

wat betreft de diagnostiek van een tekort aan oestrogenen door middel van het cytologische beeld, heeft onze literatuur weinig lovende woorden. En naar me voorkomt, ten onrechte. Een van de redenen dat van deze methode weinig gebruik gemaakt wordt, is misschien wel gelegen in het feit, dat het tijdrovend is in die zin, dat het vaginale uitstrijkpreparaat nagekeken moet worden in een cytologisch laboratorium, en de uitslag dus niet meteen bekend is, zodat patiënte op een volgend spreekuur terug zal moeten komen, waarbij een medicamenteuze behandeling met oestrogenen ingesteld c.q. gewijzigd kan worden.

Echter, het cytologische beeld van een atrofische vaginitis is zeer specifiek, is niet moeilijk te leren en kan door iedere arts à la minute in zijn spreekkamer gesteld worden. Er komt geen pycnotische of acidofiele index aan te pas, geen kleuring volgens Shorr of Papanicolaou, een minimale hoeveelheid vaginaal secreet (ter verhoging van het contrast voor microfotografie eventueel gemengd met een druppeltje Nijl-blauw 0,1%) onder de fassencontrast-microscopie en de diagnose is duidelijk: het vrijwel alleen voorkomen van kleine epitheelcellen met grote kern van de basale laag, intermediairen, veel leukocyten en weinig melkzuurbacteriën.

Terug naar het artikel van collega ZEIJLMANS, waarin hij ons voorlicht over de praktische toepasbaarheid van oestrogenen in de postmenopauze: Voorkeur zou kunnen hebben oestriol en de geconjugeerde oestrogenen, terwijl ethinyloestradiol wegens het sterk proliferatieve effect op het endometrium obsoleet genoemd moet worden. Aldus collega ZEIJLMANS.

Het is mijn stellige overtuiging, dat tot op heden voor artsen ethinyloestradiol de eerste keus is als het ging om oestrogenensuppletie. En nu plots: „alea jacta est”, ethinyloestradiol is obsoleet.

Op grond van mijn goede ervaringen met ethinyloestradiol is het me niet duidelijk, waarom het obsoleet genoemd zou worden.

Literatuur: MEUWISSEN, J. H. J. M. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 882. — ZEIJLMANS, J. G. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 512.

Zaandam, augustus 1978

G. IWEMA BAKKER

Collega IWEMA BAKKER verdedigt niet meer algemeen aanvaarde opvattingen met m.i. onvoldoende argumenten. Het betreft 2 belangrijke zaken: 1. de bruikbaarheid van het cytologische vaginale preparaat; 2. de keuze van het oestrogeen.

Ad 1. a. Het is mogelijk door bepaling van de oestrogenen, maar ook van de gonadotrofinen die via terugkoppeling bij oestrogeendaling toenemen, veranderingen van de oestrogeenspiegel in het bloed vast te stellen. Helaas is er echter geen verband tussen de ernst van de klachten en de mate van oestrogeentekort.

b. Ook bij een normaal cytologisch vaginaal preparaat kunnen door oestrogeentekort veroorzaakte klachten voorkomen, hetgeen wil zeggen dat een normaal preparaat slechts aangeeft dat er voldoende oestrogeen is om vaginale atrofie te voorkomen. Het vaginale preparaat is dan ook uitsluitend geschikt om de diagnose vaginale atrofie te stellen of te verwerpen. In de dagelijkse praktijk zal echter beoordeling in speculo, zoals beschreven door MEUWISSEN (1978), meestal voldoende zijn.

Op grond van de onder a en b genoemde feiten is het verantwoord te zeggen dat er geen in de praktijk bruikbare

objectieve maatstaven zijn om in het algemeen de oestrogeendosis vast te stellen en dat men dient af te gaan op de klachten van de vrouw.

Ad 2. De voornaamste bezwaren tegen het gebruik van ethinyloestradiol (EE) zijn: sterke endometriope werking, invloed op bloedstolling en serumlipiden, geringe therapeutische breedte en betrekkelijk veel klachten. Deze nadelen zijn bekend van de ter bestrijding van de klachten noodzakelijk geachte minimale dosis van 20 microgram per dag. Collega IWEMA BAKKER veronderstelt (mondelinge mededeling) dat de hoogte van deze dosis de oorzaak is en meent dat een dagdosis van 10 microgram voldoende is omdat naar zijn ervaring hiermee een normaal cytologisch vaginaal beeld verkregen wordt. Bij het aanbevelen van deze lage dosis EE zijn twee vragen van belang: Wat is er bekend over de werking van EE in een lage dagdosis op het endometrium, de bloedstolling en de serumlipiden? Is deze lage dosis voldoende om de klachten te bestrijden?

