

VRAAG EN ANTWOORD

(De beantwoording van de in deze rubriek gestelde vragen berust op gegevens, ons verstrekt door daartoe geraadpleegde deskundigen)

Kan myopie nog op latere leeftijd ontstaan?

Vraag 68. Bij keuring van een 75-jarige man wegens vernieuwing van zijn rijbewijs, bleek mij dat deze geheel gezond was. Alleen zijn visus was bdz slechts ca. 2/10. De keurling protesteerde hevig: hij had nog nooit een bril gehad, hij kon voortreffelijk zien en kon zelfs nog lezen zonder bril. Dit laatste kon hij inderdaad voortreffelijk. Ik vermoedde myopie, op zich zelf niets bijzonders, en vroeg hem wat hij in het arbeidzame deel van zijn leven voor werk had gedaan. Hij bleek van zijn 23e tot 63e levensjaar buschauffeur te zijn geweest. Ik moet aannemen dat hij bij zijn indiensttreding is gekeurd, en daarna om de 5 jaar een „zware” keuring heeft gehad. Daarna moet hij ook nog enige keren, gezien zijn kalenderleeftijd, door andere artsenbulbezitters zijn gekeurd. Blijkbaar is zijn myopie nooit opgevallen. Ik adviseerde keurling zich maar eerst tot een oogarts te wenden en om daarna, voorzien van bril, de keuring te voleindigen. Vandaag kwam hij terug met een bril van minstens bdz S-3. Hij kon nu veel beter zien en hoefde niet meer vlak voor de TV te zitten. Zijn visus op afstand was gestegen tot 10/10 (bdz). Kan iemand boven de 70 plotseling een myopie krijgen, of zijn de keuringen indertijd niet zo zorgvuldig uitgevoerd? Ik heb altijd gedacht dat myopie in de periode van prepuberteit tot volwassenheid ontstaat.

Antwoord. Het is heel onwaarschijnlijk, en daardoor onaannemelijk, dat bij de vele strenge keuringen als buschauffeur de myopie nooit ontdekt zou zijn. Bovendien kan de myopie zeer goed zijn ontstaan in de periode tussen het 63e en 75e levensjaar. De myopie in deze leeftijdsperiode wordt veroorzaakt door zwelling van de lens door verhoogde opname van vocht die weer veroorzaakt wordt door lichte degeneratieve afwijkingen van de lenskapsel, die een regulerende functie heeft in het metabolisme van de lens. Myopie door lenszwelling op oudere leeftijd is dan ook niet zelden de voorbode van een seniel cataract, een reden voor periodieke oogheelkundige controle. Omdat seniel cataract bij diabetespatiënten driemaal zo vaak voorkomt als bij patiënten zonder diabetes, is het gewenst om een onderzoek in deze richting in te stellen.

Inderdaad pleegt de „schoolmyopie” na de puberteit niet meer noemenswaard toe te nemen, terwijl de myopia gravior, die met degeneratieve afwijkingen in de retina gepaard pleegt te gaan en die verband houdt met een toenemende aslengte van het oog, gedurende het leven geleidelijk kan toenemen.

Dat de myopie aan de patiënt niet is opgevallen, hoewel hij wel vlak voor het televisietoestel moest gaan zitten, is geenszins vreemd; ook op de schoolleeftijd valt op dat de myope kinderen vaak geen visusklachten hebben en nog redelijk goed op het bord kunnen zien wanneer ze maar tussen hun bijna gesloten oogleden door kijken; deze „stenopeïsche” spleet heeft een diafragmawerking die door een vergroting van de scherptediepte de gezichtsscherpte

verbetert. De patiënten zijn zich vaak niet bewust van deze reflectoïr uitgevoerde handeling; het is nogal eens de omgeving die aanspoort om een onderzoek van de ogen te laten verrichten.

INGEZONDEN

Kan het inademen van haarlak kwaad? Verkwikken de neusdruppels de neus?

Als rinologen willen wij de collega pulmonoloog die vraag 60 (1981) heeft beantwoord, erop wijzen dat de luchtweg in de neus begint. Inhalatie van haarlak en spuitgassen zal dus ook, of veelal eerder, een irritatie en (of) een immunologische reactie opwekken in het bovenste deel van de luchtweg, iets dat in de praktijk zeer vaak wordt waargenomen. Op de gevaren van het gebruik van aërosolen in het bijzonder mag dan ook best worden gewezen. In dit verband zijn wij de Consumentenbond dankbaar dat hij heeft gewezen op de gevaren van conserveermiddelen in neusdruppels (Vraag 61, 1981). Daarmee werd naar wij hopen een doorbraak geforceerd in het langzamerhand ongebreidelde gebruik van deze meestal onnodige medicamenten.

