

Prijsvraag op verkeersmedisch gebied

De Nederlandsche Vereniging van Artsen-Automobilisten VVAA te Utrecht schrijft een prijsvraag uit voor wetenschappelijke verhandelingen op verkeersmedisch gebied. De prijzen bestaan uit de „Dr. W. L. van Luyn-trofee” en een geldbedrag tot een totaal van f 30.000.

De „Dr. W. L. van Luyn-prijsvraag”, die nu voor de vierde maal wordt uitgeschreven, ontleent zijn naam aan de oud-voorzitter van de VVAA. De heer Van Luyn is jaren-

lang de motor geweest achter de Verkeersmedische Commissie, een organisatie binnen de VVAA. Deze Commissie heeft ten doel het bevorderen en begeleiden, c.q. publiceren van wetenschappelijke studies op verkeersmedisch gebied. De prijsvraag is internationaal. De in te zenden wetenschappelijke verhandelingen kunnen in het Nederlands, Frans, Engels of Duits worden gesteld.

Formulieren voor deelneming kunnen tot 1 januari 1982 worden aangevraagd bij de Nederlandsche Vereniging van Artsen-Automobilisten VVAA, Postbus 8153, 3503 RD Utrecht.

INGEZONDEN

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

Syncoptes bij verlengd QT-interval op het elektrocardiogram

Onlangs beschreef SCHÖTTELNDREIËR (1981) syncoptes bij verlengd QT-interval, zoals voorkomen bij de syndromen van Romano-Ward en van Jervell-Lange-Nielson en bij idiosyncrasie voor kinidine en disopyramide. Weinig bekend is dat ook prenylamine (Synadrin) kan leiden tot ernstige ventriculaire ritmestoornissen bij een verlengd QT-interval. De bijsluitertekst maakt hiervan geen melding, evenmin bijv. het cardiologische standaardwerk van BRAUNWALD (1980). Gezien de onbekendheid en ook zeldzaamheid van deze bijwerking lijkt de volgende ziektegeschiedenis vermeldenswaardig.

Een 81-jarige vrouw werd sinds drie weken wegens angineuze klachten behandeld met prenylamine driemaal daags 60 mg. Zij gebruikte verder zonodig nitroglycerine s.l. Zij werd opgenomen wegens collaps met een waarschijnlijk enige minuten durend bewustzijnsverlies. Kort daarvoor waren er al enige malen wegrakingen geweest. Bij opname was patiënte normaal aanspreekbaar zonder afwijkingen bij lichamelijk onderzoek. Het cardiogram toonde een sinusritme van 75 slagen per minuut met een verlengd QT-interval van 0,60 seconden en multipole ventriculaire unifocale extrasystolen, zonder overige afwijkingen. De medicatie werd gestaakt. De volgende dag was het QT-interval 0,76 seconden met frequente ventriculaire extrasystolie; in de dagen hierna werd het geleidelijk normaal. Andere oorzaken voor verlenging van het QT-interval werden niet gevonden. Ventriculaire tachycardiën of ventrikelfibrilleren werden niet waargenomen. Bij fietsergometrisch onderzoek werd geen coronaria-insufficiëntie aangetoond.

Onze patiënte had dus een sterk verlengd QT-interval tijdens prenylaminegebruik dat weer normaal werd na staken van dit middel. De collaps(en) berustten vermoedelijk op ventriculaire ritmestoornissen. DUKES (1975) noemt 12 gevallen, waarvan 1 intoxicatie, met collaps en verlengd QT-interval. Twee van deze patiënten zijn nader beschreven door BENS e.a. (1973), die met succes werden behandeld met isopropylnoradrenaline met het doel een hoge ventrikelfrequentie te bereiken waardoor de ventriculaire ritmestoornissen konden worden onderdrukt. DiSEGNI e.a. (1980) en GRENADIER e.a. (1980) behandelden met hetzelfde oogmerk en ook met succes 11 patiënten met „overdrive pacing”. Deze auteurs zagen van lidocaïnetoediening geen effect.

Literatuur: BENS, J. L., M. DUBOISSET e.a. (1973) *Nouv. Presse méd.* 2, 165. – BRAUNWALD, E. (1980) *Heart disease: A textbook of cardiovascular medicine*. Saunders, Philadelphia. – DiSEGNI, E., H. O. KLEIN e.a. (1980) *Arch. intern Med.* 140, 1036. – DUKES, M. N. G. (1975) *Meyler's side effects of drugs*, bl. 445; (1978) idem, bl. 172. *Excerpta Medica*, Amsterdam. – GRENADIER, E., S. KEIDAR e.a. (1980) *Brit. Heart J.* 44, 330. – SCHÖTTELNDREIËR, M. A. H. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 726.

