

Prijsvraag voor wetenschappelijke medische films

Om de toepassing van films bij de medische opleiding te bevorderen zal de British Medical Association gouden, zilveren en bronzen prijzen toekennen voor de belangrijkste wetenschappelijke medische films die in de laatste twee jaar

zijn vervaardigd. De aanvraag tot deelneming moet vóór 30 augustus geschieden, de film zelf moet vóór 29 september worden ingezonden.

Nadere inlichtingen kan men verkrijgen bij: Film Librarian, Department of Audio Visual Communication, The British Medical Association, M.M.A. House, Tavistock Square, Londen WC1H 9JP.

INGEZONDEN

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

De preventie van coronaire hartziekten

Twee punten in het betoog van HUGENHOLTZ en ARNTZENIUS (1978) in het pleidooi voor preventie van hart-vaatziekten, brengen mij tot een reactie.

Ten eerste tonen de auteurs een tabel welke een vermindering aantoont van de leeftijd-specifieke sterfte aan coronaire hartziekten in de Verenigde Staten tussen 1963 en 1975, vanaf het 35e jaar. De in deze tabel af te lezen afname in cardiovasculair veroorzaakte sterfte laat zich dan correleren met een aangetoonde afname in het gebruik van tabaksprodukten, melk en room, boter, eieren en dierlijke vetten en oliën. Geen bewijs voor een oorzaak-gevolgrelatie zoals de auteurs zelf ook constateren. Het is dan ook niet juist de gegevens op deze wijze te presenteren. Het zal beslist noodzakelijk zijn tevens een nadere analyse te maken van het totale sterftepatroon in de tijd voor de diverse leeftijdsklassen. Immers, een afgenomen sterfte aan cardiovasculaire ziekten in een bepaald leeftijdsklasse kan betekenen dat er in die leeftijdsgroep minder sterfte is omdat de cardiovasculaire mortaliteit afnam (met name voor de „jongere” leeftijdsgroepen het beoogde effect van preventie). Het kan echter ook zo zijn dat andere doodsoorzaken, bv. verkeersongevallen, suicides of maligniteiten, in betekenis zozeer zijn toegenomen, dat men als gevolg hiervan de kans niet meer krijgt aan hart-vaatziekten te overlijden. Ook dan zal de sterfte aan coronaire hartziekten afnemen, maar men kan slechts met zeer veel cynisme van preventie spreken. Deze omissie ondergraaft de kern van het artikel naar mijn mening in ernstige mate.

Wanneer de schrijvers dan het eind van hun artikel naderen, lijkt een twijfel zich van hen meester te maken. Ze komen daar tenminste tot een: baat het niet, het schaadt ook niet redenering als ze stellen „Trouwens welk kwaad zou het doen wat minder vet te eten, niet te roken en een normale bloeddruk en lichaamsgewicht na te streven?”. Dit nu is een a-prioristische stellingname. Over de schadelijke effecten van screenen is weinig bekend, maar dat wil niet zeggen, dat het dan dus onschadelijk is. Op het werk van de in medische kringen in dit land zo verketterde IVAN ILLICH wil ik hier niet nader ingaan. Er zijn andere bronnen: HOLLAND gaf op het congres in Rotterdam „Bevolkingsonderzoek en beleid” een indrukwekkend voorbeeld: Bij gezond functionerende arbeiders in de staalindustrie in Canada, was een sterke toename te zien in ziekteverzuim op het moment dat zij werden geconfronteerd met het feit hypertensie te hebben. „Bekende” hypertensieve arbeiders toonden geen toename

in ziekteverzuim. Een ander voorbeeld: BERGMAN (1977) beschrijft hoe kinderen bij wie een onschuldige hartgeruis werd ontdekt, later een hogere morbiditeit vertoonden dan kinderen met een organische hartafwijking, en hoe bij screening ontdekte dragers van sikkelcelanemie als gevolg van deze ontdekking geïnvaleerd werden. Onze ervaring in Ommoord, waarbij bleek dat 50% van de vrouwen uit onze praktijken die opkwamen bij het bevolkingsonderzoek op cervixcarcinoom kort tevoren reeds door de huisarts waren uitgestreken (VAN WEEL 1977), wijzen ook in die richting: screening heeft ook negatieve kanten. Geen „laatste woord” bij de vraag naar de wenselijkheid ervan, al vormt het een belangrijk element. De manier waarop de schrijvers hieraan voorbij gaan verraadt echter een te grote eenzijdigheid.

Literatuur: BERGMAN, A. B. (1977) *Amer. J. publ. Hlth* 67, 601. — HUGENHOLTZ, P. G. en A. C. ARNTZENIUS (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 262. — WEEL, C. VAN (1977) *Huisarts en Wetenschap* 20, 2.

Rotterdam, maart 1978

C. VAN WEEL

Ichthyosis

Professor MALI (1978) weidt in zijn klinische les zo uitvoerig uit over de mogelijke stofwisselingsdeviaties bij ichtyosiforme afwijkingen, dat hem de huid tenslotte „een speeltuin van de evolutie” lijkt. In dit verband is het wellicht interessant op een nieuw element in die tuin te wijzen in de vorm van een dubbelfenomeen met een gemeenschappelijk enzymdeficiëntie.

Wij doelen op de gesignaleerde associatie van X-chromosomale placentaire sulfatase-deficiëntie en X-chromosomale ichthyosis vulgaris (JÖBSIS e.a. 1976). SHAPIRO en medewerkers (1978) bevestigden deze waarneming. Dat wij hier te maken hebben met een toevallige combinatie van afwijkingen, is om verschillende redenen onwaarschijnlijk. In de eerste plaats blijkt een selectieve deficiëntie van het microsomale arylsulfatase C histochemisch aantoonbaar te zijn zowel in de trofoblast als in de keratohyaline laag van de epidermis (KOPPE e.a. 1978). De arylsulfatasen A/B zijn histochemisch normaal aanwezig bij deze patiënten, evenals tal van andere lysosomale enzymen. Bij verschillende andere verhoorningsstoornissen is deze deficiëntie histoche-