

tibialis anterior gevergd; een lage schaats zou voor een lange toertocht dan ook minder vermoeiend zijn dan een hoge. De aandoening is overigens niet zó zeldzaam. O'DONOGHUE (1970) schrijft dat tendovaginitis in het gebied van de enkel zeer vaak voorkomt en hij noemt daarbij de M. tibialis anterior met name.

LITERATUUR

O'DONOGHUE, D. H. (1970) *Treatment of injuries to athletes*, bl. 618. 2e druk. Saunders, Philadelphia.

April 1979

Bestrijding van plotselinge circulatiestilstand buiten het ziekenhuis; maar hoe verder?

V. MANGER CATS, CARDIOLOOG TE AMSTERDAM

In het decembernummer van het *Hart Bulletin* bespreekt de medisch directeur van de Nederlandse Hartstichting het probleem van de plotselinge circulatiestilstand buiten het ziekenhuis (DEKKER 1978). Hij schat dat buiten het ziekenhuis jaarlijks ongeveer 10.000 Nederlanders plotseling of binnen 15 minuten na het optreden van verschijnselen overlijden. Ondanks een toeneming van het aantal hartbewakings-eenheden en ambulances met defibrillatoren is deze plotselinge sterfte buiten het ziekenhuis de laatste jaren niet duidelijk afgenomen. Vervolgens wordt als voorbeeld Seattle (V.S.) genoemd, waar in enkele jaren een vijfde deel van de bevolking een cursus reanimatie volgde; DEKKER stelt verder dat „circa 60% van degenen bij wie de reanimatie binnen de minuut werd begonnen” later levend het ziekenhuis kan verlaten. Hij voorziet een stormachtige groei van het aantal reanimatiecursussen en biedt de diensten van de Nederlandse Hartstichting aan voor coördinatie van deze activiteiten.

Mijns inziens moeten een aantal kanttekeningen worden geplaatst bij deze ontwikkeling: In de eerste plaats wordt de suggestie gewekt dat een hoog percentage (60%) van de patiënten die buiten het ziekenhuis een circulatiestilstand krijgen en bij wie reanimatie wordt toegepast, later ook levend het ziekenhuis kan verlaten. Dit is niet in overeenstemming met de ervaringen die in het buitenland zijn opgedaan. COBB e.a. (1975) vermelden dat in het derde en vierde jaar van het reanimatieprogramma in Seattle 23% van de patiënten bij wie buiten het ziekenhuis werd begonnen met de reanimatie, later levend het ziekenhuis verliet. In 1977 (COBB e.a.) was dit percentage niet veranderd.

In Oslo konden 70 van de 631 (11%) buiten het ziekenhuis gereanimeerde patiënten het ziekenhuis levend verlaten (LUND en SKULBERG 1976). In Miami konden 42 van de 301 (14%) buiten het ziekenhuis gereanimeerde patiënten het ziekenhuis levend verlaten (NAGEL e.a. 1975). In Milwaukee kon 17% van de buiten het ziekenhuis gereanimeerden levend het ziekenhuis verlaten (BONCHEK e.a. 1977) en in De-

troit 10% (GOLDSTEIN e.a. 1977). Men moet hierbij bedenken dat deze percentages overlevenden betrekking hebben op het aantal gemelde patiënten. Doordat een onbekend aantal patiënten met plotselinge circulatiestilstand niet wordt gemeld ligt het percentage geslaagde reanimaties in werkelijkheid nog lager.

Door alle auteurs wordt er de nadruk op gelegd dat het slagen van de behandeling afhangt van de snelheid waarmee wordt begonnen met de reanimatie en de technische vaardigheid waarmee ze wordt uitgevoerd. Maar zelfs als alle Nederlanders worden opgeleid in reanimatietechnieken, dan zal het succes hiervan worden beperkt doordat circa 20% van de gevallen van plotselinge hartstilstand plaatsvindt zonder dat er iemand anders aanwezig is of 's nachts (BIÖRCK en WIKLAND 1972; ROMO 1972); verder zal niet altijd binnen vijf minuten een goede reanimatie begonnen kunnen worden en tenslotte zijn voor een geslaagde reanimatie en de alarmering minstens twee personen nodig.

Een tweede punt dat in het *Hart Bulletin* niet ter sprake kwam is het volgende: Het merendeel van de patiënten met acute hartstilstand heeft weliswaar een uitgesproken vorm van coronarialijden, maar het kamerefibrilleren wordt bij minder dan de helft van de overlevende patiënten veroorzaakt door een myocardinfarct. Het percentage patiënten bij wie myocardnecrose kan worden aangetoond, hangt gedeeltelijk af van de gebruikte methode en ligt tussen 25 en 38 (NAGEL e.a. 1975; COBB e.a. 1977; GOLDSTEIN e.a. 1977). Uit na-onderzoek blijkt dat patiënten bij wie de eerste episode van circulatiestilstand niet gepaard ging met myocardnecrose, een significant grotere kans hebben op een recidiverende aanval van circulatiestilstand dan de groep patiënten die een myocardinfarct doormaakten (COBB e.a. 1975). Het totale sterftepercentage in deze groep is na één jaar 27 en 36 na twee jaar (COBB e.a. 1977).

Een derde opmerking is dat een niet geslaagde reanimatiepoging meer schuldgevoel kan achterlaten bij degene(n) die haar uitvoerde(n) dan een die ach-

terwege is gelaten; de poging om de overledene te redden is tenslotte mislukt.