Rotterdam, augustus 1981

H. R. VAN BUUREN
J. C. VAN DER STEUR

De beschrijving van de patiënte met een verlengd QT-interval bij prenylamine-gebruik voegt een Nederlandse waarneming toe aan het relatief geringe aantal publikaties over het verlengde QT-interval bij prenylamine(Synadrin)-gebruik. Uit dien hoofde is het van belang, zeker ook gezien het betrekkelijk frequente gebruik van dit middel. Hoewel meestal gebruikt voor angina pectoris, heeft het ook anti-aritmische activiteiten en verlengt het de repolarisatiefase. Op grond daarvan alleen al is een aritmogene werking incidenteel te verwachten.

Ook andere medicamenten dan de inmiddels bekende (kinidine, disopyramide, fenothiazine-verbindingen en tricyclische antidepressiva) blijken een verlengd QT-interval te kunnen veroorzaken en daarmee ernstige ritmestoornissen. BLOEM e.a. (1979) beschreven een patiënt die behandeld werd met lidoflazine (Clinium) en een verlengd QT-interval kreeg en „torsade de pointes”.

De laatste tijd wordt in de V.S. bovendien ernstig gewaarschuwd voor soms dodelijke ventriculaire ritmestoornissen bij een verlengd QT-interval tijdens snelle vermagering door uitsluitend gebruik van het zg. Liquid-Protein-Modified-Fast dieet, zoals Modifast, Shape etc. (ITALIE 1978; ISNER 1979; LANTIGUA 1980). Van Ojik meldt in een persoonlijke mededeling 2 gevallen van mors subita bij zeer adipeuze patiënten die buiten hem om in korte tijd sterk vermagerden. Beiden hadden een coronarialijden met angina pectoris. De ene patiënt gebruikte uitsluitend Modifast, de andere hield een ander, maar streng dieet.

Het komt mij voor dat het ontstaan van ritmestoornissen met verlengd QT-interval bij het gebruik van medicamenten en wellicht ook bij bijzondere vermageringsdiëten onze grote aandacht verdient. De vraag kan worden gesteld of geen preventieve maatregelen nodig zijn om met name de

toepassing van de genoemde vermageringsdiëten zonder adequate medische begeleiding aan banden te leggen.

Literatuur: BLOEM, TH. J. J. M., A. VERMEULEN e.a. (1979) *Clin. Card.* 2, 407. – ISNER, J. M., H. E. SOURS e.a. (1979) *Circulation* 60, 1401. – ITALLIE, TH. B. VAN (1978) *J. Amer. med. Ass.* 240, 144. – LANTIGUA, R. A., J. M. AMATRUDA e.a. (1980) *New Engl. J. Med.* 303, 735.

Haarlem, september 1981 M. A. H. W. SCHÖTTELNDREIËR

Psychiatrie in een algemeen ziekenhuis

Hierbij willen we graag reageren op de klinische les van G. F. KOERSELMAN (1981). De schrijver zet in een helder betoog de relatie tussen psychische en somatische componenten bij een ziekteproces uiteen. Onze opmerkingen gelden dan ook slechts twee punten van zijn uiteenzetting.

Zijn uitspraak dat een patiënt allerminst is gebaat bij een verwijdering uit de gemeenschap kunnen wij onderschrijven. Het is niet goed een psychiatrische patiënt uit de gemeenschap te verwijderen. Deze gedachte begint meer en meer veld te winnen in de geestelijke gezondheidszorg. Een gevolg hiervan is dat waar mogelijk extra-muraal hulp wordt geboden. Een ander gevolg is geweest de oprichting van dagcentra voor psychiatrische behandeling. De patiënt blijft in zijn sociale omgeving en volgt van 9 uur tot 17 uur therapie in het dagcentrum. Wanneer dit onvoldoende (b)lijkt, wordt een patiënt opgenomen. Ook tijdens opname kan er aan gewerkt worden, dat het dagelijkse ritme zo weinig mogelijk wordt gestoord. Onzes inziens is het zeer belangrijk dat de overgang van het leefpatroon voor opname, tijdens opname, en van opname terug naar de maatschappij, zo vloeiend mogelijk verloopt. Hierin kan de ergotherapie (ook wel arbeidstherapie genoemd) een belangrijke rol spelen.

