromis noodzakelijk zijn (heparine tijdens het begin en het einde van de graviditeit en coumarinen daartussen).

Literatuur: Any questions (1965) Anticoagulants in pregnancy. *Brit. med. J.* II, 636 en 923. — DIJK-WIERDA, C. A. VAN en J. ROOS (1973) hebben coumarinen een schadelijk effect in de graviditeit? *Ned. T. Geneesk.* 117, 1362. — RIBIÈRE, M. en B. LABRUNE (1968) Danger des anticoagulants, sulfamides et antibiotiques chez la femme enceinte. *Presse méd.* 28, 1408. — ROOS, J. (1970) Trombosepreventie bij chirurgische patiënten. *Ned. T. Geneesk.* 114, 1828. — SYDOW, G. VAN (1947) Hypoprotrombinemi och hjärnskada hos barn till dikumarinebehandlad moder. *Hygiea* 109, 1171.

Nijmegen, oktober 1973

T. K. A. B. ESKES
C. A. M. HAANEN

Bagatelliseren willen wij zeker niet. Orale anticoagulantia zijn gevaarlijke medicamenten. De indicatie tot het toedienen ervan moet scherp gesteld worden, niet door de patiënt doch door ons artsen. In de door ons beschreven casuïstiek gaat het voor het merendeel om langdurige behandeling zodat voor de door ESKES en HAANEN beschreven behandelingsmethode hospitalisatie van maanden noodzakelijk zou zijn. Ook dat mag men zeker niet bagatelliseren! Overigens hebben onze opponenten gelijk: de gemiddelde anticoagulatie was bij onze patiënten niet optimaal. Maar niet is bewezen dat het eventuele teratogene effect met de antistollingsgraad verband houdt. En alleen t.a.v. het teratogene effect durven wij een conclusie te trekken.

Voorburg, oktober 1973

C. A. VAN DIJK-WIERDA
J. ROOS

Radiotherapie bij de ziekte van Hodgkin

Het onderzoek en de behandeling van de ziekte van Hodgkin zijn de laatste jaren veelomvattend en voor de patiënt erg belastend geworden door de ontwikkelingen in het stageringsonderzoek, de radiotherapie en de chemotherapie. Elke onderzoeksmethode die tot een genuanceerde en succesvolle therapie leidt zonder de patiënt te veel te belasten verdient daarom de volle aandacht en steun.

Zo ook de door HALIE en NIEWEG uitgewerkte methodiek van onderzoek van het leukocytenconcentraat, die een belangrijke bijdrage in het stageringsonderzoek zou kunnen betekenen. De klinische les van NIEWEG (1973) geeft echter wel aanleiding tot enig commentaar.

Het artikel wordt minder duidelijk als er opeens gesproken wordt over 72 geobserveerde patiënten, bij wie het mogelijk was informatie te krijgen over het aangetast zijn van de milt en het voorkomen van pathologische cellen in het perifere bloed, terwijl tot dan toe slechts de gegevens van 24 patiënten besproken zijn. Over de aard van deze 72 patiënten wordt verder geen mededeling gedaan, terwijl wel onmiddellijk in aansluiting hieraan gesteld wordt dat slechts een kleine minderheid van de patiënten in aanmerking komt voor een poging tot curatief opgezette bestraling. Deze conclusie wordt echter niet geadstruceerd met enig gegeven over een betere behandeling voor een