

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 gewichtsdelende 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

Research Clinic van de Universiteit van Washington in Seattle. Twaalf „normolipidemic volunteers” kregen gedurende twee weken 35 gram lecithine per dag toegediend met het gevolg dat HDL toenam met 3,5-8,3% en LDL afnam met 1,1-7,0%. Reeds in 1958 heeft MORRISON aangetoond dat lecithine in de voeding atherosclerotische complicaties opheft.

Literatuur: BUCHEM, F. S. P. VAN (1971) *Ned. T. Geneesk.* 115, 1311. — CHILDS, M. T. (1977) *Clin. Research* 25, 159a. — MORRISON (1958) *Geriatrics* 13, 12. — PRIES, C., J. A. VAN MELSEN, H. A. TH. DE PAGTER e.a. (1967) *Ned. T. Geneesk.* 111, 1593.

East Dorset (V.S.), augustus 1978

J. RINSE

De conclusies die in het artikel van PRIES e.a. (1967) werden getrokken, werden door deze auteurs „voorlopig” genoemd, omdat ze beseften dat hun materiaal ontoereikend was om algemeen geldende conclusies te rechtvaardigen. Casuïstiek kan indrukwekkend zijn, en kan dan richtinggevend zijn voor verder onderzoek. De coincidentie die door sommige mensen is ervaren tussen het uitblijven van een recidief-myocardinfarct en het verdwijnen van angina pectoris enerzijds, en het innemen van speciale voedingsprodukten anderzijds is voor hun individueel zo belangrijk dat ze aan hun casus algemene geldigheid willen toekennen.

Zolang we nog weinig over de verschillende factoren weten die tot atherosclerose bijdragen, past het ons niet te beweren dat het louter toeval is dat klachten verdwenen na een dergelijke maatregel. Wél is het louter toeval dat dit middel juist bij de ene patiënt wel lijkt te helpen en bij de andere niet. De analogie met de fysisch-chemische verschijnselen in de gal zou een basis kunnen vormen voor therapeutische verrijking van HDL met fosfolipiden. In een lezing heeft D. M. SMALL inderdaad durven speculeren over de analogie tussen de gal-micel en het „nascent-HDL”. Toch wijkt de bouw van „rijp” HDL principieel sterk af van de gal-micel en er is maar beperkt plaats voor extra fosfolipide per deeltje (SHEN e.a. 1977). Dat HDL het enige vehikel is dat cholesterol naar de lever brengt, staat niet vast (SNIDERMAN e.a. 1978), hoewel er eindelijk ook een waarneming bij de mens is gedaan dat HDL daarbij welhaast zeker betrokken moet zijn (SCHWARTZ 1978).

Literatuur: PRIES, C., J. A. VAN MELSEN, H. A. TH. DE PAGTER e.a. (1967) *Ned. T. Geneesk.* 111, 1593. — SCHWARTZ, C. C., L. H. HALLORAN, Z. R. VLAHCEVIC e.a. (1978) *Science* 200, 62. — SHEN, B. W. (1977) *Proc. Nat. Amer. Soc.* 74, 837. — SMALL, D. M. (1976) *Falk Symposium* no. 23, bl. 12. IVth Int. Congr. of Liver Diseases, Bazel. — SNIDERMAN, A., D. THOMAS, D. MARPOK e.a. (1978) *J. clin. Invest.* 61, 867.

Leiden, september 1978

J. A. GEVERS LEUVEN

EPIDEMIOLOGISCHE MEDEDELINGEN

TABEL POLIOMYELITIS ANTERIOR ACUTA

AANTAL GEVALLEN VAN POLIOMYELITIS ANTERIOR ACUTA IN NEDERLAND NAAR LEEFTIJDGROEP, GESLACHT EN TYPE VERLAMMING, 15 APRIL-26 SEPTEMBER 1978*

NUMBER OF CASES OF POLIOMYELITIS ANTERIOR ACUTA IN THE NETHERLANDS BY AGE GROUP, SEX AND TYPE OF PARALYSIS, APRIL 15-SEPTEMBER 26 1978*

Leeftijdsgroep Age group	Aantal patiënten Number of patients			Virol. bevestigd Met verlamming Virol. confirmed Paralytic		Type verlammingen Type of paralysis								
	M	V/F	Tot.	M	V/F	Spinaal/Spinal			Bulbair/Bulbar			Spinobulbair/Spinobulbar		
						M	V/F	Tot.	M	V/F	Tot.	M	V/F	Tot.
1 jr/yr	2	1**	3	3	3	2	—	2	—	1	1	—	—	—
1-4 „	5	5	10	10	9	5	3	8	—	1	1	—	—	—
5-9 „	21	7	28	27	19	12	5	17	1	1	2	—	—	—
10-14 „	12	12	24	23	13	5	6	11	1	1	2	—	—	—
15-19 „	12	6	18	18	14	6	4	10	1	—	1	1	2	3
20-24 „	6	6	12	12	10	4	4	8	1	—	1	1	—	1
25-34 „	7	3	10	10	7	5	1	6	—	—	—	—	1	1
35-44 „	1	2	3	3	3	1	2	3	—	—	—	—	—	—
45-54 „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
≥ 55 „	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Totaal/Total	66	42	108	106	78	40	25	65	4	4	8	2	3	5

*Voorlopige gegevens/Preliminary data per 26 september 1978

**Zuigeling — 3 mnd. oud overleden/Baby — 3 months died

(Overgenomen uit Overzicht van de aangegeven gevallen van infectieziekten, periode 13 augustus t.m. 9 september 1978, samengesteld door de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.)