

Therapie van vetzucht

Het artikel van prof. J. G. A. J. HAUTVAST e.a. (1977) noopt me tot een reactie. In de eerste plaats: de therapie blijft tot het symptomatische beperkt, of juist, tot de kortsluiting „vetzucht is een gevolg van te veel eten”. In de tweede plaats: de argumentatie over de psychologische oorzaken is getypeerd door de opmerking: „Psychologische factoren: deze zijn te groeperen onder twee vraagpunten: waarom beginnen wij met eten en waarom houden wij op met eten?” (HAUTVAST 1977).

Een soortgelijk verwijt treft uiteraard niet alleen de schrijvers van dit artikel. Hun visie verschilt nauwelijks van de communis opinio. Iemand die dik is heeft te veel gegeten, hij moet dus zoveel minder eten dat hij vermagert. De vraag waarom iemand te veel eet wordt met black-box-argumenten beantwoord (zoals genetische constellatie, dysregulatie van het honger- en verzadigingsmechanisme of het hormoonmetabolisme), vervolgens gaat men over tot de orde van de dag: bestrijding van te veel eten. Men kan dit op twee manieren doen: Belonen van calorische beperking, of door bedreiging (met de doodstraf) van de calorieën-opname. Men moet zich eens voorstellen dat met betrekking tot de therapie van oedeem uitsluitend gesproken zou worden over „minder drinken”, na de gebruikelijke en bovengenoemde black-box-argumenten!

Is men dan niet aan zijn medisch geweten verplicht zich telkens weer opnieuw af te vragen of er nu werkelijk niets zinnigs te zeggen valt over dieper liggende oorzaken? En of de verwaarloosde oorzaak wellicht niet belangrijker kon zijn dan een betrekkelijk onschuldige vetzucht. Is men bij het slagen van een „therapie” niet verplicht zich af te vragen of het succes misschien niet te danken is aan de — haast onzichtbare en in gebruikelijke therapie-evaluaties veelal vergeten — verbetering van de dieper liggende oorzaak? Kan dat niet 'n gevolg ervan zijn dat de bemoeienis . . . niet van een computer afkomstig was maar van een menselijke therapeut? De zwaarlijvige vond een mens op zijn weg, die hem menselijk vergezelde, iemand met belangstelling voor hem, zijn kwaal en zijn pogen. Niet de therapie, maar de therapeut werkte genezend. Dat dát invloed kan hebben moge blijken uit de publikatie van BERGINK (1971), waaruit blijkt dat 14 kinderen (van de 18) te dik geworden waren nadat zij ten minste een half jaar van hun moeder gescheiden waren. Niet zelden blijkt het bij de primaire preventie van adipositas te gaan om geheel andere zaken dan beperking van koolhydraten en vetten en stimulering tot voldoende lichaamsbeweging. De provinciaal kinderarts J. BOEKHOLD heeft eens gesteld, dat de zo ijverig geëtaleerde en nagestreefde gewichtstoename van vakantiekolonie-kinderen helemaal geen gunstig teken was, maar een ongunstig. Toeneming in gewicht vond namelijk „pathognomonisch” plaats bij de kinderen zolang hun adaptatie in de vakantiekolonie nog niet gelukt was. Zodra de kinderen er zich thuis gingen voelen was dat voorbij! De conclusie hiervan moge duidelijk zijn: Men late zijn cliënten of patiënten — om preventieve of curatieve redenen — nimmer in de kou staan, zeker niet als men ze op de koop toe pijnlijk beroofd van calorieën en orale bevrediging.

Voorlopig kan er nog niet vaak en nadrukkelijk genoeg op gewezen worden, dat er wegens de dieper liggende oorzaken steeds een rood lichtje bij de medicus moet gaan branden. Men mag zich niet klakkeloos verschuilen achter een dieet-advies (diëtisme) of de „onwil” van de patiënt om dat te volgen.

Het is misschien goed om voosheid van de diëtistische benadering aan te tonen. Daartoe rekene men uit hoeveel minder iemand per dag had moeten eten om aan het eind van zijn leven, met 75 jaar, 25 kg minder te wegen. Dat blijkt $\frac{1}{3}$ kg per jaar, dan wel ca. 1 gram per dag! Volgens soortgelijke berekening moet iemand die 10 gram vet méér eet dan hij verbrandt per jaar, 3,5 kg zwaarder worden. Nu is 1 gram een verwaarloosbare hoeveelheid, en zelfs 10 gram is weinig op een dagelijks menu. De vraag is duidelijk: waarom krijgt ons lichaam het niet klaar dat kleine beetje extra niet óók weg te werken zonder dat er van vetafzetting sprake is? De diëtistische geloofsovertuiging geeft gemakkelijk een antwoord: er is een regulatie van het honger- en verzadigingsmechanisme. De klemmende vraag blijft dan: waarom regelt dat dan die paar gram per dag niet? Als men het over dikzakken heeft, dan denkt men weliswaar in grote borden en tal van gebakjes, maar de vraag blijft: waarom regelt het geheimzinnige regelapparaat die paar grammen per dag niet?

