

gaat erom dat een kraamvrouw geen patiënte is, maar een gezonde vrouw. Inactivering van de kraamvrouw brengt het gevaar mee van trombose, verhoogt de kans op mictie- en defecatieproblemen, en leidt tot een verlengde periode van zich niet fit voelen. Waarschijnlijk is mevrouw Rombach het wel met dit uitgangspunt eens, maar heeft zij bezwaar tegen de details. Het zij zo.

Op enkele vragen wil ik trachten een antwoord te geven. Dat een baby niet meer dan 5% van zijn geboortegewicht mag afvallen is inderdaad een scherpe eis. Ze is gebaseerd op de opvatting van kinderartsen dat een pasgeborene die 10% afvalt, gedehydrateerd moet worden geacht. Ik ga graag mee met de opvatting dat de vijf-procentsgrens vrij geïnterpreteerd mag worden.

Waarom onnodig lactatieremming geven? Wat is onnodig? Het lijkt me moeilijk een strikte en algemeen geldige uitspraak te doen over de afweging van de mogelijke, maar niet bekende nadelen van bromocryptine tegen de bekende ongemakken van zogstuwning. De voorkeur van de kraamvrouw mag hier, zoals altijd, best een rol spelen. Slechts een geringe fractie van de hormonen die de moeder in de vorm van een oraal anticonceptivum binnenkrijgt, gaat over in de moedermelk. Aangenomen wordt dat deze kleine hoeveelheden zeker bij de huidige lage doseringen geen effect op het kind hebben. Ook hier moeten dus weer de onzekerheid over potentiële bijwerkingen bij toediening van het geneesmiddel en de nadelen die verbonden zijn aan het niet toedienen tegen elkaar worden afgewogen.

Groningen, maart 1982

H. J. HUISJES

Verslag van een enquête naar het functioneren van een reumapoliënik

Het artikel van NIENHUIS (1982) bevat diverse slordigheden met betrekking tot de erin genoemde getallen, begrippen en conclusies. Uit zijn onderzoek bleek dat „57 patiënten (31%) alternatieve geneeswijzen en homeopathie hadden geprobeerd”. . . „Hiervan bleken 13 baat te hebben gehad en 35 geen baat, zodat de waarde van alternatieve behandeling dubieus is.” Een eenvoudige rekensom leert dat hier 9 patiënten ontbreken. Verder in dit artikel, onder het hoofdje *beschouwing en conclusies*, lijkt het alsof we ze weer terugvinden; het onderzoekresultaat wordt namelijk aldus samengevat: van zijn patiënten bleek „31% een alternatieve en (of) homeopathische behandeling geprobeerd te hebben; 13 hadden baat of enige baat, bij 15 was het resultaat dubieus en 35 hadden helemaal geen baat. In veel gevallen lijkt een placebo-effect te bestaan”. Aldus Nienhuis. Nu blijkt echter een groep van 15 patiënten toegevoegd, en opgeteld blijkt de genoemde 31% i.p.v. 57 nu 63 patiënten te betreffen. Dus 6 patiënten meer. Kortom, de getallen kloppen niet.

Verder geeft Nienhuis een indeling in „alternatieve” geneeswijzen en homeopathie. Dit is een verwarrend en hoogst ongebruikelijk onderscheid. Als homeopathie geen alternatieve geneeswijze is, wat is het dan?

Nienhuis veegt in dit artikel alle „alternatieve” geneeswijzen op één hoop en noemt de waarde ervan dubieus op grond van een enquête onder 57 patiënten. Een erg smalle basis voor zulk soort conclusies. En als deze geneeswijzen effect lijken te hebben, noemt Nienhuis dit een placebo-effect zonder dit te beargumenteren.

Het moet Nienhuis toch aan het denken hebben gezet dat bijna 1/3 van zijn patiënten kennelijk iets anders zoekt. Dat van deze wellicht niet het gemakkelijkst te behandelen

groep nog 23% baat vindt, is misschien zo slecht nog niet. Maar laat ik mij niet aan te snelle conclusies wagen op grond van slordig cijfermateriaal en verwarrende begripsvorming.

Literatuur: NIENHUIS, R. L. F. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 371.

