

problemen tussen operateurs en anesthesisten kunnen worden opgelost. De integriteit en de spiritualiteit van collega Jongkees kennende twijfel ik er niet aan dat ook hij daarin zal slagen.

*Literatuur:* Centraal Medisch Tuchtcollege (1970) *Med. Contact (Amst.)* 25, 698. – JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – Rapport Gezondheidsraad (1978) *Anesthesiologie*, deel I, 83 sub 2. – STEUR, R. J. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 401.

Utrecht, maart 1981

B. SMALHOUT

De anesthesisten claimen op dit moment met het rapport *Anesthesiologie* deel I van de Gezondheidsraad in de hand, alle narcose, ook hele lichte, kortdurende bij kleine heelkundige ingrepen. Zij schromen niet om de praktijkvoering van sommige keel-neus-oorartsen door bovengenoemde claim totaal te ontregelen.

Er zijn in onze maatschap zo'n 10 tot 15 kleine narcoses per dag nodig. Het is onmogelijk deze zo te poolen dat de ouders van patiëntjes geen groot ongemak ondervinden en dan spreek ik nog niet over het ongemak voor de keel-neus-oorartsen zelf. De kleine narcoses waar het hier om gaat zijn van korte duur voor niet traumatische ingrepen bij gezonde kinderen die nuchter zijn en vooraf atropine hebben gehad, en vinden plaats in een ruimte met zeer goed onderhouden narcose-apparatuur, aangesloten op centrale zuurstof- en lachgasleiding en met een klaarliggende intubatie-set. Op deze wijze hebben we nu ongeveer 30.000 kinderen geholpen zonder dat er zich een ernstig probleem heeft voorgedaan.

In het commentaar van collega HELMERS (1981) lees ik in de tweede alinea precies de taak van de anesthesioloog. Deze taak is bij onze patiëntjes niet of nauwelijks voor hem weggelegd. Dat collega Helmers het woord controverse gebruikt en collega KNAPE (1981) het woord rancune, bewijst alleen maar dat er een spanningsveld is ontstaan dat bijzonder gevaarlijk is. Hierop heeft m.i. prof. JONGKEES (1981) ook willen wijzen in zijn commentaar en daarmee een eerlijke en niet weer eenzijdige discussie op gang willen brengen. (Er is ook een keerzijde van het gelijk.) Knappe schrijft dat de anesthesiologie een goed overleg tussen chirurg, anesthesist en verpleegkundige zo hoog in het vaandel heeft. Ik had echter graag gezien dat in deze zin het woord anesthesiologie door anesthesioloog zou kunnen worden vervangen. Maar misschien zijn er toch mogelijkheden voor reële en op de praktijk gerichte afspraken.

Nog enkele opmerkingen: (1) De anesthesisten moeten officieel bij in- en uitleiding van iedere narcose aanwezig zijn. Dit is bij de vele kleine poliklinische narcoses van de keel-neus-oorarts al een onmogelijke opgave. (2) Wat gebeurt er in de situatie die ontstaat wanneer in een vrij kleine anesthesisten-maatschap één van de anesthesisten plotseling ziek wordt? (3) Het sturen van een anesthesie-verpleegkundige is m.i. niet juist en kan zelfs door deze verpleegkundige geweigerd worden, daar hij of zij bij het verkrijgen van het diploma ondertekent dat hij of zij bekend is met het feit dat het hem of haar niet is toegestaan om zelfstandig anesthesie te geven.

Conclusie: Ik hoop dat de opleiders van toekomstige keel-neus-oorartsen aan de Academische Ziekenhuizen samen met de hoogleraren in de anesthesiologie een goede modus kunnen vinden om de toekomstige keel-neus-oorartsen zoveel kennis van de kleine narcoses bij te brengen dat zij in hun eigen praktijk de mogelijkheid hebben om

zelf deze narcoses bij hun patiëntjes voor een paracentese toe te dienen. Ik ben anders bang dat deze collegae in hun praktijkvoering een dermate onwerkbaar situatie kunnen krijgen dat zij uit nood vaak hun toevlucht tot de lokale anesthesie zullen moeten nemen, hetgeen voor vele patiëntjes bijzonder traumatiserend is. U kent wel het tafereel met de moeder op de benen van het kind, de vader op de buik en het hoofd geklemd tussen de handen van de zuster. De keel-neus-oorarts mag dan de pijnlijke prikken, liefst ook nog aan twee kanten, zonder dat hij een duidelijk beeld geeft van wat hij doet. Wanneer dit het toekomstbeeld zou zijn, dan is de klok inderdaad 30 jaar teruggezet.

