

een doeltreffende behandeling vereisen. Het aantal premature depolarisaties per tijdseenheid wisselt bij ventriculaire ectopie aanzienlijk, niet alleen onder invloed van bekende factoren, zoals rust of inspanning, maar ook spontaan, d.i. zonder bekende oorzaken. Dit blijkt vooral als men het ECG registreert over een lange tijd (uren of dagen) of als men bij herhaling een inspannings-ECG opneemt met een interval van bv. 45 minuten.

MORGANROTH e.a. (1978) hebben bij 15 patiënten (1 vrouw, 14 mannen) van 36-68 jaar — die allen bij het eerste onderzoek meer dan 30 VES per uur hadden — gedurende drie dagen, dus 72 uur achtereenvolgend, „ambulant” het ECG geregistreerd. Van deze patiënten hadden 3 een hypertensiehart, 8 een coronariasclerose, 1 een cardiomyopathie, 1 een klepgebrek en 2 hadden geen organische hartaandoening. Bij allen was de klinische toestand stabiel en ten minste een week voor het onderzoek gebruikten zij geen anti-aritmische middelen; de waargenomen variaties in frequentie werden daarom als „spontaan” beschouwd. Statistisch onderzocht men vier soorten variaties: die tussen de patiënten onderling en, steeds bij dezelfde patiënt, de variaties van dag tot dag, die tussen de drie 8-uursperiodes van één dag en die van uur tot uur gedurende één periode van acht uur. Bovendien konden 2 patiënten 3 maal en 3 patiënten 2 maal, met een tussenpoos van circa 3 maanden, gedurende 72 uur worden onderzocht zodat de schrijvers beschikten over in totaal 22 onderzoeksperiodes van 3 dagen bij 15 patiënten.

De variatie-coëfficiënten (de standaardafwijking van de distributie, uitgedrukt als percentage van het gemiddelde) bleken groter te zijn naarmate de gemiddelde frequentie van VES per uur kleiner was: gemiddeld 13% bij frequenties van meer dan 1000 per uur, gemiddeld 35% bij 200-1000 en gemiddeld 66% bij 100-200 VES per uur. De totale variabiliteit beruiste voor 48% op variaties van uur tot uur, voor 29% op verschillen tussen de perioden van acht uur en voor 23% op variaties van dag tot dag. Hieruit volgt dat het tellen van de VES gedurende één uur maar een uiterst betrekkelijke waarde heeft. Dit moet men met name bedenken bij beoordeling van de therapie. Het therapeutische effect van een anti-aritmisch geneesmiddel is statistisch pas significant ($P \leq 0,05$) als bij vergelijking van twee 8-uursperiodes de frequentie van VES ten minste met 90% afneemt. Vergelijkt men twee perioden van 24 uur dan is hiervoor een vermindering van 83% vereist en zelfs bij vergelijking van twee perioden van 72 uur moet de frequentie ten minste met 65% dalen om van statistische significantie te mogen spreken. In vroegere publikaties over de therapeutische vermindering van VES is te weinig rekening gehouden met de grote spontane frequentieschommelingen van VES, waardoor het effect van de therapie kan worden overschat.

Literatuur: MORGANROTH, J., E. L. MICHELSON, L. N. HOROWITZ e.a. (1978) *Circulation* 58, 408.

S. BERREKLOUW

INGEZONDEN

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

Gevolgen van een te goede eetlust

In zijn klinische les beschrijft prof. DE BOER (1978) een aantal complicaties van chirurgische hulp bij patiënten die niet kunnen vermageren op conservatieve wijze; het betreft de jejunum-ileumkortsluiting. In de wereldliteratuur (SHAGRIN 1971; WANDS 1976; DUNCAN 1977; FERNANDEZ-HERLIHY 1977; ROSE e.a. 1977) zijn ook complicaties in het musculoskeletale systeem beschreven na dergelijke ingrepen.

In de Nederlandse situatie lijkt het zinvol adipeuze patiënten die behandeld zijn door middel van deze kortsluiting-operatie, ook reumatologisch te laten controleren; alleen dan kan inzicht verworven worden in de oorzaken van artritis, artralgie en myalgie na dergelijke chirurgische ingrepen.

Literatuur: BOER, H. H. M. DE (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 1825. — DUNCAN, H. (1977) *J. Rheumatol.* 4, 115. — FERNANDEZ-HERLIHY, L. (1977) *J. Rheumatol.* 4, 135. — ROSE, E. e.a. (1977) *Rheumatol.* 4, 129. — SHAGRIN, J. W. (1971) *Ann. intern. Med.* 75, 377. — WANDS, J. (1976) *New Engl. J. Med.* 294, 121.

Nijmegen, februari 1979

P. J. I. VAN 'T PAD BOSCH

Collega VAN 'T PAD BOSCH heeft gelijk dat na uitschakeling van 75-90% van de dunne darm artralgieën, myalgieën,

spierkrampen en spierzwakte worden beschreven. Deze afwijkingen kunnen het gevolg zijn van magnesiumdeficiëntie, eventueel gecombineerd met calciumdeficiëntie (SWENSON e.a. 1974). Speciaal bij patiënten die door de operatie langdurig chloorthiazide gebruikt hebben zijn deze elektrolytenstoornissen te vrezen. FALON (1977) zegt hier echter over: „Electrolyte depletion — specifically of potassium and magnesium — is sometimes a problem, but seems to be less common than some clinicians had feared.”

Uiteraard zijn ook andere oorzaken van gewrichtsklachten mogelijk, zoals jicht en arthrosis. Men ziet nogal eens een verhoogd urinezuurgehalte na de operatie, doch dit is tijdelijk en een klinisch manifeste jicht is zeer zeldzaam (DEAN e.a. 1977). Arthrosis deformans is veel vaker waargenomen in deze groep patiënten. Tot slot werd een enkele maal een artralgie te zamen met huid-„rash” beschreven (GOURLAY e.a. 1978). De huidafwijkingen verdwenen zowel met als zonder therapie. Zelf heb ik geen van deze complicaties waargenomen. Wanneer de patiënt onder controle blijft van internist en chirurg zal bij het optreden van onbegrepen gewrichtsklachten de reumatoloog geraadpleegd worden.

Literatuur: DEAN, R. H. e.a. (1977) *Amer. J. clinic. Nutr.* 30. — FALON, W. W. (1977) *Hosp. Praet.* 12, 73. — GOURLAY, R. H. e.a. (1978) *Amer. J. clinic. Nutr.* 30. — SWENSON, S. A. e.a. (1974) *Amer. J. Surg.* 127, 250.

Nijmegen, februari 1979

H. H. M. DE BOER