Het is jammer dat in de publikaties niet is gewezen op het gevaar van de „rebound”-reactie na het gebruik van neusdruppels. Deze reactie is een versterking van de tweede fase van de cyclische activiteit van het autonome zenuwstelsel, als reactie op het sympathicomimeticum. Er ontstaat een toenemende, late, slijmvlieszwelling en hypersecretie. Zoals ook bij irritatie door haarlak gaat de patiënt meer snuiten, snuiven en hoesten, waardoor slijmvliesbeschadiging ontstaat met kans op lokale weerstandsvermindering en verhoogde kans op infectie.

*Literatuur: Vraag 60 (1981) Ned. T. Geneesk. 125, 1840.
– Vraag 61 (1981) Ned. T. Geneesk. 125, 1840.*

Amsterdam,
Baarn, november 1981

E. A. VAN DISHOECK
R. J. VAN DER WAL

Het is goed, dat de collegae Van Dishoeck en Van der Wal erop wijzen, dat het inademen van haarlak mogelijk ook schadelijk voor de neus kan zijn. Er zijn echter geen mededelingen in de literatuur dat dit tot een permanente beschadiging van het neuslijmvlies zou kunnen leiden, zoals wel met het longparenchym het geval is. De neerslaande harspartikeltjes kunnen waarschijnlijk via de normale ciliaire functie gemakkelijk uit de neus worden geëlimineerd. Overigens was de essentie van het redactionele antwoord op Vraag 61 dat de wetenschappelijke basis, waarop de Consumentenbond meende te moeten waarschuwen voor schadelijke effecten van conserveermiddelen in neusdruppels, te zwak is.

De vermelde „rebound”-reactie is niet anders dan het beeld van de „rhinitis medicamentosa”, en berust op een congestie van de diepe en oppervlakkige slijmvliesvaten door een desensitisering van het vaatendotheel voor de werking van endogene noradrenaline en de α -sympathicomimetica in neusdruppels. Zolang het sympathicomimeti-

cum wordt gebruikt, zijn de bloedvaten niet in staat hun normale tonus te herwinnen. Zij kunnen dan echter nog wel tijdelijk reageren op sterkere sympathicomimetica, zoals nafazoline. De vasodilatatie verdwijnt echter binnen 48 uur na staken van de toediening van het sympathicomimeticum. De zwakkere sympathicomimetica zoals fenylefrine en xylometazoline veroorzaken echter zelden een „rebound”-effect.

Literatuur: PROCTOR, D. F. en G. K. ADAMS (1981) Physiology and pharmacology of nasal function and mucus secretion. In: J. WIDDICOMBE, *Respiratory pharmacology*. (Int. Encycl. Pharmacol. Therap. Section 104.) Pergamon Press, Oxford.

Kosten en baten van „screening” op cervixcarcinoom

Naar aanleiding van mijn ingezonden (1981) werd ik geattendeerd op een misvatting mijnerzijds in de interpretatie van de gegevens betreffende de kosten, zoals opgegeven in het rapport van de evaluatie-commissie voor de eerste

screeningsronde. Op bl. 4 van dit rapport wordt het door mij geciteerde bedrag van f 50.000.000 per jaar genoemd. Dit blijkt echter op geheel Nederland te slaan. Op bl. 10 en 11 blijkt dat het om een bedrag gaat dat globaal een factor 10 lager ligt in de proefregio's alleen (ca. f 5.000.000 per jaar).

De overlevingskans bij cervixcarcinoom, indien vroeg opgespoord, wordt opgegeven als 83%, bij een late opsporing is dit 44%. Het theoretisch maximale aantal te redden vrouwen in de proefregio's bedraagt derhalve

$$\frac{83 - 44}{100} \times \frac{400}{4} = 39$$

Bij deze gecorrigeerde berekening zijn dus bij maximaal rendement de kosten van opsporing per overlevende patiënt ca. f 125.000 (exclusief behandeling).

(Met vriendelijke dank aan dr. N.J. A. Noorduyn, die mij op de verkeerde interpretatie van de kostenopgave van de evaluatie-commissie attendeerde.)

Literatuur: STEFFELAAR, J. W. (1981) *Ned. T. Geneesk.* 125, 2025.

