

# INGEZONDEN

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

## De klinische betekenis van een verhoogd mean corpuscular volume

Het artikel van DEN OTTOLANDER c.s. (1980), dat in het algemeen gaat over de klinische betekenis van het verhoogde MCV, zou aanvulling verdienen met gegevens over de betekenis van het MCV bij verscheidene hematologische afwijkingen bij kinderen.

Een markant voorbeeld hiervan is de rode-celaplasie bij jonge kinderen. Een laag MCV ( $< 85$  fl) pleit voor een gunstige prognose en een goede kans op spontaan herstel; in deze gevallen heeft men te doen met een „transient erythroblastopenia of childhood” (WANG en MENTZER 1976). Een hoog MCV is daarentegen prognostisch ongunstig en wijst meer in de richting van een congenitale hypoplastische anemie (MILLER 1978). Deze waarnemingen hebben wij bij verscheidene patiënten kunnen bevestigen.

*Literatuur:* MILLER, D. R. (1978) In: D. R. MILLER e.a., *Smith's blood diseases of infancy and childhood*, bl. 230, 4e druk. Mosby, Saint Louis. – OTTOLANDER, G. J. DEN, F. C. BREEDVELD, J. F. VAN DER BURGH e.a. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 228. – WANG, W. C. en W. C. MENTZER (1976) *J. Pediat. 88*, 784.

Nijmegen, februari 1980

C. G. VAN OOSTROM  
E. D. A. M. SCHRETLEN  
G. A. M. DE VAAN

Met veel genoegen heb ik het artikel van DEN OTTOLANDER e.a. (1980) gelezen. Duidelijk komt hierin het praktische belang van deze eenvoudig en snel te bepalen erytrocytenparameter naar voren. Mogelijk kunnen enige aanvullingen dit belang onderstrepen:

1. Bepaling van de LHD-iso-enzymen verhoogt de waarde van de bepaling van de LDH-activiteit in serum bij macrocytose. Een verhoging van de 1e en 2e fractie ( $1 > 2$ ) maakt het waarschijnlijk dat de macrocytose het gevolg is van megaloblastaire veranderingen in het beenmerg, terwijl een verhoging van andere fracties vrijwel uitsluit, dat de verhoogde LDH-activiteit het gevolg is van megaloblastaire verandering (WERRE en VOGTEN 1974). Een voorbeeld moge dit verduidelijken: onlangs zagen wij een patiënt met een gemetastaseerd bronchuscarcinoom, bij wie een macrocytaire anemie en een verhoogde LDH-activiteit in het serum ten gevolge van een toename van de 1e en 2e fractie ( $1 > 2$ ) werden geweten aan het neoplasma. De diagnose vitamine B<sub>12</sub>-tekort werd gesteld (beenmerg: megaloblastair, serum B<sub>12</sub>: 25 pmol/l, Schilling-test 1%). Tijdens therapie met vitamine B<sub>12</sub> verdween de macrocytose en werd de LHD-activiteit normaal.

2. Ook toename van het MCV in het „normale” gebied kan betekenis hebben. Kort geleden zagen wij een patiënte bij wie tijdens therapie voor ijzeregebrek het MCV tot een hoog normale waarde steeg, waarna een tekort aan vitamine B<sub>12</sub> kon worden aangetoond (serum B<sub>12</sub>: 65 pmol/l, Schilling-test 1%); tijdens therapie met vitamine B<sub>12</sub> daalde het MCV. Ook konden wij bij een patiënte tijdens een ziekenhuisopname aantonen, dat het langzaam stijgen van het MCV in het normale gebied het gevolg was van onvoldoende toevoer van foliumzuur.

3. Of een tekort aan vitamine B<sub>12</sub> of foliumzuur vaak

oorzaak is van de macrocytose die gevonden kan worden bij hypothyreoïdie is voor mij een vraag. Onbehandelde hypothyreoïdie per se kan waarschijnlijk ook aanleiding geven tot een verhoging van het MCV. Interessant in dit verband is dat het omgekeerde – een verlaging van het MCV bij onbehandelde hyperthyreoïdie – veelvuldig wordt waargenomen (How e.a. 1979).

Een even goed overzicht, getiteld „De klinische betekenis van een verlaagd mean corpuscular volume” zie ik met belangstelling tegemoet.

*Literatuur:* How, J., R. J. L. DAVIDSON en P. D. BEWSHER (1979) *Scand. J. Haematol. 23*, 323. – OTTOLANDER, G. J. DEN, F. C. BREEDVELD, J. F. VAN DER BURGH e.a. (1980) *Ned. T. Geneesk. 124*, 228. – WERRE, J. M. en A. J. M. VOGTEN (1974) Voordracht Nederlandse Vereniging voor Haematologie.

Arnhem, maart 1980

J. M. WERRE

## Een zwelling in de hals

De voortreffelijke klinische les van prof. SCHMIDT (1980) heeft mij zo zeer geboeid, dat ik uitgebreid het artikel heb bestudeerd, waardoor mij enkele zaken opvielen, die ik van commentaar wil voorzien. Ik ben het eens met de schrijver, dat zwellingen in de hals, die de verdenking geven op een metastase in de eerste plaats naar de KNO-arts dienen te worden verwezen.

Maar nu mijn opmerkingen:

1. In de casus-bespreking zegt prof. SCHMIDT, dat de huisarts, ondanks dat patiënt niet weer op het spreekuur verscheen, hem opzocht en daardoor naar de internist kon verwijzen. Hij noemt de huisarts „een (goede!) huisarts”. Ik heb hier toch bedenkingen tegen. De schrijver gaat ervan uit, dat de arts volledig verantwoordelijk is voor het wel en wee van een patiënt. Dit past misschien wel in een eng-medisch model, maar niet in het hulpverleningsmodel, waarin vele huisartsen proberen hun werk te doen.

In dit model gaat de arts ervan uit, dat de patiënt zelf verantwoordelijk is voor zijn lichamelijk en psychisch functioneren. Als er bepaalde moeilijkheden zijn, kan de patiënt om hulp vragen en wil de huisarts samen met de patiënt een oplossing proberen te zoeken. De huisarts is dus geen al-weter, maar poogt *samen* met de patiënt het dysfunctioneren op te heffen. Dit vergt wel een bepaalde attitude van de huisarts, waarbij vooral in het eerste gesprek de patiënt moet worden uitgelegd wat er aan de hand is. De huisarts had in het onderhavige geval, toen hij de klier had onderzocht, duidelijk moeten maken, dat patiënt een niet te duiden klierzwelling had, waarvan hij in eerste instantie het gevoel had, dat het een ontsteking was, maar dat er ook andere oorzaken achter konden steken. De gedachte dat de huisarts „er toch blijkbaar niets aan kon doen” zou dan niet bij de patiënt zijn opgekomen. Hij was zeker weer naar het spreekuur gekomen en de huisarts had niet als een agent de patiënt weer hoeven op te sporen.

Over dit hulpverleningsmodel en de consequenties daarvan heb ik onlangs uitgebreid geschreven in mijn proefschrift (Post 1980). Ik wijs er dus op, dat het nog dubieus mag worden genoemd, dat prof. SCHMIDT die deze huisarts als een goede huisarts betitelt, wel gelijk heeft.