Amsterdam, maart 1982

R. G. VAN BUSSEL

Door de inkorting van mijn oorspronkelijke artikel zijn enkele onduidelijkheden ingeslopen, waarvoor mijn excuses. Maar ter zake:

De oorzaak van reumatoïde arthritis is niet bekend. De huidige therapeutische mogelijkheden zijn dan ook beperkt en niet in staat volledige genezing te garanderen. De behandeling vereist tevens een jarenlange, soms levenslange begeleiding. Het is begrijpelijk dat bij een zo chronische aandoening het psychologische aanpassen aan en accepteren van de kwaal problemen oplevert. Aangezien regelmatig kuren, diëten, medicamenten en behandelingen worden aangeprezen, waarvan het nut allerminst is bewezen, wenden veel patiënten zich tot dergelijke methoden. In ons onderzoek waren dit 30 mannen en 27 vrouwen (57 patiënten >31%) terwijl 16 patiënten (<9%) de vraag niet invulden.

De volgende vormen van therapie werden genoemd: homeopathie (24×), handoplegging (4×), acupunctuur (21×), „injecties” (5×), magnetiseur (19×), diversen (16×), kruiden (17×). Sommigen volgden verschillende methoden.

Op de vraag of de patiënt „baat” had gehad van de alternatieve geneeswijzen antwoordden 68 patiënten (11 meer dan zij die antwoordden alternatieve geneeswijzen te hebben gevolgd!). Hun antwoorden: ja (n=13) <20%; nee (n=35) >50%; tijdelijk, alléén van acupunctuur (n=3); dubieus - eigenlijk niet (n=15) 22%; flauwekul (n=2). (Eén patiënt kreeg abscessen van reumajecta.) Gezien deze antwoorden meen ik dat aan deze geneeswijzen slechts in zeer beperkte mate waarde mag worden toegekend bij de behandeling van reumatoïde arthritis, aangezien de positieve antwoorden niet of nauwelijks placeboresultaten overtreffen. Verder is mij géén onderzoek bekend waarin de resultaten van acupunctuur die van fake- of placeboacupunctuur overtreffen.

Tenslotte, dat homeopathie apart werd genoemd van de „alternatieve” geneeswijzen geschiedde aangezien in Nederland homeopathische artsen doceren aan universiteiten.

Groningen, maart 1982

R. L. F. NIENHUIS

Scoliose

In de interessante commentaren betreffende scoliose van SLOT (1982) en VERAART (1982) wordt - terecht - gepleit voor vroegtijdige herkenning van scoliose. In de leeftijdsgroep van 10 tot 13 jaar dient dit huns inziens te gebeuren door ten minste jaarlijkse screening. Volgens Veraart kan dit in ons land niet beter gebeuren dan door de schoolartsendiensten, door welke immers het merendeel der kinderen met scoliosen wordt ontdekt.

Daar de schoolarts hier te lande in het basisonderwijs de leerlingen in het algemeen slechts pleegt te onderzoeken in de eerste, derde en zesde klas (soms in plaats hiervan in de tweede en in de vijfde klas), en daarna in de tweede klas van het vervolgonderwijs, zal hij hen in de leeftijdsgroep van 10

tot 13 jaar in het meest gunstige geval tweemaal onderzoeken, meestal echter slechts éénmaal. Een jaarlijkse screening door de schoolarts behoort dus niet tot de mogelijkheden. Hier ligt dus (ook) een taak voor de huisarts, die hiervoor dan wel over een adequate registratie van zijn praktijkbevolking met leeftijds- en geslachtsregister dient te beschikken.

Literatuur: SLOT, G. H. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 335.
– VERAART, B. E. E. M. J. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 337.

Goes, februari 1982

J. A. E. VAN DER FEEN

Collega Van der Feen heeft met zijn reactie de kern van het probleem duidelijk gemaakt, wanneer hij stelt dat het voor de schoolartsen de facto hier te lande niet mogelijk is een jaarlijkse screening te verrichten bij de geringe frequentie van deze screening.

Het is echter de vraag of wij met deze geringe screeningsfrequentie door de schoolartsen wel genoeg moeten nemen. Hier ligt duidelijk een taak voor overleg met de inspectie. Zolang deze mogelijkheid niet bestaat, moet ik inderdaad een beroep doen op de huisartsen om de ruggetjes van zijn patiënten in de gevaarlijke leeftijdsgroep eens per jaar op doeltreffende wijze te controleren. Het is echter de vraag of men de huisarts expliciet daarmee moet belasten.

In het experimentele model dat kortgeleden is aangevraagd in de regio Nijmegen in samenwerking met de Jeugdgezondheidsdienst wordt daar niet van uitgegaan. De toekomst zal ons leren wat de meest betrouwbare en minst belastende methode van screening moet zijn. Toch moeten we ervoor waken aan te nemen dat het te laat ontdekken op zichzelf de oorzaak is van een mislukte conservatieve therapie. Het frequent voorkomen van het zg. doktersdelay na de opsporing of het behandelen met voor het doel ongeschikte corsetten is zeker zo belangrijk gebleken.

