

- DURME, J. P. VAN, M. G. BOGAERT e.a. (1974) *Europ. J. clin. Pharmacol.* 26, 343.
- DURME, J. P. VAN, T. ROSSEEL e.a. (1974) *Brit. J. clin. Pharmacol.* 1, 1.
- FASOLA, A. F. en R. CARMICHAEL (1974) *Acta cardiol. (Brux.)* Suppl. 18, 317.

- GEORGES, A., A. HOSSLET e.a. (1973) *Acta cardiol. (Brux.)* 28, 166.
- VERDONCK, F., J. VEREECKE e.a. (1974) *Europ. J. Pharmacol.* 26, 338.

Augustus 1976

## VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

### *De invloed van de armomvang op de bloeddrukmeting*

Vraag 38. Tijdens een nascholingscursus over hypertensie is ontkennend geantwoord op de vraag of de meetuitkomsten van de systolische resp. diastolische bloeddruk gecorrigeerd moeten worden voor de omtrek van de bovenarm. In de literatuur komt men ook andere opvattingen tegen.

Mijn vraag is nu of er inderdaad een relatie bestaat tussen gemeten bloeddruk en omtrek van de arm en zo ja, welke correctie daarvoor dan nodig is. Voor de zogenaamde „borderline” hypertensie zou de beslissing wel of niet behandelen van het al of niet toepassen van een dergelijke correctie af kunnen hangen.

Antwoord. Het kan niet worden ontkend dat de omvang van de bovenarm invloed heeft op de aflezing van de bloeddruk. Een standaard-manchet om een extreem dikke arm aangebracht, kan de vereiste drukverdeling niet opbrengen en er is dan ook extra druk nodig om het lumen van de arterie te vernauwen. Het gevolg is een foutief hoge aflezing van de druk, zoals deze wordt beluisterd aan de Korotkoff-tonen. Het streven naar een correctie voor de armomvang is alleszins begrijpelijk. De samenhang tussen armomvang en drukaflezing is echter onvoldoende wetmatig om het gebruik van zulk een correctiefactor te rechtvaardigen. Dit is waarschijnlijk te wijten aan de omstandigheid, dat niet alleen de armomtrek maar ook de vorm en vooral de weefselconsistentie van invloed is. Hoe groter de vervormbaarheid, des te groter is de artificiële drukafwijking. Het probleem wordt nog verder gecompliceerd doordat er ook enige samenhang bestaat tussen vetzucht en reële bloeddrukverhoging.

In de praktijk is het dilemma gedeeltelijk oplosbaar. Heeft men de beschikking over een intra-arteriële bloeddrukregistratie, dan is er geen enkel probleem. Bij ontbreken hiervan kan de manchets om de onderarm leggen en de Korotkoff-tonen boven de arteria radialis beluisteren. Sommigen zijn ertoe overgegaan in deze situatie een manchets van uitzonderlijk formaat te gebruiken. Het is hierbij van groter belang het opblaasbare gedeelte van de manchets te verlengen dan het te verbreden. Het bezwaar van deze methode is, dat men

een nieuwe variabele introduceert. Het aanleggen van een stevige zwachtel om de manchets is waarschijnlijk de eenvoudigste oplossing.

Aan de andere kant kan men het probleem filosofisch benaderen door aan te nemen dat een zwaarlijvige patiënt met „borderline”-hypertensie waarschijnlijk geen hypertensie heeft. Zo dit toch het geval mocht zijn, dan zou een vermageringsadvies de eerste maatregel dienen te zijn, en dit advies behoort — ongeacht de bloeddruk — toch al te worden gegeven. De uitvoering van dit advies laat weliswaar maar al te vaak te wensen over. Het gevolg daarvan is een selectie, waardoor de arts bij die patiënten die zich iets aan hun prognose gelegen laten liggen, vanzelf de gelegenheid krijgt om een betrouwbaarder bloeddrukmeting te verrichten en op geleide daarvan verder te handelen.

