

tie in ziekenhuisconsumptie voor alle hemofiliepatiënten in Nederland 70%. Dat vergelijkingen tussen verschillende delen van de wereld moeilijk zijn, moge blijken uit het feit dat de hemofiliepatiënt in Massachusetts met thuisbehandeling een nog lagere ziekenhuisconsumptie heeft dan de niet hemofiele Nederlandse man. JONES (1969) vermeldt een reductie van 80% in ziekenhuisconsumptie (zonder specificatie, dus waarschijnlijk te vergelijken met onze 70%), evenals in werk- en schoolverzuim. Ook in Nederland is het schoolverzuim flink gedaald, zij het niet alleen in de thuis behandelde groep, maar ook bij de overige patiënten. Het belangrijkste gegeven uit Nederland is wel dat de patiënten die zowel in 1972 als in 1978 gegevens hebben verschaft, in die periode geen significante verslechtering van de functie van hun gewrichten hebben doorgemaakt. De levensverwachting van de Nederlandse hemofiliepatiënt (62 jaar; VELTKAMP e.a. 1979) is overigens aanzienlijk hoger dan die in het Verenigd Koninkrijk (42,3 jaar voor hemofilie A en 33,6 jaar voor hemofilie B; BIGGS en SPOONER 1977).

Resumerend zou ik willen stellen dat het behandelingsniveau (dosering) van de Nederlandse hemofiliepatiënt goed is, dat de „klinische” resultaten goed zijn en dat, indien de eenheid onder de hemofiliebehandelaars groter was geweest, de patiënten (met allergische reacties) die concentraat 't meest nodig hebben het inmiddels hadden kunnen krijgen. Idealiter zou alle thuisbehandeling met concentraat uitgevoerd moeten worden; de kosten hiervan zullen het laagst zijn bij een nationale productie die dan ook sterk gestimuleerd dient te worden, onder meer door aanbevelingen zoals geuit door NIEWEG om meer plasma te winnen, te realiseren, en door een goede samenwerking tussen CLB en bloedbanken. Het rapport van de Council of Europe (1979) beschrijft hoe de situatie in West-Europa en dus ook in Nederland verbeterd kan worden. Het is te hopen dat de Nederlandse overheid de aanbevelingen uit dit rapport implementeert. Daarnaast is ook een eendrachtige opstelling van patiënten en hemofiliebehandelaars van belang voor een goede ontwikkeling van de hemofiliebehandeling met garanties voor de toekomst.

Literatuur: BIGGS, R. (1979) *Clin. Haemat.* 8, 95. – BRITTEN, A. F. H. (1979) *Symposium on home treatment of hemophilia*. Paterswolde. – Council of Europe (1979) *Co-ordinated blood transfusion research*, CDSP (79) 52. European Public Health Committee, Straatsburg. – EYSTER, M. E., H. S. BOWMAN en J. N. HAVERSTICK (1977) *Ann. intern. Med.* 87, 248. – HAGEN, P. en S. SMIT (1979) *Trouw*, 26 september. – JONES, P. (1979) *Symposium on home treatment of hemophilia*. Paterswolde. – RIZZA, C. R. en R. J. D. SPOONER (1977) *Brit. J. Haemat.* 37, 53. – SCHIMPF, K. (1980) *Persoonlijke mededeling*. – VELTKAMP, J. J., H. T. L. WILLEUMIER, H. VAN DIJCK e.a. (1979) *Hemofilie in Nederland. Resultaten van een in 1978 gehouden enquête*. Leiden University Press, Leiden.

Leiden, februari 1980

J. J. VELTKAMP

Stijgende frequentie van „ileus zonder vermelding van hernia”

In zijn artikel vermeldt HOOGENDOORN (1979) dat er ten aanzien van het voorkomen van ileus zonder vermelding van hernia in de Nederlandse bevolking tussen 1970 en 1977 verschuivingen hebben plaatsgevonden. Hij zegt: „In het

algemeen is een stijgende opnamefrequentie bij toenemende leeftijd zichtbaar”, en verder blijkt „dat de stijging in de loop van het beschouwde tijdvlak in het algemeen sterker is bij de oudere leeftijdsgroep”. Deze signalering is van belang. Verklaringen ervoor zijn – uiteraard – nog niet aanwezig. Wel zou een suggestie gedaan kunnen worden. Nog steeds neemt de oudere bevolking toe. Ook binnen de leeftijdsklasse van 5 jaar wordt een permanente groei geconstateerd tot aan het 100e jaar. In de verpleeghuizen worden wij in toenemende mate geconfronteerd met het optreden van ileus ten gevolge van faecale impactie. Deze faecale impactie is meestal een gevolg van een vaak niet of onvoldoende behandelde obstipatie, die om verschillende redenen bij oude mensen gemakkelijk kan ontstaan. Dit te meer omdat de gebruikelijke laxantia met hun vele bijverschijnselen of het slechte toezicht op het gebruik ervan in het algemeen slechts matige resultaten opleveren. De moderne obstipatiebestrijders zoals lactulose (Duphalac) en psylliumzaad (Metamucil) hebben naar mijn ervaring het defaecatiepatroon van verschillende oudere mensen aanzienlijk kunnen verbeteren, waardoor de kans op faecale impactie kleiner is geworden. Ook het ruime gebruik maken van volkorenbrood, zemelen en andere cellulosehoudende stoffen heeft daartoe bijdragen.

De gegevens van HOOGENDOORN gaan jammer genoeg niet verder dan 1977, waardoor een eventuele invloed op het vermelde ileuspercentage niet bekend is. De veranderingen dateren immers van ongeveer 1975. Een nadeel van de vermelde obstipatiere Emmers is hun prijs. Ten opzichte van de obsolete middelen zoals de antrachinonderivaten, de senaderivaten, enz. zijn zij aanzienlijk duurder. Verder onderzoek zou zeker welkom zijn.

Literatuur: HOOGENDOORN, D. (1979) *Ned. T. Geneesk.* 123, 2241.

Arnhem, januari 1980

C. LEERING

De behandeling van mammakysten

Bij het artikel van J. W. TH. MULLER (1980) en het commentaar van prof. dr. A. ZWAVELING (1980) hierop willen wij de volgende kanttekening plaatsen.

De reactie van ZWAVELING zal gedeeltelijk het gevolg zijn geweest van het wellicht niet geheel gelukkig gekozen woord „behandeling” door MULLER. Een radiodiagnostisch verricht immers geen therapeutische maar diagnostische handelingen en wij nemen aan, dat MULLER dit ook als zodanig bedoeld heeft. Dat in het onderhavige geval de diagnostische gang van zaken nl. het punteren van de mammakyste tevens een therapeutisch effect heeft, is een gelukkige bijkomstigheid.

Het is onzes inziens niet juist te volstaan met het punteren van een mammakyste alléén en een aanvullende pneumocystografie achterwege te laten. Het pneumocystogram is namelijk net zo'n essentieel onderdeel van de radiodiagnostiek van de mamma als de dubbelcontrast-opname bij het colon-onderzoek. Het vormt een aanvulling op het mammografisch onderzoek ten einde intrakystisch gelegen afwijkingen (zeldzaam), maar vooral parakystische processen uit te sluiten. Hierbij wordt met name gedacht aan in de onmiddellijke nabijheid van de kyste gelegen microcalcificaties of microcarcinomen, welke op het mammogram door de kyste gemaskeerd kunnen worden. Zonder pneumocystografie is een vroegtijdige vaststelling van een