Nijmegen, maart 1982

G. H. SLOT

Collega Van der Feen wil ik allereerst hartelijk danken voor zijn attente commentaar. Mijn mening in deze zou ik

als volgt willen specificeren: binnen de organisatie van onze gezondheidszorg lijkt mij het screeningsonderzoek in eerste instantie te behoren tot het werkkterrein van de schoolarts. In mijn artikel wordt dan ook – zij het indirect – een beroep gedaan op de schoolartsen om de frequentie van hun screeningsonderzoek voor de leeftijdsgroep van 10 tot 13 jaar op te voeren tot eenmaal per jaar. Daarbij moet worden aangetekend dat bij een goed opgezet screeningsonderzoek het grootste deel van het werk door geschoold paramedisch personeel kan worden uitgevoerd.

De belangrijkste taak van de huisarts blijft dat een eenmaal geconstateerde scoliose nauwkeurig gecontroleerd wordt en dat zondig tijdig met de juiste behandeling begonnen wordt.

Amsterdam, maart 1982

B. E. E. M. J. VERAART

De praktische eerste aanpak van pseudokroep

Naar aanleiding van het ingezonden stuk van collega SALEMINK (1982) wil ik het volgende opmerken: In ieder Nederlands ziekenhuis worden regelmatig kinderen met pseudokroep opgenomen. In ons middelgrote ziekenhuis zijn dat er 8 tot 12 per jaar. Sinds 1973 moesten 5 daarvan bij opname met spoed wegens ernstige ademhalingsinsufficiëntie worden geïntubeerd; dit is ongeveer gelijk aan het aantal kinderen dat wegens een acute epiglottitis met intubatie moest worden behandeld. De stelling „... dat iedere goed gediagnostiseerde pseudokroep thuis behandeld kan worden, als men er maar in slaagt paniek te voorkomen” is dan ook feitelijk onjuist en daarom in haar algemeenheid niet ongevaarlijk te noemen.

Het geschermd met „te voorkomen tracheotomieën” vraagt een gebrek aan kennis van de moderne klinische behandeling van kinderen met levenbedreigende respiratoire problemen.

Literatuur: SALEMINK, G. W. (1982) *Ned. T. Geneesk.* 126, 348.

Groningen, maart 1982

N. J. JANSONIUS

BERICHTEN

Binnenland

Complicaties door DKTP-vaccinatie? – In een brief gedateerd 16 maart 1982 (nr. 208551), gericht aan huisartsen, kinderartsen, GG & GD's, streeklaboratoria en provinciale kruisverenigingen en provinciale kinderartsen, heeft de Geneeskundige Hoofdingspectie nadere mededelingen gedaan omtrent het bericht in de landelijke pers over sterfgevallen bij zuigelingen na inenting met DKTP. Nadien is een aanvullend bericht verzonden op 19 maart, nr. 208747.

Volgens kranteberichten zou het gaan om 8 overleden kinderen in of rondom de gemeente Hardenberg. Het volgende is door de hoofdingspectie vastgesteld: 1 kind werd niet ingeënt, bij 3 kinderen was geen verband te vinden met voorafgaande inenting en bij 2 kinderen werd bij de obductie bronchopneumonie vastgesteld. Van de overige 2 kinderen kan slechts worden gezegd, dat zij niet hebben bestaan: uitvoerig speuren heeft tot niets geleid.

Op grond van het onderzoek naar de sterfgevallen is geconcludeerd dat er geen reden bestaat DKTP-inenting volgens het vaccinatieprogramma op te schorten. Wel wijst de hoofdingspectie op het dringende verzoek complicaties bij (re)vaccinatie met DKTP steeds te melden aan het RIV (tel. 030-742595), welk verzoek ook wordt gedaan in het Vademecum 1981 van het RIV en is ingesloten bij de verpakking van D(K)TP-vaccin.

De redactie tekent aan dat het op 11 maart verschenen bericht in een groot, landelijk dagblad ongetwijfeld bij ouders ongerustheid zal hebben veroorzaakt. Op 12 maart kon deze ongerustheid door RIV en Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor Overijssel gelukkig weggenomen worden, maar de vraag lijkt wel gewettigd of het dagblad er niet beter aan zou hebben gedaan de resultaten van onderzoek af te wachten alvorens tot publiceren over te gaan. In het Nederlandse vaccinatieprogramma wordt ruim 95% van de zuigelingen met DKTP-vaccin ingeënt. Het zou in hoge mate te betreuren zijn als het bewuste kranteartikel