Zwolle, december 1981

J. W. STEFFELAAR

LITERATUUROVERZICHTEN

Nederlandse literatuur (4e kwartaal 1981)

TIJDSCHRIFTEN

Gerontologie. Tijdschrift over vraagstukken van ouder worden, ouderdom en levensloop. – 12e Jrg. 1981. Nr. 4. M. A. WULP en P. A. J. B. M. HULING, Het effect van bewegingsprogramma's bij ouderen. H. F. A. DIESFELDT, Over de interpretatie van veranderingen in BOP-scores bij longitudinaal onderzoek van individuele patiënten. H. TEN HAVE, Enkele theoretische beschouwingen over de invulling van het rolbegrip in het therapeutisch milieu in het verpleeghuis voor somatische zieken. J. TH. R. SCHREUDER, Bijdragen over het specialisme geriatrie en de opleiding tot geriater. J. BEERTHUIZEN, Discussienota: „Taak en functie verpleeghuizen. Een aanzet tot vernieuwing”.

Huisarts en wetenschap. – 24e Jrg. 1981. Nr. 9. F. VAN DER HORST, W. VIERHOUT en W. MEULDERS, Probleemgeoriënteerde verslaglegging in de huisartspraktijk. 2. Analyse van een consult. J. T. BUMA, Opvattingen over huisartsgeneeskunde in *huisarts en wetenschap*. G. J. BREMER, Studies uit de huisartspraktijk. Proefschriften van huisartsen, 1900-1979. Nr. 10. H. LAMBERTS, Hoe beïnvloedbaar is de huisarts? Het effect van informatie en onderlinge toetsing op het handelen van de deelnemers aan het monitoringproject. I. Geaggregeerde gegevens. J. T. BUMA, De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Een essay over de longitudinale zorg door de huisarts, de plaats van de dialoog daarin en de wenselijkheid van een gedragscode. Nr. 11. 25 jaar NHG – Huisarts je staat er voor! H. H. W. HOGERZEIL, Vijfentwintig jaar NHG: terugkoppeling van signaal naar kennis. F. J. A. HUYGEN, Huisarts, hoe sta je er voor? H. J. DOKTER, Het handelen van de huisarts bij mensen met psychosociale klachten. C. VAN WEEL, Achilles tot hardloper bekeerd. H. LAMBERTS, Hoe beïnvloedbaar is

de huisarts? Het effect van informatie en onderlinge toetsing op het handelen van de deelnemers aan het monitoringproject. II. Multiële correlaties en factoranalyse. TH. VOORN, Het ganzenbord van de huisarts. Het spel voor één tot zes huisartsen. H. O. SIGLING, Huisartsgeneeskunde, een eigen soort geneeskunde? C. P. SCHOUWSTRA, Methodisch werken: geen panacee, wel doelmatig en efficiënt. J. P. C. MOORS, Dokter en patiënt, ze hebben wat met elkaar. S. VAN DER KOOIJ, De huisarts als hulpverlener bij lichamelijke aandoeningen.

The Netherlands journal of medicine. – 24e Jrg. 1981. Nr. 5. F. BOOMSMA, K. Y. TAN and M. A. D. H. SCHALEKAMP, Angiotensin I-converting enzyme in the diagnosis and management of sarcoidosis. D. TH. SLEIJFER, N. H. MULDER and H. O. NIEWEG, Acute leukaemia after acquired aplastic anaemia. J. G. M. C. ROSIER, H. BAADENHUIJSEN and R. A. P. KOENE, Long-term survival of a renal allograft in a patient with primary hyperoxaluria (type I). G. H. J. BOERS, M. J. J. T. BOGMAN, F. M. J. DEBRUYNE, W. H. L. HOEFNAGELS, P. W. C. KLOPPENBORG and J. I. M. DRAYER, Hyperaldosteronism due to adrenocortical carcinoma 12 years after surgical removal of an aldosterone-producing adrenocortical adenoma. F. E. ZWAAN and J. JANSEN, Acute leukaemia, perspectives in diagnosis and treatment.

The Netherlands journal of surgery. – 33e Jrg. 1981. Nr. 3. W. VELTHEER, The dawn of gastric resection. K. B. PRENGER, M. J. H. SLOOFF, D. H. E. LICHTENDAHL and G. KOOTSTRA, A preduodenal portal vein and its surgical implications. H. GARIBYAN, Experimental microvascular surgical orchidopexy. CHR. VAN DER WERKEN and R. SYBRANDY, Meckel's diverticulum. An investigation based on pathological findings in 130 patients treated by surgery. J. BOEVÉ,