Koerselman noemt in zijn artikel een aantal behandelingsvormen voor ziektes met psychogene oorzaken. Behalve de genoemde bestaat ook de non-verbale therapie (ook in het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam). Deze

omvat o.a. de ergotherapie (arbeidstherapie), muziektherapie, dramatherapie, creatieve therapie en psychomotorische therapie. De ergotherapie richt zich op de realiteit, aandacht wordt besteed aan werk- of thuissituaties en bijbehorende gedragingen, waar de patiënt vóór zijn opname moeilijkheden mee had. Ergotherapie biedt een patiënt structuur in zijn dagindeling tijdens opname. Er wordt een scheiding aangebracht tussen leef- (afdeling) en werkklimaat (ergotherapie). De ergotherapie stelt eisen aan de patiënt (als hij/zij er aan aan toe is), die ook in de maatschappij worden gesteld (concentratie, nauwkeurigheid, doorzettingsvermogen, met iets buiten jezelf bezig zijn). Actief deelnemen op de afdeling ergotherapie kan het gevaar van hospitalisatie verkleinen.

De andere vormen van non-verbale therapie kunnen dienen als een vorm van (psycho)therapie naast de gesprekstherapie. Deze vormen van therapie zijn in het bijzonder geïndiceerd voor patiënten, voor wie het moeilijk is hun gevoelens of problemen onder woorden te brengen. Ze kunnen behalve ter ondersteuning van gesprekstherapie, ook op zich zelf worden toegepast.

Toevallig kwam ons een artikel onder ogen over activiteiten van het Sint Lucas Ziekenhuis (BRUIL-KNAKE en DE GRAAG 1980), waaruit wij de indruk kregen dat de afdeling ergotherapie een belangrijk deel van de totale behandeling uitmaakt. Wij betreuren het, dat Koerselman hiervan in zijn artikel geen melding heeft gemaakt.

Literatuur: BRUIL-KNAKE, J. en S. DE GRAAG (1980) *T. Ergotherapie* 8, nr. 6. – KOERSELMAN, G. F. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 1481.

Amsterdam, september 1981

E. JACOBS
G. METZ

De zogenaamde non-verbale therapievormen hebben een onomstreden plaats bij de intramurale behandeling van psychiatrische patiënten, zowel bij volledige als bij partiële opname. Ze verdienen op indicatie te worden toegepast.

Amsterdam, september 1981

G. F. KOERSELMAN

BERICHTEN

Buitenland

JAPAN

Embolisatie van carcinomen met mitomycine in microcapsules. – Een hogere concentratie van een geneesmiddel dat sterke algemeen toxische eigenschappen heeft, kan men in het tumorgebied bereiken door het in te spuiten in een voedende arterie. Een Editorial (*J. Amer. med. Ass.* (1981) 235, 1151) bevat een overzicht van de daarmee bereikte verlenging van de levensduur. Ook embolisering van de het gezwel voedende arterie verlengt het leven met enkele maanden, kan de klachten doen verminderen en vermindert bij een operatie van de tumor de kans op ernstige bloeding. In hetzelfde nummer (bl. 1123) delen T. KATO e.a. de resultaten mee van een combinatie van deze twee methoden door de intra-arteriële inspuiting van mitomycine bevattende microcapsules. De doorsnee van deze capsules (225 μ m) maakt dat zij gemakkelijk de kleine arteriën kunnen bereiken en afsluiten. Plaatselijk bewerken ze infarcering van het weefsel waar de vrijkomende mitomycine

langdurig kan inwerken. De vertraagde passage maakt dat de algemeen toxische werking gering is. Bij enkele patiënten werd de inspuiting na 2-5 weken herhaald. De totale dosis mitomycine varieerde van 10-90 mg. Een bijkomend voordeel voor de patiënt was dat de canule, die in de arteria femoralis wordt ingevoerd, direct na de inspuiting kon worden verwijderd. De methode werd toegepast bij 56 patiënten die van maart 1978 tot december 1979 werden behandeld. Zij hadden te zamen 60 ver voortgeschreden carcinomen: 23 van de nier, 12 van de blaas, 8 van de prostaat, 5 van de lever, 5 van de cervix en vagina, 3 van het bot, 2 van het bekken, 1 van het cavum Douglasi. Bij 32 patiënten bestonden metastasen; 27 patiënten waren reeds eerder zonder goed resultaat behandeld. De carcinomen groeiden invasief of werden als inoperabel beschouwd. Bij 20 patiënten met niercarcinoom werd tevens „gelatine spons” ingespoten ter totale trombotische occlusie van de arterie. Bij de beoordeling van de resultaten werd als criterium voor de verkleining van de tumor een vermindering van de doorsnede van minstens 30% gebruikt. Een dergelijke re-