## INGEZONDEN

### *De noodzaak van behandeling bij de (te) korte tongriem*

Met de beantwoorders van vraag 16 (1976) ben ik het volkomen eens wanneer het kleuters, oudere kinderen en volwassenen betreft. De situatie, zoals beschreven in de laatste alinea en verlicht met twee fraaie afbeeldingen, wordt ongetwijfeld door vele kinderartsen gezien bij het routine-onderzoek van de pasgeborene, indien zij daartoe worden uitgenodigd door de gynaecoloog. Dé therapie hierbij is volgens mij direct inknippen van het frenulum linguae, een uiterst eenvoudige ingreep die bij deze jonge kinderen bijna nooit leidt tot het ontstaan van een littekenstreng. Bij herhaalde controles van aldus behandelde kinderen zag ik steeds een goed beweeglijke tong, in tegenstelling tot de toestand direct na de geboorte. Diverse moeders waren erg dankbaar, dat hun kind niet met hetzelfde euvel dat zij zelf hadden, door de wereld moest. Spraakmoeilijkheden kwamen bij deze volwassen vrouwen duidelijk minder vaak voor dan bij heden ten dage dikwijls te beluisteren persoonlijkheden uit het openbare leven, zodat inderdaad aan het verband tussen spraakontwikkeling en partiële ankyloglossie weinig waarde behoefte te worden gehecht. Het inknippen van het te korte frenulum linguae bij pasgeborenen dient mijns inziens niet

verlaten te worden. Het is, mits goed uitgevoerd, zeker geen kunstfout.

*Literatuur:* Vraag 16 (1976) *Ned. T. Geneesk.* 120, 1339.

Bennebroek, september 1976

H. H. WARMINK

De in het antwoord vermelde zin: „Inknippen moet worden beschouwd als kunstfout”, heeft betrekking op situaties, waarbij op grond van klachten van de patiënt, behandeling van het te korte tongriempje gewenst of noodzakelijk is.

Hoewel het inknippen van het frenulum linguae (alleen in de gevallen waarbij het te korte tongriempje hoofdzakelijk uit mucosa bestaat en relatief weinig fibreus weefsel bevat) bij pasgeborenen door ons niet als kunstfout is aangemerkt,

lijkt ons deze therapie in het algemeen voorbarig. Aangezien de tong bij de geboorte altijd kort is, is het niet steeds gemakkelijk te bepalen in hoeverre het frenulum interfereert met de beweeglijkheid van de tong. Bij de pasgeborene is het tongpuntje bovendien onvolledig ontwikkeld, terwijl het frenulum vaak ver naar voren aangrijpt. Tijdens de groei van het kind wordt de tong langer en dunner van de punt, waardoor het effect van spontane regressie van het „te korte” tongriempje wordt verklaard. Hierbij komt nog dat slechts een beperkt aantal van de patiënten met een te kort tongriempje hiervan daadwerkelijk hinder ondervindt.

In de literatuur wordt derhalve algemeen geadviseerd diagnose en eventuele therapie tuit te stellen tot de leeftijd van 4 of 5 jaar. Een afwachtende houding bij pasgeborenen lijkt dan ook gerechtvaardigd.

## BOEKAANKONDIGINGEN

R. W. B. SCHADE, *De medicamenteuze behandeling van type II hyperlipoproteïnemie*. Een prospectieve studie. Proefschrift 17 september 1976 (promotor: Dr. A. VAN 'T LAAR).

Na een uitvoerige, maar zeer leesbare inleiding over de kliniek en therapie van type II-hyperlipoproteïnemie bespreekt de auteur de resultaten van een vergelijkend prospectief onderzoek met verschillende medicamenten. Behalve het gebruikelijke dieet werden cholestyramine, neomycine, pentaerytrotetranitraat en clofibrat toegepast. De conclusie van dit onderzoek luidt, dat cholestyramine en neomycine een vergelijkbaar effect hebben, terwijl clofibrat een additieve werking heeft. Het gelukte in slechts een gedeelte van de gevallen de cholesterolspiegel geheel te normaliseren.