*Literatuur:* HELMERS, J. H. H. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 480. – JONGKEES, L. B. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 237. – KNAPE, J. T. A. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 481.

Vught, maart 1981

G. J. I. VERHAEGH

Ik ben blij dat collega Smalhout begrepen heeft dat mijn commentaar niet de bedoeling had, mij door enkele briefschrijvers toegedacht, van opstoken of ruzie zoeken, maar dat het slechts een poging was om, door het duidelijk stellen van de problemen, tot een oplossing te komen. Hoewel in verschillende ziekenhuizen de door mij besproken moeilijkheden helemaal niet bestaan, de anesthesisten goede afspraken hebben gemaakt met de heelkundigen, aan deze laatste ook grote vrijheid, hulp in materieel en personeel bieden, heerst in verschillende andere ziekenhuizen een gespannen verhouding tussen bovengenoemde specialisten – de brief van collega Verhaegh getuigt ervan. Ik ben ook blij dat collega Smalhout met mij van oordeel is dat iedere medicus elke verrichting mag doen waartoe hij vaktechnisch in staat is. Maar dan ben ik toch wel extra bedroefd als de opleiding van anesthesie-verpleegkundigen eindigt met een aantekening dat hij/zij bekend is met het feit dat hem of haar niet is toegestaan om zelfstandig anesthesie te geven, hetgeen in de praktijk nogal eens schijnt te betekenen: dus ook niet een heelkundige daarbij mag helpen.

Ik ben er inderdaad op uit een weg te vinden die naar goede afspraken en beter begrip leidt, omdat dat voor de patiënten het beste is. Nogmaals, op verschillende plaatsen is er uitstekende samenwerking met grote vrijheid en respect voor elkaars eisen, op sommige plaatsen is die er niet, zoals uit enige vorige ingezondens wel te distilleren valt. Waarom zou, met inachtneming van de realiteit het harmoniemodel niet kunnen worden hersteld, in goed overleg tussen anesthesist, anesthesie-verpleegkundige en heelkundige zoals ik dat in mijn commentaar al opperde?

Amsterdam, april 1981

L. B. W. JONGKEES

### *Over het normale gewicht*

Collega MULLER (1980) beschrijft in zijn artikel de Quetelet-Index:

$$\frac{\text{gewicht in kg}}{(\text{lengte in cm}^2)}$$

Dit zal moeten zijn:  $(\text{lengte in cm})^2$ , zoals er ook staat:  $\text{gewicht/lengte}^2$ . Verder staat dat deze index onafhankelijk is van de lengte. Hoe is dat mogelijk als de lengte gebruikt

wordt voor de berekening van de index? Hoe de index berekend wordt, weet ik ook bij (lengte in cm)<sup>2</sup> niet. Wordt het gewicht in kg of grammen genomen?

*Literatuur:* MULLER, H. K. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1873.

Amsterdam, november 1980

P. J. ZUIDEMA

In zijn artikel bepreekt MULLER (1980) methoden waarmee een goede schatting van de lichamelijke vetmassa verkregen kan worden. Volgens ons doet Muller te veel onrecht aan de meting van huidplooidikten t.b.v. het vaststellen van de hoeveelheid lichaamsvet. Wij betwijfelen zijn stellingname dat huidplooidiktemeting alleen iets is voor ervaren onderzoekers in laboratoriumsituaties en dat toepassing in de dagelijkse artsen/diëtistenpraktijk een illusie zal blijven.

De argumenten waarop MULLER zijn twijfel baseert zijn erg betrekkelijk, bijv.:

– „Een huidplooiometer is relatief kostbaar.” De prijs van een goede huidplooiometer is ongeveer f 500. Het apparaat is bij normaal gebruik onverslijtbaar.

– „De meting kan alleen met assistentie gebeuren.” De plaats van meting is belangrijk, maar kan gemakkelijk zonder hulp bepaald worden.

– „Het moment van aflezen steekt zeer nauw.” Volgens onze ervaring is dit alleen moeilijk bij extreem dikke personen.

Huidplooidiktemetingen nemen in het algemeen iets meer tijd in beslag dan andere antropometrische technieken ter schatting van de lichaamssamenstelling, zoals lengte en lichaamsgewicht. De huidplooidiktemeting verdient o.i. meer toepassing omdat met deze methode de beste schatting van de hoeveelheid lichaamsvet verkregen wordt en ze eveneens inzicht geeft in de vetverdeling over het lichaam.