Op deze vragen is geen zeker antwoord te geven wegens het ontbreken van voldoende uit onderzoek verkregen gegevens. Indien met 10 microgram EE een normaal vaginaal beeld verkregen wordt, betekent dit uitsluitend dat deze dosis voldoende is om vaginale atrofie te bestrijden. Over het effect op andere symptomen en klachten, b.v. de hinderlijke warmtesensaties zegt dit niets (zie ad 1).

Concluderend kan worden gezegd dat: EE in de gangbare minimale dosis van 20 microgram per dag een aantal nadelen heeft, die de stof in deze dosering ongeschikt maken; er omtrent deze nadelen en omtrent de doeltreffendheid ter bestrijding van alle klachten bij een dagdosis van 10 microgram EE onvoldoende bekend is; oestriol, oestradiol, de van beide afgeleide stoffen en de geconjugeerde oestrogenen een voldoende effect hebben in een dosering die genoemde nadelen niet of slechts in geringe mate heeft; de vrouw het voordeel van de twijfel dient te hebben; daarom, zolang de vragen betreffende EE in lage dosering niet op bevredigende wijze beantwoord zijn, de hierboven genoemde oestrogenen de voorkeur verdienen.

Heemskerk, september 1978

J. G. ZEIJLMANS

Levensverwachting na chirurgische behandeling van het aneurysma aortae abdominalis

Het lezenswaardige artikel van TILANUS en VAN VROONHOVEN (1978) bevat een principiële statistische onjuistheid. De vijfjaarsoverleving van een groep elektief geopereerde patiënten met een gemiddelde leeftijd van 65 jaar wordt hierin vergeleken met die van inwoners van Nederland van 65 jaar. Hieruit wordt zonder meer de conclusie getrokken dat de patiënten die een geslaagde operatie hebben ondergaan een levensverwachting hebben die ongeveer dezelfde is als die van de bevolking van vergelijkbare leeftijd en geslacht.

De patiënten lopen in leeftijd uiteen van 46 tot 85 jaar, de groep waarmee ze vergeleken worden is echter niet jonger of ouder dan 65 jaar. Bovenstaande conclusie kan alleen met recht getrokken worden wanneer de vijfjaarsoverleving van een patiënt van 46 jaar tegenover die van inwoners van Nederland van 46 jaar wordt gezet, die van een patiënt van 51 jaar tegenover die van Nederlanders van

51 jaar, enz. Het totaal van de op deze wijze verkregen paren dient in twee groepen opgeteld en in dit geval door 92 (het aantal patiënten dat een geslaagde operatie heeft ondergaan: 100 - 8) gedeeld te worden. Ik wil niet beweren dat de conclusie dan anders uit zou vallen, integendeel, maar wél dat hij op onjuiste gegevens gebaseerd is.

Literatuur: TILANUS, H. W. en TH. J. M. V. VAN VROONHOVEN (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1087.

Groningen, augustus 1978

C. J. KROS

Vitrectomie, de weg naar een nieuw gezichtspunt

Met belangstelling heb ik kennis genomen van het naschrift van collega DE JONG op mijn eerste ingezonden (1978). Het lijkt mij zinvol nog enkele aanvullende opmerkingen te maken, opdat er geen misverstanden ontstaan.

Wij zullen uiteraard geen vitrectomie verrichten bij een zich spontaan en snel ophelderende glasvochtbloeding. In het algemeen wachten wij een half jaar alvorens tot vitrectomie over te gaan. Wanneer er echter een netvliesloslating aanwezig is zal men, wanneer blijkt dat het glasvocht niet spontaan opheldert, zo spoedig mogelijk een vitrectomie moeten doen om een zo goed mogelijk functioneel resultaat te krijgen. Dit zal inderdaad in het algemeen één à twee weken na het ontstaan van de glasvochtbloeding zijn. Het is algemeen bekend, dat een netvlies dat lang losgelegen heeft, weer tot aanliggen gebracht kan worden. De functie van het weer aanliggende netvlies zal echter slechter zijn naarmate het langer los heeft gelegen.

Uit de opmerkingen van collega DE JONG zou men kunnen opmaken dat wij steeds de lens verwijderen wanneer een pars-planavitrectomie bij complicaties van een diabetische retinopathie geïndiceerd is. Niets is minder waar. Ik heb alleen maar naar voren willen brengen dat een gecombineerde procedure geen slechtere resultaten behoeft te geven dan een cataractextractie gevolgd door een vitrectomie met een tussenruimte van drie maanden. Zoals collega DE JONG zelf stelt, is hij in de literatuur geen prospectief dubbel gemaskeerd onderzoek bij een groot aantal patiënten tegengekomen. Het is juist daarom dat ik bezwaren aantekende tegen zijn aanvankelijke constatering dat de gecombineerde procedure meer complicaties geeft dan de opeenvolgende cataractextractie en vitrectomie.