Iedere arts — en zeker iedere jeugdarts — weet, dat er kinderen zijn die broodmager blijven ondanks de legendarische hoeveelheden eten die ze verorberen. Ander kinderen worden erg dik ondanks het feit dat ze echt erg weinig eten. Hoe kan dat verklaard worden?

Literatuur: BERGINK, A. H. (1971) *T. Soc. Geneesk.* 49, 613. — HAUTVAST, J. G. A. J., A. C. W. GEERTS-VAN DER WEIJ en T. J. J. M. THEUNISSEN (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1599.

Venlo, oktober 1977

A. J. POSTMES

Wat zijn de noodzakelijke en voldoende voorwaarden voor het ontstaan van overgewicht? Als het antwoord op deze vraag ooit eens bekend zal zijn, zal het ontwikkelen van optimale therapie(ën) plaats kunnen vinden. Alle tot nu toe genoemde „oorzaken”, dieper liggend of niet, zijn noodzakelijk, noch voldoende. Neem bv. emotionele moeilijkheden, welke door sommigen als „oorzaak” voor obesitas worden genoemd. Als ze noodzakelijk waren, zou iedereen met obesitas emotionele moeilijkheden hebben gehad; waren ze voldoende, dan zou iedereen met emotionele moeilijkheden obesitas hebben. Het een, noch het ander is bevestigd.

Bij mensen met een „constant” normaal gewicht ziet men toch dat zowel de energie-opname als het energieverbruik variabel is. Het systeem dat dit mogelijk maakt, is zeer complex en slechts ten dele bekend. Een groot aantal factoren van biochemische, fysiologische en psychologische aard blijkt een rol te kunnen spelen. Stoornissen in dit systeem zijn op vele plaatsen mogelijk. Het lijkt dan ook waarschijnlijk, dat de etiologie van obesitas gevarieerd kan zijn. Slechts één zaak is zeker: Bij overgewicht is sprake (geweest) van

een storing in de energie-opname-energieverbruik-verhouding, op welke manier dan ook. M.a.w., gegeven de biochemische, fysiologische en psychologische constellatie van de vetzuchtige in die periode, eet of at hij te veel. Wegens het nagenoeg volslagen onbekend zijn van etiologische factoren is het uiteraard niet mogelijk hierop een therapie te baseren. Wat wel mogelijk is, is de energie-opname te beperken en (of) de energie-afgifte te verhogen.

Dat dit niet het uiteindelijke antwoord is, daarvan zijn de schrijvers ook overtuigd. Men hoeve slechts te letten op de vele recidieven bij obesitas. Helaas zijn er echter op het ogenblik geen andere therapieën die een rationele basis hebben.

Wageningen, december 1977

J. G. A. J. HAUTVAST
C. W. GEERTS-VAN DER WEIJ
T. J. J. M. THEUNISSEN

Stijgende frequentie van orchidopexie

Naar aanleiding van het commentaar op mijn ingezonden stukje door de collegae HOOGENDOORN (1977) en VISSER (1977) zou ik graag nog enkele opmerkingen maken. Wanneer op grond van gegevens van de Stichting Medische Registratie een bepaald vermoeden ontstaat, zal uit een hierop gericht, zo mogelijk prospectief, onderzoek moeten blijken of dit vermoeden al dan niet juist is. Voordien kunnen aan een vermoeden geen consequenties worden verbonden. Als collega HOOGENDOORN mij uitnodigt om argumenten tegen zijn vermoeden naar voren te brengen keert hij de bewijslast om. De criteria die bij een (overigens te prijzen) „Medical Audit” gehanteerd worden, moeten berusten op feiten en niet op vermoedens.