## BERICHTEN

### *Buitenland*

#### FRANKRIJK-SENEGAL

*Hepatitis B-vaccin beschermt jonge kinderen in endemisch gebied.* – Hepatitis B-vaccinatie wekt bij 95% van gezonde volwassenen antistoffen op tegen HBsAg. Deze zijn bepalend voor de immuniteit (zie dit tijdschrift (1980) 124, 2149). Zij biedt bescherming aan personen met een grote besmettingskans, zoals homoseksuele mannen en stafleden van dialyse-afdelingen. Bij dialysepatiënten, bij wie de immunorespons vaak gestoord is, werden slechts in 60% van de geënten antistoffen gevonden; de overige 40% bleek even vatbaar als de niet-geënten. P. MAUPAS e.a. van de Universiteit van Tours en J. PERRIN e.a. van de Universiteit van Dakar berichten (*Lancet* (1981) I, 289) dat het vaccin ook bruikbaar is voor de bescherming van jonge kinderen in gebieden waar de ziekte in sterke mate endemisch is, zodat besmetting reeds op jonge leeftijd geschiedt. In Senegal vonden zij van de 0-2-jarigen reeds 34% besmet en van de 2-jarigen was 17% HBsAg-dragers. Op 13-jarige leeftijd waren deze percentages respectievelijk 91 en 14, zoals ook bij volwassen bloeddonors het geval is.

De onderzoekers entten 238 seronegatieve kinderen van 0-2 jaar en vonden 2 maanden na de derde injectie bij 94%

*Literatuur:* MULLER, H. K. (1980) *Ned. T. Geneesk.* 124, 1873.

Wageningen, december 1980

P. DEURENBERG

J. G. A. J. HAUTVAST

1. De visie van dr. Deurenberg en prof. Hautvast op de mogelijkheden van huidplooiemetingen in de praktijk van alledag en de interpretatie van de uitkomsten getuigt van een hartverwarmend optimisme. Van harte hoop ik, dat zij op den duur het gelijk aan hun kant zullen krijgen!

2. In de reactie van prof. Zuidema komen drie vragen aan de orde, die zeker antwoord behoeven: (a) de formule voor de QI is inderdaad niet correct weergegeven en had moeten zijn:

$$\frac{\text{gewicht in kg}}{(\text{lengte in cm})^2}$$

(b) daar komt nog bij, dat de eenheden in de breuk zó ongelukkig zijn uitgevallen, dat alle hoop op een fraaie uitkomst in ronde cijfers ijdel wordt. Beter is, het gewicht in onzen te nemen en de lengte in meters; dat laatste echter wél in centimeters nauwkeurig. Als voorbeeld: iemand met een gewicht van 68,1 kg en een lengte van 165 cm heeft een

$$QI \text{ van } \frac{681}{(1,65)^2} = 250;$$

(c) tenslotte heeft prof. Zuidema eveneens volkomen gelijk met zijn twijfel aan de onafhankelijkheid van de QI (als index voor vetheid) van lengte. Er had moeten staan: „in hoge mate correleert met het lichaamsgewicht en vrijwel onafhankelijk is van lengte”.

Gaarne dank ik prof. Zuidema voor zijn vragen, die gelegenheid boden enkele ontsieringen te verhelpen.

Bunde, februari 1981

H. K. MULLER

antistoffen en 2 maanden na de boosterinjectie bij 97%. Na een jaar waren onder deze gevaccineerde kinderen 4 HBsAg-dragers; deze vier hadden niet op de vaccinatie gereageerd. In de controlegroep waren 23 (9,5%) kinderen HBsAg-dragers geworden. Van de moeder verkregen antistoffen belemmerden de ontwikkeling van de actieve immuniteit niet. De enting van kinderen bij wie bleek dat zij reeds eerder waren besmet, had geen nadelige gevolgen.

In Senegal is men begonnen met het inenten met hepatitis B-vaccin van alle zuigelingen in de eerste 3 levensmaanden. Indien de moeder HBsAg-draagster is, wordt tevens anti-HBs-immunoglobuline gegeven om het effect van de perinatale virusoverdracht van de moeder op het kind te beperken.

#### VERENIGDE STATEN

*Combinatie van actieve en passieve immunisatie na besmetting met het hepatitis B-virus.* – De immuniteit na actieve immunisatie van seronegatieve personen ontwikkelt zich betrekkelijk langzaam. Voor de profylaxe na besmetting is de methode dan ook minder geschikt. W. SZMUNESS e.a. berichten (*Lancet* (1981) I, 575) dat gebleken is dat bij gelijktijdige toediening van HBs-antistoffen (immunoglobulinen, HB-Ig) de aanloopperiode overbrugd kan worden