Dit proefschrift geeft een goed overzicht van de pro's en contra's van de verschillende medicamenten, die bij deze meestal onvoldoende op dieet reagerende aandoening kunnen worden gebruikt.

H. DOORENBOS

K. MIEHLKE en D. WESSINGHAGE, *Entzündlicher Rheumatismus*. Die Rheumafibel 1. 3e druk. 271 bl., 39 fig. Springer-Verlag, Berlijn 1976. Prijs: ingen. DM. 24,80.

Medische boeken in zakformaat tieren welig, vooral in de Duitssprekende landen. Zowel Springer-Verlag als George Thieme Verlag biedt een ruime keuze aan medische „Taschenbücher”. Ook de reumatologie komt in deze en andere series ruimschoots aan bod. Van MIEHLKE's „Reumafibel” is nu een derde druk aan de beurt: het werkje is inmiddels dusdanig in omvang gegroeid, dat het uit twee delen zal bestaan, en het eerste deel is nu verschenen. Hoewel de tweedeligheid het voordeel heeft, dat men dit naslagwerkje over de linker en rechter jaszak kan verdelen, schiet het nu toch goeddeels zijn doel voorbij, nl. een kort en praktisch overzicht van de klinische reumatologie te bieden.

Het eerste deel bevat vrij grondige verhandelingen over reumatoïde arthritis, juveniele reumatoïde arthritis, arthritis psoriatica, spondylitis ankylopoetica, acuut reuma en de zg. collageenziekten. Ten gunste van de „Reumafibel” deel 1 moet gezegd worden, dat het zeer overzichtelijk is

ingedeeld en handige tabellen en schemata bevat. Helaas wordt bij de literatuuropgaven zeer veel nadruk gelegd op Duitstalige publikaties. Er is een gedegen index, met fraaie aanduidingen als „Lidschlussbehinderung” en „Grenz-dosen Corticonlangzeittherapie”.

J. K. VAN DER KORST

K. SEMM en R. PALMER, *Pelviskopie und Hysteroskopie*. Farbatlas und Lehrbuch. 339 bl., 471 fig. F. K. Schattauer, Stuttgart 1976. Prijs: geb. DM. 188,—.

Dit in alle opzichten voortreffelijke leerboek over de laparoscopie — en in mindere mate ook over de hysteroscopie — is zowel in klinisch-diagnostische als in medisch-fysisch opzicht up-to-date. De beschrijving van de techniek en de grondbeginselen van de diagnostische methoden is helder; de afbeeldingen zijn subliem. Een zeer groot aantal laparoscopische foto's met ernaast geplaatste schetsmatige verklarende beelden geeft instructie voor de diagnostiek in alle mogelijke pathologische situaties.

Heel bijzonder worden ook de gevaren van de ingrepen — en het voorkomen ervan — aan de orde gesteld.

Een standaardwerk. Zeer aanbevolen.

J. JANSSENS

*Manual on urban air quality management*. Onder redactie van M. J. SUESS en S. R. CRAXFORD. (WHO regional publications, European series nr. 1.) 200 bl., fig. World Health Organization, Genève 1976 (voor Nederland: Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage). Prijs: ingen. Zw.fr. 36,—.

H.-G. BOENNINGHAUS, *Hals-Nasen-Ohrheilkunde für den Allgemeinarzt*. 103 bl., 28 fig. Springer-Verlag, Berlijn 1976. Prijs: ingen. DM. 24,—.

*Vitamin A deficiency and xerophthalmia*. Report of a joint WHO/USAID meeting. (WHO, technical report series 590.) 88 bl. World Health Organization, Genève 1976 (voor Nederland: Martinus Nijhoff, 's-Gravenhage). Prijs: ingen. Zw.fr. 8,—.