De vraag van collega VISSER waarom ik het niet met hem eens ben de behandeling van retentio testis te concentreren in centra met full-time kinderchirurgen, wil ik graag beantwoorden. In het algemeen beschikken deze centra over de mogelijkheden om ernstig zieke patiënten zo goed mogelijk te behandelen (bv. baby- en kindercare). Ook patiënten die een intensieve voor- en nabehandeling in multidisciplinair verband vereisen, kunnen beter in een ziekenhuis met centrumfunctie behandeld worden. De capaciteit van het centrum moet echter niet gebruikt worden voor relatief eenvoudige behandelingen. De kans op beschadiging van de funiculus spermaticus tijdens herniotomie bij jongetjes is even groot als tijdens een orchidopexie. Beide operaties staan mijns inziens onderaan de lijst van behandelingen die om concentratie vragen.

Dat nieuwe technieken als een bedreiging worden gezien ben ik met collega VISSER niet eens. Juist in de geneeskunde wordt van nieuwe technieken gretig gebruik gemaakt. Veelal is het zelfs zo dat naarmate de ervaring met een bepaalde techniek toeneemt het indicatiegebied hiervoor beperkter blijkt te zijn dan aanvankelijk werd verondersteld. Met de computer leven doen wij al geruime tijd maar op de vraag hoe de geproduceerde gegevens gehanteerd moeten worden is nog lang niet altijd het juiste antwoord gevonden.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1978. — VISSER, H. K. A. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1979.

Alkmaar, december 1977

H. R. HIEMSTRA

Het is mij zeer wel bekend dat het in de praktijk bijzonder moeilijk kan zijn cryptorchisme en-retractiele testes van elkaar te onderscheiden. In de door collega HIEMSTRA zo bekritiseerde mededeling heb ik op grond van beschikbaar gekomen cijfermateriaal getracht waarschijnlijk te maken dat hierbij soms fouten worden gemaakt. Vervolgens hebben de ingezonden stukken van de collegae BORGHANS-DELVAUX c.s. (1976, 1977) sterke steun gegeven aan mijn interpretatie van dat cijfermateriaal.

Het komt mij voor dat het een taak van de medische registratie is om ten behoeve van de kwaliteit van de gezondheidszorg op dergelijke zaken te attenderen. Vanzelfsprekend staat het collega HIEMSTRA volkomen vrij te twijfelen aan de validiteit van elk van de tot dusverre aangevoerde argumenten en ik ben gaarne bereid hierover met hem te discussiëren. Collega HIEMSTRA zal dan echter moeten meedelen op welke gronden zijn twijfel berust. Het lijkt in elk geval onjuist een uitnodiging tot het bekend maken van deze gronden uit te leggen als een poging de bewijslast om te keren.

Literatuur: BORGHANS-DELVAUX, J. M., J. K. GEERAERDTS-FEUERBERG en L. I. NJO-TAN (1976) *T. Soc. Geneesk.* 54, 386; (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1979 — HOOGENDOORN, D. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1625.

Wijhe, december 1977

D. HOOGENDOORN

Zeer vroege abortus provocatus

Gaarne zou ik collega WIBAUT enkele vragen stellen n.a.v. het caput selectum (1977).

Collega WIBAUT stelt, dat vooral bij vrouwen bóven de 40 jaar, die medisch minder in aanmerking komen voor de combinatiepil, bij mislukken van traditionelere vormen van anticonceptie de „overtijdbehandeling” een bruikbare oplossing kan zijn.

Juist bij deze groep vrouwen komt echter een langere en onregelmatige cyclus veel voor. Mijns inziens kan propagieren van de „overtijdbehandeling” bij deze groep vrouwen dan ook leiden tot een enorme polypragmasie, of veel vroege zuigcuretages of een toenemende reeks van zwangerschapstests bij vermeend over tijd zijn. Bovendien is wel beschreven dat in het late climacterium, door het refractair worden van het ovarium, de hypofysaire gonadotrofinen een zodanige titer kunnen vertonen dat de zwangerschapstest hierdoor positief wordt. Ik hier geen eigen ervaring mee. Als dit zo is, is het uiterst gevaarlijk op een zwangerschapstest te varen, voordat klinisch tekenen van een zwangerschap aanwezig zijn.

Collega WIBAUT noemt behalve de oestrogenen bevattende orale anticonceptiva slechts het IUD en de sterilisatie. Wat is zijn mening over en ervaring met lynestrenol (Exluton) en medroxyprogesteron (Depo-Provera) bij vrouwen boven de 40 jaar, die verschillende risicofactoren t.a.v. de toediening van oestrogenen hebben?

Literatuur: WIBAUT, F. P. (1977) *Ned. T. Geneesk.* 121, 1847.

Amsterdam, November 1977

J. KLOMP

Uit onderzoekingen van TIETZE (1963) bij condoomgebruikers en van MARSHALL e.a. (1972) bij oudere echtparen die periodieke onthouding toepasten is gebleken, dat misluk-