Overigens is het geen specifiek Amerikaanse gewoonte een gecombineerde ingreep te verrichten. Behalve in onze kliniek wordt deze methode onder meer ook door professor KLÖRI in Zürich toegepast. In een samenvatting van deze maand in Nijmegen gehouden voordracht stelt hij dan ook: „In our statistics a minority of patients is treated by a simple vitrectomy procedure whereas a majority needs a combined technique. Whenever possible, combined procedures should be performed in one session. Vitrectomies may be combined with phakectomy, conventional cataract extraction, prophylactic encircling procedures etc.”

Steeds zal men echter ieder geval op zichzelf moeten bekijken. Wij hebben bij ten minste vijf ogen een opheldering van een glasvochtbloeding gezien na een simpele cryocoagulatie van de perifere retina en ook hebben wij glasvochtbloedingen zien ophelderen na een gewone cataractextractie. Soms is dan echter alsnog een vitrectomie nodig om de aan het netvlies trekkende strengen te verwij-

deren, opdat geen netvliesloslating ontstaat. In vele andere gevallen hebben wij een vitrectomie verricht in aanwezigheid van een heldere lens zonder deze te verwijderen. Veelvuldig prefereren wij echter nog steeds de gecombineerde procedure en het is opvallend hoe rustig de ogen hierna meestal zijn. Wel is het nodig, dat er in de nabije toekomst een goed gecontroleerd dubbelblind onderzoek plaats vindt. Een dergelijk onderzoek dient dan wel betrouwbaar van opzet en uitvoering te zijn en moet vooral bij een groot aantal patiënten uitgevoerd worden gezien de vele variabelen die een rol spelen.

Tot slot wil ik nog naar aanleiding van de laatste regels van collega DE JONG opmerken dat een oogarts een ernstig perforerend trauma zeker steeds zal opmerken, maar dat hij zich, gezien de snel veranderende opvattingen, misschien niet steeds realiseert hoe spoedig glasvochtchirurgie nodig kan zijn om een optimaal resultaat te verkrijgen.

Literatuur: JONG, P. DE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1308.

Nijmegen, september 1978

A. F. DEUTMAN

Cholesterol in hoge dichtheid lipoproteïne als „antirisicofactor” voor ischemische hartziekten

Het artikel van J. A. GEVERS LEUVEN (1978) is voor mij aanleiding tot het volgende aanvullende commentaar.

De invloed van fosfolipiden op het risico van hart- en vaatziekten is herhaaldelijk behandeld in artikelen van VAN BUCHEM e.a., o.a. in 1967 in welk artikel C. PRIES e.a., op grond van analyses van bloedlipiden door hen in het Gaubius Instituut verricht, tot de voorlopige conclusie komen „dat de kans op atherosclerotische complicaties klein is indien het percentage aan fosfolipiden ten opzichte van het totale lipidengehalte in plasma's met lage cholesterolspiegel 36 of meer bedraagt, terwijl anderzijds, wanneer het 34 of minder bedraagt, de kans op dergelijke complicaties groot is”.

Verder wordt in een artikel door VAN BUCHEM in 1971 geconcludeerd: „Eerder moet men op grond van ons onderzoek het fosfolipiden- en het lecithine-percentage van de lipiden verhogen. Hoe dit te bereiken is, dient nog onderzocht te worden.”

Indien men de samenstelling van de lipoproteïnen vergelijkt, blijkt dat HDL het hoogste gehalte (53%) fosfolipide bevat, dat LDL het hoogste gehalte (45%) cholesterol en VLDL het hoogste gehalte (50%) triglyceride bevat. Voorts dient in aanmerking te worden genomen dat cholesterol en fosfolipide (lecithine) een associatiebinding aangaan in de verhouding van één gewichtsdeel cholesterol op twee gewichtsdelen lecithine. Het bewijs hiervoor werd reeds in 1963 door VANDENHEUVEL geleverd en werd in 1968 door SMALL nader bevestigd.

De resultaten van VAN BUCHEM c.s. en van het recente lipoproteïne-onderzoek (CASTELLI c.s.) zijn dus met elkaar in overeenstemming. HDL is de enige lipoproteïne die in staat is cholesterol op te lossen en naar de lever te vervoeren doordat HDL een hoog fosfolipide-gehalte heeft.

De mogelijkheid om het fosfolipide-gehalte door voeding te verhogen is onlangs aangetoond door het onderzoek van MARIAN T. CHILDS (1977) van de Northwest Lipid