Mijns inziens heeft DEKKER een te gunstig beeld gegeven van de resultaten van reanimatie buiten het ziekenhuis en is hij voorbijgegaan aan de consequenties die het op landelijke schaal invoeren van deze techniek zal hebben op de gezondheidszorg. Stel dat inderdaad 10.000 Nederlanders per jaar buiten het ziekenhuis een circulatiestilstand krijgen en dat voor ieder van hen onmiddellijk geëvenwaardig hulp beschikbaar is. Wordt het succes van Seattle geëvenwaardig dan zullen circa 2000 van deze patiënten levend het ziekenhuis kunnen verlaten. Echter, 62 à 75% van hen loopt een verhoogd risico vroegtijdig te overlijden, meestal ten gevolge van een tweede acute circulatiestilstand. Het zal in ieder geval nodig zijn deze patiënten te onderwerpen aan een uitgebreid cardiologisch na-onderzoek. Of preventie van deze tweede episode van circulatiestilstand het beste medicamenteus dan wel door middel van chirurgische therapie kan plaatsvinden staat nog niet vast. In het laatste geval zou dit een toeneming van ruim 1000 kandidaten voor coronaire bypass-chirurgie beteke-

nen. Dit probleem is een uitdaging voor de cardiologie in Nederland en hoort op landelijke schaal te worden aangepakt.

LITERATUUR

- BIÖRCK, G. en B. WIKLAND (1972) *Circulation* 45, 256.
BONCHEK, L. T., G. N. OLINGER, M. H. KEELAR e.a. (1977) *Ann. thorac. Surg.* 24, 337.
COBB, L. A., R. S. BAUM, H. ALVAREZ e.a. (1975) *Circulation* 51/52 Suppl. III, 223.
COBB, L. A., A. P. HALLSTROM, W. D. WEAVER e.a. (1977) *Acute and longterm management of myocardial ischaemia*, bl. 106. Haesle, Mölndal.
DEKKER, E. (1978) *Hart Bull.* 9, 156.
GOLDSTEIN, S., G. RITTER, C. M. VASU e.a. (1977) *Acute and longterm management of myocardial ischaemia*, bl. 120. Haesle, Mölndal.
LUND, I. en A. SKULBERG (1976) *Lancet* II, 702.
NAGEL, E. L., R. R. LIBERTHSON, J. C. HIRSCHMAN e.a. (1975) *Circulation* 51/52, Suppl. III, 261.
ROMO, M. (1972) *Acta med. scand.* Suppl. 547, 74.

Juli 1979

BOEKAANKONDIGINGEN

C. E. RACKLEY en R. O. RUSSELL JR., *Coronary artery disease; recognition and management*. 439 bl., fig., tabellen. Futura, New York 1979. Prijs: f 86,-.

In dit boek wordt de ervaring van één instituut (University of Alabama Medical Center, Birmingham, Alabama) beschreven met diagnostiek en behandeling van coronariaal lijden over een periode van ruim 10 jaar.

Alle moderne vormen van onbloedige en invasieve diagnostiek en therapie worden besproken, terwijl probleemstelling en (patho-)fysiologische achtergrondinformatie niet ontbreken. Een bij de tijd zijnde literatuurlijst, een index en duidelijke (deels voor het onderwijs zeer geschikte) illustraties dragen ertoe bij dit boek als een aanwinst te beschouwen voor de bibliotheek van de (aanstaande) internist en cardioloog.

J. TH. CH. VONK

T. F. NEALON, *Fundamental skills in surgery*. 3e druk. 383 bl., fig., tabellen. Saunders, Philadelphia 1979. Prijs: geb. £ 11,75.

Over de meeste eenvoudige technische handelingen, die de jonge (co-)assistent in de eerste jaren van zijn opleiding moet verrichten, kan men weliswaar verspreid in de literatuur beschrijvingen vinden, maar vele praktische handigheidjes worden van mond tot mond doorgegeven en zijn nooit de eer waardig gekeurd om opgeschreven te worden. Door dit boekje wordt voorzien in een, vaak ook door assistenten geuite, behoefte. Er wordt duidelijk getoond hoe men een mes, een pincet en een schaar vasthoudt, er mee werkt en hoe men zich op de operatiekamer gedraagt. De grondbeginselen van pre- en postoperatieve zorg en het

werk op een intensive care worden behandeld met een beschrijving van daar gebruikte technieken zoals venasectie, catheterisatie van de vena subclavia enz. Ook enkele gebruikelijke poliklinische kleine ingrepen zoals het verwijderen van een atheroomkyste, wigresectie van het nagelbed enz. worden behandeld.

Men zou de jonge assistenten dit boek graag laten lezen vóór zij zich op de operatiekamer, de eerste hulpafdeling of op de zaal begeven. De makkelijke leesbaarheid maakt dit tot een uitvoerbare wens. Daarom aanbevolen voor iedere jonge assistent in opleiding en niet alleen de chirurgische.

J. W. MERKELBACH

C. P. ARTZ, J. A. MONCRIEF en B. A. PRUITT, *Burns: a team approach*. 538 bl., fig., tabellen. Saunders, Philadelphia 1979. Prijs: geb. £ 24,-.

Behandeling van patiënten met brandwonden heeft de laatste decennia een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt en ze geniet een stijgende belangstelling van de medische wereld. Moderne behandeling van deze patiënten is teamwerk. Dit aspect is in het boek, waaraan vele vooraanstaande brandwondenspecialisten uit de Verenigde Staten hebben meegewerkt, goed naar voren gekomen. Een overzichtelijk geschreven boek, waarin nagenoeg alle aspecten van de brandwondenzorg worden besproken; niet alleen de klinische problemen, maar ook de pathofysiologische achtergronden. Behalve de basisproblemen van de behandeling zoals de brandwondenshock, infectiepreventie en metabolisme, worden ook verpleging, revalidatie en organisatorische problematiek uitvoerig belicht.

Aanbevolen voor de liefhebbers.

M. CECH